

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. W (P₁A₀) POST PARTUM
SPONTAN HARI KE – 1 DENGAN RUPTUR PERINEUM
DI RUANG PONED UPT PUSKESMAS SELAAWI**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan

Pendidikan Program Diploma III Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

NENG TITA KARTINI

NIM : KHGA18067



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
TAHUN 2021**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. W (P₁A₀)
POST PARTUM SPONTAN HARI KE – 1 DENGAN
RUPTUR PERINEUM DI RUANG PONEK UPT
PUSKESMAS SELAAWI**

NAMA : NENG TITA KARTINI

NIM : KHGA18067

Karya Tulis Ilmiah ini disetujui untuk disidangkan di hadapan

Tim Penguji Program Studi Diploma III Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2021

Menyetujui,

Pembimbing

K. Dewi Budiarti, S.Kp.,M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. W (P₁A₀)
POST PARTUM SPONTAN HARI KE – 1 DENGAN
RUPTUR PERINEUM DI RUANG PONEK UPT
PUSKESMAS SELAAWI**

NAMA : NENG TITA KARTINI

NIM : KHGA18067

Garut, Juli 2021

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si

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

Mengetahui,

Mengesahkan,

Ketua Program Studi DIII Keperawatan
STIKes KARSA HUSADA GARUT

Pembimbing

K. Dewi Budiarti, S.Kp.,M.Kep

K. Dewi Budiarti, S.Kp.,M.Kep

ABSTRAK

IV Bab, 130 Halaman, 21 Tabel, 5 Gambar, 1 Bagan, 4 Lampiran

Karya Tulis ini dilatarbelakangi oleh tingginya angka kejadian post partum spontan dengan ruptur perineum di Puskesmas Selaawi mencapai 290 dari 715 persalinan. Tujuan pembuatan karya tulis ini adalah untuk meningkatkan kemampuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Metode yang digunakan dalam pembuatan karya tulis ini adalah metode deskriptif, yaitu suatu metode yang digunakan untuk menganalisis kasus. Ruptur perineum adalah robekan pada jalan lahir di bagian perineum. Faktor yang mempengaruhi ruptur perineum diantaranya paritas, jarak kelahiran, berat badan bayi, keadaan perineum dan partus presipitatus. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny.W adalah : nyeri akut, risiko infeksi, kurang pengetahuan mengenai perawatan payudara dan resiko konstipasi. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa dari 4 diagnosa keperawatan terdapat 3 diagnosa teratasi dan 1 diagnosa teratasi sebagian. Kesimpulan dalam karya tulis ini yaitu penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny.W (P₁A₀) post partum spontan hari ke – 1 dengan ruptur perineum di ruang PONEB UPT Puskesmas Selaawi.

Kata Kunci : Post Partum, Ruptur Perineum
Daftar Pustaka 24 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. W (P₁A₀) Post Partum Spontan Hari Ke – 1 Dengan Ruptur Perineum Di Ruang PONED UPT Puskesmas Selaawi”.

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 DR.H.Hadiat, M.A., Selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Dr. H. Kusnadi Sumawiganda, Selaku Wakil Ketua Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H.D Saefudin, S.Sos.,M.Mkes Selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Insani Garut.
4. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes Selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
5. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kep.,M.Kep Selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut, sekaligus selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang senantiasa meluangkan waktunya serta sabar dalam memberikan bimbingan, arahan dan motivasi yang besar kepada penulis sehingga penulis bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan tepat waktu.
6. Seluruh staf dosen Program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu yang sangat bermanfaat dan berharga bagi penulis di masa yang akan datang.
7. Ibu Ilis Kulsum, S.Kep.,Ners Selaku CI Pembimbing Puskesmas Selaawi dan seluruh staf Puskesmas Selaawi yang telah memberikan bimbingan dan kemudahan kepada penulis dalam melakukan asuhan keperawatan.
8. Kepada Ny.W selaku klien dan keluarga klien yang telah memberikan bantuan dan kerjasamanya selama melaksanakan asuhan keperawatan.

9. Kepada kedua orang tua penulis. Mamah Ai Yuyu, Bapa Empay, Mak Oneng, adik tercinta Dheca dan Prizi, sodara, keluarga besar semua yang senantiasa memberikan dukungan moril maupun materil selama penulis mengikuti pendidikan D III Keperawatan. Terimakasih atas doa, cinta dan kasih sayang yang slalu mengiringi penulis sehingga penulis bisa sampai ke titik ini.
10. Kepada Lia Intan teman kosan, Annisa Sri temen SMK, Hofipah temen curhat dirumah, Siska Nur dan Cica Nika teman yang membawa saya ke STIKes Karsa Husada, Neng Windi dan Rheissa Dwi temen bobrok ku di Garut. Terima kasih kepada teman saya tercinta sekaligus sahabat saya yang slalu memberikan semangat, doa, motivasi nya. Dan terimakasih suka mau mendengarkan dan menerima curhatan hati saya, jangan kapok disaat saya curhat cerita banyak dan jangan hilang atau pun berubah disaat kita semua jauh. Tetap komunikasi harus jalan dan doa ku slalu menyertai kalian.
11. Ade Tia terimakasih atas perhatian, semangat dan do'a nya. Usaha tanpa doa adalah sombong, doa tanpa usaha adalah sia – sia. Maka padukan keduanya lalu akhirilah dengan tawakal berserah diri kepada Allah.
12. Kepada teman – teman kelas 3B D III Keperawatan dan seluruh teman angkatan 25 D III Keperawatan, terimakasih atas kebersamaan serta kenangan yang dilalui kurang lebih 3 tahun bersama, semoga kita semua slalu mendapat lindungan dari Allah SWT dan sukses slalu.
13. 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, slalu jadi

diri sendiri yang penuh dengan semangat, kerja keras, mandiri dan tanamkan pada diri mu untuk slalu berbuat baik kepada orang yang membutuhkan pertolongan. *I love my self.*

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

Neng Tita Kartini

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR.....	viii
DAFTAR BAGAN.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	4
C. Metode Telaahan	6
D. Sistematika Penulisan	8
BAB II	10
A. Konsep Dasar Teori	10
1. Ruptur Perineum	10
2. Post Partum	27
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	41
1. Pengkajian.....	42
2. Diagnosa Keperawatan	61
3. Perencanaan Keperawatan	62
4. Implementasi.....	68

5. Evaluasi.....	69
BAB III.....	72
A. Tinjauan Kasus	72
1. Pengkajian.....	72
2. Diagnosa Keperawatan	93
3. Proses Keperawatan	95
4. Catatan Perkembangan.....	102
B. Pembahasan	109
1. Tahap Pengkajian.....	109
2. Diagnosa Keperawatan	112
3. Perencanaan	117
4. Implementasi.....	121
5. Evaluasi.....	124
BAB IV	128
A. Kesimpulan	128
B. Rekomendasi.....	129

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Perubahan pada Uterus Selama Post Partum	30
Tabel 2.2 Pengeluaran Lochea Selama Post Partum	31
Tabel 2.3 Analisa Data	58
Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan Nyeri Akut	63
Tabel 2.5 Intervensi Keperawatan Ketidakefektifan Pemberian ASI	64
Tabel 2.6 Intervensi Keperawatan Resiko Tinggi Infeksi.....	64
Tabel 2.7 Intervensi Keperawatan Perubahan Eliminasi Urin	65
Tabel 2.8 Intervensi Keperawatan Resiko Kekurangan Cairan dan Elektrolit	66
Tabel 2.9 Intervensi Keperawatan Gangguan Pola Tidur	67
Tabel 2.10 Intervensi Keperawatan Kurang Pengetahuan	67
Tabel 2.11 Intervensi Keperawatan Resiko Konstipasi	68
Tabel 2.12 Komponen Evaluasi SOAP atau SOAPIER	70
Tabel 3.1 Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu dan Sekarang	76
Tabel 3.2 Pola Aktivitas Sehari – hari	86
Tabel 3.3 Hasil Pemeriksaan Laboratorium.....	90
Tabel 3.4 Terapi Medis	90
Tabel 3.5 Analisa Data	91
Tabel 3.6 Proses Keperawatan	95
Tabel 3.7 Catatan Perkembangan Ny.W Tanggal 28 Maret 2021	102
Tabel 3.8 Catatan Perkembangan Ny.W Tanggal 29 Maret 2021	105
Tabel 3.9 Catatan Perkembangan Ny.W Tanggal 30 Maret 2021	108

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Perineum pada Wanita	13
Gambar 2.2 Penjahitan Mukosa Vagina.....	22
Gambar 2.3 Penjahitan Otot Perineum.....	23
Gambar 2.4 Penjahitan Kulit Perineum	24
Gambar 2.5 Penjahitan Sfingter Ani	25

DAFTAR BAGAN

	Halaman
Bagan 2.1 Pathway Post Partum dengan Ruptur Perineum	18

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Satuan Acara Penyuluhan (SAP) Perawatan Payudara	1
Lampiran 2 Lembar Bimbingan	15
Lampiran 3 Daftar Riwayat Hidup.....	18

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Status kesehatan ibu penting untuk dilakukan pemantauan karena Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat keberhasilan upaya kesehatan ibu. AKI adalah rasio kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab – sebab lain seperti kecelakaan atau *incidental* di setiap 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2019).

Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019 untuk target penurunan AKI di Indonesia pada tahun 2025 sebanyak 183 per 100.000 KH, kematian ibu di Indonesia pada tahun 2019 yaitu 4.221 kasus. (Ditjen Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI, 2019). Jumlah kematian ibu berdasarkan Profil Kesehatan Jawa Barat Tahun 2019 sebanyak 689 kasus atau 74,19 per 100.000 KH, Jawa Barat menjadi Provinsi pertama dengan AKI tertinggi dan Jawa Timur Provinsi dengan AKI tertinggi yaitu 520 kasus.(Kemenkes,RI 2019). Kematian ibu di Provinsi Jawa Barat pada tahun 2019 sebanyak 684 orang terjadi pada ibu hamil sebanyak 18,7%, ibu bersalin sebanyak 22,95% dan ibu nifas sebanyak 48,2 % dan kematian ibu berdasarkan pada kelompok umur <20 tahun sebesar 9,94 %, kelompok umur 20–34 tahun sebesar 54,82 % dan >35 tahun sebesar 31,72 %. (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2019).

Lima Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat dengan kematian ibu tertinggi pada tahun 2019, yaitu Kabupaten Bogor 72 kasus, Kabupaten Karawang 45 kasus, Kabupaten Garut 45 kasus, Kabupaten Bandung Barat 43 kasus, dan Kabupaten Sukabumi 42 kasus. (Bidang Kesehatan Masyarakat Provinsi Jawa Barat Tahun 2019). Kabupaten Garut menjadi Kabupaten/Kota tertinggi ketiga di Jawa Barat dengan kematian ibu pada tahun 2019 sebanyak 45 kasus (Dinas Kesehatan Kab. Garut 2019).

Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia pada tahun 2019 penyebab kematian ibu terbanyak di Jawa Barat adalah perdarahan (226 kasus), hipertensi dalam kehamilan (218 kasus), infeksi (23 kasus), gangguan system peredaran darah seperti jantung, stroke (65 kasus), gangguan metabolik seperti DM (12 kasus) dan lain – lain (140 kasus) (Ditjen Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI, 2020).

Menurut Dhita, Farid, dkk (2019) kematian maternal di Kabupaten Garut masih didominasi akibat perdarahan yang mayoritas disebabkan karena retensio plasenta, atonia uteri dan ruptur perineum yang tidak ditangani dengan cepat dan penyebab kedua diakibatkan oleh hipertensi dalam kehamilan (Preeklamsi dan eklamsi). Pada periode pasca persalinan dapat terjadi berbagai macam komplikasi seperti perdarahan karena atonia uteri, retensio plasenta dan ruptur perineum. Ruptur perineum adalah perlukaan jalan lahir yang terjadi pada saat kelahiran bayi baik menggunakan alat ataupun tidak menggunakan alat. (Yugistyowati, 2015).

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) kejadian ruptur perineum pada ibu bersalin di dunia tahun 2015 terdapat 2,5 juta kasus, angka ini diperkirakan mencapai 6,3 juta pada tahun 2050. Di Indonesia ruptur perineum dialami oleh 75% ibu melahirkan pervaginam, pada tahun 2017 menemukan bahwa dari total 1951 kelahiran spontan pervaginam, 57% ibu mendapat jahitan perineum (28% karena episiotomy dan 29% karena robekan spontan) (Depkes RI, 2017). Dari data rekam medik Puskesmas Selaawi kelahiran spontan pervaginam mencapai 658 pada tahun 2019 dan meningkat pada tahun 2020 menjadi 715 persalinan pertahun, dari 715 persalinan terdapat 290 persalinan ibu dengan ruptur perineum .

Robekan perineum dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor maternal, faktor janin dan faktor penolong (Anggraini, 2017). Menurut Pemiliana, Sarumpaet & Ziliwu (2019) ada hubungan umur ibu, berat badan bayi dan paritas dengan ruptur perineum pada persalinan normal. Berat badan bayi dapat mempengaruhi proses persalinan kala II, berat badan bayi lahir umumnya antara 2.500 – 4.000 gram semakin besar bayi yang dilahirkan akan meningkatkan resiko terjadinya ruptur perineum sedangkan dilihat dari status paritas umumnya ruptur perineum terjadi pada primipara, tetapi tidak jarang juga terjadi pada multipara. (Pemiliana, 2019).

Dampak dari terjadinya ruptur perineum pada ibu dapat mengakibatkan terjadinya infeksi pada luka jahitan dimana dapat merambat pada saluran kandung kemih ataupun pada jalan lahir yang dapat berakibat pada munculnya komplikasi infeksi kandung kemih maupun infeksi pada jalan lahir. Ruptur

perineum juga dapat mengakibatkan perdarahan karena terbukanya pembuluh darah yang tidak menutup sempurna sehingga perdarahan karena terbukannya pembuluh darah yang tidak menutup sempurna sehingga perdarahan terjadi terus menerus. Penanganan komplikasi yang lambat dapat menyebabkan terjadinya kematian pada ibu postpartum mengingat kondisi fisik ibu postpartum masih lemah (Sumaryani, 2015).

Berdasarkan uraian dan data diatas, mengingat bahwa robekan perineum masih menyumbangkan angka kematian pada ibu jika tidak langsung tertangani dengan benar yang bisa memicu komplikasi seperti perdarahan, terjadinya infeksi pada luka jahitan hingga kematian. Hal ini membuat penulis tertarik untuk mengambil kasus untuk karya tulis ilmiah dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. W (P₁A₀) POST PARTUM SPONTAN HARI KE – 1 DENGAN RUPTUR PERINEUM DI RUANG PONEK UPT PUSKESMAS SELAAWI”.

B. 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. W (P₁A₀) post

partum spontan hari ke – 1 dengan ruptur perineum di ruang PONED UPT Puskesmas Selaawi.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dalam penulisan ini adalah untuk mendapatkan pengalaman nyata dalam hal :

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian secara komprehensif yang meliputi bio, psiko, social, dan spiritual pada Ny. W (P₁A₀) post partum spontan hari ke – 1 dengan ruptur perineum di ruang PONED UPT Puskesmas Selaawi.
- b. Penulis dapat merumuskan diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas masalah pada Ny. W (P₁A₀) post partum spontan hari ke – 1 dengan ruptur perineum di ruang PONED UPT Puskesmas Selaawi.
- c. Penulis dapat menentukan dan menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien sesuai dengan prioritas masalah dan tujuan yang ingin dicapai dengan intervensi sesuai kebutuhan pada pasien Ny. W (P₁A₀) post partum spontan hari ke – 1 dengan ruptur perineum di ruang PONED UPT Puskesmas Selaawi.
- d. Penulis dapat melakukan tindakan keperawatan pada pasien sesuai dengan rencana tindakan pada Ny. W (P₁A₀) post partum spontan hari ke – 1 dengan ruptur perineum di ruang PONED UPT Puskesmas Selaawi.
- e. Penulis dapat melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada pasien sesuai rencana tindakan keperawatan pada Ny. W (P₁A₀) post partum

spontan hari ke – 1 dengan ruptur perineum di ruang PONED UPT Puskesmas Selaawi.

- f. Penulis dapat mendokumentasikan pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. W (P₁A₀) post partum spontan hari ke – 1 dengan ruptur perineum di ruang PONED UPT Puskesmas Selaawi.

C. Metode Telaahan

Metode yang digunakan dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini adalah metode deskriptif, yaitu suatu metode yang digunakan untuk menggambarkan atau menganalisis kasus yang dipilih dalam bentuk laporan penerapan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan secara komprehensif yang meliputi aspek biologis, psikologis, social, dan spiritual.

Adapun teknik pengumpulan data yg digunakan adalah sebagai berikut :

1. Wawancara

Wawancara adalah menanyakan langsung atau membuat tanya – jawab yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi oleh klien, biasa juga disebut anamnesa. Wawancara berlangsung untuk menanyakan hal – hal yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi klien dan merupakan suatu komunikasi yang direncanakan.

Tujuan dari wawancara adalah untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan masalah keperawatan klien, serta untuk menjalin hubungan antara perawat dan klien.

2. Observasi

Teknik pengumpulan data dengan cara observasi yaitu mengamati perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan klien. Observasi dilakukan dengan menggunakan penglihatan dan alat indra lainnya, melalui rabaan, sentuhan dan pendengaran. Tujuan dari observasi adalah mengumpulkan data tentang masalah yang dihadapi klien melalui kepekaan alat panca indera.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan tubuh klien secara keseluruhan atau hanya bagian tertentu yang dianggap perlu, untuk memperoleh data yang sistematis dan komprehensif, memastikan/membuktikan hasil anamnesa, menentukan masalah dan merencanakan dan tindakan keperawatan yang tepat bagi klien. Teknik ini dilakukan dengan cara langsung melaksanakan pemeriksaan untuk memperoleh data dari klien.

Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan berbagai cara, yaitu:

- a. Inspeksi : Pemeriksaan yang dilakukan dengan cara melihat bagian tubuh yang diperiksa melalui pengamatan. Hasilnya seperti : warna kulit.
- b. Palpasi : Pemeriksaan fisik yang dilakukan melalui perabaan terhadap bagian – bagian tubuh yang mengalami kelainan. Misalnya adalah adanya pembengkakan, edema, nyeri tekan.
- c. Perkusi : Pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan mengetuk bagian tubuh dengan menggunakan tangan atau alat bantu seperti refleks hamer untuk mengetahui reflek seseorang.

d. Auskultasi : Pemeriksaan fisik yang dilakukan melalui pendengaran dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh. Biasanya menggunakan alat yang disebut dengan *stethoscope*. Hal – hal yang didengarkan adalah : bunyi jantung, suara nafas, bising usus.

4. Studi Dokumentasi

Metode untuk memperoleh dan mempelajari data – data klien dari catatan medis klien yang sudah ditulis oleh tim kesehatan yang digunakan untuk sumber informasi dalam riwayat kesehatan.

5. Studi Kepustakaan

Metode ini dilakukan dengan cara mencari, membaca dan mempelajari buku – buku perpustakaan dan referensi dari internet mengenai konsep asuhan keperawatan post partum normal dengan ruptur perineum.

6. Partisipasi Aktif

Melakukan kerja sama dengan klien, keluarga klien, perawat ruangan dan tenaga medis lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien post partum normal dengan ruptur perineum.

D. Sistematika Penulisan

Untuk memberikan gambaran yang jelas dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, maka penulis uraikan sistematikanya sebagai berikut :

BAB I Pendahuluan : Yang meliputi latar belakang, tujuan penulisan, metode telaahan dan sistematika penulisan.

BAB II Tinjauan Teori : Tinjauan teori yang menguraikan tentang konsep dasar ruptur perineum dan post partum. Selain itu juga membahas mengenai pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan catatan perkembangan.

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.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN – LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Teori

1. Ruptur Perineum

a. Pengertian Ruptur Perineum

Robekan jalan lahir merupakan kondisi dimana terdapatnya luka pada jalan lahir baik akibat luka episiotomi, trauma *forceps*/ekstraksi *vacuum*, atau memimpin persalinan sebelum pembukaan lengkap (Christanto, 2014). Jenis laserasi jalan lahir menurut JEMS (2012) antara lain robekan perineum, *hematoma vulva*, robekan dinding vagina, robekan serviks, rupture uteri.

Robekan perineum adalah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan alat atau tindakan. Robekan perineum umumnya terjadi pada garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat. (Kurniarum, 2016: Hal 126).

Robekan perineum adalah robekan obstetric yang terjadi pada daerah perineum akibat ketidakmampuan otot dan jaringan lunak pelvic untuk menakomodasikan lahirnya fetus. Pada dasarnya robekan perineum dapat dikurangi dengan menjaga jangan sampai dasar panggul dilewati kepala janin terlalu cepat. (Fatimah dan Prasetya, 2019: hal 153).

Serviks mengalami laterasi pada lebih dari separuh kelahiran pervaginatum, sebagian besar berukuran kurang dari 0.5 cm. Robekan

yang dalam dapat meluas ke sepertiga atas vagina. Cedera terjadi setelah setelah rotasi forceps yang sulit atau kelahiran yang dilakukan pada serviks yang belum membuka penuh dengan daun forseps terpasang pada serviks. Robekan dibawah 2 cm dianggap normal dan biasanya cepat sembuh dan jarang menimbulkan kesulitan. (Setyarini dan Suprapti, 2016: Hal 116).

Dari pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa ruptur perineum adalah robekan pada jalan lahir di bagian perineum dimana perineum tidak dapat menahan tekanan yang terjadi pada saat bayi lahir secara spontan ataupun dengan menggunakan alat.

b. Anatomi Fisiologi Perineum

Perineum merupakan daerah muskular yang ditutupi kulit, yang membentang antara komisura posterior dan anus, panjangnya rata - rata 4 cm. Pada persalinan, korpus perinei ini mudah robek, sehingga episiotomi dapat dikerjakan pada waktu yang tepat dan cepat guna mencegah ruptur spontan. (Wahyuningsih dan Kusmiyati, 2017: Hal 193).

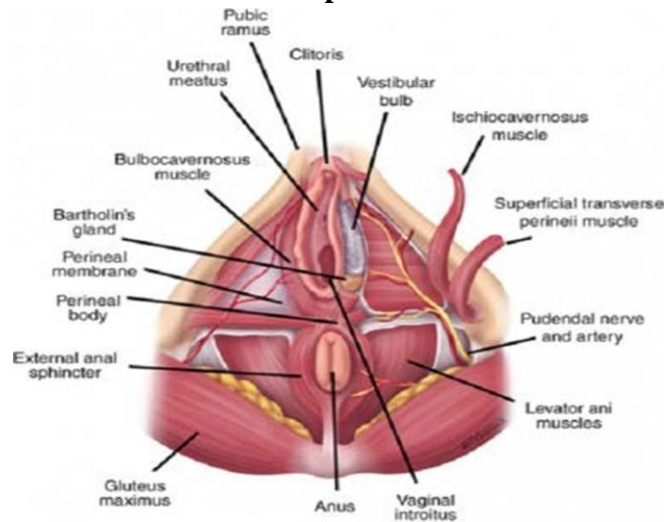
Perineum ini dibentuk oleh diafragma pelvis dan diafragma urogenitalis. Diafragma pelvis terdiri atas musculus levator ani, musculus koksigeus dan fascia yang menutupinya. Diafragma urogenitalis terletak di sebelah luar diafragma pelvis, antara tuberkulum iskhiaidikum dan simfisis pubis. (Wahyuningsih dan Kusmiyati, 2017: hal 193).

Otot dasar panggul adalah musculus levator ani dan musculus koksigeus. Adapun otot - otot yang membentuk musculus levator ani terdiri dari musculus pubokoksigeus yang terletak disebelah medial, musculus ileokoksigeus yang berada disebelah lateral belakang, dan musculus puborektalis. (Wahyuningsih dan Kusmiyati, 2017: hal 193).

Secara keseluruhan musculus levator ani merupakan alat penyangga utama organ - organ dalam pelvis. Kelemahan pada otot ini (karena usia, sering melahirkan) dapat menyebabkan uterus turun, yang disebut desensus uteri atau prolapsus uteri. Bila alat - alat penggantung uterus kendur, maka uterus dapat keluar seluruhnya atau disebut prolapsus uteri totalis. (Wahyuningsih dan Kusmiyati, 2017: hal 193).

Musculus transversus perinei superfisialis, berorigo pada os ishium, dan insersinya terdapat pada tendo sentralis. Ketiga otot tersebut bersama dengan musculus puborektalis merupakan fiksasi dan support terpenting untuk vagina dan vulva. Pada saat persalinan, vagina sangat teregang termasuk otot - otot tersebut, bila regangannya begitu hebat, vagina dan otot - otot tersebut dapat robek. Partus berulang dapat melemahkan struktur - struktur tersebut. Episiotomi merupakan cara terbaik untuk menghindari robtur perineum. (Wahyuningsih dan Kusmiyati, 2017: hal 193).

Gambar 2.1
Perineum pada wanita



Sumber : Wahyuningsih dan Kusmiyati, 2017

c. Jenis Ruptur Perineum

Robekan perineum terjadi hampir pada semua persalinan pertama dan tidak jarang pada persalinan berikutnya. Luka perineum setelah persalinan ada 2 macam yaitu terdiri dari:

1) Ruptur perineum

Luka pada perineum yang diakibatkan oleh rusaknya jaringan secara alamiah karna proses desakan kepada janin atau bahu pada proses persalinan. Bentuk ruptur biasanya tidak teratur sehingga jaringan yang robek sulit dilakukan penjahitan. (Rukiyah, 2011).

2) Episiotomy

Adalah suatu tindakan insisi pada perineum yang menyebabkan terpotongnya selaput lendir vagina, cincin selaput darah, jaringan pada septum rektovaginal, otot - otot dan fasia perineum dan kulit sebelah depan perineum (Prawiraharjo, 2011).

d. Klasifikasi Robekan Perineum

Klasifikasi robekan perineum terdapat empat derajat (Kurniarum, 2016: Hal 127).

- 1) Derajat satu: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum.
- 2) Derajat dua: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum dan otot – otot perineum.
- 3) Derajat tiga: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum dan otot – otot perineum dan sfingter ani eksterna.
- 4) Derajat empat: robekan dapat terjadi pada seluruh perineum dan sfingter ani yang meluas sampai ke mukosa.

Sedangkan menurut Martaadisoebrata et al. tahun 2020: Hal 191 berdasarkan tingkat robekan, maka robekan perineum, dibagi menjadi 4 tingkatnya yaitu:

- 1) Tingkat I : laserasi epitel kulit vagina atau perineum.
- 2) Tingkat II : Robekan mencapai otot perineum tetapi tidak mencapai sfingter ani.
- 3) Tingkat III : Robekan otot sfingter ani : < 50% ketebalan sfingter eksterna; > 50% ketebalan sfingter eksterna; robekan mencapai otot sfingter interna.
- 4) Tingkat IV : Robekan tingkat III sampai seluruh anus.

e. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Ruptur Perineum

Dalam buku Rochmayanti dan Ummah, tahun 2019: Hal 17 – 18. Terjadinya ruptur perineum disebabkan oleh faktor ibu sendiri (Yang mencakup paritas, jarak kelahiran, dan berat badan lahir), riwayat persalinan yang mencakup ekstraksi vucum, ekstraksi cunam, episiotomi.

1) Paritas

Paritas adalah jumlah anak yang dilahirkan oleh seorang ibu baik hidup maupun mati. Paritas mempunyai pengaruh terhadap kejadian ruptur perineum. Pada ibu dengan paritas satu atau ibu primipara memiliki resiko lebih besar untuk mengalami robekan perineum dari pada ibu dengan paritas lebih dari satu. Hal ini dikarenakan jalan lahir yang belum pernah dilalui oleh kepala bayi sehingga otot – otot perineum belum meregang.

2) Jarak Kelahiran

Jarak kelahiran adalah rentang waktu antara kelahiran anak sekarang dengan kelahiran anak sebelumnya. Jarak kelahiran kurang dari dua tahun tergolong resiko tinggi karena dapat menimbulkan komplikasi pada persalinan. Jarak kelahiran 2 – 3 tahun merupakan jarak kelahiran yang lebih aman bagi ibu dan janin. Begitu juga dengan keadaan jalan lahir yang mungkin pada persalinan terdahulu mengalami robekan perineum derajat tiga atau empat, sehingga pemulihan belum sempurna dan robekan perineum dapat terjadi.

3) Berat Badan Bayi

Berat badan janin dapat mengakibatkan terjadinya ruptur perineum yaitu berat badan janin lebih dari 3500 gram, karena resiko trauma partus melalui vagina seperti distosia bahu dan kerusakan jaringan lunak pada ibu. Perkiraan berat janin bergantung pada pemeriksaan klinik atau ultrasonografi. Pada masa kehamilan hendaknya terlebih dahulu mengukur tafsiran berat badan janin.

4) Cara Meneran

Ibu harus didukung untuk meneran dengan benar pada saat ia merasakan dorongan dan memang ingin mengejan. Ibu mungkin merasa dapat meneran secara lebih efektif pada posisi tertentu. Beberapa cara dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya ruptur perineum dengan memimpin ibu bersalin meneran yg baik dan benar.

5) Kondisi Perineum

Kondisi perineum yang kaku dan tebal membuat perineum kurang elastis saat persalinan sehingga dapat menghambat persalinan kala II yang menyebabkan kerusakan atau robekan pada perineum.

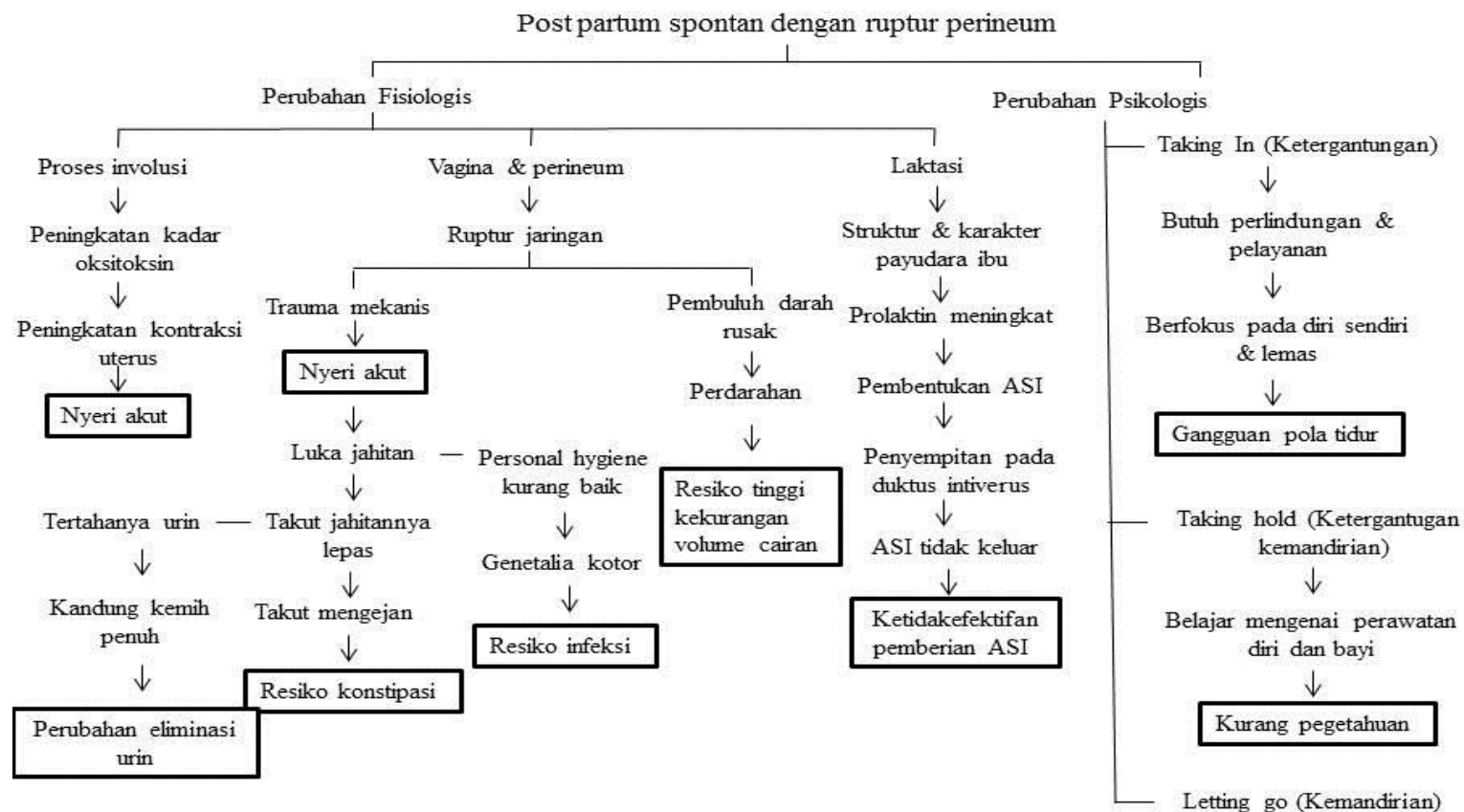
6) Partus Presipitatus

Keadaan ini memperbesar kemungkinan ruptur perineum. Kejadian laserasi akan meningkatkan jika bayi dilahirkan terlalu cepat.

f. Patofisiologi Robekan Perinenum

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 rupture jaringan dan trauma mekanis, personal hygiene yang kurang baik, pembuluh darah rusak menyebabkan genetalia menjadi kotor dan terjadi perdarahan sehingga muncul masalah keperawatan resiko infeksi. Perubahan laktasi akan muncul struktur dan karakter payudara, laktasi dipengaruhi oleh hormone dan peningkatan prolactin. 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 intiverus sehingga ASI tidak keluar dan muncul masalah keperawatan menyusui tidak efektif. Pada perubahan psikologis akan muncul taking in, taking hold, letting go. Pada perubahan taking in pasien akan membutuhkan perlindungan dan pelayanan, ibu akan cenderung berfokus pada diri sendiri dan persaan 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 mengalami perubahan peran. (Marmi, 2015).

Bagan 2.1
Pathway Post Partum dengan Ruptur Perineum



Sumber : Prawiro, 2002; Irene, 2001 dalam Marmi, 2015.

g. Pencegahan Robekan Perineum

Perineum *massage* adalah teknik memijat perineum disaat hamil atau beberapa minggu sebelum melahirkan guna meningkatkan perubahan hormonal yang melembutkan jaringan ikat, sehingga jaringan perineum lebih elastic dan lebih mudah merenggang. Teknik ini dapat dilakukan satu kali sehari selama beberapa minggu terakhir kehamilan di daerah perineum. (Fatimah dan Prasetya, 2019 : hal 60 - 67).

- 1) Cucilah tangan ibu terlebih dahulu dan pastikan kuku ibu tidak panjang, pijatan ini dapat dilakukan sendiri atau sama pasangan.
- 2) Berbaringlah dalam posisi yang nyaman. Beberapa wanita ada yang berbaring miring dan menggunakan bantal untuk menyangga kaki mereka, ada yang menggunakan posisi semilitotomi atau posisi mengangkang. Jika pemijatan dilakukan saat berdiri letakkan kaki satu dikursi dan kaki yang lain berada sekitar 60 - 90 cm dari kursi.
- 3) Ibu dapat menggunakan cermin untuk pertama kali mengetahui daerah perineum tersebut.
- 4) Gunakan minyak kelapa, atau *sweet almond*. Lakukan pemijatan sebelum mandi pagi dan sore.
- 5) Letakkan satu atau dua ibu jari (atau jari lainnya bila ibu tidak sampai) sekitar 2-3cm di dalam vagina. Tekan ke bawah dan kemudian menyamping pada saat bersamaan. Perlahan - lahan coba regangkan daerah tersebut sampai ibu merasakan sensasi seperti terbakar, perih, atau tersengat.

- 6) Tahan ibu jari dalam posisi seperti di atas selama 2 menit sampai daerah tersebut menjadi tidak terlalu berasa dan ibu tidak terlalu merasakan perih lagi.
- 7) Tetap tekan daerah tersebut dengan ibu jari. Perlahan - lahan pijat ke depan dan ke belakang melewati separuh terbawah vagina.
- 8) Lakukan ini selama 3 - 5 menit. Hindari pembukaan saluran kemih karna dapat mengakibatkan infeksi dan iritasi dan ibu dapat memulai dengan pijatan ringan dan semakin ditingkatkan tekanannya seiring dengan sensitivitas yang berkurang.
- 9) Ketika sedang memijat, tarik perlahan bagian terbawah dari vagina dengan ibu jari tetap berada di dalam. Hal ini akan membantu meregangkan kulit di mana kepala bayi saat melahirkan nanti akan meregangkan perineum itu sendiri.
- 10) Setelah ibu selesai melakukan, kompres hangat jaringan perineum selama 10 menit. Lakukan secara perlahan dan hati - hati. Kompres hangat ini akan sangat meningkatkan sirkulasi darah, sehingga otot di perineum kendur. (Fatimah, prasetya.2019 : hal 60 - 67).

h. Penatalaksanaan Ruptur Perineum

Penatalaksanaan pada klien yg mengalami ruptur perineum, yaitu:

- 1) Perbaiki KU ibu (infuse, tranfusi jika diperlukan).
- 2) Berikan dukungan emosional (Saifuddin, 2014).
- 3) Minta asisten untuk menahan fundus dan melakukan masase uterus

untuk memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan baik (Kemenkes RI, 2013; Saifuddin, 2014).

- 4) Periksa vagina, serviks, perineum dan rectum (Saifuddin, 2014).
- 5) Lakukan eksplorasi untuk mengidentifikasi lokasi laserasi dan sumber perdarahan, jika robekan panjang dan dalam, periksa apakah robekan itu tingkat III atau IV :
 - a) Masukkan jari yang bersarung tangan ke anus.
 - b) Identifikasi sfingter.
 - c) Rasakan tonus dari sfingter (jika sfingter ani robek kaji robekan derajat III atau IV, apabila sfingter ani utuh lanjutkan penjahitan).
 - d) Ganti sarung tangan (Edwin, 2011; Saifuddin, 2014).
- 6) Memberikan anestesi dan juga antisepsis di daerah robekan:
 - a) Masukkan jarum pada pojok laserasi dan dorong masuk sepanjang luka mengikuti garis tempat jarum jahitnya akan masuk dan keluar.
 - b) Aspirasikan dan kemudian suntikkan sekitar 10 ml lidokain 0.5% di bawah mukosa vagina, dibawah kulit, dan pada otot perineum.
 - c) Tunggu 2 menit agar anestesi efektif (Saifuddin, 2014).
- 7) Jepit dengan ujung klem sumber perdarahan kemudian ikat dengan benang yang dapat diserap (Edwin, 2011; Saifuddin, 2014).
- 8) Lakukan penjahitan luka mulai dari bagian yang paling jauh terhadap penolong (Kemenkes RI, 2013).
 - a) Robekan Perineum derajat I

Penjahitan robekan perineum tingkat I dapat dilakukan dgn

memakai catgut yang dijahitkan secara jelujur atau cara jahitan angka 8 dengan catgut kromik 2-0 (Jems, 2012; Saifuddin, 2014).

b) Robekan Perineum Derajat II

(1) Jika dijumpai pinggir robekan yang tidak rata atau bergerigi, maka pinggir yang bergerigi tersebut harus diratakan terlebih dahulu. Pinggir robekan sebelah kiri dan kanan masing - masing dijepit dengan klem terlebih dahulu, kemudian digunting. Setelah pinggir robekan rata, baru dilakukan penjahitan luka.

(2) Diawali dengan jahitan mukosa dengan benang catgut : Jahit mukosa vagina secara jelujur dengan benang 2-0 mulai dari 1 cm di atas puncak luka di dalam vagina sampai pada batas vagina (Kemenkes RI, 2013; Saifuddin, 2014).

Gambar 2.2

Penjahitan Mukosa Vagina



Sumber : Kemenkes RI (2013)

(3) Dilanjutkan dengan jahitan otot :

(a) Lanjutkan jahitan pada daerah otot perineum sampai ujung luka pada perineum secara jelujur dengan benang 2 - 0

(JEMS, 2012;Kemenkes RI, 2013; Saifuddin, 2014).

(b)Lihat ke dalam luka untuk mengetahui letak ototnya

(Kemenkes RI, 2013; Saifuddin, 2014).

(c)Penting sekali untuk menjahit otot ke otot agar tidak ada rongga di antaranya (Kemenkes RI, 2013; Saifuddin, 2014).

Gambar 2.3

Penjahitan Otot Perineum



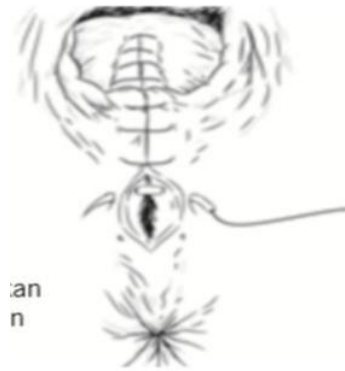
Sumber :Kemenkes RI (2013)

(4)Jahitan Kulit

(a)Carilah lapisan subkutikuler persis di bawah lapisan kulit
(Kemenkes RI, 2013; Saifuddin, 2014).

(b)Lanjutkan dengan jahitan subkutikuler kembali ke arah batas vagina, akhiri dengan simpul mati pada bagian dalam vagina (Kemenkes RI, 2013; Saifuddin, 2014).

(c)Potong kedua ujung benang, dan hanya disisakan masing - masing 1 cm (Kemenkes RI, 2013; Saifuddin, 2014).

Gambar 2.4**Penjahitan Kulit Perineum**

Sumber : Kemenkes RI (2013)

c) Robekan Perineum Derajat III

- (1) Lakukan inspeksi vagina dan perineum untuk melihat robekan.
- (2) Jika ada perdarahan yang menutupi luka perineum, pasang tampon atau kasa ke dalam vagina (sebaiknya menggunakan tampon yang berekor benang).
- (3) Pasang jarum jahit pada pemegang jarum kemudian kunci pemegang jarum.
- (4) Pasang benang jahit (kromik 2/0) pada mata jarum.
- (5) Tentukan dengan jelas batas luka robekan.
- (6) Ujung - ujung otot sfingter ani yang terpisah akibat robekan dijepit dengan klem (Saifuddin, 2009; JEMS, 2012).
- (7) Tautkan ujung otot sfingter ani dengan 2-3 jahitan benang 2-0 angka 8 secara interruptus (Kemenkes RI, 2013).
- (8) Larutan antiseptik pada daerah robekan (Kemenkes RI, 2013).

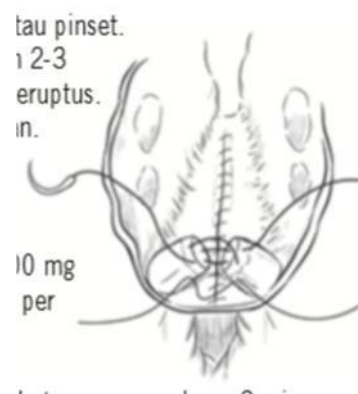
(9)Dilanjutkan dengan penjahitan robekan seperti menjahit robekan perineum derajat II (Jems, 2012; Kemenkes RI, 2013).

d) Robekan Perineum Derajat IV

Khusus pada robekan perineum derajat IV dilakukan penjahitan lapis demi lapis dengan bantuan bougie pada rectum (Edwin, 2011).

Gambar 2.5

Penjahitan Sfingter Ani



- 9) Untuk membuat simpul mati benar-benar kuat. Potong kedua ujung benang, dan hanya disisakan masing - masing 1 cm (Saifuddin, 2014).
- 10) Jika robekan cukup luas dan dalam, lakukan colok rectal, dan pastikan tidak ada bagian rectum yang terjahit (Saifuddin, 2014).
- 11) Perawatan pasca tindakan :
 - a) Observasi tanda - tanda infeksi
 - b) Jangan lakukan pemeriksaan rectal selama 2 minggu (Saifuddin, 2014).

i. Komplikasi Ruptur Perineum

1) Perdarahan

Seorang wanita dapat meninggal karena perdarahan pasca persalinan dalam waktu 1 jam setelah melahirkan. Penilaian dan penatalaksanaan yang cermat selama kala 1 dan kala 4 persalinan sangat penting. Menilai kehilangan darah yaitu dengan cara memantau tanda vital, mengevaluasi asal perdarahan, serta memperkirakan jumlah perdarahan dan menilai tonus otot.

2) Fistula

Fistula dapat terjadi tanda diketahui penyebabnya karena perlukaan pada vagina menembus kandung kencing atau rectum. Jika kandung kencing luka, maka air kencing akan segera keluar melalui vagina. Fistula dapat menekan kandung kemih atau rectum yang lama antara janin dan panggul sehingga terjadi iskemia.

3) Hematoma

Hematoma dapat terjadi akibat trauma partus pada persalinan karena adanya penekanan kepala janin serta tindakan persalinan yang ditandai rasa nyeri pada perineum, vulva berwarna biru dan merah.

4) Infeksi

Infeksi masa nifas adalah peradangan disekitar alat genitalia pada kala nifas. Perlukaan pada persalinan merupakan tempat masuknya kuman kedalam tubuh sehingga dapat menimbulkan infeksi (Fatimah dan Prasetya, 2019 : hal 171 - 173).

2. Post Partum

a. Pengertian Post Partum

Periode post partum adalah interval antara setelah melahirkan bayi sampai kembalinya organ reproduksi seperti sebelum hamil (Lowdermilk & Perry, 2011). Periode ini juga disebut puerperium atau trimester ke 4 dari kehamilan, masa ini biasanya berlangsung selama enam minggu, tetapi setiap perempuan berbeda – beda (Lowdermilk & Perry, 2011).

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kurang lebih selama enam minggu (Saifuddin, 2014).

Masa nifas adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat - alat kandungan kembali seperti sebelum hamil. Nifas (*Peurperium*) berasal dari bahasa Latin. *Peurperium* berasal dari dua suku kata yakni *Peur* dan *parous*. *Peur* berarti bayi dan *parous* berarti melahirkan. Jadi, *Peurperium* merupakan masa setelah kehamilan (Nurjanah, 2013 dalam Suprpti dan Mansur, 2018: Hal 144).

Post partum adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat - alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil ,masa post partum berlangsung selama kira - kira 6 minggu (Saleha, 2013 dalam Wahyuningsih, dkk. 2019: Hal 2).

Dari pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa post partum dengan ruptur perineum adalah suatu masa yang dimulai dari plasenta

lahir sampai alat – alat reproduksi kembali lagi dalam keadaan semula dengan kurun waktu sampai 6 minggu dimana pada waktu pengeluaran janin terjadi regangan di bagian perineum akibat tekanan yang kuat dari janin sehingga menyebabkan robekan pada perineum.

b. Tahapan Masa Post Partum

Tahapan post partum menurut Wahyuningsih dkk, 2019: Hal 2 adalah sebagai berikut :

1) *Immediate postpartum* (setelah plasenta lahir - 24 jam)

Masa segera setelah plasenta lahir sampai 24 jam, adapun masalah yang sering terjadi pendarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu perlu melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochia, tekanan darah dan suhu.

2) *Early postpartum* (24 jam - 1 mg)

Harus dipastikan involusi uteri normal, tidak ada perdarahan, lochia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapat makanan dan cairan serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) *Late post partum* (1 mg - 6 mg)

Tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari - hari serta *konseling/* pendidikan kesehatan Keluarga Berencana (KB,).

c. Perubahan Fisiologi Pada Ibu Nifas

1) Sistem Pernafasan

Kembalinya posisi dada setelah melahirkan bayi akibat penurunan tekanan pada diafragma. Sistem pernafasan kembali ke keadaan sebelum hamil pada akhir nifas. (Karjatin, 2016: Hal 114).

2) Sistem kardiovaskuler

Melahirkan melalui vagina kehilangan darah rata – rata 400 sampai 500 ml. Ini memiliki efek yang minimal karena pada waktu hamil terjadi hypervolemia. Ada peningkatan curah jantung selama beberapa jam pertama setelah melahirkan karena darah yang masuk melalui uteroplasenta kembali ke sistem maternal. Curah jantung akan kembali ke keadaan sebelum dalam waktu 48 jam. Sel darah putih akan meningkat menjadi 25000/ml dalam beberapa jam setelah melahirkan dan kembali normal dalam 7 hari. Ibu yang melahirkan berisiko trombosis terkait dengan peningkatan sirkulasi faktor pembekuan selama kehamilan. Faktor pembekuan lambat laun menurun setelah plasenta lahir dan kembali ke rentang normal 2 minggu nifas. (Karjatin, 2016: Hal 114 - 115).

3) Perubahan pada sistem reproduksi

Sistem reproduksi meliputi rahim, leher rahim, vagina dan perineum mengalami perubahan selama 6 minggu setelah melahirkan. Pada masa ini beresiko perdarahan dan infeksi. (Karjatin, 2016: Hal 115 - 120).

a) Uterus

Setelah melahirkan terjadi proses involusi, dimana rahim kembali ke ukuran sebelum hamil karena adanya kontraksi uterus dan atrofi otot rahim. Pada ibu multipara dan menyusui mungkin akan mengalami “*afterpain*” selama beberapa hari postpartum. *Afterpain* nyeri yang berkaitan dengan adanya kontraksi uterus dan peningkatan oksitosin untuk pengeluaran ASI, kontraksi uterus selama postpartum untuk mengurangi resiko perdarahan. (Kerjatin, 2016).

Tabel 2.1
Perubahan pada Uterus Selama Post Partum

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Keadaan Serviks
1	2	3
Bayi lahir	Setinggi pusat	-
Uri lahir	jari di bawah pusat	Lembek
Satu minggu	Pertengahan pusat-simfisis	Beberapa hari setelah postpartum dapat dilalui 2 jari akhir minggu pertama dapat dimasuki 1 jari
Dua minggu	Tak teraba di atas simfisis	
Enam minggu	Bertambah kecil	
Delapan minggu	Sebesar normal	

Sumber: Dewi (2012) dalam Suprpti dan Mansur, 2018

b) Endometrium

Endometrium selaput lendir yang melapisi rahim, mengalami regenerasi setelah plasenta lahir, melalui proses nekrosis lapisan superfisial dari desidua basalis menjadi jaringan endometrium. Lochia yang keluar dari rahim mengalami perubahan dari waktu ke waktu mencerminkan tahap penyembuhan. Kontraksi uterus

menyempitkan pembuluh sekitar lokasi plasenta dan membantu mengurangi jumlah kehilangan darah. (Kerjatin, 2016).

Tabel 2.2
Pengeluaran Lochea Selama Post Partum

Lochea	Waktu Muncul	Warna	Ciri-ciri
1	2	3	4
Rubra	1-2 hari	Merah	Mengandung darah, sisa selaput ketuban, jaringan desidua, lanugo, verniks caseosa, dan mekonium
Sanguinolenta	3-7 hari	Merah kekuningan	Berisi darah dan lendir
Serosa	7-14 hari	Kuning kecoklatan	Mengandung sedikit darah, banyak serum dan robekan laserasi plasenta
Alba	>14 hari	Putih kekuningan	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks, serabut jaringan mati
Purulenta	-		Keluar cairan seperti nanah, berbaubusuk
Locheostasis	-		Lochea tidak lancar keluarnya

Sumber: Rukiyah (2011) dalam Suprpti dan Mansur, 2018

c) Serviks

Perubahan pada serviks postpartum adalah bentuk servik yang menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga seolah - olah pada perbatasan antarkorpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin. Warna serviks sendiri merah kehitaman karena penuh pembuluh darah. Beberapa hari setelah persalinan, ostium externum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggir - pinggirnya tidak rata tetapi retak - retak karena robekan

dalam persalinan. Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh 1 jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari canalis cervikalis (Marmi, 2014 dalam Suprapti dan Mansur, 2018: Hal 147).

d) Ligamen - ligamen

Ligamen - ligamen dan diafragma pelvis serta fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah janin lahir, berangsur - angsur menciut kembali seperti sedia kala. Tidak jarang ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi (Marmi, 2014 dalam Suprapti dan Mansur, 2018: Hal 147).

e) Vagina dan Perineum

Vagina dan perineum mengalami perubahan terkait dengan proses melahirkan, mulai dari luka ringan akibat peregangan sampai episiotomy. Ibu akan mengalami rasa sakit ringan sampai berat tergantung pada tingkat dan jenis trauma vagina/ perineum. Komplikasi utama adalah infeksi pada luka. (Kerjatin, 2016).

f) Payudara

Selama kehamilan, payudara mengalami perubahan dalam persiapan untuk menyusui. Sekitar hari ke 3 postpartum semua ibu menyusui maupun tidak menyusui mengalami pembengkakan payudara, payudara menjadi lebih besar, tegas, hangat, lembut, dan merasakan nyeri. Kolostrum cairan kekuningan mendahului

produksi ASI, mengandung lebih tinggi protein dan rendah karbohidrat serta mengandung imunoglobulin G dan A yang memberikan perlindungan bagi bayi baru lahir selama beberapa minggu awal kehidupannya. (Kerjatin, 2016).

4) Sistem kekebalan

Ibu nifas umumnya mengalami peningkatan suhu tubuh selama 24 jam pertama setelah melahirkan. Hal ini berkaitan dengan ibu banyak menggunakan tenaga ketika melahirkan bayi kemudian mengalami kelelahan, dehidrasi dan perubahan hormonal. Apabila suhu lebih dari 38°C setelah 24 jam pertama melahirkan, kemungkinan ada indikasi infeksi postpartum dan memerlukan pengkajian lebih lanjut. (Karjatin, 2016: Hal 120).

5) Sistem pencernaan

Adanya penurunan tonus otot gastrointestinal dan motilitas usus setelah melahirkan dan fungsinya akan normal kembali dua minggu setelah melahirkan. Ibu postpartum beresiko sembelit karena: (Kerjatin, 2016).

- a) Penurunan motilitas GI.
- b) Penurunan aktivitas fisik.
- c) Banyak mengeluarkan cairan pada waktu melahirkan.
- d) Nyeri pada perineum dan trauma.
- e) Wasir akan berkurang namun nyeri.

Setelah melahirkan ibu akan merasa lapar berikan diet

biasa/makanan ringan, kecuali ibu mengalami penyakit tertentu seperti diabetes. Penurunan berat badan terjadi dalam 2 sampai 3 minggu nifas. (Karjatin, 2016: Hal 120).

6) Sistem perkemihan

Distensi kandung kemih karena ketidakmampuan untuk mengosongkan kandung kemih, umumnya terjadi beberapa hari pertama setelah melahirkan. Diuresis disebabkan oleh kadar estrogen, oksitosin menurun, terjadi dalam waktu 12 jam setelah melahirkan, mengeluarkan kelebihan cairan. (Karjatin, 2016: Hal 121).

7) Sistem Endokrin

Setelah plasenta lahir terjadi perubahan pada sistem endokrin. Estrogen, progesteron dan prolaktin menurun. Estrogen meningkat setelah minggu pertama setelah melahirkan. (Kerjatin, 2016).

Ibu yang tidak menyusui kadar prolaktin terus menurun pada 3 minggu pertama postpartum, menstruasi dimulai 6 sampai 10 minggu setelah melahirkan. Menstruasi pertama biasanya anovulasi dan ovulasi biasanya terjadi siklus keempat. Sedangkan untuk ibu yang menyusui kadar prolaktin meningkat untuk produksi ASI. Laktasi menekan menstruasi, kembalinya menstruasi tergantung lamanya dan jumlah menyusui. Ovulasi akan kembali dalam waktu yang lebih lama dibandingkan ibu yang tidak menyusui. (Kerjatin, 2016).

Diaforesis terjadi pada minggu pertama postpartum karena kadar estrogen menurun. Berkeringat banyak pada malam hari, untuk

membuang cairan dalam tubuh karena peningkatan cairan yang terakumulasi selama kehamilan. (Karjatin, 2016: Hal 121 - 122).

8) Sistem Otot dan Saraf

Setelah melahirkan otot – otot perut mengalami kekenduran dan perut tampak lembut dan lembek. Beberapa wanita mengalami diastasis recti abdominnis. (Kerjatin, 2016).

Ibu nifas mengalami nyeri otot karena banyak menggunakan tenaga ketika melahirkan. Sensasi saraf pada tubuh bagian bawah akan berkurang pada ibu yang melahirkan dengan anastesi epidural selama persalinan. Ambulasi dilakukan ketika sensasi sudah kembali maksimal. (Karjatin, 2016: Hal 122 - 123).

d. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Adaptasi psikologis post partum yaitu ibu biasanya mengalami penyesuaian psikologis selama masa post partum. Dikemukakan bahwa setiap fase meliputi rentang waktu tertentu dan berkembang melalui fase secara berurutan (Astuti, 2015). Tahapan masa nifas menurut Reva Rubin adalah sebagai berikut. Dalam Suprapti dan Mansur, 2018: Hal 151).

1) *Fase taking in* (fase ketergantungan)

Lamanya 3 hari pertama setelah melahirkan. Fokus pada diri ibu sendiri, tidak pada bayi, ibu butuh waktu untuk tidur dan istirahat. Pasif, ibu mempunyai ketergantungan dan tidak bisa membuat keputusan. Ibu memerlukan bimbingan dalam merawat bayi dan

mempunyai perasaan takjub ketika melihat bayinya yang baru lahir.

2) *Fase taking hold* (fase independen)

Terjadi pada akhir hari ke-3 sampai hari ke-10. Kondisi psikologi yang terjadi yaitu aktif, mandiri, dan bisa membuat keputusan. Ibu nifas sudah memulai aktivitas perawatan diri, fokus pada perut dan kandung kemih, fokus pada bayi dan menyusui. Merespon intruksi tentang perawatan bayi dan perawatan diri, dapat mengungkapkan kurangnya kepercayaan diri dalam merawat bayi.

3) *Fase Letting go* (fase interdependen)

Fase ini terjadi pada hari ke-10 sampai 6 minggu post partum. Ibu sudah mengubah peran barunya dan menyadari bayi merupakan bagian dari dirinya. Ibu dapat menjalankan perannya (Astuti, 2015).

e. Kebutuhan Masa Post Partum

Kebutuhan masa post partum menurut Wahyuningsih dkk, 2019: Hal 2 - 5 adalah sebagai berikut :

1) Nutrisi dan Cairan

Masalah nutrisi perlu mendapat perhatian karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi susunan air susu. Kebutuhan gizi ibu saat menyusui adalah sebagai berikut:

- a) Konsumsi tambahan kalori 500 kalori tiap hari
- b) Diet berimbang, protein, mineral dan vitamin

- c) Minum sedikitnya 2 liter tiap hari ($\pm$ 8 gelas).
- d) Fe/tablet tambah darah sampai 40 hari pasca persalinan
- e) Kapsul Vit. A 200.000 unit

2) Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) ialah kebijaksanaan agar secepatnya tenaga kesehatan membimbing ibu post partum bangun dari tempat tidur membimbing secepat mungkin untuk berjalan. Ibu post partum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24 - 48 jam postpartum. Hal ini dilakukan bertahap. Ambulasi dini tidak dibenarkan pada ibu post partum dengan penyulit misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru - paru, demam dan sebagainya.

Keuntungan dari ambulasi dini

- a) Ibu merasa lebih sehat
- b) Fungsi usus dan kandung kemih lebih baik.
- c) Memungkinkan kita mengajarkan ibu untuk merawat bayinya.
- d) Tidak ada pengaruh buruk terhadap proses pasca persalinan, tidak memengaruhi penyembuhan luka, tidak menyebabkan perdarahan, tidak memperbesar kemungkinan prolapsus atau retrotexto uteri.

3) Eliminasi

Setelah 6 jam post partum diharapkan ibu dapat berkemih, jika kandung kemih penuh atau lebih dari 8 jam belum berkemih disarankan melakukan kateterisasi. Hal-hal yang menyebabkan kesulitan berkemih (*retensio urine*) pada post partum :

- a) Berkurangnya tekanan intra abdominal.
- b) Otot-otot perut masih lemah.
- c) Edema dan uretra.
- d) Dinding kandung kemih kurang sensitif
- e) Ibu post partum diharapkan bisa defekasi atau buang air besar setelah hari kedua post partum, jika hari ketiga belum defekasi bisa diberi obat pencahar oral atau rektal.

4) Kebersihan diri

Pada masa postpartum seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan sangat penting untuk tetap terjaga. Langkah langkah yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- a) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh terutama perineum.
- b) Mengajarkan ibu cara membersihkan alat kelamin dengan sabun dan air dari depan ke belakang.
- c) Sarankan ibu ganti pembalut setidaknya dua kali sehari
- d) Membersihkan tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan alat kelamin.
- e) Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi/ luka jahit pada alat kelamin, menyarankan untuk tidak menyentuh daerah tersebut.

5) Istirahat dan tidur

Menganjurkan ibu istirahat cukup dan dapat melakukan kegiatan rumah tangga secara bertahap. Kurang istirahat dapat mengurangi

produksi ASI, memperlambat proses involusi dan depresi pasca persalinan. Selama masa post partum, alat-alat interna dan eksternal berangsur - angsur kembali ke keadaan sebelum hamil (involusi).

f. Komplikasi Post Partum

1) Perdarahan Post Partum

Perdarahan post partum merupakan kehilangan darah maternal dari dalam uterus yang melebihi 500 ml dalam periode 24 jam sesudah melahirkan. (Saputra, 2014 dalam Armini dkk, 2016: Hal 109).

2) Infeksi Post Partum

Infeksi adalah berhubungan dengan berkembangbiaknya mikroorganisme dalam tubuh manusia yg disertai dengan reaksi tubuh terhadapnya. Infeksi nifas adalah infeksi pada dan melalui traktus genitalis setelah persalinan. (Dalam Armini dkk, 2016: Hal 117).

3) Post Partum Blues

Post partum blues (PPB) atau sering juga disebut *Maternity Blues* atau *Baby Blues* dimengerti sebagai suatu sindroma gangguan efek ringan yang sering tampak dalam minggu pertama setelah persalinan dan memuncak pada hari ke tiga sampai kelima dan menyerang dalam rentang waktu 14 hari terhitung setelah persalinan. (Arfian, 2012 dalam Armini dkk, 2016: Hal 122).

g. Dampak Post Partum dengan Ruptur Perineum Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

Beberapa dampak yang terjadi pada masa postpartum terhadap kebutuhan dasar manusia menurut Hidayat dkk, 2013 diantaranya :

1) Kebutuhan Rasa Nyaman

Ruptur perineum adalah robekan pada jalan lahir dibagian perineum yang mengakibatkan terputusnya kontinuitas jaringan yang dapat menimbulkan nyeri. Syaraf dan neurotransmitter disampaikan ke syaraf pusat sehingga menimbulkan persepsi nyeri.

2) Kebutuhan Aktifitas

Dampak dari proses persalinan menimbulkan kelelahan dan ketidaktahuan klien dalam mobilisasi dan melakukan aktivitas. Biasanya karena ada luka jahitan klien merasa takut untuk melakukan aktivitas.

3) Kebutuhan Istirahat Tidur

Istirahat pada ibu selama nifas merupakan masalah yang penting sekalipun kadang kadang tidak mudah dicapai. Kurang istirahat dapat mempengaruhi pengeluaran jumlah ASI yang di produksi, memperlambat proses involusi uterus dan ketidakmampuan merawat bayi dan dirinya sendiri.

4) Kebutuhan Eliminasi Buang Air Kecil

Diuresis yang nyata akan terjadi pada hari ke 1 sampai ahri 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

Proses keperawatan adalah suatu cara atau metode yang sistematis dalam memberikan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat dan bekerja sama dengan pasien (Individu, keluarga, masyarakat) yang bertujuan untuk mengidentifikasi masalah keperawatan dengan melakukan pengkajian, menentukan diagnosa, merencanakan tindakan yang akan dilakukan, melaksanakan tindakan serta mengevaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah diberikan dengan berfokus pada pasien, berorientasi pada tujuan yang telah ditetapkan bersama. (Budiono, 2016: Hal 225).

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. (Budiono, 2016: Hal 230).

Pengumpulan data subjektif pada ibu nifas dan menyusui dilakukan melalui anamnesis. Yang dimaksud dengan data subjektif adalah informasi yang dicatat mencakup identitas, keluhan yang diperoleh dari hasil wawancara langsung kepada pasien (anamnesis) atau dari keluarga atau tenaga kesehatan (Alloanamnesis). (Suprapti dan Mansur, 2018: Hal 151).

Anamnesis adalah pertanyaan terarah yang ditujukan kepada ibu nifas, untuk mengetahui keadaan ibu dan faktor risiko yang dimilikinya. Tujuan anamnesis memperoleh data atau informasi tentang permasalahan yang sedang dialami atau dirasakan oleh pasien. (Suprapti dan Mansur, 2018: Hal 151).

a. Identitas

Terdiri dari identitas klien dan penanggung jawab diantaranya :
nama, umur, jenis kelamin, alamat, status perkawinan, agama, suku / bangsa, pendidikan, pekerjaan, no. RM, ruangan, diagnosa medis, tanggal masuk, tanggal persalinan, tanggal pengkajian.

b. Riwayat 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: Hal 153).

Keluhan utama yaitu keluhan yang dirasakan paling menonjol dari klien. Pada klien post partum dengan ruptur perineum biasanya terdapat keluhan nyeri di bagian jalan lahir.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

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

- a) P (*Paliative/Proporative*) : Apa yang menyebabkan rasa sakit/nyeri bertambah. Biasanya nyeri yang dirasakan klien bertambah pada saat digerakkan. Dan nyeri yang dirasakan klien berkurang ketika diistirahatkan atau didiamkan.
- b) Q (*Qualitative/Quantitative*) : Nyeri yang dirasakan klien seperti apa; apakah rasanya tajam, sakit seperti diremas, menekan, membakar, nyeri berat, 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

Mencakup penyakit yang pernah diderita pada masa lalu, seperti anemia, HIV, sifilis, hepatitis, tuberkulosis, penyakit ginjal, diabetes, dan gondok. Ditanyakan juga tentang lamanya penyakit diderita, bagaimana cara pengobatan yang dijalani (dirawat atau tidak), apakah menjalani operasi, dimana mendapat pertolongan, serta apakah penyakit tersebut diderita sampai saat ini atau kambuh berulang - ulang. Selain itu, dikaji pula tentang riwayat minum obat, diantaranya konsumsi obat tradisional, herbal, vitamin, atau suplemen (Astuti, 2015 dalam Suprapti dan Mansur, 2018: Hal 153).

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Mengkaji adakah anggota keluarga memiliki kehamilan kembar, yang menderita penyakit yang diturunkan secara genetika, mengalami kelainan genetik, ataupun pernah menderita atau sedang mengalami penyakit menular maupun gangguan kejiwaan. (Astuti, 2015 dalam Suprpti dan Mansur, 2018: Hal 154).

5) Riwayat Ginekologi

a) Riwayat Menstruasi

Beberapa data yang harus diperoleh dari riwayat menstruasi menurut Sulistyawati 2015 dalam Suprpti dan Mansur, 2018: Hal 154, antara lain:

- (1) Menarche: usia pertama kali mengalami menstruasi. Pada wanita Indonesia, umumnya sekitar 12 – 16 tahun.
- (2) Siklus: jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya dalam hitungan hari. Biasanya 23 – 32 hari.
- (3) Volume: data ini menjelaskan seberapa banyak darah menstruasi yang dikeluarkan. Dengan beberapa pertanyaan pendukung misalnya, sampai berapa kali ganti pembalut/hari.
- (4) Keluhan: beberapa wanita menyampaikan keluhan yang dirasakan ketika menstruasi misalnya sakit yang sangat pening sampai pingsan, atau jumlah darah yang banyak.
- (5) HPHT (Haed Pertama Haed Terakhir) dan taksiran partus

b) Riwayat Perkawinan

Ditanyakan umur pertama kali menikah untuk menentukan usia pertama kali melakukan hubungan seksual. Serta ditanyakan pula berapa kali menikah dan lama pernikahan. Bertujuan dalam memberikan *konseling* dan perawatan bayi baru lahir serta asuhan dalam perubahan psikologis terutama pada kehamilan yang tidak diinginkan, seperti hasil pemerkosaan atau kehamilan dari perkawinan yang sah atau tidak atau tidak direstui orang tua (Astuti, 2015 dalam Suprpti dan Mansur, 2018: Hal 154).

c) Riwayat Kontrasepsi

Meliputi pengkajian tentang pengetahuan ibu dan pasangannya tentang kontrasepsi, jenis kontrasepsi yang pernah digunakan, lamanya penggunaan, masalah yang dihadapi selama penggunaan, rencana kontrasepsi yang nanti akan digunakan, ataupun rencana penambahan anggota keluarga di masa mendatang. (Astuti, 2015 dalam Suprpti dan Mansur, 2018: Hal 157).

6) Riwayat Obstetri

a) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu dan sekarang

Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu dan sekarang meliputi umur kehamilan, tanggal melahirkan, jenis persalinan, tempat persalinan, penolong persalinan, jenis kelamin bayi, berat badan anak waktu lahir, masalah yang terjadi dan keadaan anak.

b) Riwayat Kehamilan Sekarang

Usia kehamilan, keluhan selama hamil di setiap trimester, gerakan janin yang dirasakan klien pada saat trimester berapa, apakah mendapatkan imunisasi TT, perubahan berat badan saat hamil, tempat pemeriksaan kehamilan, dilakukan berapa kali pemeriksaan dan hasil pemeriksaannya bagaimana.

c) Riwayat Persalinan Sekarang

Persalinan yang ke berapa bagi klien, tanggal dan waktu/jam melahirkan, jenis persalinan, penolong persalinan, tempat persalinan, apakah terjadi perdarahan, banyaknya perdarahan, jenis kelamin bayi, berat badan bayi, APGAR score bayi, waktu pengeluaran plasenta. Apakah klien mengalami ruptur, dibagian mana mengalami ruptur, panjang luka nya berapa, dilakukan penjahitan atau tidak, berapa jahitan yang diberikan.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah salah satu cara untuk mengetahui gejala dan tanda serta masalah kesehatan yang dialami ibu setelah bersalin dan pada masa nifas dgn mengumpulkan data objektif yg dilakukan dengan pemeriksaan terhadap ibu nifas. (Suprapti dan Mansur, 2018: Hal 164).

1) Keadaan Umum

Untuk mengetahui data ini perlu mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan akan dilaporkan dengan

kriteria: baik, lemah, penampilan tampak lemas. Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan composmentis sampai koma.

2) Tanda – Tanda Vital

- a) Tekanan darah: 90/60-130/60 mmHg (kenaikan sistol tidak lebih dari 30 mmHg, distole tidak lebih dari 15 mmHg).
- b) Nadi: Normal (60-100 x/menit). Denyut nadi di atas 100x/menit pada masa nifas mengindikasikan adanya infeksi.
- c) Suhu: Normal (36,5°C - 37,5°C). Kenaikan suhu yang mencapai >38°C mengarah pada tanda-tanda infeksi.
- d) Pernafasan: Normal (16 – 24 x/menit).

3) Pemeriksaan Antropometri

Lakukan pengukuran tinggi badan, BB sebelum hamil, BB saat hamil dan BB setelah melahirkan.

4) Pemeriksaan *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. Warna kulit wajah, pigmentasi kulit wajah, tidak adanya cloasma gravidarum dan tidak adanya lesi.

Palpasi kebersihan kulit kepala, tekstur rambut, kelembaban rambut, kekuatan rambut, edema dan nyeri tekan pada bagian kepala maupun wajah.

b) Mata

Inspeksi mata bagian eksternal bentuk mata, kesimetrisan, apakah terdapat alis mata, terdapat bulu mata, apakah ujung mata sejajar dengan ujung pina, apakah kelopak mata dapat membuka menutup dan mengedip tanpa ada hambatan apapun.

Inspeksi mata bagian internal warna sclera, bentuk dan warna iris dan retina, apakah lensa jernih tidak katarak. Warna konjungtiva jika berwarna pucat berarti ibu mengalami anemia, adakah benda asing, secret dan lesi pada bagian mata.

Refleks mata dan pupil terhadap cahaya baik atau tidak. Lapang pandang normal atau tidak, kemampuan melihat klien bagaimana. 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) Hidung

Inspeksi hidung bagian eksternal bentuk hidung, kesimetrisan lubang hidung, apakah ada septum, apakah terdapat cuping hidung dan apakah ada gerakan nafas cuping hidung. Inspeksi hidung bagian internal kebersihan hidung, silia, apakah terdapat secret dan sumbatan, warna mukosa hidung, apakah ada pendarahan, tanda – tanda infeksi dan lesi pada hidung.

Fungsi penciuman baik atau tidak. Saat dipalpasi adakah nyeri tekan pada hidung, pada sinus maksilaris maupun sinus frontalis.

d) Telinga

Inspeksi telinga bagian eksternal kesimetrisan telinga, apakah ukuran telinga sama besar. Warna kulit telinga, adakah pendarahan, tanda – tanda infeksi, dan apakah menggunakan alat bantu dengar. Inspeksi telinga bagian internal warna mukosa telinga, warna serumen dan konsistensinya, membran tympani apakah ada perforasi, ada tidaknya lesi pada telinga. Fungsi pendengaran baik atau tidak dan apakah ada nyeri tekan saat dipalpasi.

e) Mulut

Inspeksi mulut bagian eksternal warna bibir, apakah mukosa bibir kering, palpasi tekstur bibir dan kelembaban bibir. Inspeksi mulut bagian internal warna gigi, jumlah gigi, gigi caries, karang gigi, warna gusi, lidah, palatum durum, palatum, uvula dan tonsil. Inspeksi kebersihan mulut, apakah ada stomatitis, pendarahan, pembengkakan dan lesi pada mulut bagian eksternal maupun mulut bagian internal. Fungsi pengecapian baik atau tidak.

f) Leher

Inspeksi warna kulit leher, pigmentasi kulit leher merata tidak, apakah ada peningkatan JVP dan adakah lesi pada leher. Pada saat dipalpasi adakah pembengkakan pada kelenjar getah bening, kelenjar tiroid dan kelenjar paratiroid. Apakah ada nyeri tekan, fungsi menelan baik atau tidak. pergerakan leher dan kaku kuduk.

g) Dada

(1) Paru – paru

Inspeksi warna kulit dada, bentuk dada, pola nafas, frekuensi nafas dan lesi. Saat diauskultasi suara paru vesikuler. Palpasi ekspansi paru, nyeri tekan dan pembengkakan.

(2) Jantung

Apakah terdapat pembengkakan pada daerah apex jantung, auskultasi irama jantung, bunyi jantung, frekuensi jantung, palpasi arteri icus cordis.

(3) Payudara

Inspeksi kesimetrisan payudara, warna payudara, warna aerola, kebersihan payudara, apakah ada pembengkakan, puting menonjol keluar atau tidak. Pada saat dipalpasi apakah ada nyeri tekan, benjolan dan apakah sudah keluar kolostrum.

(4) Punggung

Inspeksi warna kulit punggung, bentuk punggung, apakah ada pembengkakan dan lesi pada punggung.

h) Abdomen

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

Bising usus, saat diperkusi suara tympani pada perut, saat dipalpasi apakah terdapat nyeri tekan pada perut, pengerasan pada perut, apakah uterus teraba keras, berapa TFU ibu, apakah terdapat distensi kandung kemih, pembesaran hati dan limfe, kelainan pada ginjal, massa pada perut dan kelainan appendix.

i) Genetalia

Inspeksi keadaan dan kebersihan vulva serta perineum. Kaji lochea rubra (1-2 hari), lochea sanguinolenta (3-7 hari), lochea serosa (7-14 hari), lochea rubra (>14 hari) dan lihat jumlah darah yang terpapar pada pembalut apabila sangat sedikit : noda darah berukuran 2,5 -5 cm = 10 ml, sedikit : noda darah berukuran ≤ 10 cm = 10-25 ml, sedang: noda darah < 15 cm = 25-25 ml, banyak : Pembalut penuh = 50-80 ml. Tanyakan kapan mengganti pembalut yang terakhir (jam berapa).

Lakukan pengkajian perineum fokus pada luka ruptur, dengan cara : Lihat keadaan luka ruptur : jenis ruptur, jumlah jahitan, kaji keadaan luka REEDA (*Rednes/ kemerahan, Echymosis/perdarahan, Edeme/bengkak, Discharge/perubahan lochea, Approximation/ pertautan jaringan*). Apakah terdapat nyeri tekan pada daerah perineum.

j) Ekstremitas

(1) Ekstremitas Atas

Inspeksi pada bagian ekstremitas atas kesimetrisan, warna kulit, jumlah jari, kebersihan kuku, bentuk kuku, warna kuku, lesi, pergerakan tangan bebas atau tidak, ROM, kekuatan otot. Palpasi CRT, nyeri tekan, arteri radialis dan arteri brachialis teraba atau tidak. Refleks trisep dan refleks bisep.

(2) Ekstremitas Bawah

Inspeksi pada bagian ekstremitas bawah kesimetrisan, varises, warna kulit, jumlah jari, kebersihan kuku, bentuk kuku, warna kuku, lesi, pergerakan, ROM, kekuatan otot, tanda – tanda homan. Palpasi CRT, nyeri tekan, arteri femoralis, arteri patella dan arteri dorsalis pedis teraba atau tidak. Refleks patella dan refleks arcilles, babynsky.

5) Pola Aktivitas Sehari – hari

a) Nutrisi

Menggambarkan tentang pola makan dan minum, mengkaji kebiasaan makan dan minum klien saat hamil dan setelah melahirkan. Mencakup jenis makanan dan minuman, frekuensi makan dan minum, porsi makan, jumlah minum, pantangan dalam makan dan minum, keluhan saat makan dan minum. Biasanya pada ibu post partum mengalami anoreksia dan penurunan porsi makan.

b) Istirahat tidur

Menggambarkan pola istirahat dan tidur klien, berapa jam klien tidur, serta adanya keluhan dan gangguan pada ibu post partum. Istirahat sangat penting bagi ibu masa nifas karena dengan istirahat yang cukup dapat mempercepat penyembuhan serta akan mempengaruhi dari produksi ASI. Untuk istirahat malam diperlukan waktu istirahat rata-rata 6 – 8 jam.

c) Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi dan bau serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, warna, jumlah. Normal bila BAK spontan setiap 3 – 4 jam. Sedangkan untuk BAB biasanya 2 – 3 hari post partum. Pada klien dengan post partum, kemungkinan mengalami gangguan eliminasi BAB, berupa konstipasi yang disebabkan oleh penurunan peristaltik usus, kurangnya asupan makanan berserat. Selain itu, ibu post partum juga bisa mengalami gangguan eliminasi BAK berupa retensi urin.

d) Personal hygiene

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh pada daerah genetalia, karena pada masa nifas masih mengeluarkan lochea. Mandi dan gosok gigi minimal 2x/hari, biasanya ibu post partum mengalami intoleransi aktivitas sehingga sulit untuk melakukan kebutuhan personal hygienenya.

e) Mobilitas dan aktivitas

Kemampuan mobilisasi setelah melahirkan, seperti melakukan senam nifas, kemampuan merawat diri, melakukan eliminasi, serta kemampuan bekerja atau beraktifitas, dan menyusui. Karena ibu masih kelelahan setelah selesai persalinan biasanya ibu perlu mendapatkan perhatian dan bantuan dari keluarga.

d. Riwayat Psikososial dan Spiritual

1) Aspek Psikologis

a) Pola Pikir dan Persepsi

Apakah klien dapat memahami tentang pemberian ASI, apakah jenis kelamin anak menjadi permasalahan, apa harapan ibu ke depan nya, siapa saja yang berperan dalam merawat anaknya.

b) Persepsi Diri

Apa yang klien pikirkan sekarang dan keinginan klien unruk dirinya. Bagaimana persepsi klien mengenai tubuhnya.

c) Konsep Diri

(1)Gambaran Diri

Apakah klien merasakan perubahan terhadap dirinya dan tubuhnya selama post partum. Apakah perubahan iu disadari oleh klien dan apakah mempengaruhi terhadap dirinya.

(2) Ideal Diri

Apakah yang diharapkan klien saat ini setelah kelahiran bayinya.

(3) Identitas Diri

Bagaimana kepuasan klien telah menjadi seorang wanita yang telah melahirkan seorang anak.

(4) Harga Diri

Apakah ada rasa bangga pada klien karena telah melahirkan seorang anak. Biasanya harga diri ibu meningkat karena sudah dapat mempunyai keturunan dan jadi seorang ibu.

(5) Peran

Kaji kesiapan ibu untuk menjadi seorang ibu baru karena perannya bertambah setelah melahirkan anaknya.

d) Psikologi Post Partum

Pemeriksaan psikologis (Karjatin, 2016: Hal 53) :

(1) *Fase taking in*, dengan cara :

(a) Kaji tingkat ketergantungan klien tentang perawatan diri dan bayinya, klien berpusat pada dirinya.

(b) Dengarkan dan respon setiap keluhan atau pertanyaan yang diajukan oleh klien seputar riwayat persalinan.

(c) Ketergantungan harus berakhir pada hari kedua

(2) *Fase taking hold*, dengan cara :

(a) Kaji tingkat keterlibatan klien yang berpusat pada dirinya

(b) Kaji tingkat keinginan untuk mendapat pendidikan kesehatan

(c) Kaji tanda – tanda terjadinya depresi atau postpartum blues:

gelisah, menangis tiba – tiba, sulit tidur, marah cemas.

(3) *Fase letting go*, dengan cara :

(a) Kaji tingkat kesiapan ibu untuk merawat dirinya dan bayinya

(b) Kaji pola interaksi dengan keluarga dan lingkungannya

(c) Kaji keinginannya untuk segera keluar dari rumah sakit dan ingin merawat bayi dan keluarganya.

2) Aspek Sosial

a) Pola Koping

Kaji pola koping klien dengan siapa klien membicarakan masalahnya dan cara klien memecahkan masalahnya.

b) Pola Interaksi

Bagaimana hubungan klien dengan suami, keluarga, teman, orang lain.

c) Pola Komunikasi

Bahasa apa yang klien gunakan saat berkomunikasi dengan lingkungan sekitar.

3) Aspek Spiritual

Kegiatan agama atau kepercayaan yang sering dilakukan klien.

4) Pengetahuan Ibu

Kaji sejauh mana pengetahuan ibu mengenai perawatan pada dirinya, bagaimana cara klien melakukan perawatan payudara.

5) Kebiasaan Seksual

Apakah ada gangguan atau masalah dalam berhubungan seksual.

Bagaimana cara klien dan suami untuk mengatasi masalah dalam berhubungan saat klien masih dalam masa nifas.

e. Data Penunjang

Hasil dari pemeriksaan diagnostik dapat memberikan informasi mengenai keadaan klien serta untuk menunjang tindakan yang harus dilakukan kepada klien. Hasil pemeriksaan laboratorium seperti jumlah darah lengkap hemoglobin atau hematocrit (Hb/Ht): mengevaluasi efek dari kehilangan darah. Urinalis : kultur urine, darah, vaginal, dan lochea, pemeriksaan tambahan didasarkan pada kebutuhan individual.

f. Analisa Data

Tabel 2.3
Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
1.	- Tanda nyeri yang di observasi - Perilaku berhati – hati - Menutupi wajah - Perilaku ekspresif (mis. Gelisah, meringis, menangis, kewaspadaan, mengeluh) - Perilaku distraksi - Perubahan tonus otot - Perubahan tekanan darah, frekuensi jantung, atau frekuensi	Adanya tekanan kuat dari kepala janin di bagian perineum yang menyebabkan robekan pada jalan lahir terputusnya kontinuitas jaringan perineum lalu terjadi pelepasan zat mediator nyeri serotonin dan histamine serta pembentukan bradikinin dan prostaglandin kemudian mediator nyeri	Nyeri akut

1	2	3	4
	pernafasan, dilatasi pupil - Fokus pada diri sendiri - Terdapat nyeri tekan pada daerah luka - Ketidaknyamanan perineal, terdapat luka jahitan di perineum.	ini dibawa oleh neuron sensori ke medulla spinalis dan selanjutnya akan diteruskan ke pusat nyeri di thalamus yg ada di cerebrum setelah itu ke korteks serebri nyeri dipersepsikan jadi nyeri akut.	
2.	- Tanda asupan bayi yang tidak adekuat yang dapat diobservasi - Ungkapan ibu akan tingkat kepuasan. - Observasi proses menyusui - Respons/ penambahan berat badan. - Bayi memperlihatkan kerewelan atau menangis dalam satu jam pertama setelah pemberian ASI.	Post partum spontan, bayi tidak langsung menyusui sehingga tidak ada hisapan bayi sehingga rangsangan hormone oksitosin dan prolactin tidak ada dan rangsangan terhadap payudara untuk produksi ASI berkurang, menyebabkan ASI tidak keluar dan proses laktasi terganggu sehingga menyebabkan ketidak efektifan pemberian ASI.	Ketidakefektifan pemberian ASI
3.	- Leukosit tinggi - Adanya luka jahitan pada perineum - Luka tampak kemerahan - Keadaan luka tertutup, tampak masih basah - Skala REEDA - Terdapat lochea rubra - Suhu > 36,5 ° C	Adanya luka jahitan di bagian perineum dan jaringan kontak dengan dunia luar sehingga luka tersebut menjadi tempat masuk mikroorganisme seperti bakteri, virus, jamur dengan tidak adekuatnya pertahanan system imun dapat menimbulkan resiko infeksi pada luka.	Resiko infeksi
4.	- Distensi kandung kemih - Perubahan pada jumlah frekuensi berkemih	Adaptasi psikologis fisiologis menyebabkan distensi kandung kemih sehingga menjadi edema dan memar di uteri menyebabkan penurunan sensitifitas dan sensasi kandung kemih sehingga menyebabkan gangguan eliminasi urin.	Perubahan eliminasi urin

1	2	3	4
5.	- Penurunan masukan/ penggantian tidak adekuat - Kehilangan cairan - Peningkatan denyut nadi - Penurunan tekanan darah - Turgor kulit menurun < 2 detik - Klien tampak lemah	Post partum spontan dengan ruptur perineum menyebabkan terputusnya jaringan juga merusak pembuluh darah dan menyebabkan resiko tinggi kekurangan volume cairan.	Resiko tinggi kekurangan volume cairan
6.	- Mengungkapkan masalah/ kesalahan konsep mengenai cara perawatan payudara yang baik dan benar - Keragu – raguan dalam melakukan aktivitas - Ketidak tepatan perilaku - Klien tampak bingung saat ditanya mengenai cara perawatan payudara yang baik dan benar - ASI yang keluar sedikit - Post partum hari ke 1	Primipara dengan post partum normal terjadi perubahan psikologis yaitu pada fase taking hold (Ketergantungan kemandirian) klien perlu mengetahui tentang cara perawatan dirinya karena kekurangan informasi tentang perawatan payudara dan terjadi kurang pengetahuan.	Kurang pengetahuan
7.	- Kesulitan tidur - Klien tampak lesu - Tidak merasa segar setelah istirahat - Peka rangsang - Lingkar gelap dibawah mata - Tidur tidak teratur - Kelopak mata cekung - Sclera tampak merah	Post partum normal, terjadi perubahan psikologis pada hari pertama dimana ibu masuk fase taking in (fase ketergantungan) sehingga butuh perlindungan dan pelayanan, karena dalam fase ini ibu berfokus pada dirinya sendiri, sehingga terjadilah gangguan pola tidur.	Gangguan pola tidur

1	2	3	4
8.	- Adanya luka jahitan pada bagian perineum - Setelah melahirkan klien belum BAB - Warna, konsistensi dan bau feces tidak ada - Bising usus menurun - Ada pengerasan pada perut	Adanya luka jahitan di bagian perineum membuat klien cemas akan jahitannya lepas saat defekasi klien pun menahan untuk BAB sehingga menyebabkan obstruksi saluran cerna lalu kerusakan neuromuscular peristaltic usus menurun maka dapat menimbulkan resiko konstipasi.	Resiko konstipasi

(Doenges, 2015)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu pertanyaan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi actual/potensial) dari individu atau kelompok. Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respons individu, keluarga/ komunitas terhadap masalah kesehatan/ proses kehidupan actual ataupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil tempat perawat bertanggung jawab. (Budiono, 2016: Hal 233).

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan kasus post partum spontan, yaitu : (Doenges, 2015).

- Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan.
- Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurangnya produksi ASI, ketidakpuasan bayi.
- Risiko infeksi berhubungan dengan adanya luka di jalan lahir.

- d. Perubahan eliminasi urin berhubungan dengan efek – efek hormonal (perpindahan cairan/ peningkatan aliran plasma ginjal).
- e. Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan darah dan intake lokal.
- f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan respon hormonal psikologis.
- g. Kurang pengetahuan mengenai perawatan payudara berhubungan dengan kurang informasi.
- h. Resiko konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot, kurang masukan, nyeri perineal/rektal.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah - masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana anda mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien. (Budiono, 2016: Hal 238).

- a. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan perineum.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan klien menunjukkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil :

- Mengungkapkan berkurangnya nyeri
- Klien mampu mengenali nyeri (skala nyeri turun, frekuensi, intensitas dan tanda nyeri).

- Tidak terdapat nyeri tekan.
- TTV dalam batas normal.

Tabel 2.4
Intervensi Keperawatan Nyeri Akut

Intervensi	Rasional
1	2
1. Observasi TTV	1. Dengan mengkaji keadaan TTV klien, maka dapat mengetahui keadaan umum klien.
2. Tentukan lokasi, skala dan sifat nyeri.	2. Mengidentifikasi kebutuhan – kebutuhan khusus dan intervensi yang tepat.
3. Inspeksi perbaikan perineum.	3. Dapat menunjukkan trauma berlebihan pada jaringan perineal dan terjadinya komplikasi yang memerlukan intervensi lebih lanjut.
4. Berikan informasi tentang berbagai strategi untuk menurunkan nyeri, misalnya teknik relaksasi dan distraksi.	4. Membantu menurunkan atau memberikan rasa nyaman.
5. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgetik.	5. Memberikan kenyamanan sehingga klien dapat memfokuskan pada perawatan sendiri dan bayinya.

(Doenges, 2015)

- b. Ketidakefektifa pemberian ASI berhubungan dengan kurangnya produksi ASI, ketidakpuasan bayi.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan klien mengungkapkan pemahaman tentang proses/situasi menyusui dengan kriteria hasil :

- Mengungkapkan pemahaman tentang proses/situasi menyusui.
- Mendemonstrasikan teknik efektif dalam menyusui.
- Menunjukkan kepuasan regimen menyusui satu sama lain, dengan bayi di puaskan setelah menyusui.

Tabel 2.5
Intervensi Keperawatan Ketidakefektifan Pemberian ASI

Intervensi	Rasional
1	2
1. Kaji pengetahuan pasien tentang menyusui sebelumnya. 2. Beri informasi mengenai fisiologi dan keuntungan menyusui, perawatan payudara, dan faktor – faktor yang memudahkan atau mengganggu keberhasilan menyusui. 3. Demonstrasikan tentang teknik – teknik menyusui. 4. Anjurkan pada klien untuk menyusui bayinya secara teratur dan sesering mungkin. 5. Anjurkan pada klien untuk tidak menggunakan bra yang terlalu kencang.	1. Untuk mengidentifikasi pengalaman tentang menyusui. 2. Membantu menangani permasalahan klien tentang menyusui sehingga dapat meningkatkan pengetahuan klien. 3. Agar klien mengerti dan memahami serta mampu melaksanakan tindakan yang direncanakan. 4. Untuk merangsang produksi air susu dan mengurangi resiko terjadinya pembengkakan. 5. Dengan pelindung putting dapat menyebabkan tekanan sehingga mengganggu proses laktasi.

(Doenges, 2015)

- c. Risiko infeksi berhubungan dengan adanya luka dibagian jalan lahir.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil :

- Penyembuhan luka sesuai yang diharapkan
- Tidak ada tanda – tanda infeksi
- Mendemonstrasikan teknik – teknik untuk menurunkan resiko/ meningkatkan penyembuhan.

Tabel 2.6
Intervensi Keperawatan Resiko Tinggi Infeksi

Intervensi	Rasional
1	2
1. Kaji adanya perubahan suhu.	1. Peningkatan suhu sampai 38,3 °C pada 2 – 10 hari setelah melahirkan sangat menandakan infeksi.

1	2
2. Kaji tanda – tanda infeksi (REEDA).	2. Dapat menunjukkan trauma berlebihan pada jaringan perineal dan atau terjadinya komplikasi yang memerlukan evaluasi intervensi lebih lanjut.
3. Anjurkan pada pasien untuk mencuci perineum dan untuk mengganti pembalut sedikitnya setiap 4 jam atau jika pembalut basah.	3. Membantu mencegah kontaminasi rektal memasuki vagina atau uretra.
4. Ajarkan pada klien tentang cara perawatan luka perineum.	4. Meningkatkan pengetahuan klien tentang cara perawatan vulva/ perineum.
5. Kolaborasi untuk pemberian antibiotik.	5. Mencegah infeksi dan penyebaran ke jaringan sekitar.

(Doenges, 2015)

- d. Perubahan eliminasi urin berhubungan dengan efek – efek hormonal (perpindahan cairan/ peningkatan aliran plasma ginjal).

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan perubahan eliminasi urin teratasi dengan kriteria hasil :

- Berkemih tidak dibantu dalam waktu 6 – 8 jam setelah kelahiran.
- Mengosongkan kandung kemih setiap berkemih.

Tabel 2.7
Intervensi Keperawatan Perubahan Eliminasi Urin

Intervensi	Rasional
1	2
1. Kaji masukan cairan dan pengeluaran urin terakhir.	1. Persalinan yang lama dan penggantian cairan yang tidak efektif mengakibatkan dehidrasi.
2. Palpasi kandung kemih, pantau tinggi fundus, serta lochea.	2. Aliran plasma ginjal yang meningkat selama periode prenatal, tetap tinggi pada minggu pertama pasca partum menyebabkan peningkatan pengisian vu.
3. Anjurkan berkemih dalam waktu 6 – 8 jam pasca partum dan setiap 4 jam setelahnya.	3. Variasi intervensi keperawatan mungkin perlu untuk merangsang atau memudahkan berkemih.
4. Perhatikan adanya edema atau laserasi dan jenis anastesi yang digunakan.	4. Trauma kandung kemih atau uretra dapat mengganggu berkemih dan anastesi dapat mempengaruhi sensas penuh pada kandung kemih.

1	2
5. Kolaborasi pemasangan kateterisasi dengan menggunakan kateter lurus.	5. Mungkin perlu untuk mengurangi distensi kandung kemih.

(Doenges, 2015)

- e. Resiko kekurangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan kehilangan darah dan intake lokal.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien dapat mempertahankan keseimbangan volume cairan dengan kriteria hasil :

- Intake dan output seimbang.
- Hb/Ht dalam kadar normal.

Tabel 2.8

Intervensi Keperawatan Resiko Kekurangan Cairan dan Elektrolit

Intervensi	Rasional
1	2
1. Catat kehilangan cairan pada waktu kelahiran.	1. Potensial hemoragi atau kehilangan darah berlebihan pada waktu kelahiran yang berlanjut pada periode pasca partum.
2. Monitor tanda – tanda vital.	2. Untuk mengidentifikasi perubahan yang terjadi dan menentukan rencana intervensi yang tepat.
3. Perhatikan adanya rasa haus, berikan cairan sesuai toleransi.	3. Rasa haus mungkin merupakan cara homeostatis dari pengganti cairan melalui peningkatan haus.
4. Ganti cairan yang hilang dengan infus iv yang mengandung elektrolit.	4. Membantu menciptakan pembuluh darah sirkulasi dan menggantikan kehilangan cairan karena kelahiran.

(Doenges, 2015)

- f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan respon hormonal psikologis.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan istirahat dan tidur dapat terpenuhi dengan kriteria hasil :

- Kebutuhan tidur terpenuhi
- Melaporkan rasa sejahtera istirahat.
- Klien tanpa segar.

Tabel 2.9
Intervensi Keperawatan Gangguan Pola Tidur

Intervensi	Rasional
1	2
1. Kaji tingkat kelelahan dan kebutuhan istirahat. Catat lama persalinan dan jenis persalinan. 2. Kaji faktor – faktor bila ada yang mempengaruhi istirahat. 3. Berikan informasi tentang kebutuhan untuk tidur/ istirahat setelah kembali ke rumah. 4. Berikan informasi tentang efek – efek kelelahan dan ansietas. 5. Berikan obat – obatan misalnya analgesic.	1. Persalinan yang terjadi lama atau sulit khusus nya bila terjadi malam akan meningkatkan kelelahan. 2. Membantu meningkatkan istirahat tidur, relaksasi. 3. Rencana kreatif untuk memperoleh tidur dengan bayi lebih awal membantu memenuhi kebutuhan istirahat. 4. Kelelahan dapat mempengaruhi keadaan psikologis dan suplai asi. 5. Mungkin dibutuhkan untuk meningkatkan relaksasi dan tidur.

(Doenges, 2015)

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

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan pengetahuan klien meningkat dengan kriteria hasil :

- Mengungkapkan pemahaman perubahan fisiologis, kebutuhan individu, dan hasil yang diharapkan.
- Melakukan aktivitas atau prosedur dan menjelaskan alasan tindakan.

Tabel 2.10
Intervensi Keperawatan Kurang Pengetahuan

Intervensi	Rasional
1	2
1. Kaji kesiapan klien dan motivasi untuk belajar.. 2. Bantu pasien dalam mengidentifikasi kebutuhannya. 3. Beri informasi perawatan payudara. 4. Ajarkan pada pasien tentang cara perawatan payudara dan lakukan prosedur demonstrasi yang benar.	1. Periode pasca natal dapat menjadi pengalaman positif bila penyuluhan yang tepat diberikan. 2. Membantu klien dalam mengidentifikasi kebutuhan saat ini dan untuk mengembangkan rencana perawatan. 3. Menambah pengetahuan klien. 4. Agar klien mengerti dan mampu melakukan tindakan yang diajarkan.

(Doenges, 2015)

h. Resiko konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot, kurang masukan, nyeri perineal/rektal.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan konstipasi tidak terjadi dengan kriteria hasil :

- Klien mampu melakukan kembali kebiasaan defekasi seperti biasanya dengan ketidaknyamanan minimal dalam 4 hari setelah kelahiran.
- Bising usus normal (7-12 x menit), tidak ada pengerasan pada perut

Tabel 2.11
Intervensi Keperawatan Resiko Konstipasi

Intervensi	Rasional
1	2
1. Auskultasi adanya bising usus. 2. Kaji terhadap adanya hemoroid. 3. Anjurkan klien minum secara adekuat $\pm$ 1500 – 2000 ml/ hari. 4. Anjurkan klien untuk mengkonsumsi bahan makanan yang berserat tinggi seperti : sayuran dan buah – buahan. 5. Berikan pelunak feses atau laksatif jika diindikasikan.	1. Mengevaluasi fungsi usus. 2. Mengetahui adanya hemoroid. 3. Peningkatan cairan akan merangsang eliminasi. 4. Melancarkan pencernaan. 5. Untuk meningkatkan kembali kebiasaan defekasi normal dan mencegah menjelang atau strees perineal selama defekasi.

(Doenges, 2015)

4. Implementasi

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah anda tetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data lanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksaaan tindakan, serta menilai data baru. Faktor yang mempengaruhi pelaksanaan keperawatan antara lain: (Budiono, 2016: Hal 246).

a. Kemampuan intelektual, teknikal, dan interpersonal.

- b. Kemampuan menilai data baru.
- c. Kreativitas dan inovasi dalam membuat modifikasi rencana tindakan.
- d. Penyesuaian selama berinteraksi dengan klien.
- e. Kemampuan mengambil keputusan dalam memodifikasi pelaksanaan.
- f. Kemampuan untuk menjamin kenyamanan dan keamanan serta efektivitas tindakan.

5. Evaluasi

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: Hal 249). Proses evaluasi yang dapat dilakukan oleh perawat pada saat memberikan asuhan keperawatan pada klien, seperti hal berikut: (Budiono, 2016: Hal 250).

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 SOAP/SOAPIE/SOAPIER, penggunaannya tergantung kebijakan setempat. (Budiono, 2016: Hal 251).

Tabel 2.12
Komponen Evaluasi SOAP atau SOAPIER

Komponen SOAP/SOAPIER	Diskrepsi Kegiatan
1	2
S: artinya Data Subjektif	Data berdasarkan keluhan yang diucapkan atau disampaikan oleh pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.
O: artinya Data Objektif	Data objektif adalah data berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi Anda secara langsung kepada klien, dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.
A: artinya Analisis	Interpretasi dari data subjektif dan data objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi dalam data subjektif dan objektif.
P: artinya <i>Planning</i>	a. Perencanaan keperawatan yang akan Anda lanjutkan, anda hentikan, anda modifikasi, atau Anda tambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan. b. Tindakan yang telah menunjukan hasil yang memuaskan dan tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan. c. Tindakan yang perlu dilakukan tindakan kompeten untuk menyelesaikan masalah klien dan membutuhkan waktu untuk mencapai keberhasilannya. Tindakan yang perlu dimodifikasi adalah tindakan yang dirasa dapat membantu menyelesaikan masalah klien. Tetapi perlu ditingkatkan kualitasnya atau mempunyai alternatif pilihan yang lain yang diduga dapat membantu mempercepat proses penyembuhan.

1	2
I: artinya Implementasi	Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakukan sesuatu dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (perencanaan). Jangan lupa menuliskan tanggal dan jam melaksanakan.
E: artinya Evaluasi	Evaluasi adalah respon klien setelah dilakukan tindakan.
R: artinya <i>Reassessment</i>	<i>Reassessment</i> adalah pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi, apakah dari rencana tindakan perlu dilanjutkan, dimodifikasi, dihentikan.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Pasien

Nama	: Ny. W
Umur	: 20 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Kp. Serang rt.04 rw.07 Ds. Cigawir
Status Perkawinan	: Menikah
Agama	: Islam
Suku / Bangsa	: Sunda / Indonesia
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
No. RM	: W006040
Ruangan	: PONDOK PKM Selaawi
Diagnose Medis	: Post Partum Spontan P ₁ A ₀
Tanggal Masuk	: 25 Maret 2021
Tanggal Persalinan	: 25 Maret 2021
Tanggal Pengkajian	: 26 Maret 2021

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. S
Umur	: 20 tahun
Jenis Kelamin	: Laki - laki
Agama	: Islam
Suku / Bangsa	: Sunda / Indonesia
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Supir
Hubungan dengan pasien	: Suami
Alamat	: Kp. Serang rt.04 rw.07 Ds. Cigawir Kec. Selaawi Kab. Garut

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri pada luka jahitan di bagian jalan lahir.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien datang ke Puskesmas Selaawi pada pukul 18.00 WIB diantar oleh keluarganya dengan keluhan mules dari pukul 07.00 WIB dan sudah keluar lendir bercampur darah. Pada saat proses persalinan klien mengalami rupture perineum sehingga harus dilakukan tindakan hecting sebanyak 10 jahitan pada bagian dalam dan 5 jahitan pada bagian luar dengan panjang rupture ± 5 cm.

Pada saat dilakukan pengkajian hari jum'at, 26 Maret 2021 di ruang PONED Puskesmas Selaawi klien mengeluh nyeri pada luka jahitan di bagian jalan lahir. Nyeri yang dirasakan klien bertambah pada saat ingin duduk dan berkurang pada saat diistirahatkan. Nyeri yang dirasakan seperti ditusuk – tusuk jarum pada bagian jalan lahir yang menyebar ke bagian anus. Skala nyeri yang dirasakan klien 4 (0 – 10) dan dirasakan secara hilang timbul dalam kurun waktu $\pm$ 10 menit.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Menurut penuturan klien, klien belum pernah di rawat di Rumah Sakit ataupun di Puskesmas. Klien tidak memiliki riwayat penyakit penyerta lainnya seperti TBC, HIV, hepatitis, DM. Apabila klien mengalami keluhan seperti flu, batuk, pusing klien suka pergi ke klinik terdekat. Klien tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan, obat ataupun alergi yang lainnya. Dan klien tidak memiliki kebiasaan seperti merokok, minum alcohol, mengonsumsi obat tidur maupun kopi.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga klien mengatakan bahwa di dalam anggota keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti hepatitis, DM. Tidak ada yang memiliki riwayat penyakit menular seperti TBC, COVID 19, HIV. Tidak ada yang memiliki

riwayat kehamilan kembar dan tidak ada yang memiliki riwayat gangguan mental.

5) Riwayat Ginekologi

a) Riwayat Menstruasi

Menurut penuturan klien, klien pertama kali menstruasi pada usia 14 tahun, lamanya menstruasi 5 – 9 hari dengan siklus menstruasi teratur 25 – 30 hari. Klien mengatakan menstruasi pada hari ke -1 samapai hari ke -3 darah yang keluar banyak dan berangsur sedikit demi sedikit tidak ada. Dalam sehari klien dapat mengganti pembalutnya 2 – 3 x/hari. Sifat darah berwarna merah darah, bau darah dan tidak ada keluhan saat menstruasi. HPHT 24 Juni 2020. TP $(24 + 7) (6 - 3) (2020 + 1) = 31\ 3\ 2021$ hasil TP 31 Maret 2021.

b) Riwayat Perkawinan

Klien menikah pada usia 18 tahun dan suami klien juga menikah pada usia 18 tahun. Klien menikah pada tahun 2019 dan lama pernikahan 1 tahun 4 bulan. Pernikahan ini merupakan pernikahan yang pertama.

c) Riwayat Kontrasepsi

Menurut penuturan klien, sebelumnya klien belum pernah menggunakan alat kontrasepsi dan sekarang klien ingin menggunakan alat kontrasepsi KB suntik yang 3 bulan sekali. Dan

klien berencana untuk memiliki anak satu lagi setelah anak pertamanya berusia 8 tahun.

6) Riwayat Obstetri

a) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu dan sekarang

Tabel 3.1
Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu dan sekarang

No	Partus	Jenis partus	Penolong	JK	BB	Masalah		
						Hamil	Lahir	Bayi
1	2	4	5	7	8	9	10	11
1.	2021	Spontan	Bidan	P	3800 gram	Mual, muntah	Ruptur perineum	Tidak ada

b) Riwayat Kehamilan Sekarang

Menurut penuturan klien, klien merasa hamil 9 bulan dan ini merupakan kehamilan pertamanya. Pada saat trimester I klien mengeluh mual dan muntah, saat trimester II tidak ada keluhan dan pada saat trimester III klien mengeluh sering pegal – pegal. Klien merasakan pergerakan janin pada usia kehamilan 5 bulan. Klien mendapatkan imunisasi TT sebelum menikah dan setelah hamil 2 kali saat usia kandungan 15 minggu dan 21 minggu. Klien mengatakan BB sebelum hamil 55 kg dan BB saat hamil 74 kg, klien mengalami kenaikan BB 19 kg. Klien selalu teratur memeriksa kehamilannya setiap bulan di bidan dan posyandu terdekat dengan hasil pemeriksaan baik tidak ada masalah.

c) Riwayat Persalinan Sekarang

Pada hari Kamis, 25 Maret 2021 pukul 21.35 WIB. Klien melahirkan anak pertamanya di ruang PONED Puskesmas Selaawi dengan persalinan normal di tolong oleh Bidan Puskesmas Selaawi. Klien melahirkan bayi dengan berjenis kelamin perempuan, BB 3800 gram, PB 50 cm, lingkar kepala 32 cm dan APGAR score 8/10. Pukul 21.45 WIB plasenta lahir, berat plasenta $\pm$ 450 gram, panjang tali pusat $\pm$ 50 cm. Saat proses persalinan klien mengalami rupture perineum pada bagian mukosa vagina, komisura posterior, kulit jaringan perineum dan otot perineum sehingga dilakukan hecting 10 jahitan pada bagian dalam dan 5 jahitan bagian dalam dgn panjang rupture $\pm$ 5 cm dan tidak ada kelainan dlm persalinan.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Tingkat kesadaran	: Compos mentis
GCS (<i>Glasgow Coma Scale</i>)	: 15 (E=4, V=5, M=6)
Penampilan	: Klien tampak meringis kesakitan

2) Tanda – Tanda Vital

Tekanan darah	: 110/70 mmHg
Nadi	: 84 x/menit
Respirasi	: 20 x/menit
Suhu	: 36,5 ° C

3) Pemeriksaan Antropometri

Tinggi badan	: 155 cm
BB sebelum hamil	: 55 kg
BB saat hamil	: 74 kg
BB setelah melahirkan	: 68 kg

4) Pemeriksaan *Head To Toe*

a) Kepala dan Wajah

Pada saat diinspeksi warna rambut hitam alami, kelembatan rambut lebat, keadaan rambut Nampak sehat, bentuk rambut lurus, distribusi rambut merata diseluruh kulit kepala dan tidak ada alopesia. Bentuk kepala lonjong, ukuran kepala proposional tidak makrosepalus dan tidak mikrosepalus. Warna kulit wajah sama dengan warna kulit lainnya yaitu warna kuning langsung, pigmentasi kulit wajah merata tidak ada cloasma gravidarum dan tidak ada lesi dikepala maupun wajah.

Pada saat dipalpasi kebersihan kulit kepala bersih, tekstur rambut lembut, kelembaban rambut lembab, rambut tidak mudah rontok, tidak ada edema dan tidak ada nyeri tekan pada bagian kepala maupun wajah.

b) Mata

Pada saat inspeksi mata bagian eksternal bentuk kedua mata simetris antara mata kanan dan kiri, terdapat alis mata, terdapat bulu mata yang melengkung keluar serta berjarak, ujung mata

sejajar dengan ujung pina, kelopak mata dapat membuka menutup dan mencedip tanpa ada hambatan apapun.

Inspeksi mata bagian internal sclera berwarna putih dan tidak ikterik. Bentuk iris dan retina bulat berwarna hitam kecoklatan dengan lensa jernih tidak katarak. Konjungtiva berwarna merah muda. Tidak ada benda asing, tidak ada secret dan tidak ada lesi pada bagian mata.

Refleks mata terhadap cahaya baik terbukti pada saat cahaya didekatkan ke mata, mata klien langsung mencedip. Refleks pupil terhadap cahaya baik terbukti pada saat cahaya didekatkan ke pupil, pupil klien berkonstriksi dan apabila cahaya dijauhkan pupil berbilatasi.

Lapang pandang normal, klien dapat melihat ke segala arah. Kemampuan melihat klien baik, klien dapat membaca tulisan dalam jarak ± 30 cm.

Pada saat dipalpasi pada bagian mata tidak ada nyeri tekan dan gerakan bola mata normal, klien dapat menggerakkan bola matanya ke segala arah.

c) Hidung

Saat diinspeksi hidung bagian eksternal bentuk hidung normal, lubang hidung simetris antara lubang hidung kanan dan kiri sama besar, septum berada di tengah – tengah antara lubang hidung

kanan dan kiri, terdapat cuping hidung dan tidak terdapat gerakan nafas cuping hidung.

Inspeksi hidung bagian internal kebersihan hidung bersih, terdapat silia berwarna hitam, terdapat secret berwarna putih, tidak ada sumbatan, mukosa hidung berwarna merah muda, tidak ada pendarahan, tidak ada tanda – tanda infeksi dan tidak ada lesi pada hidung.

Fungsi penciuman baik, pasien dapat mengetahui wangi pada kayu putih. Saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan pada hidung dan pada sinus maksilaris maupun sinus frontalis.

d) Telinga

Saat diinspeksi telinga bagian eksternal kesimetrisan telinga simetris dengan ukuran sama besar tidak terlalu kecil dan tidak terlalu besar. Warna telinga sama dengan warna kulit lainnya yaitu warna kuning langsung, kebersihan telinga bersih, tidak ada pendarahan, tidak ada tanda – tanda infeksi, dan tidak menggunakan alat bantu dengar.

Inspeksi telinga bagian internal mukosa telinga berwarna merah muda, warna serumen kuning kecoklatan dengan konsistensi lembek, membran tympani putih seperti mutiara dan tidak ada perforasi, tidak ada lesi pada telinga.

Fungsi pendengaran baik terbukti klien dapat menjawab semua pertanyaan yang diajukan oleh pembicara dan tidak ada nyeri tekan saat dipalpasi.

e) Mulut

Pada saat diinspeksi mulut bagian eksternal warna bibir merah tua, mukosa bibir tidak kering, saat dipalpasi tekstur bibir lembut dan kelembaban bibir lembab.

Inspeksi mulut bagian internal warna gigi putih kekuningan, jumlah gigi lengkap terdapat 30 buah gigi dan 2 buah gigi tunggal, tidak terdapat gigi caries, tidak ada karang gigi, gusi berwarna merah muda, lidah berwarna merah muda tidak elevasi kanan dan tidak elevasi kiri. Palatum durum berwarna merah pucat dengan tekstur tampak sedikit kasar, palatum mol berwarna merah muda dengan tekstur tampak sedikit lunak, uvula berwarna merah muda berada ditengah kerongkongan dan bergetar pada saat bilang “Ah”, tonsil berwarna merah muda berada disamping kerongkongan.

Kebersihan mulut bersih, tidak ada stomatitis, tidak ada pendarahan, tidak ada pembengkakan dan tidak ada lesi pada mulut bagian eksternal maupun mulut bagian internal.

Fungsi pengecapian baik, pasien dapat membedakan rasa asin oada garam dan rasa manis pada gula.

f) Leher

Pada saat diinspeksi warna kulit leher sama dengan warna kulit lainnya yaitu warna kuning langsung, pigmentasi merata tidak ada bintik – bintik merah, tidak ada peningkatan JVP dan tidak ada lesi pada leher.

Pada saat dipalpasi tidak ada pembengkakan pada kelenjar getah bening, kelenjar tiroid dan kelenjar paratiroid. Tidak ada nyeri tekan, fungsi menelan baik tanpa ada hambatan. pergerakan leher baik, klien dapat menggerakkan lehernya ke kanan, kiri, depan, belakang dan tidak terdapat kaku kuduk.

g) Dada

(1)Paru – paru

Pada saat diinspeksi warna kulit dada sama dengan warna kulit lainnya yaitu warna kuning langsung. Bentuk dada normal, tidak barrel chest, tidak funnel chest, dan pigeon chest. Pola nafas regular, frekuensi nafas 20 x/menit dan tidak ada lesi.

Saat diauskultasi pada dada terdapat suara vesikuler. Saat dipalpasi ekspansi paru seimbang antara paru kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada pembengkakan.

(2)Jantung

Tidak terdapat pembengkakan pada daerah apex jantung, saat diauskultasi irama jantung regular, bunyi jantung normal dengan S1 lup dan S2 dup, tidak terdapat suara tambahan pada

jantung, frekuensi jantung 84 x/menit, tekanan darah 110/70 mmHg dan saat dipalpasi arteri icus cordis teraba.

(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.

(4) Punggung

Pada saat diinspeksi warna kulit punggung sama dengan warna kulit lainnya yaitu warna kuning langsung. Bentuk punggung normal, tidak lordosis, tidak kifosis dan tidak kifosis. Tidak ada pembengkakan dan tidak ada lesi.

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, 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 kebersihan genetalia bersih, terdapat luka jahitan pada perineum $\pm$ 5 cm dengan grade ruptur perineum derajat II dan jumlah jahitan sebanyak 10 jahitan pada bagian dalam dan 5 jahitan pada bagian luar dengan jenis jahitan interruptus, tampak kemerahan, tidak ada edema, tidak ada bercak pendarahan, tidak ada nanah, keadaan luka tertutup dan luka tampak masih basah. Skala REEDA 1, terdapat lochea rubra berwarna merah tua, bau darah seperti bau darah biasa dan tidak bau busuk. Klien mengganti pembalut 2x dalam sehari. Terdapat nyeri tekan pada daerah perineum dengan skala nyeri 4 (0-10).

j) Ekstremitas

(1)Ekstremitas 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. Refleks trisep dan refleks bisep (+).

(2) Ekstremitas Bawah

Saat diinspeksi pada bagian ekstremitas bawah kesimetrisan simetris sama panjang tidak berbentuk X dan tidak berbentuk O baik kaki kanan maupun kaki kiri, tidak ada varises, tidak ada edema, tidak ada tanda – tanda homan, 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 kaki bebas tidak terbatas, ROM aktif, kekuatan otot 5/5. Saat dipalpasi CRT baik, kembali dalam waktu < 2 detik, tidak ada nyeri tekan. Arteri femoralis, arteri patella dan arteri dorsalis pedis teraba jelas. Refleks patella dan refleks arcilles (+). babynsky (-).

5) Pola Aktivitas Sehari – hari

Tabel 3.2
Pola Aktivitas Sehari – hari

No	Jenis aktivitas	Saat hamil	Setelah melahirkan
1	2	3	4
1.	Nutrisi		
	a. Makan		
	Jenis	Nasi, sayur, tahu, snack,dll	Nasi, sayur, roti,dll
	Frekuensi	3 – 4 kali	2 – 3 kali
	Porsi	1 porsi	½ - 1 porsi
	Pantangan	Makan nanas	Makan makanan yg pedas dan makanan yang asam
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	b. Minum		
	Jenis	Air putih, susu manis	Air putih, teh manis
	Frekuensi	5 – 10 x/hari	5 – 8 x/hari
	Jumlah	10 – 12 gelas	8 – 10 gelas
	Pantangan	Minuman bersoda, minuman yang asam	Minuman bersoda, minuman yang asam
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
2.	Istirahat Tidur		
	a. Tidur siang		
	Berapa jam	± 1 jam	± 30 menit
	Kualitas	Nyenyak	Nyenyak
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	b. Tidur malam		
	Berapa jam	6 – 7 jam	4 – 5 jam
	Kualitas	Nyenyak	Nyenyak
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
3.	Eliminasi		
	a. BAK		
	Frekuensi	8 – 10 x/hari	4 – 6 x/hari
	Warna	Kuning jernih	Kuning sedikit pekat
	Bau	Bau khas urin	Bau khas urin
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	b. BAB		
	Frekuensi	1 x/hari	Belum BAB
	Warna	Kuning kecoklatan	Tidak ada
	Konsistensi	Lembek	Tidak ada
	Bau	Bau khas feces	Tidak ada
	Keluhan	Tidak ada	Klien mengeluh belum BAB karena takut jahitan lepas
4.	Personal Hygiene		
	a. Mandi	1 – 2 x/hari	1 x/hari
	b. Gosok gigi	2 x/hari	2 x/hari

1	2	3	4
	c. Keramas	2 hari sekali	Sehari sebelum melahirkan klien sudah keramas
	d. Gunting kuku	Seminggu sekali	Kuku pasien masih pendek dan bersih
	e. Berpakaian	1 – 2 x/hari	2 x/hari
	Frekuensi Gangguan berpakaian	Tidak ada	Tidak ada
5.	Mobilitas dan Aktivitas		
	a. Aktivitas yang dilakukan	Membersihkan rumah, jalan – jalan kecil	Membersihkan rumah, menjaga, merawat bayi
	b. Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada

g. 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 slalu 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) Gambaran Diri

Klien mengatakan tidak ada bagian tubuh yang tidak disukai meski banyak perubahan di dalam anggota tubuhnya.

(2) Ideal Diri

Klien mengatakan ingin cepat sembuh seperti biasanya agar bisa merawat dan menjaga bayinya.

(3) Identitas Diri

Klien merasa bahagia menjadi seorang perempuan yang dapat hamil dan melahirkan anak perempuan.

(4) Harga Diri

Klien merasa bahagia dan bersyukur karena anak pertamanya sudah lahir dengan selamat dan lancar. Dan klien merasa dihargai oleh suaminya, keluarganya dan orang lain.

(5) Peran

Peran klien di Puskesmas Selaawi sebagai pasien post partum, peran di rumah seorang istri dan ibu dari anaknya.

d) Psikologi Post Partum

Klien berada pada *fase taking in*, klien masih ketergantungan pada keluarga saat melakukan perawatan bayinya, klien masih terfokus pada dirinya sendiri.

2) Aspek Sosial

a) Pola Koping

Klien mengatakan apabila klien memiliki masalah klien selalu memecahkan masalahnya dgn bermusyawarah bersama keluarganya.

b) Pola Interaksi

Hubungan klien dengan suami, keluarga, orang lain baik.

c) Pola Komunikasi

Klien menggunakan bahasa sunda saat berkomunikasi dengan lingkungan sekitar.

3) Aspek Spiritual

Klien beragama islam dan klien mengatakan bahwa rasa sakitnya merupakan cobaan dari Allah SWT dan pasti akan sembuh.

4) Pengetahuan Ibu

Klien mengatakan ini persalinan pertama klien jadi klien belum mengetahui cara perawatan payudara yang baik dan benar. Klien tampak bingung saat ditanya mengenai perawatan payudara.

5) Kebiasaan Seksual

Klien mengatakan sebelum masa nifas klien tidak memiliki masalah saat berhubungan. Dan klien bersama suami telah sepakat untuk tidak melakukan hubungan suami istri setelah masa nifas selesai dan luka jahitannya sembuh.

h. Data Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium

Tanggal : 26 Maret 2021

Tabel 3.3
Hasil Pemeriksaan Laboratorium

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Normal
1	2	3	4	5
1.	Hematologi Hemoglobin	12,7	g/dl	12,0 – 16,0
2.	Urinalisis Protein Urine	Negatif	-	Negatif

i. Terapi Medis

Tabel 3.4
Terapi Medis

Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian	Waktu Pemberian	Indikasi	Kontra-indikasi
1	2	3	4	5	6
Amoxillin	3x500 mg	Oral	06.00, 14.00, 22.00	Infeksi saluran kemih, otitis media, sinusitis bronchitis	Hipersensitivitas
Metronidazole	3x500 mg	Oral	06.00, 14.00, 22.00	Urethritis, vaginitis pencegahan infeksi anaerob	Hipersensitivitas, kehamilan trimester pertama
Paracetamol	3x500 mg	Oral	06.00, 14.00, 22.00	Nyeri ringan sampai sedang, pireksia	Hipersensitivitas, gangguan fungsi hati berat
Fe	1x100 mg	Oral	06.00	Anemia defisiensi besi	Warna tinja dapat berubah

j. Analisa Data

Tabel 3.5
Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
1.	DS : - Klien mengeluh nyeri pada luka jahitan dibagian jalan lahir. - Nyeri yang dirasakan klien bertambah pada saat ingin duduk dan berkurang pada saat diistirahatkan. - Nyeri dirasakan klien seperti ditusuk – tusuk jarum pada bagian jalan lahir yang menyebar ke bagian anus. - Skala nyeri yang dirasakan klien 4 (0-10) dan dirasakan secara hilang timbul dalam kurun waktu ± 10 menit DO : - Klien tampak meringis kesakitan - Adanya luka jahitan pada bagian perineum ± 5 cm - Terdapat nyeri tekan pada daerah perineum - TTV : TD : 110/70 mmHg: N : 84 x/menit R : 20 x/menit S : 36,5 ° C	Robekan pada jalan lahir terputusnya kontinuitas jaringan perineum lalu terjadi pelepasan zat mediator nyeri serotonin dan histamine serta pembentukan bradikinin dan prostaglandin kemudian mediator nyeri ini dibawa oleh neuron sensori ke medulla spinalis dan selanjutnya akan diteruskan ke pusat nyeri di thalamus yg ada di cerebrum setelah itu ke korteks serebri nyeri dipersepsikan jadi nyeri akut.	Nyeri akut
2.	DS : - Klien mengatakan luka jahitan di daerah perineum terasa nyeri dan tampak masih basah - Klien mengatakan mengganti pembalut 2 x dalam sehari DO : - Adanya luka jahitan pada perineum ± 5 cm	Adanya luka jahitan di bagian perineum dan jaringan kontak dengan dunia luar sehingga luka tersebut menjadi tempat masuk mikroorganisme seperti bakteri, virus, jamur dengan tidak adekuatnya pertahanan system imun dapat menimbulkan resiko	Resiko infeksi

1	2	3	4
	- Luka tampak kemerahan - Keadaan luka tertutup dan tampak masih basah - Terdapat lochea rubra - Terdapat darah berwarna merah tua - Bau darah seperti darah biasa dan tidak bau busuk - Suhu 36,5 ° C	infeksi pada luka.	
3.	DS: Klien mengatakan ini persalinan pertama klien jadi klien belum mengetahui cara perawatan payudara yg baik dan benar DO : - Klien tampak bingung saat ditanya mengenai cara perawatan payudara - ASI yang keluar sedikit - Post partum hari ke 1	Primipara dengan post partum normal terjadi perubahan psikologis yaitu pada fase taking hold (Ketergantungan kemandirian) klien perlu mengetahui tentang cara perawatan dirinya karena kekurangan informasi tentang perawatan payudara dan terjadi kurang pengetahuan.	Kurang pengetahuan
4.	DS : Klien mengeluh belum bab karena takut jahitannya lepas DO : - Adanya luka jahitan pada bagian perineum ± 5 cm - Setelah melahirkan klien belum BAB - Bising usus 9 x/menit - Ada sedikit pengerasan pada perut bagian left lower kwadran	Adanya luka jahitan di bagian perineum membuat klien cemas akan jahitannya lepas saat defekasi klien pun menahan untuk BAB sehingga menyebabkan obstruksi saluran cerna lalu kerusakan neuromuscular peristaltic usus menurun maka dapat menimbulkan resiko konstipasi	Resiko konstipasi

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas masalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan perineum, ditandai dengan :

DS :

- Klien mengeluh nyeri pada luka jahitan dibagian jalan lahir.
- Nyeri yang dirasakan klien bertambah pada saat ingin duduk dan berkurang pada saat diistirahatkan.
- Nyeri dirasakan klien seperti ditusuk – tusuk jarum pada bagian jalan lahir yang menyebar ke bagian anus.
- Skala nyeri yang dirasakan klien 4 (0-10) dan dirasakan secara hilang timbul dalam kurun waktu $\pm$ 10 menit

DO :

- Klien tampak meringis kesakitan
- Adanya luka jahitan pada bagian perineum $\pm$ 5 cm
- Terdapat nyeri tekan pada daerah perineum
- TTV :

TD : 110/70 mmHg:

N : 84 x/menit

R : 20 x/menit

S : 36,5 ° C

- b. Risiko infeksi berhubungan dengan adanya luka di jalan lahir.

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

DS : Klien mengatakan ini persalinan pertama klien jadi klien belum mengetahui cara perawatan payudara yang baik dan benar

DO :

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

- d. Resiko konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot.

3. Proses Keperawatan

Nama : Ny. W

Umur : 20 Tahun

Ruangan : PONED Puskesmas Selaawi

Tabel 3.6
Proses Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
1	2	3	4	5	6	7
1.	Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan perineum, ditandai dengan : DS : - Klien mengeluh nyeri pada luka jahitan dibagian jalan lahir. - Nyeri yang dirasakan klien bertambah pada saat ingin duduk dan berkurang	Jangka panjang: Nyeri akut dapat teratasi dalam waktu 7x24 jam. Jangka pendek: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 jam nyeri teratasi dengan kriteria hasil: DS: Klien mengatakan nyeri berkurang DO: - Mengungkapkan	1. Observasi TTV 2. Tentukan lokasi, skala dan sifat nyeri. 3. Inspeksi perbaikan	1. Dengan mengkaji keadaan TTV klien, maka dapat mengetahui keadaan umum klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan – kebutuhan khusus dan intervensi yang tepat. 3. Dapat menunjukkan	Tanggal : 27 Maret 2021 Jam 09.15 wib 1. Mengobservasi TTV, dengan hasil: TD : 110/80 mmHg N : 86 x/menit R : 21 x/menit S : 36,7 ° C Jam 09.30 wib 2. Menentukan lokasi, skala dan sifat nyeri. Dengan hasil: - Klien mengeluh nyeri pada dibagian jalan lahir.	Tanggal : 27 Maret 2021 Jam 12.30 wib S : - Klien masih mengeluh nyeri pada luka jahitan dibagian jalan lahir. - Nyeri yang dirasakan klien bertambah pada saat ingin duduk dan berkurang pada saat diistirahatkan. - Nyeri dirasakan klien seperti ditusuk – tusuk jarum pada bagian jalan lahir yang menyebar ke anus.

1	2	3	4	5	6	7
	pada saat diistirahatkan. - Nyeri dirasakan klien seperti ditusuk – tusuk jarum pada bagian jalan lahir yang menyebar ke bagian anus. - Skala nyeri yang dirasakan klien 4 (0-10) dan dirasakan secara hilang timbul dalam kurun waktu $\pm$ 10 menit DO : - Klien tampak meringis kesakitan - Adanya luka jahitan pada bagian perineum $\pm$ 5 cm - Terdapat nyeri tekan pada daerah perineum	berkurangnya nyeri - Klien mampu mengenali nyeri (skala nyeri turun, frekuensi, intensitas dan tanda nyeri). - Tidak terdapat nyeri tekan. - TTV dalam batas normal.	perineum 4. Ajarkan berbagai strategi untuk menurunkan nyeri, misalnya teknik relaksasi dan distraksi. 5. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgetik	trauma berlebihan pada jaringan perineal dan terjadinya komplikasi yang memerlukan intervensi lebih lanjut. 4. Membantu menurunkan atau memberikan rasa nyaman. 5. Memberikan kenyamanan sehingga klien dapat memfokuskan pada perawatan sendiri dan bayinya.	- Nyeri yang dirasakan klien bertambah pada saat ingin duduk dan berkurang pada saat diistirahatkan. - Nyeri dirasakan klien seperti ditusuk – tusuk jarum pada bagian jalan lahir yang menyebar ke bagian anus. - Skala nyeri yang dirasakan klien 4 (0-10) dan dirasakan secara hilang timbul dalam kurun waktu $\pm$ 10 menit. Jam 09.40 wib 3. Menginspeksi perbaikan perineum. Dengan hasil: Perineum tampak masih basah Jam 09.50 wib 4. Mengajarkan menurunkan nyeri dengan cara teknik	- Skala nyeri 4 (0-10) dan dirasakan secara hilang timbul dalam kurun waktu $\pm$ 10 menit O : - Klien tampak meringis kesakitan - Adanya luka jahitan pada bagian perineum $\pm$ 5 cm - Terdapat nyeri tekan pada daerah perineum - TTV : TD : 110/80 mmHg; N : 86 x/menit R : 21 x/menit S : 36,7 ° C A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Observasi TTV 2. Tentukan lokasi, skala dan sifat nyeri. 3. Ajarkan berbagai strategi untuk menurunkan nyeri misalnya dengan

1	2	3	4	5	6	7
	- TTV : TD:110/70mmHg N : 84 x/menit R : 20 x/menit S : 36,5 ° C				relaksasi dan distraksi. Dengan hasil : klien dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam. Jam 10.10 wib 5. Mengkolaborasikan pemberian analgetik sesuai dengan advice dokter. Dengan pemberian obat paracetamol 500 mg dgn pemberian oral. Neng Tita	teknik relaksasi dan distraksi. Neng Tita
2.	Risiko infeksi berhubungan dengan adanya luka di jalan lahir.	Jangka panjang: Resiko infeksi dapat teratasi dalam waktu 7x24 jam. Jangka pendek: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 jam resiko infeksi teratasi dengan kriteria hasil:	1. Kaji adanya perubahan suhu. 2. Kaji tanda – tanda infeksi (REEDA).	1. Peningkatan suhu sampai 38,3 °C pada 2 – 10 hari setelah melahirkan sangat menandakan infeksi. 2. Dapat menunjukkan trauma berlebihan	Tanggal : 27 Maret 2021 Jam 10.20 wib 1. Mengkaji adanya perubahan suhu. Dengan hasil: Suhu : 36,7 °C Jam 10.35 wib 2. Mengkaji tanda – tanda infeksi (REEDA). Dengan hasil : - Luka tampak	Tanggal : 27 Maret 2021 Jam 13.00 wib S : - Klien mengatakan luka jahitan di daerah perineum masih terasa nyeri dan tampak masih basah - Klien mengatakan mengganti pembalut 2 x dalam sehari O : - Adanya luka jahitan

1	2	3	4	5	6	7
		DS: Klien mengatakan tidak nyeri lagi DO: - Penyembuhan luka sesuai yang diharapkan - Skala REEDA 0 - Tidak ada tanda – tanda infeksi - Mendemonstrasikan teknik – teknik untuk menurunkan resiko/ meningkatkan penyembuhan.	3. Anjurkan pada pasien untuk cebok yang benar dan untuk mengganti pembalut sedikitnya setiap 4 jam atau jika pembalut basah. 4. Ajarkan pada klien tentang cara perawatan luka perineum. 5. Kolaborasi untuk pemberian antibiotik.	pada jaringan parenial dan atau terjadinya komplikasi yang memerlukan evaluasi intervensi lebih lanjut. 3. Membantu mencegah kontaminasi rektal memasuki vagina atau uretra. 4. Meningkatkan pengetahuan klien tentang cara perawatan vulva/ perineum. 5. Mencegah infeksi dan penyebaran ke jaringan sekitar.	Kemerahan - Keadaan luka tertutup dan tampak masih basah - Skala REEDA 1 - Terdapat lochea rubra - Terdapat darah berwarna merah tua - Bau darah seperti darah biasa dan tidak bau busuk Jam 10.50 wib 3. Menganjurkan pada pasien untuk cebok dari bagian atas ke bawah dan untuk mengganti pembalut setiap 4 jam. Dengan hasil : Klien mengatakan 2x dalam sehari mengganti pembalut Jam 11.00 wib 4. Mengajarkan pada klien tentang cara perawatan luka perineum.	pada perineum ± 5 cm - Luka tampak kemerahan - Keadaan luka tertutup tampak masih basah - Skala REEDA 1 - Terdapat lochea rubra - Terdapat darah berwarna merah tua - Bau darah seperti darah, tidak bau busuk - Suhu 36,7 ° C A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Kaji adanya perubahan suhu. 2. Kaji tanda – tanda infeksi (REEDA). 3. Anjurkan pada pasien untuk cebok yang benar dan untuk mengganti pembalut sedikitnya setiap 4 jam atau jika pembalut basah. 4. Ajarkan pada klien cara perawatan luka perineum.

1	2	3	4	5	6	7
					Dengan hasil: klien dapat memahami cara perawatan luka perineum. Jam 11.15 wib 5. Mengkolaborasikan untuk pemberian antibiotik. Pemberian obat amoxillin 500mg dan metronidazole 500mg dengan cara pemberian oral. Neng Tita	Neng Tita
3.	Kurang pengetahuan mengenai perawatan payudara berhubungan dengan kurang informasi, ditandai dengan : DS: Klien mengatakan ini persalinan pertama klien jadi klien belum mengetahui cara perawatan payudara yang baik dan benar	Jangka panjang: Kurang pengetahuan dapat teratasi dalam waktu 4x24 jam. Jangka pendek: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 jam kurang pengetahuan teratasi dengan kriteria hasil:	1. Kaji kesiapan klien dan motivasi untuk belajar.. 2. Bantu pasien dalam mengidentifikasi kebutuhannya.	1. Periode pasca natal dapat menjadi pengalaman positif bila penyuluhan yang tepat diberikan. 2. Membantu klien mengidentifikasi kebutuhan saat ini dan untuk	Tanggal : 27 Maret 2021 Jam 11.25 wib 1. Mengkaji kesiapan klien dan motivasi untuk belajar. Dengan hasil: Klien tampak antusias Jam 11.30 2. Membantu pasien dalam mengidentifikasi kebutuhannya.	Tanggal : 27 Maret 2021 Jam 13.30 wib S: Klien mengatakan ini persalinan pertama klien dan sekarang klien dapat mengetahui cara perawatan payudara yang baik dan benar O : -Klien tampak antusias dan dapat mengulang kembali cara perawatan payudara

1	2	3	4	5	6	7
	DO : - Klien tampak bingung saat ditanya mengenai cara perawatan payudara - ASI yang keluar sedikit - Post partum hari ke 1	DS: Klien mengatakan dapat mengetahui cara perawatan payudara. DO: - Mengungkapkan pemahaman perubahan fisiologis, kebutuhan individu, dan hasil diharapkan. - Melakukan aktivitas/ prosedur dan menjelaskan alasan tindakan.	3. Berikan informasi tentang perawatan payudara. 4. Ajarkan pada pasien tentang cara perawatan payudara dan lakukan prosedur demonstrasi yang benar.	mengembangkan rencana keperawatan. 3. Menambah pengetahuan klien. 4. Agar klien mengerti dan mampu melakukan tindakan yang diajarkan.	Jam 11.35 3. Melakukan penyuluhan tentang perawatan payudara. Dengan hasil : klien dapat memahami perawatan payudara. Jam 12.00 4. Mengajarkan pada klien tentang cara perawatan payudara dan melakukan prosedur demonstrasi yg benar. Dengan hasil : ASI yang keluar bertambah Neng Tita	-ASI yang keluar bertambah -Post partum hari ke 2 A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1. Kaji kesiapan klien dan motivasi untuk belajar. 2. Ajarkan pada pasien tentang cara perawatan payudara dan lakukan prosedur demonstrasi yang benar. Neng Tita
4.	Resiko konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot.	Jangka panjang: Resiko konstipasi dapat teratasi dalam waktu 4x24 jam. Jangka pendek: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 jam resik	1. Auskultasi adanya bising usus. 2. Kaji terhadap adanya hemoroid. 3. Anjurkan klien minum secara adekuat $\pm$ 1500	1. Mengevaluasi fungsi usus. 2. Mengetahui adanya hemoroid. 3. Peningkatan cairan akan merangsang	Tanggal : 27 Maret 2021 Jam 12.05 wib 1. Mengauskultasi adanya bising usus. Dengan hasil : Bising usus 8x/menit Jam 12.15 wib 2. Memberi penjelasan	Tanggal : 27 Maret 2021 Jam 14.00 wib S: Klien mengatakan belum bab karena takut jahitannya lepas O : - Adanya luka jahitan pada bagian perineum $\pm$ 5 cm

1	2	3	4	5	6	7
		konstipasi teratasi dengan kriteria hasil: DS: Klien mengatakan BAB nya lancar. DO: - Klien mampu melakukan kembali kebiasaan seperti defekasi seperti biasanya dengan ketidaknyamanan minimal dalam 4 hari setelah kelahiran. - Bising usus normal (7-12 x menit) - Tidak ada pengerasan pada perut	– 2000 ml/ hari. 4. Anjurkan klien untuk mengkonsumsi bahan makanan yang berserat tinggi seperti : sayuran dan buah – buahan. 5. Berikan pelunak feses atau laksatif jika diindikasikan.	eliminasi. 4. Melancarkan pencernaan. 5. Untuk meningkatkan kembali kebiasaan defekasi normal dan mencegah menjelang atau stres perineal selama defekasi.	kepada klien bahwa BAB tidak akan membuat jahitannya lepas karena lubang anus berbeda dengan vagina. Jam 12.20 wib 3. Menganjurkan klien minum secara adekuat $\pm$ 1500 – 2000 ml/ hari. Dengan hasil: klien minum $\pm$ 1500 ml/hari. Jam 12.25 wib 4. Menganjurkan klien untuk mengkonsumsi bahan makanan yang berserat tinggi seperti : sayuran dan buah – buahan. Neng Tita	- Setelah melahirkan klien belum BAB - Bising usus 8 x/menit - Ada sedikit pengerasan pada perut bagian left lower kwadran A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Auskultasi adanya bising usus. 2. Anjurkan klien minum secara adekuat $\pm$ 1500–2000 ml/ hari. 3. Anjurkan klien untuk mengkonsumsi bahan makanan yang berserat tinggi seperti : sayuran dan buah – buahan. Neng Tita

4. Catatan Perkembangan

Tabel 3.7
Catatan Perkembangan Ny.W Tanggal 28 Maret 2021

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Pelaksana
1	2	3	4
Minggu, 28 Maret 2021	Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan	S : - Klien mengatakan nyeri yang dirasakan klien berkurang. - Nyeri yang dirasakan klien bertambah pada saat ingin duduk dan berkurang pada saat diistirahatkan. - Nyeri dirasakan klien seperti ditusuk – tusuk jarum pada bagian jalan lahir. - Skala nyeri yang dirasakan klien 3 (0-10) O : - Klien tidak tampak meringis kesakitan - Adanya luka jahitan pada bagian perineum ± 5 cm - Terdapat nyeri tekan pada daerah perineum - TTV : TD : 110/80 mmHg; N : 80 x/menit R : 20 x/menit S : 36,5 ° C A : Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan teratasi sebagian P : - Observasi TTV - Kaji skala nyeri klien - Anjurkan untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam I : Jam 08.45 wib - Mengobservasi TTV Dengan hasil : TD : 110/80 mmHg; N : 80 x/menit R : 20 x/menit S : 36,5 ° C - Mengkaji skala nyeri klien	Neng Tita

1	2	3	4
		Dengan hasil : Skala nyeri klien 3(0-10) - Mengajarkan untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam E : Jam 09.00 wib Masalah teratasi sebagian	
Minggu, 28 Maret 2021	Risiko infeksi berhubungan dengan adanya luka di jalan lahir	S : - Klien mengatakan luka jahitan di daerah perineum masih sedikit basah dan nyerinya mulai berkurang - Klien mengatakan mengganti pembalut 2 x sehari O : - Adanya luka jahitan pada perineum ± 5 cm - Luka masih tampak sedikit kemerahan - Keadaan luka tertutup dan tampak masih sedikit basah - Skala REEDA 0 - Terdapat lochea sanguinolenta - Terdapat darah berwarna merah kekuningan - Bau darah seperti darah biasa, tidak bau busuk - Suhu 36,5 ° C A : Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan adanya luka di jalan lahir teratasi sebagian. P : - Kaji adanya perubahan suhu - Kaji tanda – tanda REEDA - Anjurkan untuk mengganti pembalut setiap 4 jam - Anjurkan untuk melakukan perawatan luka pada perineumnya I : Jam 09.15 wib - Mengkaji adanya perubahan suhu Dengan hasil : Suhu 36,5 ° C - Mengkaji tanda – tanda REEDA Dengan hasil : - Luka tampak sedikit kemerahan - Keadaan luka tertutup dan	Neng Tita

1	2	3	4
		tampak sedikit basah - Skala REEDA 0 - Terdapat lochea sanguinolenta - Menganjurkan untuk mengganti pembalut setiap 4 jam Dengan hasil : Klien mengganti pembalut 2x/hari - Menganjurkan untuk melakukan perawatan luka pada perineumnya E : Jam 09.30 wib Masalah teratasi sebagian	
Minggu, 28 Maret 2021	Kurang pengetahuan mengenai perawatan payudara berhubungan dengan kurang informasi	S: Klien mengatakan sudah melakukan perawatan payudara sendiri O : -Klien tampak antusias dan dapat melakukan perawatan payudara sendiri -ASI yang keluar bertambah banyak -Post partum hari ke 3 A: Kurang pengetahuan mengenai perawatan payudara berhubungan dengan kurang informasi teratasi. P: Lanjutkan intervensi Cara perawatan payudara	Neng Tita
Minggu, 28 Maret 2021	Resiko konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot	S: Klien mengatakan belum bab karena masih ada rasa takut jahitannya lepas O : - Adanya luka jahitan pada bagian perineum $\pm$ 5 cm - Setelah melahirkan klien belum BAB 2 hari - Bising usus 7 x/menit - Ada pengerasan pada perut bagian left lower kwadran A : Resiko konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot belum teratasi P: - Auskultasi bising usus - Anjurkan klien untuk banyak minum air putih - Anjurkan klien untuk	Neng Tita

1	2	3	4
		mengonsumsi makanan yang mengandung serat. I : Jam 09.45 wib - Mengauskultasi bising usus Dengan hasil : Bising usus 7x/menit - Menganjurkan klien untuk banyak minum air putih Dengan hasil : Dalam sehari klien minum ± 1500 ml - Menganjurkan klien untuk mengonsumsi makanan yang mengandung serat seperti pepaya, pisang, dan yang lainnya. E : Jam 10.00 wib Masalah belum teratasi	

Tabel 3.8
Catatan Perkembangan Ny.W Tanggal 29 Maret 2021

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Pelaksana
1	2	3	4
Senin, 29 Maret 2021	Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan	S : - Klien mengatakan nyeri yang dirasakan klien berkurang. - Skala nyeri yg dirasakan 2(0-10) O : - Klien tidak tampak meringis kesakitan - Adanya luka jahitan pada bagian perineum ± 5 cm - Terdapat nyeri tekan pada daerah perineum - TTV : TD : 110/80 mmHg: N : 85 x/menit R : 20 x/menit S : 36,6 ° C A : Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan teratasi sebagian P : - Observasi TTV	Neng Tita

1	2	3	4
		- Kaji skala nyeri klien - Anjurkan untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam I : Jam 09.15 wib - Mengobservasi TTV Dengan hasil : TD : 110/80 mmHg: N : 85 x/menit R : 20 x/menit S : 36,6 ° C - Mengkaji skala nyeri klien Dengan hasil : Skala nyeri klien 2(0-10) - Menganjurkan untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam E : Jam 09.30 wib Masalah teratasi sebagian	
Senin, 29 Maret 2021	Risiko infeksi berhubungan dengan adanya luka di jalan lahir	S : - Klien mengatakan luka jahitan di daerah perineum mulai kering dan nyerinya mulai berkurang - Klien mengatakan mengganti pembalut 2 x sehari O : - Adanya luka jahitan pada perineum ± 5 cm - Tidak ada tanda – tanda REEDA - Terdapat lochea sanguinolenta - Terdapat darah berwarna merah kekuningan - Bau darah seperti darah biasa, tidak bau busuk - Suhu 36,6 ° C A : Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan adanya luka di jalan lahir teratasi sebagian. P : - Kaji adanya perubahan suhu - Kaji tanda – tanda REEDA - Anjurkan untuk mengganti pembalut setiap 4 jam - Anjurkan untuk melakukan perawatan luka pada perineumnya	Neng Tita

1	2	3	4
		I : Jam 09.45 wib - Mengkaji adanya perubahan suhu Dengan hasil : Suhu 36,6 ° C - Mengkaji tanda – tanda REEDA - Menganjurkan untuk mengganti pembalut setiap 4 jam Hasil : Ganti pembalut 2x/hari - Menganjurkan untuk melakukan perawatan luka pada perineum. E : Jam 10.00 wib Masalah teratasi sebagian	
Senin, 29 Maret 2021	Resiko konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot	S: Klien mengatakan belum bab karena masih ada rasa takut jahitannya lepas O : - Adanya luka jahitan pada bagian perineum ± 5 cm - Setelah melahirkan klien belum BAB 3 hari - Bising usus 7 x/menit - Ada pengerasan pada perut bagian left lower kwadran A : Resiko konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot belum teratasi P: - Auskultasi bising usus - Anjurkan klien untuk banyak minum air putih - Anjurkan klien untuk mengonsumsi makanan yang mengandung serat. I : Jam 10.05 wib - Mengauskultasi bising usus Hasil : Bising usus 7x/menit - Menganjurkan klien untuk banyak minum air putih Hasil : minum ±1500 ml/hari - Menganjurkan klien untuk mengonsumsi makanan yang mengandung serat seperti papaya, pisang, dan yang lainnya. E : Jam 10.30 wib Masalah belum teratasi	Neng Tita

Tabel 3.9
Catatan Perkembangan Ny.W Tanggal 30 Maret 2021

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Pelaksana
1	2	3	4
Selasa, 30 Maret 2021	Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan	S : - Klien mengatakan alhamdulillah sudah tidak merasa nyeri lagi. - Skala nyeri yg dirasakan 1 (0-10) O : - Klien tidak tampak meringis - Adanya luka jahitan pada bagian perineum ± 5 cm - Terdapat nyeri tekan pada daerah perineum TTV : TD : 110/70 mmHg; N : 80 x/menit R : 20 x/menit S : 36,6 ° C A : Nyeri akut teratasi. P : Lanjutkan intervensi Menganjurkan untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam	Neng Tita
Selasa, 30 Maret 2021	Risiko infeksi berhubungan dengan adanya luka di jalan lahir	S : - Klien mengatakan luka jahitan di daerah perineum mulai kering dan nyerinya mulai berkurang - Klien mengatakan mengganti pembalut 2 x sehari O : - Adanya luka jahitan pada perineum ± 5 cm - Tidak ada tanda – tanda REEDA - Terdapat lochea sanguinolenta - Terdapat darah berwarna merah kekuningan - Bau darah seperti darah biasa, tidak bau busuk - Suhu 36,6 ° C A : Risiko tinggi infeksi teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi Anjurkan untuk melakukan perawatan luka pada perineumnya	Neng Tita

1	2	3	4
Selasa, 30 Maret 2021	Resiko konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot	S: Klien mengatakan sudah BAB O : - Adanya luka jahitan pada bagian perineum $\pm$ 5 cm - Warna BAB kuning kecoklatan, konsistensi lembek, bau feces. - Bising usus 8 x/menit - Tidak ada pengerasan pada perut A : Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot teratasi P: Lanjutkan intervensi Anjurkan mengonsumsi makanan yang mengandung serat.	Neng Tita

B. Pembahasan

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny.W (P₁A₀) post partum spontan hari ke -1 dengan ruptur perineum di ruang Poned Puskesmas Selaawi yang dilakukan pada tanggal 26 Maret 2021 sampai 30 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. Tahap Pengkajian

Tahap pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan, dimana penulis melakukan pengkajian pada klien secara keseluruhan yang meliputi aspek bio – psiko – sosial – spiritual. Pada tahap ini digunakan

pendekatan yang sistematis untuk mengumpulkan data – data yang bersumber dari klien, keluarga klien, petugas kesehatan, maupun pendokumentasian yang ada diruangan. Data yang diperoleh merupakan data subjektif dan data objektif yang kemudian dianalisis dan dirumuskan menjadi sebuah diagnosa keperawatan.

Hasil dari pengkajian didapatkan beberapa data yang ada pada Ny.W. Pengkajian pada Ny.W dilakukan pada tanggal 26 Maret 2021. Ny.W berusia 20 tahun dengan pekerjaan sebagai ibu rumah tangga. Ny.W merupakan ibu post partum primipara yang melahirkan seorang bayi perempuan dengan BB bayi 3800 gram. Keluhan utama yang dirasakan oleh Ny.W adalah nyeri pada luka jahitan di bagian jalan lahir yang diakibatkan karena adanya luka robekan perineum. Nyeri yang dirasakan klien bertambah pada saat ingin duduk dan berkurang pada saat diistirahatkan. Nyeri dirasakan klien seperti ditusuk – tusuk jarum pada bagian jalan lahir yang menyebar ke bagian anus dengan skala nyeri 4 (0-10) dan dirasakan secara hilang timbul dalam kurun waktu $\pm$ 10 menit. Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik dibagian genetalia ditemukan adanya luka jahitan pada bagian perineum $\pm$ 5 cm, pada saat dipalpasi ada nyeri tekan pada daerah perineum dan Ny.W tampak meringis kesakitan. Saat dilakukan pemeriksaan tanda – tanda vital didapatkan data tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 84 x/menit, respirasi 20 x/menit dan suhu 36,5 ° C. Keluhan nyeri yang dirasakan klien disebabkan karena adanya robekan pada jalan lahir terputusnya kontinuitas jaringan perineum lalu terjadi pelepasan zat

mediator nyeri serotonin dan histamine serta pembentukan bradikinin dan prostaglandin kemudian mediator nyeri ini dibawa oleh neuron sensori ke medulla spinalis dan selanjutnya akan diteruskan ke pusat nyeri di thalamus yang ada di cerebrum setelah itu ke korteks serebri nyeri dipersepsikan jadi nyeri akut. Data tersebut menunjang ke masalah nyeri akut. (Doenges,2015).

Adanya luka jahitan di bagian perineum membuat jaringan kontak langsung dengan dunia luar ditambah terdapatnya lochea rubra dapat membuat area sekitar luka menjadi lembab sehingga luka tersebut menjadi tempat masuk dan berkembangnya mikroorganisme seperti bakteri, virus, jamur dan dapat menimbulkan resiko infeksi pada luka. (Doenges,2015). Pada saat dikaji di daerah genitalia ditemukan adanya luka jahitan ± 5 cm pada Ny.W dengan kondisi luka tertutup dan luka tampak masih basah, skala REEDA 1 (Adanya kemerahan, tidak ada pembengkakan, tidak ada memar, tidak ada pengeluaran cairan di daerah sekitar luka, kerekatan jahitan kuat pada area perineum). Terdapat lochea rubra berwarna merah tua dengan bau seperti darah dan tidak bau busuk. Suhu tubuh $36,5^{\circ}\text{C}$.

Berdasarkan pengkajian pada Ny.W didapatkan juga bahwa Ny.W belum mendapatkan informasi tentang cara perawatan payudara yg baik dan benar karena ini merupakan post partum pertamanya dan pada saat dilakukan pengkajian Ny.W sedang berada pada fase taking in (Ketergantungan kemandirian) sehingga Ny.W perlu mengetahui tentang cara perawatan dirinya karena kurangnya informasi tentang perawatan payudara dan dapat terjadi kurang pengetahuan pada Ny.W.

(Doenges,2015). Pada saat Ny.W ditanya mengenai perawatan payudara Ny.W tampak bingung, setelah melahirkan ASI yg keluar sedikit.

Pada saat pengkajian eliminasi penulis menemukan bahwa Ny.W belum bab dari setelah melahirkan, alasan Ny.W belum BAB karena takut jahitanya lepas. Saat pemeriksaan abdomen diauskultasi bising usus 9 x/menit lalu pada saat dipalpasi ada sedikit pengerasan pada perut bagian left lower kwadran. Dengan adanya luka jahitan di bagian perineum membuat Ny.W cemas akan jahitannya lepas saat defekasi sehingga membuat Ny.W menahan untuk BAB yang menyebabkan obstruksi saluran cerna lalu merusak neuromuscular peristaltic usus menurun maka dapat menimbulkan resiko konstipasi. (Doenges,2015).

Pada data – data yang penulis temukan pada Ny.W tidak semuanya sama dengan teori berdasarkan Doenges (2015) sehingga penulis dapat menyimpulkan ada beberapa kesenjangan antara teori yang ada dan praktik di lapangan. Hal itu bisa terjadi saja karena memang individu itu unik dan holistik dimana manusia memiliki kebutuhan yang berbeda – beda.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respons individu, keluarga/ komunitas terhadap masalah kesehatan/ proses kehidupan actual ataupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil tempat perawat bertanggung jawab. (Budiono, 2016: Hal 233).

Setelah melakukan pengkajian secara bertahap dan data pengkajian di analisa dan menegaskan diagnosa keperawatan yang muncul, namun pada kenyataannya tdk semua diagnosa keperawatan pada teori dapat ditegakkan.

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny.W dengan post partum spontan dengan ruptur perineum hari ke – 1 :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan perineum.

Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau potensial, atau yang digambarkan sebagai kerusakan (*International Association for the study of pain*); awitan yang tiba – tiba atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat, dengan berakhirnya dapat diantisipasi/diprediksi, dengan durasi kurang dari 3 bulan (Nanda, 2015).

Berdasarkan teori diagnosa tersebut dapat ditegakkan bila ada data subjektif yang mendukung yaitu kemungkinan klien mengeluh nyeri pada luka jahitan dibagian jalan lahir dan data objektif yaitu ketidaknyamanan perineal, terdapat luka jahitan di perineum, meringis, gelisah, sikap melindungi area nyeri dan wajah menunjukkan nyeri. (Doenges, 2015).

Alasan diagnosa nyeri akut diangkat karena saat pengkajian didapatkan data subjektif klien mengeluh nyeri pada bagian perineum, nyeri yang dirasakan klien bertambah pada saat ingin duduk dan berkurang pada saat diistirahatkan seperti ditusuk – tusuk jarum pada bagian jalan lahir yang menyebar ke bagian anus dengan skala nyeri 4 (0-

10) dan dirasakan secara hilang timbul dalam kurun waktu ± 10 menit dan didapat data objektif adanya luka jahitan di perineum ± 5 cm, klien tampak meringis kesakitan, terdapat nyeri tekan pada daerah perineum.

Diagnosa ini ditegakkan karena hirarki Maslow menyatakan nyeri dalam kebutuhan dasar yang memerlukan penanganan dengan segera agar tidak mengganggu kebutuhan yang lain. Diagnosa tersebut penulis prioritaskan karena keluhan yang paling utama yang dirasakan klien saat itu dan apabila masalah ini tidak segera ditangani akan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien dan bisa mengganggu aktifitas klien sehingga timbul rasa ketakutan untuk melakukan gerakan dan tindakan.

b. Risiko infeksi berhubungan dengan adanya luka di jalan lahir.

Risiko infeksi adalah peningkatan risiko masuknya organisme patogen. Diagnosa tersebut dapat ditegakkan jika ada factor – factor risiko yaitu ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kulit tidak utuh, trauma jaringan, penurunan kerja silia), ketidakadekuatan imun buatan, malnutrisi, trauma, kerusakan jaringan. Dan didapat data objektif kemungkinan leukosit tinggi, keadaan luka tertutup, tampak masih basah, skala REEDA, suhu $> 37,5$ °C. (Doenges,2015).

Alasan diagnosa tersebut di angkat karena ditemukan faktor – faktor risiko yang mendukung yaitu adanya luka jahitan pada perineum ± 5 cm, luka jahitan pada Ny.W tampak masih basah dan tertutup, klien mengganti pembalut 2 x dalam sehari, luka tampak kemerahan, skala

REEDA 1, terdapat lochea rubra, terdapat darah berwarna merah tua, bau darah seperti darah biasa dan tidak bau busuk dan suhu tubuh 36,5 ° C.

Diagnosa tersebut penulis prioritaskan sebagai diagnosa kedua karena sesuai dengan tingkat beratnya masalah dan penyebab infeksi akan memperlambat proses penyembuhan dan jika perawatan luka tidak menggunakan teknik aseptik yang benar dan kondisi daya tahan tubuh tidak baik maka akan menjadi infeksi.

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

Kurang pengetahuan adalah suatu kondisi dimana individu atau kelompok mengalami kekurangan pengetahuan kognitif atau keterampilan psikomotor mengenai suatu keadaan dan rencana pengobatan (Carpenito). Diagnosa ini ditegakkan apabila ada data subjektif yaitu klien mengatakan belum mengetahui cara perawatan payudara yang baik dan benar dan data objektif yaitu mengungkapkan masalah/ kesalahan konsep, keragu – ragan dalam melakukan aktivitas, ketidak tepatan perilaku, klien tampak bingung saat ditanya mengenai cara perawatan payudara, ASI yang keluar sedikit, post partum hari ke 1.

Diagnosa ini ditegakkan karena pada saat pengkajian Ny.W mengatakan ini persalinan pertama nya jadi klien belum mengetahui cara perawatan payudara yang baik dan benar, klien tampak bingung saat ditanya mengenai cara perawatan payudara, ASI yang keluar sedikit dengan post partum hari ke 1. Penulis memprioritaskan masalah ini

menjadi diagnosa ketiga karena sesuai dengan tingkat keparahan masalah dan tidak bersifat mengancam jiwa, tapi kalau tidak segera diatasi akan menimbulkan kesalahpahaman dan dapat menimbulkan masalah dalam melakukan perawatan payudara.

d. Resiko konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot

Resiko konstipasi adalah rentan mengalami penurunan frekuensi defekasi normal yang disertai dengan kesulitan atau tidak lampiasnya pasase feses, yang dapat mengganggu kesehatan. Dikatakan konstipasi apabila tidak BAB lebih dari 3 hari atau BAB 3x dalam seminggu. (Nanda,2015).

Berdasarkan teori diagnosa ini ditegakkan apabila terdapat faktor – faktor resiko yaitu data subjektif klien mengeluh belum BAB karena takut jahitannya lepas dan data objektif setelah melahirkan klien belum BAB, bising usus menurun, ada pengerasan pada perut. Diagnosa ini diangkat karena saat dikaji terdapat faktor – faktor resiko konstipasi pada klien yaitu klien mengeluh belum bab sejak selesai melahirkan karena takut jahitannya lepas, bising usus 9 x/menit, ada sedikit pengerasan pada perut bagian left lower kwadran

Penulis menempatkan diagnosa ini yang terakhir karena diagnosa ini masih masuk ke dalam resiko dimana klien mengeluh belum BAB nya baru satu hari, masalah ini dapat diminimalkan dengan cara mengurangi rasa cemas pada klien sehingga resiko konstipasi tidak akan terjadi. Diagnosa ini menjadi diagnosa keempat karena klien takut BAB akan

cemas jahitannya lepas, cemas pada Ny.W ini tidak bersifat mengancam kehidupan, tetapi apabila tidak ditegakkan dapat menimbulkan ketegangan, keprihatinan, dan tidak dapat tidur.

Diagnosa keperawatan yang ada pada teori tetapi tidak ada pada klien yang merupakan kesenjangan saat dilakukan pelaksanaan dilapangan yaitu ketidakefektifan pemberian ASI, gangguan eliminasi urin, resiko tinggi kekurangan volume cairan dan gangguan pola tidur. Alasan penulis tidak mengambil diagnosa keperawatan tersebut karena tidak ditemukan data – data pada pasien yg sesuai dgn diagnosa yang mungkin muncul pada teori.

Diagnosa tersebut tidak ditemukan karena manusia itu merupakan individu yang unik dimana setiap manusia memiliki kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang berbeda – beda, sedangkan teori adalah masalah yang ditulis secara umum sehingga biasa saja tidak di dapati seluruh nya karena manusia merupakan individu yang unik.

3. Perencanaan

Perencanaan dalam proses keperawatan dimulai setelah data terkumpul, analisa data sudah teridentifikasi serta telah ditegakan suatu diagnosa keperawatan. Tahap perencanaan 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.

Perencanaan yang dilakukan oleh penulis berdasarkan diagnosa keperawatan, yaitu :

a. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan.

Tujuan dari diagnosa keperawatan nyeri akut yaitu nyeri akut dapat teratasi dalam waktu 7x24 jam dan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 jam nyeri teratasi dengan kriteria hasil klien mengatakan nyeri berkurang, mengungkapkan berkurangnya nyeri, klien mampu mengenali nyeri (skala nyeri turun, frekuensi, intensitas dan tanda nyeri), tidak terdapat nyeri tekan, TTV dalam batas normal.

Intervensi yang dapat dilakukan pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan perineum yaitu observasi TTV rasionalnya dengan mengkaji TTV klien maka dapat mengetahui keadaan umum klien. Tentukan lokasi, skala dan sifat nyeri rasionalnya untuk mengidentifikasi kebutuhan – kebutuhan khusus dan intervensi yang tepat. Inspeksi perbaikan perineum dengan rasional dapat menunjukkan trauma berlebihan pada jaringan perineal dan terjadinya komplikasi yang memerlukan intervensi lebih lanjut. Ajarkan strategi untuk menurunkan nyeri, misalnya teknik relaksasi dan distraksi rasionalnya membantu menurunkan rasa nyeri atau memberikan rasa

nyaman pada klien. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgetik dengan rasional memberikan kenyamanan sehingga klien dapat memfokuskan perawatan pada diri sendiri. (Doenges,2015).

b. Risiko infeksi berhubungan dengan adanya luka di jalan lahir.

Tujuan dari resiko infeksi yaitu resiko infeksi dapat teratasi dalam waktu 7x24 jam dan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 jam resiko infeksi teratasi dengan kriteria hasil klien mengatakan tidak nyeri lagi, penyembuhan luka sesuai yang diharapkan, skala REEDA 0, tidak ada tanda – tanda infeksi, mendemonstrasikan teknik – teknik untuk menurunkan resiko/ meningkatkan penyembuhan.

Intervensi yang dapat dilakukan pada diagnosa keperawatan risiko infeksi berhubungan dengan adanya luka di jalan lahir. Kaji adanya perubahan suhu dengan rasional peningkatan suhu sampai 38,3 °C pada 2 – 10 hari setelah melahirkan sangat menandakan infeksi. Kaji tanda – tanda infeksi (REEDA) dengan rasional dapat menunjukkan trauma berlebihan pada jaringan perineal dan atau terjadinya komplikasi yang memerlukan evaluasi intervensi lebih lanjut. Anjurkan pada pasien untuk mencuci perineum dan untuk mengganti pembalut sedikitnya setiap 4 jam atau jika pembalut basah rasionalnya membantu mencegah kontaminasi rektal memasuki vagina atau uretra. Ajarkan pada klien tentang cara perawatan luka perineum rasionalnya meningkatkan pengetahuan klien tentang cara perawatan vulva/ perineum. Kolaborasi untuk pemberian

antibiotik dengan rasional mencegah infeksi dan penyebaran ke jaringan sekitar.(Doenges,2015).

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

Tujuan dari kurang pengetahuan mengenai perawatan payudara yaitu kurang pengetahuan dapat teratasi dalam waktu 4x24 jam dan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 jam kurang pengetahuan teratasi dengan kriteria hasil klien mengatakan dapat mengetahui cara perawatan payudara, mengungkapkan pemahaman perubahan fisiologis, kebutuhan individu, dan hasil yang diharapkan, melakukan aktivitas/ prosedur dan menjelaskan alasan tindakan.

Intervensi yang dapat dilakukan pada diagnosa keperawatan kurang pengetahuan mengenai perawatan payudara berhubungan dengan kurang informasi yaitu kaji kesiapan klien dan motivasi untuk belajar dengan rasional periode pasca natal dapat menjadi pengalaman positif bila penyuluhan yang tepat diberikan. Bantu pasien dalam mengidentifikasi kebutuhannya rasionalnya untuk membantu klien mengidentifikasi kebutuhan saat ini dan untuk mengembangkan rencana keperawatan. Berikan informasi tentang perawatan payudara dengan rasional menambah pengetahuan klien. Ajarkan pada pasien tentang cara perawatan payudara dan lakukan prosedur demonstrasi yang benar rasionalnya agar klien mengerti dan mampu melakukan tindakan yang diajarkan. (Doenges, 2015).

d. Resiko konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot

Tujuan dari diagnosa keperawatan resiko konstipasi yaitu resiko konstipasi dapat teratasi dalam waktu 4x24 jam dan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 jam resiko konstipasi teratasi dengan kriteria hasil klien mengatakan BAB nya lancar, klien mampu melakukan kembali kebiasaan defekasi seperti biasanya dengan ketidaknyamanan minimal dalam 4 hari setelah kelahiran, bising usus normal (7-12 x menit), tidak ada pengerasan pada perut.

Intervensi yang dapat dilakukan pada diagnosa keperawatan resiko konstipasi yaitu auskultasi adanya bising usus dengan rasional mengevaluasi fungsi usus. Kaji terhadap adanya hemoroid rasionalnya untuk mengetahui adanya hemoroid. Anjurkan klien minum secara adekuat $\pm 1500 - 2000$ ml/ hari dengan rasional peningkatan cairan akan merangsang eliminasi. Anjurkan klien untuk mengkonsumsi bahan makanan yang berserat tinggi seperti : sayuran dan buah – buahan rasionalnya untuk melancarkan pencernaan. Berikan pelunak feses atau laksatif jika diindikasikan rasionalnya untuk meningkatkan kembali kebiasaan defekasi normal.

4. Implementasi

Pada tahap ini klien dan keluarga dapat berkerja sama dalam setiap tindakan keperawatan yang dilakukan, dan memberi penyuluhan yang sesuai dengan kebutuhan klien. Pada proses pemberian asuhan keperawatan klien

mendapatkan arahan dan bimbingan dari berbagai pihak untuk melakukan asuhan keperawatan dan penulis tidak menemukan hambatan dalam melakukan asuhan keperawatan.

Implementasi yang dilakukan oleh penulis berdasarkan diagnosa keperawatan, yaitu :

a. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan.

Implementasi pada diagnosa keperawatan nyeri akut dilakukan pada tanggal 27 Maret 2021 pada jam 09.15 – 10.10 wib. Pelaksanaan dari rencana keperawatan yang dapat dilakukan yaitu mengobservasi TTV dengan hasil tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 86 x/menit, respirasi 21 x/menit, dan suhu 36,7°C. Menentukan lokasi, skala dan sifat nyeri dengan hasil klien masih mengeluh nyeri dibagian jalan lahir, bertambah pada saat duduk dan berkurang saat diistirahatkan, nyeri nya seperti ditusuk – tusuk, skala nyeri yang dirasakan 4(0-10) dan dirasakan secara hilang timbul. Menginspeksi perbaikan perineum dengan hasil perineum tampak basah. Mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi untuk menurunkan rasa nyeri. Melakukan kolaborasi sesuai dengan advice dokter untuk pemberian analgetik dengan pemberian obat paracetamol 500mg dengan cara pemberian oral.

b. Risiko infeksi berhubungan dengan adanya luka di jalan lahir.

Implementasi pada diagnosa keperawatan resiko infeksi dilakukan pada tanggal 27 Maret 2021 pada jam 10.20 – 11.15 wib. Pelaksanaan dari rencana keperawatan yang dapat dilakukan yaitu mengkaji adanya

perubahan suhu dengan hasil suhu 36,7 °C. Mengkaji tanda – tanda infeksi (REEDA) dengan hasil luka klien tampak kemerahan, keadaan luka tampak tertutup dan tampak masih basah, skala REEDA 0, terdapat lochea rubra, terdapat darah berwarna merah muda, bau darah seperti darah biasa dan tidak bau busuk. Mengajarkan pada pasien untuk cebok dan untuk mengganti pembalut sedikitnya setiap 4 jam dengan hasil klien mengganti pembalut 2x dalam sehari. Mengajarkan pada klien tentang cara perawatan luka perineum dengan hasil klien dapat memahami perawatan luka perineum. Melakukan kolaborasi untuk pemberian antibiotic dengan pemberian obat amoxillin 500mg dan metronidazole 500 mg dengan cara pemberian oral.

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

Implementasi pada diagnosa keperawatan kurang pengetahuan mengenai perawatan payudara dilakukan pada tanggal 27 Maret 2021 pada jam 11.25 – 12.05 wib. Pelaksanaan dari rencana keperawatan yang dapat dilakukan yaitu mengkaji kesiapan klien dan motivasi untuk belajar dengan hasil klien tampak antusias. Membantu pasien dalam mengidentifikasi kebutuhannya. Melakukan penyuluhan kesehatan tentang perawatan payudara dengan hasil klien mengetahui perawatan payudara. Mengajarkan pada klien tentang cara perawatan payudara dan melakukan prosedur demonstrasi yang benar dengan hasil ASI yang keluar bertambah.

d. Resiko konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot

Implementasi pada diagnosa keperawatan resiko konstipasi dilakukan pada tanggal 27 Maret 2021 pada jam 12.10 – 12.25 wib. Pelaksanaan dari rencana keperawatan yang dapat dilakukan yaitu mengauskultasi adanya bising usus dengan hasil bising usus 8x/menit. Memberi penjelasan kepada klien bahwa BAB tidak akan membuat jahitannya lepas karena lubang anus berbeda dengan vagina. Menganjurkan klien minum secara adekuat $\pm$ 1500 – 2000 ml/ hari dengan hasil klien minum $\pm$ 1500 ml/hari. Menganjurkan klien untuk mengkonsumsi makanan yang berserat tinggi seperti : sayuran dan buah.

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 27 Maret 2021 jam 12.30 pada diagnosa keperawatan nyeri akut yaitu data subjektif klien masih mengeluh nyeri pada luka jahitan dibagian jalan lahir, nyeri yang dirasakan klien bertambah pada saat ingin duduk dan berkurang pada saat diistirahatkan, nyeri

dirasakan klien seperti ditusuk – tusuk jarum pada bagian jalan lahir yang menyebar ke bagian anus, skala nyeri yang dirasakan klien 4 (0-10) dan dirasakan secara hilang timbul dalam kurun waktu $\pm$ 10 menit. Data objektif klien tampak meringis kesakitan, adanya luka jahitan pada bagian perineum $\pm$ 5 cm, terdapat nyeri tekan pada daerah perineum, TTV : tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 86 x/menit, respirasi 21 x/menit, suhu 36,7 ° C. Analisis masalah belum teratasi, planning lanjutkan intervensi, implementasi observasi TTV, anjurkan untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam.

Berdasarkan tindakan keperawatan yang telah dilakukan dan evaluasi yang didapatkan pada tanggal 27 Maret 2021 jam 13.00 pada diagnosa keperawatan resiko infeksi yaitu data subjektif klien mengatakan luka jahitan di daerah perineum masih terasa nyeri dan tampak masih basah, klien mengatakan mengganti pembalut 2 x dalam sehari. Data objektif adanya luka jahitan pada perineum $\pm$ 5 cm, luka tampak kemerahan, keadaan luka tertutup dan tampak masih basah, skala REEDA 1, terdapat lochea rubra, terdapat darah berwarna merah tua, bau darah seperti darah biasa, tidak bau busuk, suhu 36,7 ° C. Analisis masalah belum teratasi. Planning lanjutkan intervensi. Implementasi kaji adanya perubahan suhu, kaji tanda – tanda REEDA, anjurkan untuk mengganti pembalut setiap 4 jam, anjurkan untuk melakukan perawatan luka pada perineumnya.

Berdasarkan tindakan keperawatan yang telah dilakukan dan evaluasi yang didapatkan pada tanggal 27 Maret 2021 jam 13.30 pada diagnosa

keperawatan kurang pengetahuan mengenai perawatan payudara yaitu data subjektif klien mengatakan ini persalinan pertama klien dan sekarang klien dapat mengetahui cara perawatan payudara yang baik dan benar. Data objektif klien tampak antusias dan dapat mengulang kembali cara perawatan payudara, ASI yang keluar bertambah, post partum hari ke 2. Analisis masalah teratasi sebagian. *Planning* lanjutkan intervensi. Implementasi anjurkan klien untuk melakukan *breast care*.

Berdasarkan tindakan keperawatan yang telah dilakukan dan evaluasi yang didapatkan pada tanggal 27 Maret 2021 jam 14.00 pada diagnosa keperawatan resiko konstipasi yaitu data subjektif klien mengatakan belum bab karena takut jahitannya lepas. Data objektif adanya luka jahitan pada bagian perineum $\pm$ 5 cm, setelah melahirkan klien belum BAB, warna, bising usus 8 x/menit, ada sedikit pengerasan pada perut bagian left lower kwadran. Analisis masalah belum teratasi. *Planning* lanjutkan intervensi. Implementasi auskultasi bising usus, anjurkan klien untuk banyak minum air putih, anjurkan klien untuk mengonsumsi makanan yang mengandung serat.

Dan pada tanggal 28 Maret 2021 – 30 Maret 2021 dilakukan catatan perkembangan dengan hasil diagnosa yang dapat teratasi dan kriteria yg tercapai yaitu: nyeri akut, kurang pengetahuan mengenai perawatan payudara berhubungan dan resiko konstipasi. Sedangkan diagnosa yang teratasi sebagian adalah resiko infeksi, hal ini terjadi karena dalam proses penyembuhan luka pada jahitan di perineum membutuhkan waktu yang

cukup lama, penyembuhan luka cepat menurut teori yaitu 6-7 hari sedangkan penulis hanya melakukan perawatan selama 4 hari. Untuk perawatan selanjutnya di serahkan kepada klien dan keluarga yang telah mendapatkan pendidikan kesehatan.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny.W (P₁A₀) post partum spontan hari ke -1 dengan ruptur perineum di ruang PONED Puskesmas Selaawi, pada tanggal 26 Maret 2021 sampai 31 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 Ny.W (P₁A₀) post partum spontan hari ke -1 dengan ruptur perineum di ruang PONED Puskesmas Selaawi.
2. Penulis mampu menegakkan diagnosa keperawatan pada Ny.W (P₁A₀) post partum spontan hari ke -1 dengan ruptur perineum di ruang PONED Puskesmas Selaawi.
3. Penulis mampu membuat rencana tindakan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan pada Ny.W (P₁A₀) post partum spontan hari ke -1 dengan ruptur perineum di ruang PONED Puskesmas Selaawi.
4. Penulis mampu melakukan tindakan keperawatan pada Ny.W (P₁A₀) post partum spontan hari ke -1 dengan ruptur perineum di ruang PONED Puskesmas Selaawi.

5. Penulis mampu mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny.W (P₁A₀) post partum spontan hari ke -1 dengan ruptur perineum di ruang PONED Puskesmas Selaawi.
6. Penulis mampu membuat dokumentasi asuhan keperawatan pada Ny.W (P₁A₀) post partum spontan hari ke -1 dengan ruptur perineum di ruang PONED Puskesmas Selaawi.

B. Rekomendasi

Setelah penulis memberikan asuhan keperawatan pada Ny.W 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.

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 dengan ruptur perineum, didukung dengan adanya SOP pada pasien post partum dengan ruptur perineum. Tingkatkan hubungan terapeutik antara perawat dengan pasien dan keluarga pasien untuk meningkatkan kepercayaan sehingga mempermudah dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

4. Untuk Institusi Pendidikan

Study kasus ini dapat digunakan sebagai data dasar untuk penelitian lebih lanjut khususnya tentang perawatan post partum dengan ruptur perineum.

DAFTAR 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.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2019). *Profil Kesehatan Jawa Barat Tahun 2019*. Bandung: Dinkes Jabar.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Garut. (2015). *Rencana Srategis Dinas Kesehatan Kabupaten Garut 2019 - 2024*. Garut: Dinas Kesehatan Kab. Garut.
- Dhita, Farid, dkk. (2019) *Analisis penyebab kematian maternal di Kabupaten Garut*. Jurnal Kebidanan, 30 – 42.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Geissler, A.C, (2015). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Jakarta: EGC.
- Fatimah & Prasetya. (2019). *Pijat Perineum*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Kurniarum (2016). *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. : Jakarta Selatan. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kusmiyati, Y. & Wahyuningsih, H. (2017). *Anatomi Fisiologi*. Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan.
- Karjatin, A (2016). *Praktikum Keperawatan Maternitas*. Jakarta Selatan : Pusdik SDM Kesehatan.
- Lowdermilk, Perry & Cashion. (2011). *Maternity Nursing*. Universitas Michigan: Mosby.
- Martaadisoebrata et al. (2020). *Obstetri Patologi Ilmu Kesehatan Reproduksi Edisi 3*. Jakarta: EGC.

Marmi K. R. (2015). *Asuhan Neonatus Bayi Balita dan Anak Prasekolah*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Primadi, Budijanto, dkk. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

Pemiliana, Sarumpaet & Ziliwu. (2019) *Faktor – faktor yang berhubungan dengan ruptur perineum pada persalinan normal di Klinik Niar Medan Tahun 2018*. Jurnal Kesehatan, 2, 170 – 182.

Rekam medic Puskesmas Selaawi.

Rochmayanti & Ummah (2019). *Pijat Perineum Selama Masa Kehamilan : Kejadian Rupture Perineum Spontan*. Surabaya: CV Jakad Publishing. Books.google.co.id

Sumaryani (2015). *Hubungan Antara Paritas Dengan Kejadian Rupture Perineum Pada Persalinan Normal Di Klinik Utama Asri Medical Center Yogyakarta Dan RSUD Panembalan Senopati Bantul*, www//journal.ugm.ac.id.

Setyarini & Suprapti.(2016). *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal*. Jakarta Selatan: Kemenkes RI.

Saifuddin, A. (2014). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiharohardjo.

Suprapti & Mansur, H.(2018). *Praktik Klinik Kebidanan*. Jakarta Selatan: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

Wahyuningsih, et.al. (2019).*Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum*. Yogyakarta: Deepublish.

Yugistyowati (2015). *Penyebab Terjadinya Rupture Perineum Pada Persalinan Normal Di RSUD Muntilan Kabupaten Magelang*, www//journal.uns.ac.id.

Lampiran 1

SATUAN ACARA PENYULUHAN

PERAWATAN PAYUDARA

Topik Penyuluhan	: Post Natal Care
Sub Pokok Bahasan	: Perawatan Payudara pada Masa Nifas
Sasaran	: Ny.W
Hari / Tanggal	: Sabtu, 27 Maret 2021
Waktu	: Pukul 11.35 – 12.05 WIB
Tempat	: Kp. Serang rt.04 rw.07 Ds. Cigawir

A. Tujuan Kasus

1. Tujuan Utama

Diharapkan setelah mendapatkan penyuluhan ini, Ny.W mampu memahami tentang perawatan payudara pada masa nifas.

2. Tujuan Kasus

Diharapkan setelah mendapatkan penyuluhan ini, peserta penyuluhan dapat :

- a. Memahami pengertian perawatan payudara
- b. Memahami tujuan dan manfaat perawatan payudara
- c. Mengetahui dampak tidak melakukan perawatan payudara
- d. Mengetahui waktu pelaksanaan perawatan payudara

- e. Mengetahui hal – hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan perawatan payudara.
- f. Mengetahui persyaratan perawatan payudara
- g. Memahami langkah – langkah perawatan payudara

B. Kegiatan Penyuluhan

1. Persiapan

- a. Membuat satuan acara penyuluhan dengan materi tentang perawatan payudara.
- b. Menyiapkan alat dan bahan
- c. Membuat kontrak dengan peserta yang akan diberikan pendidikan kesehatan.

2. Pelaksanaan susunan acara :

Kegiatan	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta	Metode	Waktu
1	2	3	4	5
Pembukaan	1. Memberi salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menyampaikan kontrak waktu 4. Menyampaikan tujuan pokok materi	1. Menjawab salam 2. Mendengarkan	Ceramah	5 menit
Pelaksanaan	1. Menanyakan kepada peserta seberapa jauh mengetahui materi 2. Menjelaskan materi : a. Pengertian perawatan payudara b. Tujuan dan manfaat perawatan payudara c. Dampak tidak melakukan perawatan payudara d. Waktu pelaksanaan	1. Menjawab pertanyaan 2. Mendengarkan 3. Menanyakan materi yang belum dimengerti	Ceramah dan Diskusi	15menit

1	2	3	4	5
	perawatan payudara e. Hal – hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan perawatan payudara. f. Persyaratan perawatan payudara g. Langkah – langkah perawatan payudara 3. Diskusi : a. Melakukan tanya jawab b. Memberikan kesempatan kepada peserta untuk bertanya			
Penutup	1. Sesi tanya jawab dan evaluasi a. Apa itu perawatan payudara? b. Manfaat dan tujuan perawatan payudara? c. Langkah – langkah perawatan payudara? 2. Memberikan reinforcement kepada peserta yang dapat menjawab pertanyaan 3. Menyimpulkan materi penyuluhan oleh peserta 4. Menyimpulkan materi penyuluhan oleh pemateri 5. Membagikan hadiah kepada peserta penyuluhan 6. Menutup penyuluhan (salam)	1.Menjawab pertanyaan 2.Menyaksikan 3.Mendengarkan 4.Menjawab salam	Tanya jawab (Diskusi)	10menit

C. Setting Tempat

Ny.W

Penyaji materi

D. Alat Bantu Belajar

Leaflet

E. Garis Besar Materi (Terlampir)

1. Pengertian perawatan payudara
2. Tujuan dan manfaat perawatan payudara
3. Dampak tidak melakukan perawatan payudara
4. Waktu pelaksanaan perawatan payudara
5. Hal – hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan perawatan payudara.
6. Persyaratan perawatan payudara
7. Langkah – langkah perawatan payudara

F. Evaluasi

1. Evaluasi Struktural
 - a. Kesiapan peserta penyuluhan
 - b. Kesiapan tempat penyuluhan
 - c. Kesiapan tim penyaji
 - d. Kesiapan materi penyaji

e. Kesiapan media

2. Evaluasi Proses

- a. Kegiatan dapat berjalan lancar dan tujuan pembelajaran dapat tercapai
- b. Penyaji menyampaikan materi dengan jelas sehingga peserta lebih mudah dalam memahami isi dari penyuluhan yang diberikan
- c. Peserta memperhatikan materi yang disampaikan
- d. Peserta aktif dalam melaksanakan tanya jawab

3. Evaluasi Hasil

- a. Peserta penyuluhan dapat menjawab pertanyaan yg diajukan oleh pemateri. Pertanyaan yang diajukan, diantaranya :
 - 1) Apa itu perawatan payudara?
 - 2) Manfaat dan tujuan perawatan payudara?
 - 3) Langkah – langkah perawatan payudara?
- b. Kegiatan penyuluhan berjalan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan
- c. Peserta penyuluhan dapat menjelaskan tentang perawatan payudara
- d. 70% peserta bisa memahami tentang perawatan payudara dimana peserta dapat menjawab 2 pertanyaan dari 3 pertanyaan yang diberikan oleh pemateri.

G. Lampiran

Materi Lengkap

Leaflet

MATERI TENTANG PERAWATAN PAYUDARA

A. Pengertian Perawatan Payudara

Perawatan payudara adalah suatu tindakan untuk merawat payudara terutama pada masa post partum (masa menyusui) untuk memperlancarkan pengeluaran ASI (Sitti Saleha, 2009 dalam Wahyuningsih, dkk. 2019: Hal 62).

Perawatan payudara adalah perawatan payudara setelah ibu melahirkan dan menyusui yang merupakan suatu cara yang dilakukan untuk merawat payudara agar air susu keluar dengan lancar (Suririnah, 2007 dalam Wahyuningsih, dkk. 2019: Hal 62).

Perawatan payudara adalah suatu cara yang dilakukan untuk merawat payudara agar air susu keluar dengan lancar. (Wahyuningsih, dkk. 2019: Hal 68).

B. Manfaat dan Tujuan Perawatan Payudara

Manfaat perawatan payudara : (Wahyuningsih, dkk. 2019: Hal 68).

1. Menjaga kebersihan payudara, terutama kebersihan puting susu agar terhindar dari infeksi.
2. Mengenyalkan serta memperbaiki bentuk puting susu sehingga bayi dapat menyusu dengan baik.
3. Merangsang kelenjar – kelenjar air susu sehingga produksi ASI lancar.
4. Mengetahui secara dini kelainan puting susu dan melakukan usaha – usaha untuk mengatasinya.

Tujuan perawatan payudara :

1. Memelihara kebersihan payudara
2. Melenturkan dan menguatkan puting payudara
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 diisap oleh bayi.
6. Melancarkan aliran ASI
7. Mengatasi puting susu datar atau terbenam supaya dapat dikeluarkan sehingga siap untuk disusukan kepada bayinya (Depkes RI, 2006 dalam Wahyuningsih, dkk. 2019: Hal 62).

C. Dampak tidak melakukan perawatan payudara

1. ASI tidak keluar
2. Puting susu tidak menonjol, sehingga bayi sulit menghisap
3. Produksi ASI sedikit sehingga tidak cukup dikonsumsi bayi
4. Muncul bendungan payudara, mastitis, dan lain – lain (Saryono dan Pramitasari, R, D 2009 dalam Wahyuningsih, dkk. 2019: Hal 67).

D. Waktu Pelaksanaan Perawatan Payudara

1. Pertama kali dilakukan pada hari pertama sampai ketiga setelah melahirkan
2. Dilakukan minimal 2x dalam sehari (Wahyuningsih, dkk. 2019: Hal 62).

E. 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 pagi dan sore.

(Wahyuningsih, dkk. 2019: Hal 63).

F. Persyaratan perawatan payudara

1. Pengurutan harus dikerjakan secara sistematis dan teratur minimal dua kali dalam sehari.
2. Memperhatikan makanan dengan menu seimbang
3. Memperhatikan kebersihan sehari – hari
4. Memakai BH yang bersih dan bentuknya yang menyokong payudara
5. Menghindari rokok dan minuman beralkohol
6. Istirahat yang cukup dan pikiran yang tenang (Suririnah, 2007 dalam Wahyuningsih, dkk. 2019: Hal 63).

G. Langkah – langkah perawatan payudara

Langkah – langkah perawatan payudara (Karjatin, 2016) :

1. Persiapan alat:
 - a. Minyak kelapa / baby oil
 - b. Air hangat dan air dingin dalam waskom kecil
 - c. Waslap / sapu tangan handuk 2 buah

- d. Handuk bersih yang besar 2 buah
 - e. Penitik 2 buah
 - f. Kapas
 - g. Gelas susu
2. Persiapan lingkungan
- a. Tutup pintu / jendela / gorden
 - b. Udara dan pencahayaan yang mendukung
3. Persiapan klien
- a. Menyampaikan salam dengan ramah
 - b. Menjelaskan tujuan dan prosedur
 - c. Membuat kontrak
 - d. Mengatur posisi klien dengan senyum
 - e. Atur posisi duduk / atur berbaring bagi yang belum mampu duduk
 - f. Pasangkan handuk dari bahu ke daerah ketiak dan handuk yang lainnya simpan dipangkuan ibu dan gunakan penitik agar handuk tidak menutupi payudara.
4. Pelaksanaan pengurutan payudara
- a. Kompres puting dengan kapas yang telah diberi baby oil / minyak kelapa selama 3 – 5 menit, kemudian angkat dengan cara memutar .
Perhatikan apakah puting kotor, bila kotor bersihkan kembali menggunakan kapas yang telah diberi baby oil/ minyak kelapa.
 - b. Licinkan kedua tangan dengan minyak kelapa / baby oil
 - c. Gerakan pengurutan 20 – 30 kali untuk tiap payudara sebanyak 2 kali

sehari, bila ibu sudah memahami dapat dilakukan dirumah dan lakukan sebelum mandi.

d. Pengurutan 1. :

- 1) Tempatkan kedua telapak tangan diatas kedua payudara



- 2) Arah urutan dimulai ke arah atas kemudian ke samping (telapak tangan kiri ke arah sisi kiri, telapak tangan kanan menuju ke sisi kanan)



- 3) Arah gerakan yang terakhir adalah melintang kemudian dilepas perlahan – lahan.



e. Pengurutan 2:

Satu telapak tangan menopang payudara, sedang tangan lainnya mengurut payudara dari pangkal menuju puting susu.



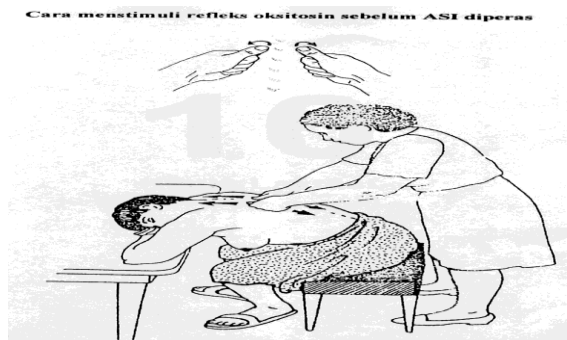
f. Pengurutan 3

Merangsang payudara dengan cara kompres kedua payudara dengan air hangat, kemudian air dingin dan airhangat.

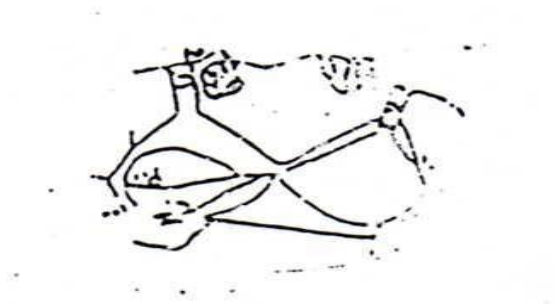


g. Bersihkan minyak / baby oil yang menempel pada sekitar payudara dengan air hangat kemudian keringkan dengan handuk bagian atas.

h. Stimulasi refleks oksitosin pada bagian punggung ibu dengan memijat



- i. Gunakan BH khusus untuk menyusui dan menyokong



- j. Salam terminasi
- k. Bereskan alat-alat

PENGERTIAN

Perawatan payudara adalah perawatan payudara setelah ibu melahirkan dan menyusui yang merupakan suatu cara yang dilakukan untuk merawat payudara agar air susu keluar dengan lancar.

MANFAAT

Menjaga kebersihan payudara, terutama kebersihan puting susu agar terhindar dari infeksi.

Mengenyalkan serta memperbaiki bentuk puting susu sehingga bayi dapat menyusu dengan baik.

Merangsang kelenjar – kelenjar air susu sehingga produksi ASI lancar.

Mengetahui secara dini kelainan puting susu dan melakukan usaha – usaha untuk mengatasinya.

LANGKAH – LANGKAH PERAWATAN PAYUDARA

1. Persiapan alat:

- Minyak kelapa / baby oil
- Air hangat dan air dingin dalam waskom kecil
- Waslap / sapu tangan handuk 2 buah
- Handuk bersih yang besar 2 buah
- Penitik 2 buah
- Kapas
- Gelas susu

2. Persiapan lingkungan

- Tutup pintu / jendela / gordien
- Udara dan pencahayaan yang mendukung

3. Persiapan klien

- Mengatur posisi klien
- Atur posisi duduk / atur berbaring bagi yang belum mampu duduk
- Pasangkan handuk dari bahu ke daerah ketiak dan handuk yang lainnya simpan dipangkuan ibu dan gunakan penitik agar handuk tidak menutupi payudara.

4. Pelaksanaan pengurutan payudara

- Kompres puting dengan kapas yang telah diberi baby oil / minyak kelapa selama 3 – 5 menit, kemudian angkat dengan cara memutar .
Perhatikan apakah puting kotor, bila kotor bersihkan kembali menggunakan kapas yang telah diberi baby oil/ minyak kelapa.
- Licinkan kedua tangan dengan minyak kelapa / baby oil
- Gerakan pengurutan 20 – 30 kali untuk tiap payudara sebanyak 2 kali sehari, bila ibu sudah memahami dapat dilakukan dirumah dan lakukan sebelum mandi.
- Pengurutan 1. :
1) Tempatkan kedua telapak tangan diatas kedua payudara



- 2) Arah urutan dimulai ke arah atas kemudian ke samping (telapak tangan kiri ke arah sisi kiri, telapak tangan kanan menuju ke sisi kanan)



- 3) Arah gerakan yang terakhir adalah melintang kemudian dilepas perlahan – lahan.



- e. Pengurutan 2:

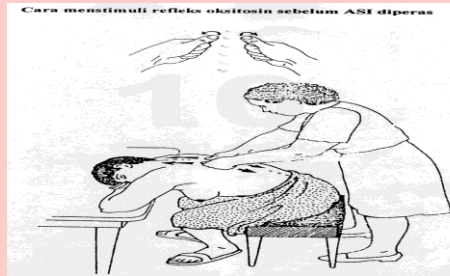


- f. Pengurutan 3

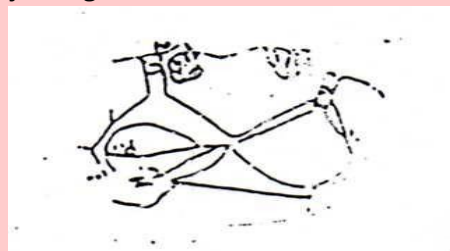
Merangsang payudara dengan cara kompres kedua payudara dengan air hangat, kemudian air dingin dan air hangat.



- g. Bersihkan minyak / baby oil yang menempel pada sekitar payudara dengan air hangat kemudian stimulasi refleks oksitosin keringkan dengan handuk.
h. bagian punggung ibu dengan memijat



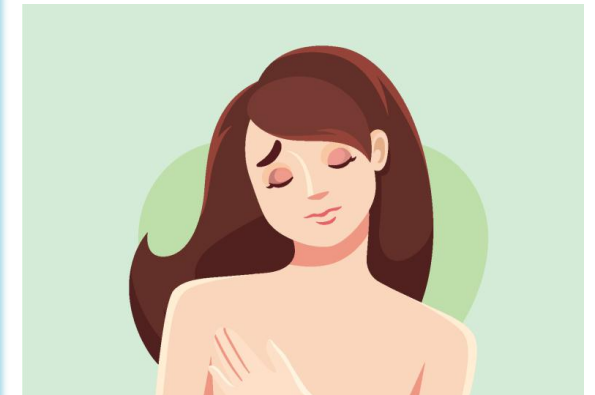
- i. Gunakan BH khusus untuk menyusui dan menyokong



Sumber : Wahyuningsih, dkk. 2019

Kerjatin, 2016

PERAWATAN PAYUDARA PADA IBU NIFAS



Disusun Oleh :

Neng Tita Kartini

KHGA18067

STIKes Karsa Husada Garut

2020/2021

Lampiran 2

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

STIKES KARSA HUSADA GARUT

Nama : Neng Tita Kartini

NIM : KHGA18067

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. W (P₁A₀) Post Partum Normal Hari Ke – 1 Dengan Ruptur Perineum Di Ruang Poned UPT Puskesmas Selaawi

Pembimbing : K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep

No	Tanggal	Materi yang Dikonsulkan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan Pembimbing	Tanda Tangan Mahasiswa
1.	8 Juni 2021	BAB I	- Coba susun ulang latar belakangnya. Bikinnya yang runtut pokok pikir per paragrafnya dari yang umum ke yg khusus. Kamu boleh diawali dari AKI, data AKI di Indonesia, garut, lanjut penyebab AKI, sambungi ke post partum trus ke post partum dengan ruptur perinium, data kejadian ruptur perinium di PKM, pengambilan judul. Jadi kamu bikin dulu kerangka pikirnya.		

2.	10 Juni 2021	BAB I	- Perbaiki kembali judul KTI dari post partum normal menjadi post partum spontan. - Tambahkan data post partum di Puskesmas Selaawi		
3.	14 Juni 2021	BAB I	- Hilangkan data WHO - Hilangkan data AKI di Indonesia yang sumbernya dari berita. - Tambahkan data ruptur perineum di Puskesmas Selaawi - Lanjut BAB II		
4.	16 Juni 2021	BAB II	- Tambahkan pengertian ruptur perineum 3 sumber lalu simpulkan. - Tambahkan pathway ruptur perineum - Untuk konsep dasar asuhan keperawatan sesuaikan dengan kasus yang didapatkan. - Tambahkan keluhan utama yang sering muncul pada pasien postpartum		
5.	19 Juni 2021	BAB II	- Hilangkan materi anatomi sistem reproduksi - Tambahkan materi dampak post partum dengan ruptur perineum terhadap kebutuhan dasar manusia. - Tambahkan analisa data post partum dengan ruptur perineum. - Tambahkan tanda – tanda homan dan lochea di bagian ekstremitas bawah. - Hilangkan pemeriksaan kulit		

6.	22 Juni 2021	BAB II	- Kasih judul pada bagan 2.1 pathway ruptur perineum - Pada pemeriksaan fisik jantung, payudara dan punggung jadiin sub judul dada lalu tambahan paru – paru - Lanjut BAB III		
7.	24 Juni 2021	BAB III	- Tambahkan data tanda – tanda homan - Hilangkan pemeriksaan kulit - Perbaiki susunan diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas masalah - Perbaiki pembahasan diagnosa keperawatan dengan membandingkan berdasarkan teori yang ada - Tambahkan tujuan dan rasional dibagian pembahasan perencanaan - Untuk tabel gunakan ukuran huruf 11 dengan spasi 1		
8.	29 Juni 2021	BAB III	- Tambahkan rectus abdominalis - Perbaiki ukuran tabel dengan menyesuaikan ukuran dari margins - Lengkapi hasil implementasi dipembahasan - Lanjut BAB IV		
9.	3 Juli 2021	BAB IV	- ACC sidang		

Lampiran 3

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama	: Neng Tita Kartini
Jenis Kelamin	: Perempuan
Tempat Tanggal Lahir	: Bandung, 06 April 2000
Status	: Belum Menikah
Agama	: Islam
Alamat	: Kp.Logawa RT.03 RW.05 Desa Drawati Kecamatan Paseh Kabupaten Bandung
Instagram	: @nengtita01
Motto	: Bekerja keras hari ini untuk masa depan.

B. Pendidikan

SDN Drawati II Tahun 2006 – 2012

SMPN 2 Paseh Tahun 2012 – 2015

SMK Bhakti Kencana Majalaya Tahun 2015 – 2018

STIKes Karsa Husada Garut Prodi D III Keperawatan Tahun 2018 – 2021

Demikian daftar riwayat hidup yang saya buat dengan sebenar – benarnya sesuai dengan data diri dan sesuai dengan riwayat hidup saya yang sesungguhnya.

Garut, Juli 2021

Penulis