

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. E P₁ A₀ *POST PARTUM*
SPONTAN DENGAN *EPISIOTOMY* HARI KE 2 DI PONED UPT
PUSKESMAS SINDANG RATU KECAMATAN PAKENJENG
KABUPATEN GARUT TAHUN 2021**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan untuk menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

SANTI NURANI

KHG.A 18038



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

2021

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.E P₁ A₀ POST PARTUM SPONTAN DENGAN EPISIOTOMY HARI KE 2 DI POND UPT PUSKESMAS SINDANG RATU KECAMATAN PAKENJENG KABUPATEN GARUT TAHUN 2021

NAMA : SANTI NURANI

NIM : KHG.A 18038

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini disetujui untuk disidangkan dihadapan

Tim Penguji Program Studi D-III Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2021

Menyetujui,

Pembimbing

K.Dewi Budiarti,M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.E P₁ A₀ POST PARTUM SPONTAN DENGAN EPISIOTOMY HARI KE 2 DI POKDUSUKSES UPT PUSKESMAS SINDANG RATU KECAMATAN PAKENJENG KABUPATEN GARUT TAHUN 2021

NAMA : SANTI NURANI

NIM : KHG.A 18038

Garut, Agustus 2021

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Eva Daniati.S.Kep.M.Pd

Mengetahui,
Ketua Program Studi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Eti sulilyawati, S.Kep

Mengesahkan,
Pembimbing

K.Dewi Budiarti,M.Kep

K.Dewi Budiarti,M.Kep

ABSTRAK

IV Bab, 92 halaman, 15 tabel,

Karya tulis ini dilatarbelakangi oleh kasus angka kematian ibu di Indonesia pada tahun 2018 sekitar 4,226 (0.8%), sementara untuk tahun 2019 angka kematian ibu sekitar 4,221 (0.9%). Sementara di garut menempati posisi ke 3 di tingkat provinsi Jawa barat dalam angka kematian ibu terbanyak. *episiotomy* adalah tindakan insisi atau invasive yang menyebabkan terpotongnya leher vagina, cincin selaput dara dan jaringan rektovaginal kepada ibu yang sedang melahirkan pervaginam, *post partum* adalah Post partum adalah waktu penyembuhan dan perubahan, waktu kembali pada keadaan tidak hamil, serta penyesuaian terhadap hadirnya anggota keluarga baru. (Mitayani, 2011), Metode yang digunakan adalah metode studi kasus, dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi kepustakaan, studi dokumentasi, dan partisipasi aktif penulis. Melalui asuhan keperawatan ini didapatkan hasil pengkajian pasien yang mengalami post partum spontan dengan episiotomi hari ke 2 memiliki beberapa masalah keperawatan yaitu nyeri akut, gangguan pola tidur, dan resiko tinggi infeksi. Kesimpulan yang dapat diambil pada tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi tidak ditemukan adanya hambatan, semuanya lancar berkat kerjasama antara klien, keluarga dan perawat ruangan.

Kata kunci : *post partum* , *episiotomy*, asuhan keperawatan

Daftar Pustaka, 19 Buku, 2 situs jurnal, 1 laporan (2011-2021)

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr. wb.

Alhamdulillah penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat hidayah serta inayah-Nya, sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny.E P₁ A₀ Post Partum Spontan Dengan Episiotomy Hari Ke 2 Di Poned Upt Puskesmas Sindang Ratu Kecamatan Pakenjeng Kabupaten Garut Tahun 2021”**. Dalam penyusunan laporan tugas akhir ini, penulis tidak menyadari ketidakmampuan dan keterbatasan ilmu pengetahuan yang dimiliki penulis, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun sehingga penulisan ini dapat disempurnakan.

Dengan selesainya laporan tugas akhir ini, tidak terlepas dari bantuan, pengarahan, dan dorongan dari berbagai pihak. Untuk itu dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Bapak, DR. H. Hadiat, M.A selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H.D. Saefudin, S.Sos, MM.Kes selaku ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak Dr. H. Kurnadi Sumawiganda, selaku wakil Ketua Yayasan Dharma Husada Insani Garut.

4. Bapak H. Engkus Kusnadi S.Kep.,M.Kes selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
5. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep selaku ketua Program studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut, dan selaku pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang telah banyak membantu, meluangkan waktunya untuk membimbing, dan memberikan petunjuk serta dorongan dengan penuh kesabaran dan tanggung jawab.
6. Seluruh staff dosen dan karyawan Prodi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan begitu banyak pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi kepada penulis mengikuti pendidikan.
7. Kepala Upt Puskesmas Sindang Ratu yang telah memberikan izin untuk melaksanakan praktek lapangan.
8. Pasien Ny. E Beserta keluarga atas kesediaannya bekerja sama dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
9. Kepada kedua orang tua yang saya cintai yang telah memberikan semua kasih sayangnya untuk penulis yang tiada batasnya dan tanpa pamrih, semoga Allah SWT memberikan kebahagiaan di dunia dan di akhirat.
10. Kepada dan adik saya Noni Nuraeni Yang sedang berjuang juga dibangku perkuliahannya yang saya sayangi tetapi juga benci terimakasih atas gangguannya tetapi saya terhibur selama penyusunan karya tulis ilmiah ini terkadang memberikan dukungan, motivasi dan kasih sayangnya,

11. Kepada sahabat dari pertama masuk kelas Sarah Rahayu dan Fariza Yuannisa yang selalu menemani selama aku dikelas memberikan motivasi dan dukungan dalam belajar dan mengajak untuk kulineran makanan di Garut seperti seblak, baso acay dan makanan favorit kita rujak .
12. Teman teman seperjuangan kelas 3A D III Keperawatan terimakasih telah memberikan kenangan indah selama belajar dikelas yang tidak akan pernah saya lupakan,dan yang senantiasa memberikan dukungan dan semangat dalam pembuatan laporan ini.
13. Kepada Fahmi Miptah Parid terimakasih atas kasih sayangnya yang tulus yang selalu memberikan dukungan, motivasi yang masih bertahan menghadapi sikap yang belum dewasa ini dan tidak pernah mengenal lelah untuk mendengarkan cerita keluh kesah maupun kebahagiaanku.
14. Kepada teman-teman satu kelompok maternitas saya ucapkan terimakasih sudah menemani dan berjuang bersama selama bimbingan proses penyusunan karya tulis ilmiah

15. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, semoga orang-orang yang terlihat dalam penyusunan laporan ini semoga mendapat balasan kebaikan dari Allah SWT. Tidak ada satu imbalan apapun yang dapat penulis berikan, hanyalah doa yang tulus.

Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat serta karunia-Nya kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan laporan ini. Akhir kata penulis berharap semoga laporan ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya dan umumnya bagi pembaca.

Garut, Juli 2021

Penulis

DAFTAR ISI

ABSTRAK

LEMBAR PERSETUJUAN

LEMBAR PENGESAHAN

KATA PENGANTARi

DAFTAR ISIv

DAFTAR TABELvii

DAFTAR BAGANix

DAFTAR LAMPIRANx

BAB I PENDAHULUAN1

A. Latar Belakang1

B. Tujuan Penulisan5

1. Tujuan Umum5

2. Tujuan Khusus5

C. Metode Penulisan7

D. Sistematika Penulisan8

BAB II TINJAUAN TEORITIS9

A. Konsep Dasar9

1. Episiotomy9

a. Definisi9

b. Jenis episiotomy10

c. Indikasi tindakan episiotomy11

d. Patofisiologi12

e. Manifestasi klinik	13
f. Penatalaksanaan.....	14
g. Komplikasi.....	14
2. Post partum	15
a. Definisi	15
b. Perubahan anatomi fisiologi ibu post partum	16
c. Perubahan psikologis ibu post partum	24
d. Patofisiologi ibu post partum	27
e. Dampak post partum terhadap kebutuhan dasar manusia ...	30
B. Konsep Dasar Keperawatan	32
1. Pengkajian	32
2. Analisa Data	47
3. Diagnosa Keperawatan	48
4. Perencanaan	49
5. Implementasi	56
6. Evaluasi	56
7. Dokumentasi	57
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	58
A. Laporan Kasus	58
1. Pengkajian	58
2. Analisa Data	70
3. Diagnosa Keperawatan	71
4. Proses Keperawatan	73
5. Catatan Perkembangan	78

B. Pembahasan	80
1. Pengkajian	80
2. Diagnosa Keperawatan	83
3. Perencanaan	84
4. Implementasi	87
5. Evaluasi	87
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	88
A. Kesimpulan	88
B. Rekomendasi	91
DAFTAR PUSTAKA	xi
LAMPIRAN	1

DAFTAR TABEL

TABEL	HALAMAN
2.2.Tanda tanda REDA normal dan tidak normal.....	41
2.3.Analisa data sesuai teori	47
2.4.Perencanaan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut	50
2.5.Perencanaan Diagnosa Keperawatan Gangguan pola tidur.....	51
2.6.Perencanaan Diagnosa Keperawatan Gangguan eliminasi urinarius	52
2.7.Perencanaan Diagnosa Keperawatan Ketidak efektifan pemberian ASI	53
2.8.Perencanaan Diagnosa Keperawatan resiko infeksi	54
2.9.Perencanaan Diagnosa Keperawatan resiko konstipasi	55
3.1.Riwayat kehamilan dan persalinan.....	61
3.2.Pola aktivitas sehari hari	62
3.3.Hasil laboratorium	69
3.4.Terapi medis	69
3.5.Analisa data	70
3.6.Proses keperawatan	73
3.7.Catatan perkembangan	78

DAFTAR BAGAN

TABEL	HALAMAN
2.1. Patway post partum dengan episiotomi	29

DAFTAR LAMPIRAN

	HALAMAN
Satuan acara penyuluhan manajemen nyeri.....	1
Leaflet manajemen nyeri.....	8
Satuan acara penyuluhan cuci tangan 6 langkah.....	10
Leaflet cuci tangan 6 langkah	19
Satuan acara penyuluhan vulva hygiene	21
Leaflet vulva hygiene.....	32
Lembar bimbingan	34
Daftar riwayat hidup	38

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka kematian ibu (AKI) adalah salah satu indikator yang dapat menggambarkan kesejahteraan masyarakat di suatu negara. Menurut data *World Health Organization* (WHO), angka kematian ibu di dunia pada tahun 2015 adalah 216 per 100.000 kelahiran hidup atau diperkirakan jumlah kematian ibu adalah 303.000 kematian dengan jumlah tertinggi berada di negara berkembang yaitu sebesar 302.000 kematian. Angka kematian ibu di negara berkembang 20 kali lebih tinggi dibandingkan angka kematian ibu di negara maju yaitu 239 per 100.000 kelahiran hidup sedangkan di negara maju hanya 12 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (WHO, 2015).

Angka kematian ibu di Indonesia pada tahun 2018 sekitar 4,226 (0.8%) dengan jumlah lahir hidup 4,810,130, sementara untuk tahun 2019 angka kematian ibu sekitar 4,221 (0.9 %) dengan jumlah lahir hidup 4,778,621. Angka kematian ibu di provinsi Jawa barat pada tahun 2019 yaitu 873,575 jumlah lahir hidup dengan angka kematian ibu sebesar 684 orang (Profil kesehatan Indonesia Ditjen kesehatan masyarakat, Kemenkes RI, 2020 data per 27 Maret 2020)

Menurut profil kesehatan Jawa barat tahun 2019, ada 10 kabupaten atau kota dengan kematian ibu tertinggi, yaitu kabupaten Bogor, kabupaten Karawang, kabupaten Garut, kabupaten Bandung barat, kabupaten Sukabumi, kabupaten Indramayu, kabupaten Bandung, kota Depok, kabupaten Cirebon, dan kota

Bandung. Kabupaten Garut menempati posisi ke 3 di tingkat provinsi Jawa barat dalam angka kematian ibu. Hal ini menunjukkan bahwa Garut masih dalam tahap resiko tinggi dalam kematian ibu, banyak faktor yang bisa menyebabkan hal tersebut terjadi, seperti akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan yang jauh, letak geografis masyarakat di pedalaman Garut yang belum terjangkau oleh pemerintah daerah dan masih banyak faktor yang bisa menyebabkan angka kematian ibu di Garut di peringkat ke 3 se provinsi Jawa barat.

Post partum merupakan masa sesudah melahirkan atau persalinan. Masa beberapa jam sesudah lahirnya plasenta atau tali pusat sampai minggu ke enam setelah melahirkan, setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali keadaan yang normal pada saat sebelum hamil (Marmi, 2012). Perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu post partum ibu mengalami perubahan sistem reproduksi dimana ibu mengalami proses pengerutan pada uterus setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Perubahan adaptasi psikologis adanya rasa ketakutan dan kekhawatiran pada ibu yang baru melahirkan. Hal ini akan berdampak kepada ibu yang berada dalam masa nifas menjadi sensitif (Kirana, 2015).

Masalah kesehatan fisik dan psikis pada ibu hamil, bersalin, nifas, dan ibu menyusui juga termasuk resiko dalam kehamilan dan persalinan yang mungkin timbul dan mempunyai efek yang bermakna terhadap kualitas hidup ibu. Seorang ibu yang mengalami kehamilan pada saat yang sudah diperkirakan akan mengalami proses persalinan. Proses persalinan merupakan keadaan yang melelahkan secara fisik dan psikis sehingga masa post partum dapat berdampak

bagi kualitas hidup ibu diantaranya mengalami robekan perineum. Robekan perineum baik secara alami maupun episiotomi, bisa mengakibatkan gangguan fungsi otot dasar panggul, sehingga dapat menurunkan kualitas hidup ibu setelah melahirkan. Ibu menjadi tidak mampu mengontrol BAK dan BAB karena beberapa saraf atau bahkan otot yang terputus. Peregangan dan robekan yang terjadi akibat dari episiotomy atau tidak dilakukan episiotomi pada jalan lahir selama proses persalinan dapat melemahkan otot-otot dasar panggul (Bobak, 2012).

Episiotomi adalah insisi yang dibuat pada vagina dan perineum untuk memperlebar bagian lunak jalan lahir sekaligus memperpendek jalan lahir. Robekan perineum atau ruptur terjadi pada hampir setiap persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Seorang primipara atau orang yang baru pertama kali melahirkan terjadi ketika kepala janin keluar. Luka-luka biasanya ringan tetapi juga terjadi luka yang luas dan berbahaya. Jahitan perineum tadi pasti menimbulkan rasa nyeri. Nyeri dapat terjadi pada hari pertama sampai hari ke empat post episiotomy karena proses inflamasi dan terjadi pelepasan zat-zat kimia seperti prostaglandin yang dapat meningkatkan transmisi nyeri (Rukiyah dkk, 2011).

Pada persalinan, tindakan episiotomi sering dilakukan untuk mengendalikan robekan pada jalan lahir sehingga memudahkan penyembuhan luka karena lebih mudah dijahit dan menyatu kembali (Manuaba, 2011), penyembuhan luka episiotomi dapat membutuhkan waktu berminggu-minggu,

bulanan atau tahunan tergantung pada kondisi kesehatan dan perawatan perineum itu sendiri.

Episiotomi tidak boleh dilakukan secara rutin karena akan menimbulkan meningkatnya jumlah darah yang hilang dan resiko hematoma, meningkatnya resiko infeksi dan meningkatnya nyeri pasca persalinan. Episiotomi dilakukan jika ada indikasi tertentu misalnya perineum kaku, distosia bahu, fetal distress, persalinan preterm dan persalinan dengan tindakan vacum maupun forcep . Komplikasi yang umum terjadi pada episiotomi, adalah : Kehilangan darah, Infeksi, Dispareunia, Libido berkurang, Hematoma local (Manuaba 2011)

Adapun hasil pendataan bidang pencatatan dan pelaporan rekam medik Upt Puskesmas Sindang Ratu kecamatan Pakenjeng kabupaten Garut angka kelahiran ibu secara normal / pervaginam / spontan pada periode Januari – Desember 2020 di ruang Poned Upt Puskesmas Sindang ratu yaitu 85 ibu, yang ditangani oleh bidan desa sekitar 61 ibu hamil (75%) yang datang sendiri ke Puskesmas sekitar 24 orang (25%) yang dilakukan tindakan episiotomy sekitar 23 orang (24%) dan semuanya sehat.

Berdasarkan profil kesehatan Jawa barat pada tahun 2019 Garut menempati posisi ke 3 dalam AKI dan hasil pencatatan rekam medik Upt Puskesmas sindang ratu, banyak ibu melahirkan dengan tindakan episiotomi, maka dari itu penulis merasa tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny.E P₁ A₀ Post Partum Spontan Dengan Episiotomy Hari Ke 2 Di Poned Upt Puskesmas Sindang Ratu Kecamatan Pakenjeng Kabupaten Garut Tahun 2021 “**.

B. Tujuan Penulisan

Adapun tujuan dari karya tulis ilmiah ini adalah :

1. Tujuan Umum

Untuk melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biologi psikologis klien dengan Post Partum spontan dengan episiotomy tentunya dengan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

Dapat melaksanakan Asuhan Keperawatan pada klien dengan Post Partum spontan dengan episiotomy, dengan pendekatan proses keperawatan maka penulis mampu :

- a. Melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada klien dengan Post Partum spontan dengan episiotomy secara komprehensif yang meliputi pengumpulan data dan menetapkan masalah berdasarkan prioritas masalah pada kasus Ny. E P₁ A₀ *post partum* Spontan dengan *episiotomy* di poned UPT Puskesmas Sindang Ratu Kecamatan Pakenjeng kabupaten Garut..
- b. Membuat diagnosa berdasarkan prioritas masalah keperawatan sesuai dengan kebutuhan dan masalah pada kasus Ny. E P₁ A₀ *post partum* Spontan dengan *episiotomy* di poned UPT Puskesmas Sindang Ratu Kecamatan Pakenjeng kabupaten Garut.
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan pada kasus Ny. E P₁ A₀ *post partum* Spontan dengan

episiotomy di poned UPT Puskesmas Sindang Ratu Kecamatan Pakenjeng kabupaten Garut..

- d. Melaksanakan tindakan keperawatan dengan terampil sesuai dengan perencanaan yang telah ditentukan pada kasus Ny. E P₁ A₀ *post partum* Spontan dengan *episiotomy* di poned UPT Puskesmas Sindang Ratu Kecamatan Pakenjeng kabupaten Garut.
- e. Mengevaluasi hasil asuhan keperawatan pada kasus Ny. E P₁ A₀ *post partum* Spontan dengan *episiotomy* di poned UPT Puskesmas Sindang Ratu Kecamatan Pakenjeng kabupaten Garut.
- f. Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pada kasus Ny. E P₁ A₀ *post partum* Spontan dengan *episiotomy* di poned UPT Puskesmas Sindang Ratu Kecamatan Pakenjeng kabupaten Garut.

C. Metode Penulisan

Metode yang digunakan dalam penulisan Karya Tulis ini adalah deskriptif berbentuk studi kasus yaitu menggambarkan dari keseluruhan karya tulis ilmiah berupa laporan penerapan asuhan keperawatan post partum Spontan P₁ A₀ dengan *episiotomy* melalui pendekatan proses keperawatan pada klien dewasa, teknik yang digunakan dalam pengumpulan data, yaitu :

1. Wawancara yaitu kegiatan aktif dengan menanyakan langsung tentang data atau informasi yang diperlukan kepada klien dan keluarga klien.
2. Observasi yaitu penulis mengamati kondisi klien sebagai objek pelayanan asuhan keperawatan.
3. Pemeriksaan Fisik yaitu memperoleh informasi tentang status kesehatan klien melalui inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.
4. Studi Dokumentasi yaitu pengumpulan data dengan melihat data-data yang ada pada status klien dan catatan yang berhubungan dengan asuhan keperawatan.
5. Studi Kepustakaan yaitu suatu cara untuk mendapatkan teori-teori yang relevan terhadap masalah yang dibahas.
6. Partisipasi Aktif yaitu dengan melaksanakan asuhan keperawatan terhadap klien.

D. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan Karya Tulis ini adalah sebagai berikut :

Bab I. Pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan.

Bab II. Tinjauan teoritis terdiri dari pengertian, anatomi dan fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, komplikasi dan penatalaksanaan serta konsep dasar asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan dan pelaksanaan serta evaluasi.

Bab III. Tinjauan kasus dan pembahasan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan dan implementasi serta evaluasi.

Bab IV terdiri dari kesimpulan dan rekomendasi

BAB II

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

A. KONSEP DASAR

1. *Episiotomy*

a. Definisi

Episiotomy adalah suatu tindakan insisi pada perineum yang menyebabkan terpotongnya selaput lendir vagina, cincin selaput dara, jaringan pada septum rektovaginal, otot-otot dan fascia perineum dan kulit sebelah depan perineum (Prawirahardjo, 2012).

Tindakan *episiotomy* adalah tindakan insisi yang terjadi pada perineum yang menyebabkan terpotongnya selaput lender vagina, cincin selaput lender darah dan jaringan rektovagina sehingga menyebabkan luka pada perineum dan terjadinya perdarahan (Astuti, 2012)

Dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa tindakan *episiotomy* adalah tindakan insisi atau invasive yang menyebabkan terpotongnya leher vagina, cincin selaput dara dan jaringan rektovaginal kepada ibu yang sedang melahirkan pervaginam dan tentunya mengalami masalah saat melahirkan seperti jalan lahir yang terlalu sempit.

b. Jenis episiotomy

Oxorn (2011) ada dua tipe *episiotomy* :

- 1). Episiotomi Garis-Tengah atau *Medial Insisi* dilakukan pada pada garis-tengah dari fourchette hampir menyentuh tapi jangan sampai memotong serabut externa m. Sphincter ani. Potongan ini dikerjakan pada portio tendinosa senralis corpus perineum yang disebelah depannya melekat m. Bulbocavernosus, pada kedua belah sisinya m. Transvesus perinealis superfisialis serta bagian dari m. Levatorani, dan disebelah belakangnya m. Sphincter ani. Episiotomi ini merupakan insisi anatomik baik sekali.
- 2). *Episiotomi Mediolateral* Kalau diperlukan *episiotomy* yang lebar atau kalau ada bahaya ikut terobeknya rectum, jenis mediolateral ini dapat dianjurkan. Yang termasuk dalam kasus-kasus ini adalah pasien-pasien dengan perineum yang pendek, pintu bawah panggul yang sempit, bayi yang besar, kelahiran bokong dan tindakan forceps tengah. Insisi dilakukan digaris tengah fourchette posterior ke arah tuber ischiadicum dan cukup jauh ke lateral untuk menghindari pincter ani. Panjang episiotomi rata-rata sekitar 4 cm dan dapat mencapai jaringan lemak pada fossa ischiorectal. Apakah insisi harus dilakukan di sebelah kanan ataukah di sebelah kiri bukan merupakan masalah yang penting.

c. Indikasi tindakan episiotomi

Tindakan episiotomi tidaklah boleh dilakukan secara rutin karena dapat meningkatkan rupture menjadi tingkat III atau IV, meningkatnya jumlah darah yang hilang, risiko infeksi serta nyeri dengan luka persalinan. Oleh karena itu, dalam melakukan tindakan episiotomi membutuhkan pertimbangan klinis dengan cara memperhatikan beberapa indikasi yang memperbolehkan dalam melakukan prosedur episiotomi. Indikasi dalam melakukan episiotomi yang umum adalah:

- 1). Fasilitasi untuk persalinan dengan tindakan atau dengan menggunakan instrument. Persalinan pervaginam dengan penyulit, misalnya presentasi bokong, distosia bahu, akan dilakukannya ekstraksi forcep, dan ekstraksi vakum.
- 2). Mencegah terjadinya robekan perineum yang kaku/pendek atau diperkirakan tidak mempunyai perineum untuk beradaptasi terhadap regangan yang berlebihan misalnya bayi yang sangat besar atau makrosomia, untuk mengurangi tekanan pada kepala bayi dengan prematuris, bahkan terhadap ibu yang tidak mengetahui cara mengedan yang baik dan benar.
- 3). Mencegah terjadinya kerusakan jaringan pada ibu dan bayi pada kasus letak/presentasi abnormal (bokong, muka, ubun-ubun kecil di belakang) dengan menyediakan tempat lebih luas untuk persalinan yang aman (Pudiastuti, 2012:2).

d. Patofisiologi

Ibu dengan persalinan episiotomi disebabkan adanya persalinan yang lama: gawat janin (janin prematur, letak sungsang, janin besar), tindakan operatif dan gawat ibu (perineum kaku, riwayat robekan perineum lalu, arkus pubis sempit). Persalinan dengan episiotomi mengakibatkan terputusnya jaringan yang dapat menyebabkan menekan pembuluh syaraf sehingga timbul rasa nyeri dimana ibu akan merasa cemas sehingga takut BAB dan ini menyebabkan Resti konstipasi. Terputusnya jaringan juga merusak pembuluh darah dan menyebabkan resiko defisit volume cairan. Terputusnya jaringan menyebabkan resti infeksi apabila tidak dirawat dengan baik kuman mudah berkembang karena semakin besar mikroorganisme masuk ke dalam tubuh semakin besar resiko terjadi infeksi. Ibu dengan persalinan dengan episiotomi setelah 6 minggu persalinan ibu berada dalam masa nifas. Pada saat masa nifas ibu mengalami perubahan fisiologis dan psikologis. Perubahan fisiologis pada ibu akan terjadi uterus kontraksi. Dimana kontraksi uterus bisa adekuat dan tidak adekuat. Dikatakan adekuat apabila kontraksi uterus kuat dimana terjadi adanya perubahan involusi yaitu proses pengembalian uterus ke dalam bentuk normal yang dapat menyebabkan nyeri/ mules, yang prosesnya mempengaruhi syaraf pada uterus. Dimana setelah melahirkan ibu mengeluarkan lochea yaitu merupakan ruptur dari sisa plasenta sehingga pada daerah vital kemungkinan terjadi resiko kuman mudah berkembang. Dikatakan tidak adekuat dikarenakan

kontraksi uterus lemah akibatnya terjadi perdarahan dan atonia uteri. Perubahan fisiologis dapat mempengaruhi payudara dimana setelah melahirkan terjadi penurunan hormon progesteron dan estrogen sehingga terjadi peningkatan hormon prolaktin yang menghasilkan pembentukan ASI dimana ASI keluar untuk pemenuhan gizi pada bayi, apabila bayi mampu menerima asupan ASI dari ibu maka reflek bayi baik berarti proses laktasi efektif. sedangkan jika ASI tidak keluar disebabkan kelainan pada bayi dan ibu yaitu bayi menolak, bibir sumbing, puting lecet, suplai tidak adekuat berarti proses laktasi tidak efektif. Pada perubahan psikologos terjadi Taking In, Taking Hold, dan Letting Go. Pada fase Taking In kondisi ibu lemah maka terfokus pada diri sendiri sehingga butuh pelayanan dan perlindungan yang mengakibatkan defisit perawatan diri. Pada fase Taking Hold ibu belajar tentang hal baru dan mengalami perubahan yang signifikan dimana ibu butuh informasi lebih karena ibu kurang pengetahuan. Pada fase Letting Go ibu mampu menyesuaikan diri dengan keluarga sehingga di sebut ibu yang mandiri, menerima tanggung jawab dan peran baru sebagai orang tua. (Ni Ketut Dkk, 2016)

e. Manifestasi klinik

- 1). Laserasi Perineum Biasanya terjadi sewaktu kepala janin dilahirkan, luas robekan didefinisikan berdasarkan kedalaman robekan :
 - a). Derajat pertama (robekan mencapai kulit dan jaringan)
 - b). Derajat kedua (robekan mencapai otot-otot perineum)

- c). Derajat tiga (robekan berlanjut ke otot sfingter ani)
- d). Derajat empat (robekan mencapai dinding rektum anterior)
- 2). Laserasi Vagina Sering menyertai robekan perineum, robekan vagina cenderung mencapai dinding lateral (sulci) dan jika cukup dalam, dapat mencapai levator ani.
- 3). Cedera Serviks Terjadi jika serviks beretraksi melalui kepala janin yang keluar. Laserasi serviks akibat persalinan terjadi pada sudut lateral ostium eksterna, kebanyakan dangkal dan pendarahan minimal (Bobak, 2012: 344-345).

f. Penatalaksanaan

- 1). Jika terdapat hematoma, darah dikeluarkan, jika tidak ada tanda infeksi dan pendarahan sudah berhenti, lakukan penjahitan
- 2). Jika infeksi, buka dan drain luka
- 3). Jika infeksi mencapai otot dan terdapat nekrosis, lakukan debridemen dan berikan antibiotika secara kombinasi sampai pasien bebas demam dalam 48 jam (Prawirohardjo, 2012).

g. Komplikasi

- 1). Pendarahan Karena proses episiotomi dapat mengakibatkan terputusnya jaringan sehingga merusak pembuluh darah terjadilah pendarahan.
- 2). Infeksi, Infeksi terkait dengan jalannya tindakan episiotomi berhubungan dengan ketidaksterilan alat-alat yang digunakan.

- 3). Hipertensi, Penyakit hipertensi berperan besar dalam morbiditas dan mortalitas maternal dan perinatal. Hipertensi diperkirakan menjadi komplikasi sekitar 7% sampai 10% seluruh kehamilan.
- 4). Gangguan psikososial Kondisi Psikososial mempengaruhi integritas keluarga dan menghambat ikatan emosional bayi dan ibu. Beberapa kondisi dapat mengancam keamanan dan kesejahteraan ibu dan bayi. (Prawirohardjo, 2012).

2. Post partum

a. Definisi

Periode postpartum 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).

Post partum merupakan masa sesudah melahirkan atau persalinan. Masa beberapa jam sesudah lahirnya plasenta atau tali pusat sampai minggu ke enam setelah melahirkan, setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali keadaan yang normal pada saat sebelum hamil (Marmi, 2012).

Post partum adalah waktu penyembuhan dan perubahan, waktu kembali pada keadaan tidak hamil, serta penyesuaian terhadap hadirnya anggota keluarga baru. (Mitayani, 2011).

Dari beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa post partum atau post natal adalah keadaan dimana ibu hamil sudah melahirkan bayinya dan plasenta atau biasa disebut dengan masa nifas.

b. Perubahan anatomi dan fisiologi ibu post partum

Perubahan fisiologis ibu postpartum yang terjadi sangat jelas, dimana proses-proses pada kehamilan berjalan terbalik. Terdapat beberapa perubahan anatomis dan fisiologis pada tubuh ibu selama periode postpartum, yaitu:

- 1). Uterus Segera setelah plasenta keluar, uterus akan kembali ke keadaan sebelum hamil secara bertahap yang disebut involusi uterus. Involusi terjadi sebagai akibat kontraksi uterus. Selama proses ini, pembuluh-pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot-otot uterus akan terjepit sehingga perdarahan yang terjadi setelah plasenta dilahirkan menjadi berhenti. Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intrauterin yang sangat besar. Hormon oksitosin yang disekresi dari kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus. Akibat dari kontraksi uterus tersebut, ibu mungkin akan merasakan kontraksi (mules-mules) yang disebut sebagai afterpain. Menyusui dan pemberian oksitosin tambahan biasanya meningkatkan nyeri ini karena keduanya merangsang kontraksi uterus. Namun rasa nyeri ini akan hilang dengan

sendirinya setelah 2 atau 3 hari. Pada bagian uterus yang ditempati plasenta akan mengalami penyembuhan dimana endometrium akan tumbuh kembali dan menyebabkan pelepasan jaringan nekrotik dan mencegah pembentukan jaringan parut. Proses ini membuat endometrium mampu menjalankan siklusnya seperti biasa dan memungkinkan implantasi dan plasentasi untuk kehamilan di masa yang akan datang (Lowdermilk & Perry, 2011).

- 2). Serviks, Sesaat setelah ibu melahirkan, serviks menjadi lunak. Delapan belas jam pasca partum, serviks memendek dan konsistensinya menjadi lebih padat dan kembali ke bentuk semula. Serviks setinggi segmen bawah uterus tetap edematos, tipis, dan rapuh selama beberapa hari setelah ibu melahirkan. Ektoserviks (bagian serviks yang menonjol ke vagina) terlihat memar dan ada sedikit laserasi kecil, kondisi ini optimal untuk perkembangan infeksi. Muara serviks yang berdilatasi saat melahirkan, menutup secara bertahap. Muara serviks eksterna tidak lagi berbentuk lingkaran seperti sebelum melahirkan, tetapi terlihat memanjang seperti suatu celah, sering disebut seperti mulut ikan. Laktasi menunda produksi estrogen yang mempengaruhi mukus dan mukosa (Lowdermilk & Perry, 2011).
- 3). Vagina dan perineum. Estrogen pascapartum yang menurun berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Vagina yang semula sangat teregang akan kembali secara bertahap

ke ukuran sebelum hamil, 6 sampai 8 minggu setelah melahirkan. Pada umumnya rugae akan memipih secara permanen. Mukosa tetap atrofik pada wanita yang menyusui sekurang-kurangnya sampai menstruasi dimulai kembali. Penebalan mukosa vagina terjadi seiring pemulihan fungsi ovarium. Kekurangan estrogen menyebabkan penurunan jumlah pelumas vagina dan penipisan mukosa vagina (Lowdermilk & Perry, 2011).

4). Topangan otot panggul, Struktur penopang uterus dan vagina bisa mengalami cedera sewaktu melahirkan. Jaringan penopang dasar panggul yang teregang saat ibu melahirkan memerlukan waktu sampai enam bulan untuk kembali ke tonus semula.

5). Sistem endokrin

a). Hormon Plasenta Selama periode postpartum terjadi perubahan hormon yang besar. Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan signifikan hormon-hormon yang diproduksi oleh organ tersebut. Penurunan hormon human placental lactogen (HPL), estrogen dan Asuhan Keperawatan pada Periode Postpartum kortisol, serta placental enzyme insulinase membalik efek diabetogenik kehamilan, sehingga kadar gula darah menurun secara bermakna pada masa puerperium. Kadar estrogen dan progesteron menurun secara signifikan setelah plasenta keluar, kadar terendahnya dicapai kira-kira satu minggu

pasca partum. Penurunan kadar estrogen berkaitan dengan pembengkakan payudara dan diuresis cairan ekstraseluler berlebih yang terakumulasi selama masa hamil. Pada wanita yang tidak menyusui kadar estrogen mulai meningkat pada minggu kedua setelah melahirkan (Lowdermilk & Perry, 2011).

- b). Hormon Hipofisis dan Fungsi Ovarium, Waktu dimulainya ovulasi dan menstruasi pada wanita menyusui dan tidak menyusui berbeda. Kadar prolaktin serum yang tinggi pada wanita menyusui tampaknya berperan dalam menekan ovulasi. Karena kadar follicle-stimulating hormone (FSH) terbukti sama pada wanita yang menyusui dan tidak menyusui, disimpulkan bahwa ovarium tidak merespons terhadap stimulasi FSH ketika kadar prolaktin meningkat (Lowdermilk & Perry, 2011). Kadar prolaktin meningkat secara progresif sepanjang masa hamil. Pada wanita menyusui, kadar prolaktin tetap meningkat sampai minggu keenam setelah melahirkan. Pada wanita yang tidak menyusui mengalami penurunan kadar prolaktin, mencapai rentang sebelum hamil dalam dua minggu dan ovulasi terjadi dini, yakni dalam 27 hari setelah melahirkan, dengan waktu rata-rata 70 sampai 75 hari. Pada wanita menyusui waktu rata-rata terjadinya ovulasi sekitar

190 hari. Cairan menstruasi pertama setelah melahirkan biasanya lebih banyak dari pada normal. Dalam 3 sampai 4 siklus, jumlah cairan menstruasi wanita kembali seperti sebelum hamil (Lowdermilk & Perry, 2011).

- 6). Abdomen, mengembalikan dinding abdomen seperti keadaan sebelum hamil memerlukan waktu sekitar enam minggu. Kulit memperoleh kembali elastisitasnya, tetapi sejumlah kecil striae menetap. Pengembalian tonus otot bergantung pada kondisi tonus sebelum hamil, latihan fisik yang tepat, dan jumlah jaringan lemak (Lowdermilk & Perry, 2011).
- 7). Sistem urinarius, Perubahan hormonal pada masa hamil (kadar steroid yang tinggi) turut menyebabkan peningkatan fungsi ginjal, sedangkan penurunan kadar steroid setelah wanita melahirkan menyebabkan penurunan fungsi ginjal pada masa postpartum. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah melahirkan. Diperlukan waktu kira-kira 2 sampai 8 minggu supaya hipotonia pada kehamilan dan dilatasi ureter serta pelvis ginjal kembali ke keadaan semula (Lowdermilk & Perry, 2011). Glikosuria yang diinduksi oleh kehamilan menghilang. Laktosuria positif pada ibu yang menyusui adalah hal normal. BUN (blood urea nitrogen) yang meningkat merupakan akibat otolisis uterus yang berinvolusi. Pemecahan kelebihan protein di dalam sel otot uterus juga menyebabkan proteinuria ringan (+1) selama 1-2

hari setelah melahirkan (Lowdermilk dan Perry, 2011). Tidak jarang pada periode postpartum ibu mengalami diuresis yang disebabkan oleh penurunan kadar estrogen, hilangnya peningkatan tekanan vena pada tungkai bawah, dan hilangnya peningkatan volume darah akibat kehamilan. Kombinasi trauma akibat kelahiran, peningkatan kapasitas kandung kemih setelah bayi lahir, dan efek konduksi anestesi menyebabkan keinginan untuk berkemih menurun. Selain itu, rasa nyeri pada panggul yang timbul akibat dorongan saat melahirkan, laserasi vagina, atau episiotomi menurunkan refleks berkemih. Penurunan berkemih, seiring diuresis pasca partum, bisa menyebabkan distensi kandung kemih. Dengan mengosongkan kandung kemih secara adekuat, tonus kandung kemih biasanya akan pulih kembali dalam 5-7 hari setelah bayi lahir (Lowdermilk & Perry, 2011).

- 8). Sistem pencernaan, Ibu akan merasa sangat lapar setelah pulih dari efek analgesia, anestesia, dan kelelahan. Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Buang air besar secara spontan bisa tertunda selama 2-3 hari setelah melahirkan. Keadaan ini disebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada awal masa postpartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum

melahirkan, kurang makan, atau dehidrasi (Lowdermilk & Perry, 2011).

- 9). Payudara, Setelah melahirkan, hormon plasenta tidak lagi diproduksi untuk menghambat pertumbuhan jaringan payudara. Sedangkan kelenjar pituitari mengeluarkan prolactin (hormon laktogenik) yang berfungsi untuk merangsang produksi ASI. Sampai hari ketiga setelah melahirkan, terbukti adanya efek prolaktin pada payudara. Pembuluh dalam payudara menjadi bengkak, dan terasa sakit. Sel-sel yang menghasilkan ASI mulai berfungsi, dan ASI mulai mencapai puting melalui saluran susu, menggantikan kolostrum yang telah mendahuluinya kemudian laktasi dimulai
- 10). Sistem kardiovaskuler, Pada minggu ketiga dan keempat setelah bayi lahir, volume darah biasanya menurun sampai mencapai volume sebelum hamil. Hal tersebut disebabkan oleh kehilangan darah selama proses melahirkan dan mobilisasi serta pengeluaran cairan ekstrasvaskuler. Tiga perubahan fisiologis postpartum yang melindungi wanita yaitu :
 - a). Hilangnya sirkulasi uteroplasenta yang mengurangi ukuran pembuluh darah maternal 10%-15%².
 - b). Hilangnya fungsi endokrin plasenta yang menghilangkan stimulus vasodilatasi

c). Terjadinya mobilisasi air ekstrasvaskuler yang disimpan selama wanita hamil.

Oleh karena itu syok hipovolemik tidak terjadi pada kehilangan darah normal. Denyut jantung, volume sekuncup, dan curah jantung meningkat lebih tinggi dari masa hamil selama 30-60 menit setelah melahirkan karena darah yang biasanya melintasi uteroplasenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum. Komponen darah juga mengalami peningkatan meliputi, hematokrit, hemoglobin, sel darah putih dan faktor koagulasi (Lowdermilk & Perry, 2011).

11).Sistem neurologi, Perubahan neurologis selama masa postpartum merupakan kebalikan adaptasi neurologis yang terjadi saat wanita hamil. Sindrom carpal tunnel serta rasa baal dan kesemutan yang terjadi pada saat kehamilan akan menghilang. Namun, tidak jarang ibu mengalami nyeri kepala setelah melahirkan yang bisa disebabkan oleh berbagai keadaan seperti hipertensi karena kehamilan dan stres. Lama nyeri kepala bervariasi dari 1-3 hari atau sampai beberapa minggu, tergantung pada penyebab dan efektivitas pengobatan (Lowdermilk & Perry,2011).

12).Sistem musculoskeletal, Adaptasi sistem musculoskeletal ibu pada masa postpartum mencakup hal-hal yang membantu

relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat berat ibu (Lowdermilk & Perry, 2011).

- 13). Sistem integument Striae yang diakibatkan karena regangan kulit abdomen akan tetap bertahan lama setelah kelahiran, tetapi akan menghilang menjadi bayangan yang lebih terang. Bila terdapat linea nigra atau topeng kehamilan (kloasma), biasanya akan memutih dan kelamaan akan hilang. Rambut halus yang tumbuh dengan lebat pada waktu hamil biasanya akan menghilang setelah melahirkan, tetapi rambut kasar yang timbul sewaktu hamil biasanya akan menetap. Konsistensi dan kekuatan kuku akan kembali pada keadaan sebelum hamil. Diaforesis adalah perubahan yang paling jelas terlihat pada sistem integumen (Lowdermilk & Perry, 2011).

c. Perubahan psikologis ibu post partum

Perubahan psikologis yang terjadi pada periode postpartum adalah peran baru sebagai orang tua. Menurut beberapa peneliti, menerima peran sebagai orang tua adalah suatu proses yang terjadi dalam tiga tahap:

- 1). Tahap ketergantungan (*the taking-in phase*) Bagi beberapa ibu baru, tahap ini terjadi pada hari ke-1 dan ke-2 setelah melahirkan. Fase "*taking-in*" ini merupakan periode dimana ibu membutuhkan perlindungan dan pelayanan. Tahap ini merupakan tahap refleksi bagi ibu, dimana ibu memikirkan tentang

peran barunya sebagai orang tua dan sering mengingat tentang pengalamannya saat melahirkan. Pada tahap ini ibu juga merasakan rasa tidak nyaman (nyeri) setelah melahirkan dan merupakan tahap pengembalian tenaga setelah persalinan. Perhatian ibu pada tahap ini masih tertuju pada kebutuhan dirinya sendiri. Jika kebutuhan fisik dan emosional ibu terpenuhi dengan baik pada tahap ini, maka ibu siap untuk bergerak ke tahap berikutnya

2). Tahap ketergantungan-ketidaktergantungan (*the taking-hold phase*)

Tahap kedua mulai pada sekitar hari ketiga setelah melahirkan dan berakhir pada minggu keempat sampai kelima. Rubin menyebutnya sebagai fase “*taking-hold*”. Sampai hari ketiga ibu siap untuk menerima peran barunya dan belajar tentang semua hal-hal baru. Perhatian ibu tertuju pada perawatan dirinya dan bayinya. Ibu sering merasa cemas, apakah segala sesuatunya berjalan dengan normal. Pada tahap ini, ibu berniat untuk menjadi ibu yang sempurna, oleh karena itu sistem pendukung menjadi sangat bernilai bagi ibu muda yang membutuhkan sumber informasi dan penyembuhan fisik sehingga ia dapat beristirahat dengan cukup. Mekanisme pertahanan diri ibu sangat penting pada fase ini karena baby blues merupakan hal yang biasa terjadi.

3). Tahap saling ketergantungan (*the letting-go phase*) Dimulai sekitar

minggu kelima sampai keenam setelah kelahiran, sistem

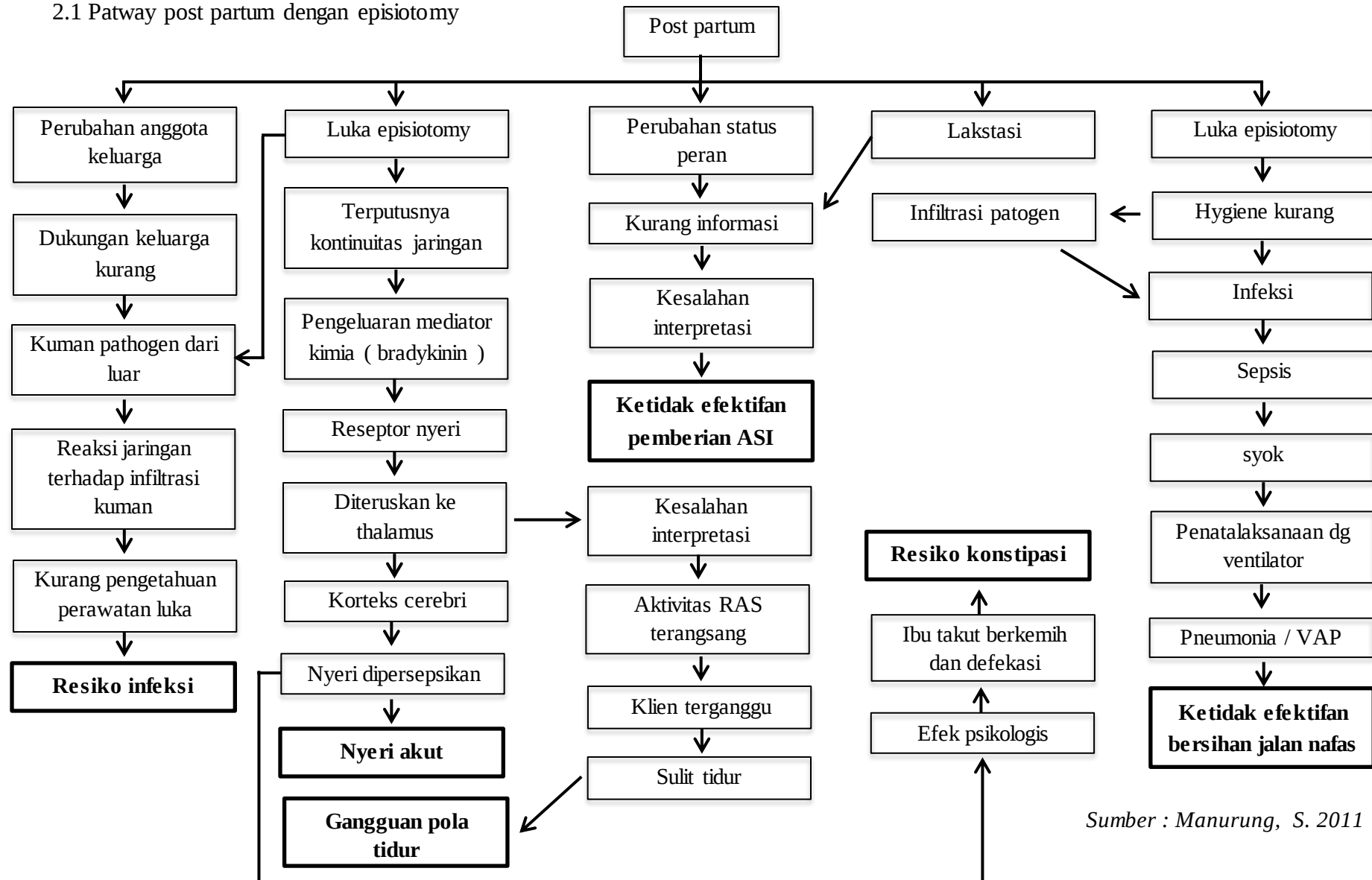
keluarga telah menyesuaikan diri dengan anggotanya yang baru. Ibu telah melepaskan bayangan mengenai bayi yang sempurna serta perannya yang dulu, dan ibu menerima bayinya apa adanya serta peran barunya sebagai orang tua. Keluarga besar dan teman-teman yang pada awalnya sangat membantu sebagai sistem pendukung, tidak lagi turut campur dalam interaksi keluarga, dan kegiatan sehari-hari telah kembali dilakukan. Secara fisik ibu telah siap menerima tanggung jawab normal dan tidak lagi menerima “peran sakit”. Tahap ini berlangsung terus sampai terganggu oleh periode ketergantungan lain. Kadang-kadang kegembiraan setelah melahirkan berlanjut sampai 2 atau 3 hari, tetapi hampir semua selesai setelah hari keempat pasca persalinan. Ibu mungkin menjadi depresi, mudah menangis, dan kurang istirahat. Gejala semacam ini dikenal sebagai baby blues. Hal ini dapat terjadi segera setelah persalinan berakhir atau sampai setahun setelah melahirkan. Ibu mungkin mengalami beberapa dari gejala seperti cemas, tegang, kelelahan yang luar biasa, sedih, tidak punya harapan, bingung, pelupa, konsentrasi berkurang, menangis yang tidak terkontrol, penurunan nafsu makan, gangguan tidur, terlalu khawatir pada keadaan bayi, kurang berminat terhadap bayinya, merasa bersalah, takut untuk menyakiti diri sendiri atau bayinya (Ni Ketut Dkk, 2016).

d. Patofisiologi ibu Postpartum

Pada kasus post partum spontan akan terjadi perubahan fisiologis dan psikologis, pada perubahan fisiologis terjadi proses involusi menyebabkan terjadi peningkatan kadar oksitosin, peningkatan kontraksi uterus sehingga muncul masalah keperawatan nyeri akut, dan perubahan pada vagina dan perineum terjadi ruptur jaringan dan trauma mekanis, personal hygiene yang kurang baik, pembuluh darah rusak menyebabkan genitalia menjadi kotor dan terjadi juga perdarahan sehingga muncul masalah keperawatan resiko infeksi. perubahan laktasi akan muncul struktur dan karakter payudara, laktasi dipengaruhi oleh hormon estrogen dan peningkatan prolaktin. sehingga terjadi pembentukan ASI tetapi terkadang terjadi juga aliran darah di payudara berurai dari uterus (involusi) di pembuluh payudara maka akan terjadi bengkak dan penyempitan pada duktus inteverus. sehingga ASI tidak keluar dan muncul masalah keperawatan menyusui tidak efektif. pada perubahan psikologis akan muncul *taking in* (ketergantungan), *taking hold* (ketergantungan kemandirian), *letting go* (kemandirian). pada perubahan *taking in* pasien akan membutuhkan perlindungan dan pelayanan, ibu akan cenderung berfokus pada diri sendiri dan perasaan lemah, sehingga muncul masalah keperawatan gangguan pola tidur, *taking hold* pasien akan belajar mengenai perawatan diri dan bayi, akan cenderung butuh informasi karena mengalami perubahan kondisi tubuh sehingga

muncul masalah keperawatan kurang pengetahuan. *letting go* ibu akan mulai mengalami perubahan peran, sehingga akan muncul masalah keperawatan resiko perubahan peran menjadi orang tua. (Marmi, 2012)

2.1 Patway post partum dengan episiotomy



Sumber : Manurung, S. 2011

e. Dampak Post Partum Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

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

1) Kebutuhan Rasa Nyaman

Tindakan episiotomi dalam proses persalinan adalah suatu cara melebarkan jalan lahir dengan jalan mengiris atau menggunting pada perineum, yang dapat menimbulkan nyeri akibat terputusnya kontinuitas jaringan dan syaraf. Syaraf dan neurotransmitter disampaikan ke syaraf pusat sehingga menimbulkan persepsi nyeri.

2) Kebutuhan Aktifitas

Dampak dari proses persalinan menimbulkan kelelahan dan ketidak tahuan klien dalam mobilisasi dan melakukan aktivitas. Biasanya karena ada luka insisi 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

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien /pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistic, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien.

Berikut adalah langkah langkah dalam proses keperawatan meliputi :

1. Pengkajian

Pengkajian adalah pendekatan sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisisnya (Manurung, 2011).

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

a. Biodata / identitas .

- 1). Pasien meliputi : Nama, Umur, Agama, Suku Bangsa, Pendidikan, Pekerjaan, Alamat.
- 2). Penanggung jawab pasien terdiri dari : Nama, Umur, Pekerjaan, Alamat, pendidikan dan hubungan dengan pasien. Riwayat kesehatan

b. Riwayat kesehatan

riwayat kesehatan meliputi :

1). Keluhan utama

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa kontraksi, nyeri pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum (Ambarwati, 2011). Keluhan utama pada ibu post partum dengan luka episiotomy adalah nyeri dibekas luka jahitan. (Bobak, 2012).

2). Riwayat kesehatan

a). Riwayat kesehatan sekarang

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa post partum dan bayinya, melihat dari kemungkinan keluhan utama yang akan dialami pasien dengan post partum spontan dengan episiotomy yaitu nyeri akut, maka perlu dilakukan pemeriksaan karakteristik nyeri dengan metode mnemonic PQIRST, yaitu

P : *provokes, palliative* (penyebab), Apa yang menyebabkan rasa sakit/nyeri; apakah ada hal yang menyebabkan kondisi memburuk/membaik; apa yang dilakukan jika sakit/nyeri timbul; apakah nyeri ini sampai mengganggu tidur.

Q : *quality/quantity* (kualitas), Bisakah anda menjelaskan rasa sakit/nyeri; apakah rasanya tajam, sakit, seperti diremas, menekan, membakar, nyeri berat, kolik, kaku atau seperti

ditusuk (biarkan pasien menjelaskan kondisi ini dengan kata-katanya).

R : *Radiates/Region* (penyebaran), Apakah rasa sakitnya menyebar atau berfokus pada satu titik.

S : *severety / Scale* (keparahan), Seperti apa sakitnya; 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

T : *time* (waktu), Kapan sakit mulai muncul; apakah munculnya perlahan atau tiba-tiba; apakah nyeri muncul secara terus-menerus atau kadang-kadang; apakah pasien pernah mengalami nyeri seperti ini sebelumnya. apabila "iya" apakah nyeri yang muncul merupakan nyeri yang sama atau berbeda.

b). Riwayat kesehatan yang lalu

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut, kronis seperti : Jantung, diabetes mellitus, hipertensi, asma yang dapat mempengaruhi pada masa post partum ini..

c). Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya,

mengetahui apakah ada riwayat penyakit menurun seperti asma, jantung, DM dan hipertensi dan penyakit menular seperti asma / TBC (Prawirohardjo, 2015).

3). Riwayat ginekologi dan obstetric

a). Riwayat ginekologi

Pengkajian riwayat ginekologi, menstruasi, riwayat perkawinan, dan riwayat KB. (Manuaba, 2011)

(1). Riwayat Menstruasi Untuk mengetahui kapan mulai menstruasi, siklus menstruasi, lamanya menstruasi, banyaknya darah menstruasi, teratur / tidak menstruasinya, sifat darah menstruasi, keluhan yang dirasakan sakit waktu menstruasi disebut disminorea

(2). Riwayat Perkawinan, Pada status perkawinan yang ditanyakan adalah kawin syah, berapa kali, usia menikah berapa tahun, dengan suami usia berapa, lama perkawinan, dan sudah mempunyai anak belum

(3). Riwayat Keluarga Berencana, Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrapsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah masa nifas ini dan beralih ke kontrasepsi apa.

b). Riwayat *obstetric* Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu, Untuk mengetahui jumlah kehamilan dan kelahiran, riwayat persalinan yaitu jarak antara dua kelahiran, tempat kelahiran, lamanya melahirkan, dan cara melahirkan. Masalah / gangguan kesehatan yang timbul sewaktu hamil dan melahirkan. Riwayat kelahiran anak, mencangkup berat badan bayi sewaktu lahir, adakah kelainan bawaan bayi, jenis kelamin bayi, keadaan bayi hidup / mati saat dilahirkan. Paritas mempengaruhi persepsi terhadap nyeri persalinan karena primipara mempunyai proses persalinan yang lama dan lebih melelahkan dengan multipara. Hal ini disebabkan karena serviks pada klien primipara memerlukan tenaga yang lebih besar untuk mengalami peregangan karena pengaruh intensitas kontraksi lebih besar selama kala I persalinan. Selain itu, pada ibu dengan primipara menunjukkan peningkatan kecemasan dan keraguan untuk mengantisipasi rasa nyeri selama persalinan.

(1). Riwayat Kehamilan Sekarang

Menurut Saifuddin (2011), meliputi :

- (a). Hari pertama, haid terakhir serta kapan taksiran persalinannya
- (b). Keluhan-keluhan pada trisemester I, II, III.
- (c). Dimana ibu biasa memeriksakan kehamilannya.
- (d). Selama hamil berapa kali ibu periksa
- (e). Penyuluhan yang pernah didapat selama kehamilan

(f). Pergerakan anak pertama kali dirasakan pada kehamilan berapa minggu

(g). Imunisasi TT : sudah / belum imunisasi, berapa kali telah dilakukan imunisasi TT selama hamil.

(2). Riwayat Persalinan Sekarang, Untuk mengetahui tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi PB, BB, penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada masa nifas saat ini .

4). Pemeriksaan fisik

a). Keadaan umum Untuk mengetahui apakah ibu dalam keadaan baik, cukup atau kurang

b). Kesadaran,

Untuk mengetahui tingkat kesadaran ibu apakah composmentis (sadar sepenuhnya, dapat menjawab semua pertanyaan tentang keadaan sekelilingnya), apatis (tidak menanggapi rangsangan / acuh tak acuh, tidak peduli) somnolen (kesadaran yang segan untuk berhubungan dengan sekitarnya, sikapnya acuh tak acuh), sopor (keadaan yang menyerupai tidur), koma (tidak bisa dibangunkan, tidak ada respon terhadap rangsangan apapun, tidak ada respon kornea maupun reflek muntah, mungkin juga tidak ada respon pupil terhadap cahaya).

c). Tanda- tanda Vital

Dalam vital sign yang perlu di cek yaitu: suhu, nadi, pernapasan, dan juga tekanan darah. Suhu tubuh diukur setiap 4 sampai 8 jam selama beberapa hari pascapartum karena demam biasanya merupakan gejala awal infeksi. Suhu tubuh 38°C mungkin disebabkan oleh dehidrasi pada 24 jam pertama setelah persalinan atau karena awitan laktasi dalam 2 sampai 4 hari. Demam yang menetap atau berulang diatas 24 jam pertama dapat menandakan adanya infeksi. Bradikardi merupakan perubahan fisiologis normal selama 6 sampai 10 hari pascapartum dengan frekuensi nadi 40 sampai 70 kali/menit. Frekuensi diatas 100kali/menit dapat menunjukkan adanya infeksi, hemoragi, nyeri, atau kecemasan, nadi yang cepat dan dangkal yang dihubungkan dengan hipotensi, menunjukkan hemoragi, syok atau emboli. tekanan darah umumnya dalam batasan normal selama kehamilan. Wanita pascapartum dapat mengalami hipotensi ortostatik karena diuresis dan diaphoresis, yang menyebabkan pergeseran volume cairan kardiovasukuler, hipotensi menetap atau berat dapat merupakan tanda syok atau emboli. Peningkatan tekanan darah menunjukkan hipertensi akibat kehamilan, yang dapat muncul pertama kali pada masa pascapartum. Kejang eklamsia dilaporkan terjadi sampai lebih dari 10 hari pascapartum. (bobak, 2012)

d). Kepala dan wajah:

- (1).Rambut : Inspeksi kebersihan dan kerontokan rambut (normal, rambut bersih, tidak terdapat lesi pada kulit kepala dan rambut tidak rontok),
- (2).Wajah : Inspeksi adanya cloasma gravidarum, Palpasi tidak odema wajah.
- (3).Mata : Inspeksi keadaan sclera (normalnya sclera berwarna putih), Palpasi Palpebra, odema pada mata dan wajah; konjungtiva (normalnya konjungtiva berwarna merah muda, kalau pucat berarti anemis),
- (4).Hidung : Inspeksi bersih, ada tidak adanya secret, tidak ada pernafasan cuping hidung
- (5).Telinga : Inspeksi ada tidaknya sekret, kesimetrisan, fungsi pendengaran.
- (6).Mulut : Inspeksi kebersihan gigi dan mulut (normalnya gigi dan mulut bersih, tidak berbau, bibir merah) caries. Palpasi Palpebra, odem pada mata dan wajah;
- (7).Leher : Palvasi pembesaran getah bening (normalnya tidak ada pembengkakan), JVP, kelenjar tiroid.

e). Dada:

- (1).Jantung : Auskultasi bunyi jantung, bunyi jantung normal s1 s2 (LUP-DUP) dengan irama reguler,

(2). Paru-paru: Auskultasi bunyi nafas vesikuler, ada tidaknya ronchi, batuk

(3). Payudara: Pengkajian payudara pada ibu post partum meliputi inspeksi ukuran, bentuk, warna, dan kesimetrisan dan palpasi konsistensinya apakah ada nyeri tekan guna menentukan status laktasi. Normalnya puting susu menonjol, areola berwarna kecoklatan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada bekas luka, payudara simetris dan tidak ada benjolan atau masa pada saat di palpasi.

f). Abdomen:

Inspeksi adanya striae atau tidak, adanya luka/insisi, adanya linea atau tidak. Involusi uteri: kemajuan involusi yaitu proses uterus kembali ke ukuran dan kondisinya sebelum kehamilan, di ukur dengan mengkaji tinggi dan konsistensi fundus uterus, masase dan peremasan fundus dan karakter serta jumlah lochea 4 sampai 8 jam. TFU pada hari pertama setinggi pusat, pada hari kedua 1 jari dibawah pusat, pada hari ketiga 2 jari dibawah pusat, pada hari keempat 2 jari diatas simpisis, pada hari ketujuh 1 jari diatas simpisis, pada hari kesepuluh setinggi simpisi. Konsistensi fundus harus keras dengan bentuk bundar mulus. Fundus yang lembek atau kendur menunjukan atonia atau subinvolusi. Kandung

kemih harus kosong agar pengukuran fundus akurat, kandung kemih yang penuh menggeser uterus dan meningkatkan tinggi fundus.

g). Vulva dan vagina

Tabel 2.2
Tanda-tanda REEDA Normal dan Tidak Normal

Tanda REDA	Normal	Tidak normal
<i>Rednees</i>	Tidak ada kemerahan	Tampak kemerahan
<i>Edema</i>	Tidak ada pembengkakan	Tampak pembengkakan
<i>Echymosis</i>	Tidak ada kebiruan	Tampak kebiruan
<i>Discgargment</i>	Tidak ada cairan sekresi/pus yang keluar	Terdapat cairan sekresi /pus yang keluar
<i>Aproksimity</i>	Jahitan luka tampak kuat merekat	Jahitan luka tampak meregang

Sumber : Molazem, dkk., 2014

Melihat apakah vulva bersih atau tidak, adanya tanda-tanda infeksi Lochea : karakter dan jumlah lochea secara tidak langsung menggambarkan kemajuan penyembuhan normal, jumlah lochea perlahan-lahan berkurang dengan perubahan warna yang khas yang menunjukkan penurunan komponen darah dalam aliran lochea. Jumlah lochea sangat sedikit noda darah berkurang 2,5-5 cm² = 10 ml, sedikit noda darah berukuran ≤ 10cm² = 10,25 ml, sedang noda darah berukuran <15 cm² = 25ml, banyak pembalut penuh = 50-80 ml. karakteristik lochea rubra (merah terang, mengandung darah, bau amis yang khas, hari ke 1 sampai ke 3 post partum), serosa (merah muda sampai coklat merah muda, tidak ada bekuan, tidak berbau, hari ke

empat sampai hari ke tujuh), alba (krem sampai kekuningan, mungkin kecoklatan, tidak berbau, minggu ke 1 sampai ke 3 post partum).

Perineum: pengkajian daerah perineum dan perineal dengan sering untuk mengidentifikasi karakteristik normal atau deviasi dari normal seperti hematoma, memar, edema, kemerahan, dan nyeri tekan. Jika ada jahitan luka, kaji keutuhan, hematoma, perdarahan dan tanda-tanda infeksi (kemerahan, bengkak dan nyeri tekan). Daerah anus dikaji apakah ada hemoroid dan fisura. Wanita dengan persalinan spontan per vagina tanpa laserasi sering mengalami nyeri perineum yang lebih ringan. Hemoroid tampak seperti tonjolan buah anggur pada anus dan merupakan sumber yang paling sering menimbulkan nyeri perineal Hemoroid disebabkan oleh tekanan otot-otot dasar panggul oleh bagian terendah janin selama kehamilan akhir dan persalinan akibat mengejan selama faseekspuls

h). Ekstremitas

- (1). Atas : Kesimetrisan tangan kiri dan kanan, jumlah jari, ada tidaknya cubbing finger/kelainan bentuk jari, ada tidaknya sianosis, keadaan dan kebersihan kuku, ada tidaknya edema nyeri tekan dan kekuatan otot, dan dapat bergerak bebas.

(2).Bawah: dapat bergerak bebas, kadang ditemukan edema, varises pada tungkai kaki, ada atau tidaknya tromboflebitis dengan pemeriksaan homan sign karena penurunan aktivitas dan reflek patela baik.

5). Pola Aktivitas Sehari-hari

- a). Pola Nutrisi, Mengkaji kebiasaan makan klien sebelum dan sesudah dirawat, mencakup frekuensi makan, jenis makan, nafsu makan, frekuensi minum jenis, biasanya ibu postpartum hari ke-1 mengalami penambahan porsi makan karena lelahnya proses melahirkan
- b). Pola Eliminasi, Pada ibu dengan postpartum episiotomi hari ke-1 kemungkinan mengalami gangguan eliminasi BAB, berupa konstipasi yang disebabkan oleh penurunan peristaltik usus. Selain itu juga akan mengalami gangguan eliminasi BAK berupa retensi urin yang terdapat akibat detensi kandung kemih. Adapun yang dikaji berupa BAB dan BAK meliputi : Frekuensi, warna, bau, konsistensi, dan keluhan.
- c). Pola Istirahat Tidur, Meliputi kebiasaan tidur lamanya waktu tidur, serta adanya gangguan atau tidak. Biasanya ibu dengan postpartum mengalami gangguan pola tidur dikarenakan rasa kurang nyaman dengan luka episiotomi dan perubahan tanggung jawab baru menyusui bayinya.

- d). Personal Hygiene, Mencakup kebersihan kulit, rambut, mulut, gigi, pakaian, dan vulva hygiene. Biasanya ibu dengan postpartum episiotomi hari ke-1 mengalami defisit perawatan diri terutama vulva hygiene dikarenakan ibu postpartum mengalami laserasi luka dan intoleransi aktivitas sehingga sulit bagi ibu untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene.
 - e). Pola Aktivitas, Mencakup kegiatan klien sebelum dan sesudah dirawat, biasanya ibu postpartum dengan episiotomi hari ke-1 mengalami intoleransi aktivitas yang diakibatkan oleh kelelahan setelah persalinan. (bobak, 2012)
- 6). Aspek Psikososial dan Spiritual
- a). Pola Pikir, Mencakup tentang kemandirian, kemampuan ibu dalam memberikan ASI, menggali kemampuan ibu dalam perawatan bayi secara mandiri dan mengetahui persepsi klien tentang kehamilan dan persalinannya.
 - b). Persepsi Diri, Mengetahui hal-hal yang dipikirkan dan harapan setelah menjalani perawatan serta mengetahui perubahan yang dirasakan klien setelah persalinan.

7). Konsep Diri

- a). Gambaran Diri, Apakah klien merasakan perubahan dirinya dari tubuhnya selama periode postpartum, apakah perubahan yang disadari tersebut mempengaruhi perilaku dan adaptasi terhadap pengaruh bayinya.
- b). Ideal Diri, Apakah yang diharapkan klien setelah kelahiran bayinya, adakah upaya klien meningkatkan kemandirian dalam perawatan diri dan bayi.
- c). Peran, Bagaimana sikap ibu dengan kelahiran anaknya kaji kesiapan ibu untuk menjadi seorang ibu baru atau perubahan peran dengan penambahan anggota keluarga baru.
- d). Identitas Diri, Apakah kepuasan klien menjadi seorang wanita yang telah melahirkan
- e). Harga Diri, Adakah rasa bangga pada klien, bagaimana kepuasan klien terhadap kelahiran bayinya. Harga diri klien akan meningkat karena sudah mempunyai keturunan dan menjadi seorang ibu.

8). Hubungan Komunikasi

Bagaimana cara klien berkomunikasi apakah jelas dan relevan mampu mengekspresikan atau mengerti oranglain dan bahasa yang digunakan sehari-hari.

9). Kebiasaan seksual

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

10). Sistem Nilai Kepercayaan

Siapa dan apa sumber kekuatan klien, kegiatan agama atau kepercayaan yang sering dilakukan, serta kegiatan agama atau kepercayaan yang sering dilakukan

11). Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang adalah pemeriksaan yang dilakukan untuk mendukung penegakan diagnosa, yaitu pemeriksaan laboratorium, rontgen, ultrasonografi, dan lain-lain

2. Analisa data

Tabel 2.3

Analisa data sesuai teori

No (1)	Symptom / sign (2)	Etiologi (3)	Problem (4)
1.	Ds : Keluhan utama pada ibu post partum dengan luka episiotomy adalah nyeri dibekas luka jahitan . (Bobak, 2012). Do : Ada bekas luka episiotomy / insisi dibagian jalan lahir (Bobak, 2012).	Terputusnya kontinuitas jaringan saat post partum spontan dengan menggunakan tehnik episiotomi akan merangsang reseptor nyeri kemudian mengeluarkan neurotransmitter bradikinin, serotonin, dan histamin yang disampaikan system syaraf pusat dan timbul persepsi nyeri.	Nyeri Akut
2.	Ds : klien ingin berkemih tapi takut Do : Kandung kemih di palpasi terasa penuh, Tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.	Munculnya nyeri sesaat setelah melahirkan menyebabkan luka jahitan, menyebabkan efek psikologis klien menjadi takut untuk berkemih sehingga menyebabkan membesarnya luka dan lepasnya jahitan	Gangguan eliminasi urine
3.	Ds : mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup. Do : • Frekuensi tidur berkurang atau terganggu • Tanggung jawab memberikan asuhan kepada bayi	Nyeri merangsang susunan syaraf otonom dan mengaktifkan neropinin sehingga merangsang saraf simpatis untuk mengaktifasi RAS dan mengaktifkan kerja organ menyebabkan REM menurun sehingga akan selalu terjaga.	Gangguan pola tidur
4.	Ds : kelelahan maternal, kecemasan maternal Do : bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu, ASI tidak memancar/menetes, BAK bayi kurang dari 8 kalidalam 24 jam, nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua	Post partum menyebabkan hormon prolaktin aktif namun kelenjar alveoli mammae belum mengeluarkan ASI (kolostrum) menyebabkan adanya pembendungan pada Duktus Laktoferus sehingga menyusui tidak efektif.	Ketidak efektifan pemberian ASI

(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Ds : Klien mengatakan adanya luka epis. Do : terdapat luka jahitan episiotomi	Adanya luka jahitan di daerah perineum (jalan lahir) merupakan media yang baik untuk berkembangbiaknya bagi mikroorganisma atau bibit penyakit sehingga menimbulkan infeksi.	Resiko infeksi
6.	Ds : klien takut untuk melakukan BAB karena jahitannya takut lepas kembali Do : frekuensi BAB berkurang, klien tampak menahan rasa untuk BAB	Saat melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, penurunan tonus otot dan mortilitas otot traktus cerna, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi) dan kurang makan menyebabkan susah BAB.	Resiko konstipasi

Sumber : Wilkinson, 2011

3. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan klien (Herdman, 2012).

Berikut adalah kemungkinan diagnosa yang akan muncul pada kasus post partum dengan episiotomy sesuai dengan patway :

- a. Nyeri (akut) berhubungan dengan trauma jahitan luka episiotomi.
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan adanya reseptor nyeri
- c. Gangguan eliminasi urinarius berhubungan dengan trauma mekanis/respon psikologis.

- d. Ketidak efektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurangnya informasi
- e. Risiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan atau kerusakan kulit.
- f. Risiko konstipasi berhubungan dengan kurangnya aktivitas fisik nyeri saat defekasi

4. Perencanaan

Menurut *North American Nursing Diagnosis Assocation* (NANDA), diagnosaa keperawatan pada ibu postpartum normal sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan kontraksi uterus, episiotomy, laserasi, hemoroid, pembengkakan payudara, insisi bedah.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam nyeri berkurang / hilang

Kriteria Hasil :

- 1). Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).
- 2). Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
- 3). Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
- 4). Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang

5). Tanda vital dalam rentang normal

Tabel 2.4
Perencanaan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut

Intervensi	Rasional
(1)	(2)
1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Inspeksi perbaikan perineum dan episiotomi 3. Anjurkan klien untuk duduk dengan mengkontraksikan otot gluteal 4. Berikan informasi tentang berbagai startegi untuk menurunkan nyeri, misalnya teknik relaksasi dan distraksi. 5. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgetik	1. mengidentifikasi kebutuhan kebutuhan khusus dan intervensi yang tepat 2. dapat menunjukkan trauma berlebihan pada jaringan perineal dan atau terjadinya komplikasi yang memerlukan evaluasi atau intervensi lebih lanjut. 3. penggunaan pengencangan gluteal saat duduk menurunkan stres dan tekanan langsung pada perineum. 4. membantu menurunkan/ memberikan rasa nyaman. 5. memberikan kenyamanan sehingga klien dapat memfokuskan pada perawatan sendiri dan bayinya.

Sumber : Doengoes, 2014

b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan adanya reseptor nyeri ,respons hormonal psikososial, proses persalinan dan proses melahirkan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pola tidur klien kembali seperti semula

Kriteria hasil :

- 1). jumlah jam tidur dalam batas normal 6- 8 jam / hari
- 2). pola tidur , kualitas dalam batas normal
- 3). perasaan segar sesudah tidur atau istirahat

- 4). mampu mengidentifikasi hal hal yang meningkatkan tidur

Tabel 2.5
Perencanaan Diagnosa Keperawatan Gangguan pola tidur

Intervensi	Rasional
(1)	(2)
1. kaji skala nyeri 2. Observasi tanda-tanda non verbal dari ketidak nyamanan. 3. Monitor TTV 4. Kontrol faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien. 5. Ajarkan teknik relaksasi distraksi dan nafas dalam 6. Kolaborasi medis dalam pemberian analgetik	1. membantu dalam evaluasi perkembangan kualitas nyeri 2. ketidak sesuaian antara petunjuk verbal dan non verbal dengan derajat nyeri 3. membantu dalam memonitor efek nyeri. 4. lingkungan yang nyaman dapat memberikan perubahan efek persepsi terhadap nyeri 5. meningkatkan relaksasi dan pengalihan perhatian dapat mengurangi ketidak nyamanan klien 6. dapat menghilangkan nyeri atau ketidak nyamanan

Sumber : Doengoes, 2014

- c. Gangguan eliminasi urinarius berhubungan dengan trauma mekanis.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan tidak ada gangguan eliminasi urine dan kebutuhan istirahat tidur terpenuhi

Kriteria hasil:

- 1). Kandung kemih secara penuh
- 2). Bebas dari isk
- 3). Tidak ada spasme bladder
- 4). Balance cairan seimbang

Tabel 2.6
Perencanaan Diagnosa Keperawatan Gangguan eliminasi urinarius

Intervensi	Rasional
(1)	(2)
1. Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia 2. Memantau pengguna obat dengan sifat antikolinergik 3. Menggunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiram toilet 4. Merangsang refleks kandung kemih 5. Sediakan waktu yang cukup untuk mengosongkan kandung kemih	1. Untuk mencegah terjadinya inkontinensia urine harus terus dipantau 2. Penggunaan obat dengan sifat antikolinergik dapat mencegah keinginan untuk berkemih 3. Untuk membantu psikologi pasien untuk berkeinginan berkemih 4. Untuk mempercepat proses berkemih 5. Untuk memberikan waktu kandung kemih berelaksasi saat berkemih

Sumber : Doengoes, 2014

d. Ketidak efektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurangnya informasi

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan klien bisa memberikan ASI yang efektif

Kriteria hasil :

- 1). Kemantapan pemberian ASI : Bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI
- 2). Kemantapan pemberian ASI : Ibu : kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI

- 3). Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi / toodler
- 4). Penyapihan pemberian ASI
- 5). Diskontinuitas progresif pemberian ASI

Tabel 2.7
Perencanaan Diagnosa Keperawatan Ketidak efektifan 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 klien 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 pada payudara. 5. Dengan pelindung puting dapat menyebabkan tekanan sehingga mengganggu proses laktasi.

Sumber : Doengoes, 2014

- e. Resiko infeksi b/d trauma jaringan atau kerusakan kulit dan kurang pengetahuan tentang cara perawatan vulva

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pasien tidak mengalami infeksi

Kriteria Hasil :

- 1). Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi

- 2). Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi
- 3). Jumlah leukosit dalam batas normal
- 4). Menunjukkan perilaku hidup sehat

Tabel 2.8
Perencanaan Diagnosa Keperawatan Resiko infeksi

Intervensi	Rasional
(1)	(2)
1. Kaji adanya perubahan suhu 2. Observasi kondisi episiotomi seperti adanya kemerahan, nyeri tekan yang berlebihan dan eksudat yang berlebihan 3. Anjurkan pada pasien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh genital. 4. Catat jumlah dan bau lochea atau perubahan yang abnormal. 5. Anjurkan pada pasien untuk mencuci perineum dengan menggunakan sabun dari depan kebelakang dan untuk mengganti pembalut sedikitnya setiap 4 jam atau jika pembalut basah. 6. Ajarkan pada klien tentang cara perawatan luka perineum. 7. Kolaborasi untuk pemberian anti biotik	1. Peningkatan suhu sampai 38,3° C pada 2-10 hari setelah melahirkan sangat menandakan infeksi 2. Dapat menunjukkan trauma berlebihan pada jaringan parenial dan atau terjadinya komplikasi yang memerlukan evaluasi intervensi lebih lanjut 3. membantu mencegah penyebaran infeksi. 4. Lochea normal mempunyai bau amis, lochea yang purulen dan bau busuk menunjukkan adanya infeksi. 5. Membantu mencegah kontaminasi rektal memasuki vagina atau uretra 6. Meningkatkan pengetahuan klien tentang perawatan vulva/ perineum 7. Mencegah infeksi dan penyebaran ke jaringan sekitar

Sumber : Doengoes, 2014

- f. Resiko konstipasi berhubungan dengan kurangnya aktivitas fisik
nyeri saat defekasi

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam

Tidak terjadi konstipasi

Kriteria hasil :

Mampu kembali kebiasaan defekasi seperti biasanya dengan ketidaknyamanan minimal

Tabel 2.9
Perencanaan Diagnosa Keperawatan Resiko konstipasi

Intervensi	Rasional
(1)	(2)
1. Auskultasi adanya bising usus. 2. Kaji terhadap adanya hemoroid dan berikan informasi tentang memasukkan heromoid kembali ke dalam rektal dengan jari yang dilumasi 3. Anjurkan klien minum secara adekuat $\pm$ 1500-2000ml/ hari. 4. Anjurkan klien untuk mengkonsumsi bahan makanan yang berserat tinggi seperti : sayuran dan buah-buahan. 5. Anjurkan klien untuk rendam duduk dengan air hangat sebelum relaksasi. 6. Anjurkan pasien untuk ambulasi sesuai toleransi 7. Berikan pelunak feses atau laksatif jika diindikasikan.	1. mengevaluasi fungsi usus 2. Menurunkan ukuran hemoroid, menghilangkan gatal dan ketidaknyamanan dan meningkatkan vaso konstiksi lokal. 3. Peningkatan cairan akan merangsang eliminasi. 4. Melancarkan pencernaan 5. Meningkatkan kenyamanan dan mengurangi rasa nyeri 6. Membantu maningkatkan peristaltik gastro intestinal. 7. Untuk meningkatkan kembali kebiasaan defekasi normal dan mencegah menjelang atau strees perineal selama defekasi

Sumber : Doengoes, 2014

5. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012).

Proses atau tahapan implementasi keperawatan menurut Susilaningrum dkk (2013) :

- a. Mengkaji ulang pasien, fase ini merupakan komponen yang memberikan mekanisme bagi perawat yang menentukan apakah tindakan keperawatan yang diusulkan masih sesuai.
- b. Mengklarifikasi rencana yang sudah ada.
- c. Mengidentifikasi bidang bantuan berupa tenaga, pengetahuan serta keterampilan.
- d. Mengimplementasikan intervensi keperawatan.

6. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung, 2011).

Adapun ukuran pencapaian tujuan pada tahap evaluasi menurut Susilaningrum dkk (2013) meliputi :

a. Masalah teratasi

jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

b. Masalah teratasi sebagian

jika pasien menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan dan atau bahkan timbul masalah baru.

Tipe pernyataan evaluasi menurut Setiadi (2012) sebagai berikut: tahapan evaluasi dapat dilakukan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan, sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir.

a. Pernyataan evaluasi formatif.

Hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien segera pada saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan dan ditulis pada catatan perawatan.

b. Pernyataan evaluasi sumatif.

Rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan dan ditulis pada catatan perkembangan

7. Dokumentasi

Mencatat semua tindakan yang dilakukan tentang respon pasien, tanggal dan waktu serta nama dan paraf perawat jelas (Susilaningrum dkk, 2013)

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. LAPORAN KASUS

1. Pengkajian

a. Identitas

1). Identitas klien

Nama	: Ny. E
Umur	: 33 thn
Jenis kelamin	: Perempuan
Alamat	: Kp Cigadog 003/009 Desa Depok Kecamatan Pakenjeng Kabupaten Garut
Agama	: Islam
Pendidikan	: Smp
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Suku	: Sunda
Status	: Menikah
Tanggal Masuk	: 11 Maret 2021
Tanggal Persalinan	: 11 Maret 2021
Tanggal Pengkajian	: 11 Maret 2021
Diagnosa medis	: P1 A0 Post partum spontan dengan episiotomi

2). Identitas penanggung jawab

Nama : Tn. W
 Umur : 45 Thn
 Jenis Kelamin : Laki Laki
 Alamat : Kp Cigadog 003/009 Desa Depok Kec
 Pakenjeng Kab Garut
 Agama : Islam
 Pekerjaan : Wiraswasta
 Status Pernikahan : Menikah
 Hubungan Dgn Klien : Suami

b. Riwayat kesehatan

1). Keluhan utama

Klien mengatakan nyeri pada luka jahitan dibagian jalan lahir

2). Riwayat kesehatan sekarang

Menurut penuturan klien, klien datang dengan keluhan mules-mules yang semakin sering dan bertambah kuat sejak 5 jam sebelum masuk Puskesmas, keluar cairan bening dari jalan lahir, gerakan bayi masih dirasakan. Lalu klien datang ke puskesmas pada tanggal 11 maret 2021 dengan di antar keluarganya untuk memeriksakan kandungannya dan pada saat itu klien sudah bukaan 7-8 kemudian pada pukul 18.00 WIB dilakukan membantu persalinan spontan dengan episiotomi oleh bidan. Klien melahirkan secara normal pada tanggal 11 Maret 2021 pukul 18.00 WIB

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 11 Maret 2021 Klien mengeluh nyeri pada luka jahitan di jalan lahir, nyeri dirasakan saat ada pergerakan miring kanan kiri, nyeri nya sampai mengganggu tidur klien, klien mengatakan nyeri nya seperti disayat sayat benda tajam, rasa sakitnya hanya dirasakan sekitar jalan lahir, dalam skala 1 s/d 10, klien mengatakan rentang nyeri nya ada di 7 , nyeri dirasakan kadang kadang

3). Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah dirawat di rumah sakit, ini merupakan kehamilan anak ke 2, klien tidak mempunyai riwayat penyakit jantung, diabetes dan lain lain.

4). Riwayat kesehatan keluarga

Menurut penuturan klien di dalam keluarganya tidak ada yang menderita penyakit keturunan seperti DM dan hipertensi maupun penyakit menular seperti hepatitis, tb paru, dll

c. Riwayat obstetric ginekologi

1). Riwayat menstruasi

Klien mengatakan pertama kali menstruasi pada usia 15 tahun siklus haid nya 28 hari, selama haid biasanya menghabiskan 4 pembalut dalam satu hari pemakaian. Klien mengatakan keluhan pertama kali haid nyeri (mules) selama dua hari. Lamanya haid 8 hari warna haid 1-6 hari merah pekat dan merah kecoklatan diakhir haid. Hpht klien tanggal 13 juli 2020 dan hari perkiraan lahir klien 20 Maret 2021.

2). Riwayat perkawinan

Usia saat menikah : 18 tahun

Usia suami saat menikah : 30 tahun

Lama : 11 tahun

Dengan suami : pertama

3). Riwayat *obstetric* / kehamilan

P1 A0, 39 minggu

Tabel 3.1
Riwayat Kehamilan dan Persalinan

No	Usia	Jenis kelamin	Cara	Penolong	Ditempat	Lahir	Bb+tb	Jenis persalinan
1	1 hari	Laki laki	Normal	Bidan	Poned sindangratu	Hidup	3200 gram / 40 cm	spontan

4). Riwayat kehamilan

- a). Trimester I : pada saat trimester I klien mengeluh mual muntah namun tidak berlebih.
- b). Trimester II : pada saat trimester II klien mengeluh sedikit mual dan pusing.
- c). Trimester III : pada saat trimester III klien mengatakan tidak ada keluhan yang berat.

5). Riwayat persalinan sekarang

Pada tanggal 11 Maret 2021 klien melahirkan anak keduanya dengan persalinan normal bayi lahir pada pukul 18.00 WIB dengan berat 3.200 gram, lama persalinan 8 jam, Jenis kelamin laki-laki.

6). Riwayat alat kontrasepsi/KB

Klien mengatakan belum ada riwayat menggunakan alat kontrasepsi. Setelah melahirkan klien berencana memakai alat kontrasepsi dengan menggunakan IUD.

d. Aktivitas sehari hari

Tabel 3.2
Pola aktivitas sehari hari

No (1)	Pola aktivitas (2)	Sebelum melahirkan (3)	Setelah melahirkan (4)
1.	Pola nutrisi		
	a. Makan		
	– Frekuensi	3x/sehari	3x/sehari
	– Jenis	Nasi, lauk pauk dan sayur	Nasi + lauk pauk dan sayur
	– Porsi	1 porsi	1 porsi
	– Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	b. Minum		
	– Frekuensi	± 8 gelas perhari	± 8 gelas perhari
	– Jenis	Air mineral	Air mineral
	– Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
2.	Pola eliminasi		
	a. BAB		
	– Frekuensi	±1x/hari	±1x/hari
	– Warna	Kuning	Kuning
	– Konsistensi	Lembek	Lembek
	– Keluhan/ masalah	Tidak ada	Tidak ada
	b. BAK		
	– Frekuensi	±2-3x /hari	± 2x/hari
	– Warna	Kuning jernih	Kuning jernih

(1)	(2)	(3)	(4)
	– Bau	Khas urine	Khas urine
	– Keluhan/masalah	Tidak ada	Tidak ada
3.	Pola istirahat tidur		
	a. Lama tidur siang	<u>+1</u> jam	<u>+1</u> jam
	b. Lama tidur malam	<u>+ 8</u> jam	<u>+ 5- 6</u> jam
	c. Keluhan/masalah	Tidak ada	Kurang nyenyak karena nyeri
4.	Personal hygiene		
	a. Mandi	<u>+1x</u> /hari	<u>+1x</u> /hari / diwaslap
	b. Ganti baju	<u>+1x</u> /hari	<u>+1x</u> /hari
	c. cara	Mandiri	Dibantu
	d. Gunting kuku	Setiap kuku panjang	Kuku pendek
	e. Keluhan/masalah	Tidak ada	Tidak ada

e. Pemeriksaan fisik

1). Keadaan umum

Keadaan umum : composmentis

Penampilan : klien tampak lemas

GCS : E4, M6, V5 =15

2). Tanda tanda vital

Tekanan darah : 110/70 MmHg

Nadi : 87 x/menit

Pernapasan : 20 x/menit

Suhu : 37.0

3). Kepala & wajah

Warna rambut hitam, panjang rambut sebahu, rambut nampak kusut karena belum disisir, penyebaran rambut merata, warna kulit wajah sawo matang, terdapat sedikit cloasma gravidarum pada wajah, tidak terdapat lesi maupun benjolan, tidak ada nyeri tekan saat dipalpasi

4). Mata

Posisi kedua mata simetris, konjungtiva berwarna merah muda, sklera putih, mata bersih tidak terdapat kotoran, fungsi penglihatan baik terbukti klien dapat membaca dengan jelas papan nama perawat, tidak ada nyeri tekan, mata klien terlihat lesu dan nampak mengantuk

5). Telinga

Letak telinga simetris antara kanan dan kiri, tidak ada lesi, fungsi pendengaran baik terbukti klien dapat menjawab pertanyaan dari perawat dengan benar

6). Hidung

Lubang hidung simetris antara kanan dan kiri, hidung bersih tidak terdapat sekret, fungsi penciuman baik terbukti klien dapat mencium aroma minyak kayu putih

7). Mulut

Mulut simetris, mukosa bibir lembab dan berwarna merah muda, gigi tampak bersih dan jumlahnya lengkap, tidak terdapat karies reflek, menelan baik.

8). Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening/KGB dan kelenjar tiroid, tidak ada pembekakan JVP, pergerakan leher baik dapat menengok ke kiri dan ke kanan

9). Dada

- a). Jantung : bunyi jantung S1/S2 (lup/dup, tidak ada bunyi tambahan/mur-mur).
- b). Paru-paru : suara nafas vesikuler, , tidak ada wheezing , tidak ada ronchi
- c). Payudara : Payudara simetris kanan dan kiri, payudara tampak bersih, terdapat hipervigmentasi areola, payudara tampak bengkak, tidak ada lesi, mammae tegang terdapat nyeri tekan, puting susu menonjol, ASI sudah keluar

10). Abdomen

Bentuk abdomen terlihat cembung, tidak ada lesi sekitar abdomen, tidak terlihat bekas operasi, terdapat *striae* dan *linea nigra*, tidak ada hepatomegali, uterus teraba keras dengan TFU setinggi pusat, tidak ada distensi kandung kemih, bising usus 12x/m

11). Genetalia

Adanya lochea rubra berwarna merah kental, tidak ada kelainan, tidak terpasang kateter, terdapat luka jahitan perineum ke arah medialis sebanyak 11 jahitan, luka tampak basah.

Tanda tanda REEDA, *Redness* : tampak kemerahan, *Edema* : tidak ada pembengkakan, *echymosis* : tidak ada kebiruan, *Discharge* : tidak ada cairan sekresi pus yang keluar, *Aproximity*: jahitan luka tampak merekat.

12). Ekstremitas

Ekstremitas atas : letak tangan simetris antara kanan dan kiri, warna kulit sawo matang, turgor kulit baik, jumlah setiap jari tangan lengkap, keadaan kuku bersih dan pendek, kulit tangan teraba sedikit lengket, crt<2 detik, tidak terdapat oedema, tidak ada nyeri tekan, dapat digerakkan kesegala arah, kekuatan otot lengan 5/5.

Ekstremitas bawah : kaki simetris antara kanan dan kiri, warna kulit sawo matang, turgor baik, jumlah jari kaki lengkap, tidak ada terdapat varises, keadaan kuku bersih dan pendek, tidak ada oedema, kulit teraba sedikit lengket, tidak ada nyeri tekan, pergerakan kaki baik, refleks patella (+), homan sign (-), kekuatan otot kaki 5/5

Kekuatan otot :

5	5
5	5

13). Data psikososial spiritual

a). Aspek psikologis :

Klien berada pada fase taking in dimana klien masih berfokus pada dirinya sendiri dan masih bergantung pada keluarganya, respon klien dan keluarga terhadap bayinya baik. saat dikaji klien pada fase taking in, klien tampak pasif dan tergantung. Perhatiannya tertuju kepada kekhawatiran akan tubuhnya. Klien masih fokus terhadap diri sendiri

b). Aspek Sosial

Hubungan klien dengan keluarganya baik, terbukti banyak keluarga yang bergantian menjaga klien. Pola komunikasi klien baik, terbukti klien dapat berkomunikasi dengan baik dan benar

c). Aspek Spiritual

Klien adalah seorang muslim dan selalu beribadah sesuai dengan kepercayaannya, klien selalu berdoa untuk kesembuhannya.

d). Konsep diri

(1). Identitas Diri : Klien merasa sebagai seorang perempuan yang sempurna karena bisa hamil dan melahirkan seorang anak.

(2). Peran Diri: Klien berperan sebagai seorang istri dari Tn. W dan sebagai ibu dari anaknya. Tetapi untuk sementara ini klien berperan sebagai pasien di puskesmas yang mendapatkan perawatan

(3). Ideal Diri: Klien ingin cepat sembuh dan ingin segera pulang berkumpul bersama keluarganya.

(4). Harga Diri: Klien merasa sangat dihargai oleh suaminya dan keluarganya, terbukti dengan banyak keluarga menunggu serta menjaga klien bergantian di puskesmas.

(5). Gambaran Diri: Klien merasa terdapat perubahan pada dirinya seperti peran baru klien memiliki anak pertama dan perubahan pada tubuhnya seperti peningkatan BB, perubahan

bentuk tubuh dan lain-lain selama periode post partum. Namun perubahan tersebut tidak berpengaruh pada perilaku dan adaptasinya terhadap pengasuhan bayinya.

e). Kecemasan

Klien merasa tidak cemas dengan keadaanya sekarang.

f). Pola Koping

Apabila klien mempunyai masalah, klien selalu memecahkan dengan cara bermusyawarah bersama suaminya.

g). Kebiasaan Seksual

Sebelum masa nifas klien tidak memiliki gangguan dalam berhubungan suami istri, setelah masa nifas klien dan suami sepakat tidak melakukan hubungan suami istri setelah masa nifas selesai dan klien beserta suami sepakat akan menggunakan alat kontrasepsi IUD

f. Data penunjang

Hasil laboratorium tgl : 11 Maret 2020

Nama : Ny. E

Tabel 3.3
Hasil laboratorium

No	Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
1.	Hemoglobin	13.5	P : 14-18 W : 12-16	Gr/dl Gr/dl
2.	Leukosit	4.200	4.000 – 10.000	Mm ³
3.	Trombosit	150.000	150.000 – 450.000	Mm ³
4.	Gula darah sewaktu	110	100 – 140	Mg/dl
5.	Imunoserologi • HIV • HBSAG	Negatif Negatif	Negatif Negatif	
6.	Urine rutine Kimia urine • Berat jenis • Blood urine • Protein urine	1,025 Negative Negative	1,002 – 1,030 Negative Negative	

g. Therapy obat

Nama : Ny. E

Tabel 3.4
Terapi medis

No	Nama obat	Dosis	Cara pemberian	Waktu		
				P	S	M
1.	Cairan Asering	20 Tpm	Iv (infus)	√	√	√
2.	Cefadroxil	2x750 mg	Oral	√		√
3.	Mefenamic acid	2x500 mg	Oral	√		√
4.	Furrosulfat	1x250 mg	Oral	√		

2. Analisa data

Tabel 3.5
Analisa data

No (1)	Symptom (2)	Etiologi (3)	Problem (4)
1.	Ds : klien mengatakan nyeri pada luka jahitan di jalan lahir Do : • Terdapat luka jahitan pada perineum • Skala nyeri 7 (0-10) • Klien tampak menahan nyeri - Klien tampak Meringis • klien nampak berhati hati untuk berjalan / bergerak • TTV Td : 110/70 MmHg N : 87 x/mnt Rr: 20x/mnt S : 37.0	Terputusnya kontinuitas jaringan saat post partum spontan dengan menggunakan tehnik episiotomi akan merangsang reseptor nyeri kemudian mengeluarkan neurotransmitter bradikinin, serotin, dan histamin yang disampaikan system syaraf pusat dan timbul persepsi nyeri.	Nyeri akut
2.	Ds : Klien mengatakan sulit tidur, dan tidak nyenyak ketika tidur Do : • Mata klien terlihat lesu • Klien nampak mengantuk • Frekuensi tidur $\pm$5-6 jam tidur malam • Kurang nyenyak tidur	Nyeri merangsang susunan syaraf otonom dan mengaktifkan neropinin sehingga merangsang saraf simpatis untuk mengaktifasi RAS dan mengaktifkan kerja organ menyebabkan REM menurun sehingga akan selalu terjaga.	Gangguan pola tidur

(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Ds : Klien mengatakan ada luka jahitan di jalan lahir terasa nyeri Do : • Terdapat 11 jahitan luka • Luka tampak basah • Rednes tampak kemerahan	Adanya luka jahitan di daerah perineum (jalan lahir) merupakan media yang baik untuk berkembangbiaknya bagi mikroorganisma atau bibit penyakit sehingga menimbulkan infeksi.	Resiko tinggi infeksi

3. Diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas

- a. Nyeri akut b.d luka bekas *episiotomy* setelah melahirkan ditandai dengan

Ds : klien mengatakan nyeri pada luka jahitan di jalan lahir, skala nyeri 7

Do :

- 1). Terdapat luka jahitan pada perineum
- 2). Skala nyeri 7 (0-10)
- 3). Klien tampak menahan sakit
- 4). Klien tampak meringis
- 5). klien nampak berhati hati untuk berjalan / bergerak
- 6). TTV Td : 110/70 MmHg, N : 87 x/mnt, Rr: 20x/mnt, S : 37.0

b. Gangguan pola tidur b.d reseptor nyeri ditandai dengan

Ds : Klien mengatakan sulit tidur, tidak nyenyak ketika tidur

Do :

- 1). Mata klien terlihat lesu
- 2). klien nampak mengantuk
- 3). Frekuensi tidur $\pm$ 5-6 jam tidur malam
- 4). Kurang nyenyak

c. Resiko tinggi infeksi b.d trauma jaringan ditandai dengan

Ds : Klien mengatakan ada luka jahitan di jalan lahir terasa nyeri dan luka masih basah

Do :

- 1). Terlihat 11 jahitan luka
- 2). luka tampak basah
- 3). Redness tampak kemerahan

4. Proses keperawatan

Nama : Ny. E

Umur : 33 tahun

Tabel 3.6

Proses keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1.	Nyeri akut b.d luka bekas episiotomy setelah melahirkan ditandai Ds : klien mengatakan nyeri pada luka jahitan di jualan lahir, skala nyeri 7 Do : 1. Terdapat luka jahitan pada perineum 2. Skala nyeri 7 (0-10) 3. Klien tampak menahan sakit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x4 jam, nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil : 1. Klien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 3-4 2. Klien terlihat rileks ekspresi wajah tidak tegang	1. Kaji karakteristik nyeri 2. Kaji faktor2 yang mempengaruhi reaksi klien terhadap nyeri 3. Anjurkan klien untuk duduk dengan mengkontraksikan otot gluteal	1. Untuk menentukan jenis dan skala dan tempat terasa nyeri 2. Sebagai salah satu dasar untuk memberikan tindakan atau asuhan keperawatan sesuai dengan respon klien 3. penggunaan pengencangan gluteal saat duduk menurunkan stres dan tekanan langsung pada perineum.	Tgl : 11/03/2021 Jam : 08.00 WIB 1. Mengkaji karakteristik nyeri Hasil : nyeri sampai mengganggu pola tidur, 2. Mengkaji faktor2 yang mempengaruhi reaksi klien terhadap nyeri Hasil : nyeri dirasakan saat ada pergerakan 3. Menganjurkan klien untuk duduk mengkontraksikan otot gluteal	Tgl : 11/03/2021 Jam : 10.00 WIB S : klien mengatakan masih nyeri ketika banyak gerak O : • klien meringis kesakitan saat bergerak • skala nyeri 4 (ringan) • TTV :Td : 110/80 MmHg, N : 90 x/mnt, Rr : 21x/mnt, S: 36.8 A : masalah teratasi

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
	4. Klien tampak meringis 5. klien nampak berhati hati untuk berjalan / bergerak 6. TTV Td : 110/70 MmHg, N : 87 x/mnt, Rr: 20x/mnt, S : 37.0	3. TTV dalam batas normal	4. penkes tentang berbagai startegi untuk menurunkan nyeri, misalnya teknik relaksasi dan distraksi. 5. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgetik	4. membantu menurunkan/ memberikan rasa nyaman. 5. memberikan kenyamanan sehinggalan klien dapat memfokuskan pada perawatan sendiri dan bayinya.	4. Memberikan Pendidikan kesehatan tentang tehnik relaksasi dan distraksi 5. Memberikan terapi medis Mefenamic acid 1x500 mg Ttd Santi Nurani	Sebagian P : lanjutkan intervensi Ttd Santi Nurani
2.	Gangguan pola tidur b.d reseptor nyeri ditandai dengan Ds : Klien mengatakan sulit tidur, tidak nyenyak ketika tidur dan luka masih terasa nyeri/linu Do : 1. Mata klien terlihat lesu 2. klien nampak mengantuk 3. Frekuensi tidur +5-6 jam tidur malam 4. Kurang nyenyak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x4 jam pola tidur kembali seperti semula dengan kriteri hasil : 1. jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam / hari 2. pola tidur , kualitas dalam batas normal	1. Kaji tingkat kelelahan dan kebutuhan untuk tidur, catat lama persalinan dan jenis kelahiran 2. Kaji faktor faktor bila ada yang mempengaruhi istirahat 3. Kontrol faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien.	1. Persalinan yang lama dan khususnya bisa terjadi malam meningkatkan tingkat kelelahan 2. Membantu meningkatkan istirahat tidur dan relaksasi 3. lingkungan yang nyaman dapat memberikan perubahan efek persepsi terhadap nyeri	Tgl : 11/03/2021 Jam : 09.00 WIB 1. Mengkaji tingkat kelelahan dan kebutuhan untuk istirahat catat lamam persalinan dan jenis kelahiran Hasil : pasien masih lelah setelah melahirkan, waktu persalinan dari kala 1 s/d 4 + 19 jam melahirkan spontan dengan episiotomy 2. Mengkaji faktor faktor bila ada yang	Tgl : 11/03/2021 Jam : 11.00 WIB S : klien mengatakan masih tidak nyenyak tidur O : • klien nampak lelah • frekuensi tidur +6-7 jam • keadaan umum lemas A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
		3. perasaan segar sesudah tidur atau istirahat 4. mampu mengidentifikasi hal hal yang meningkatkan tidur	4. Berikan informasi tentang kebutuhan untuk tidur / istirahat setelah kembali ke rumah	4. Rencana kreatif yang memperoleh untuk tidur dengan bayi lebih awal serta tidur lebih siang membantu untuk memenuhi kebutuhan tubuh serta menyadari kelelahan	mempengaruhi istirahat Hasil : masih nyeri 3. Mengontrol faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien Hasil : menyarankan penunggu pasien maksimal 1 dan yang menjenguk tidak boleh melebihi jam 9 malam 4. Memberikan informasi tentang kebutuhan untuk tidur /istirahat setelah kembali ke rumah Ttd Santi Nurani	Ttd Santi Nurani
3.	Resiko tinggi infeksi b.d trauma jaringan ditandai dengan Ds : Klien mengatakan ada luka jahitan di jalan lahir terasa nyeri dan luka masih basah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x4 jam resiko tinggi infeksi tidak terjadi dengan	1. Kaji adanya perubahan suhu	1. Peningkatan suhu sampai 38,3° C pada 2-10 hari setelah melahirkan sangat menandakan infeksi	Tgl : 11/03/2021 Jam : 10.30 WIB 1. Mengkaji adanya perubahan suhu Hasil : 37,0	Tgl : 11/03/2021 Jam : 11.00 WIB S : klien mengatakan akan melakukan perawatan vulva di rumah dan selalu menjaga kebersihan

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
	Do : 1. Terlihat 11 jahitan luka 2. luka tampak basah 3. <i>Redness</i> tampak kemerahan	kriteria hasil : 1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Klien bisa membersihkan vagina dan perineumnya secara mandiri 3. Vulva bersih dan tidak ada infeksi 4. Jumlah leukosit dalam batas normal	2. Observasi kondisi episiotomi seperti adanya kemerahan, nyeri tekan yang berlebihan dan eksudat yang berlebihan 3. Anjurkan pada pasien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh genital. 4. Catat jumlah dan bau lochea atau perubahan yang abnormal.	2. Dapat menunjukkan trauma berlebihan pada jaringan parenial dan atau terjadinya komplikasi yang memerlukan evaluasi intervensi lebih lanjut 3. membantu mencegah penyebaran infeksi. 4. Lochea normal mempunyai bau amis, lochea yang purulen dan bau busuk menunjukkan adanya infeksi. 5. Membantu mencegah kontaminasi rektal memasuki vagina atau uretra 6. Meningkatkan pengetahuan klien tentang perawatan vulva/ perineum 7. Mencegah infeksi dan penyebaran ke jaringan sekitar	2. Observasi kondisi luka episiotomi Hasil : tampak kemerahan, nyeri sedang tidak ada eksudat Menganjurkan pasien cuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh area genital 3. Mencatat jumlah lochea dan bau lochea Hasil : Normal tidak ada bau busuk 4. Menganjurkan pada pasien untuk mencuci perineum dengan menggunakan sabun dari depan ke belakang dan untuk mengganti pembalut sedikitnya setiap 4 jam atau jika pembalut basah	O : • vulva telah dibersihkan dan nampak bersih • suhu 37.0 • tidak muncul tanda dan gejala infeksi A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi Ttd Santi Nurani

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
			5. Anjurkan pada pasien untuk mencuci perineum dengan menggunakan sabun dari depan belakang dan untuk mengganti pembalut sedikitnya setiap 4 jam atau jika pembalut basah 6. Ajarkan pada klien tentang cara perawatan luka perineum. 7. Kolaborasi dengan tenaga medis untuk pemberian anti biotik		1. Mengajarkan pada klien tentang cara perawatan luka perineum 2. Memberikan terapi medis antibiotic Hasil : Cefadroxil 1x750 mg Ttd santi nurani	

7. Catatan perkembangan

Nama : Ny. E
Umur : 33 tahun

Tabel 3.7
Catatan perkembangan

No dx	Tanggal /jam	Catatan perkembangan	Ttd
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	12/03/2021 09.00 WIB	S : klien mengatakan masih nyeri ketika banyak gerak O : • klien nampak meringis kesakitan saat bergerak • skala nyeri 4 • TTV : Td : 110/80 Mmhg, N : 90 x/mnt, Rr: 21 x/mnt, S : 36.8 A : Masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi I : • merutinkan penggunaan tehnik relaksasi dan distraksi saat rasa nyeri datang • melanjutkan terapi medis analgetik Mefenamic acid 2x500 mg E : jam 11.00 WIB rasa nyeri berkurang, ekpresi klien tampak tidak meringis kesakitan, skala nyeri (3)	Ttd Santi Nurani
2.	12/03/2021 10.00 WIB	S : Klien mengatakan masih tidak nyenyak ketika tidur malam hari O : • Keadaan umum pasien nampak membaik • Frekuensi tidur $\pm$ 7-8 jam tidur malam • Gangguan ketika tidur berkurang • Nyeri berkurang A : masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi I : mengontrol faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien E : jam 11.30 WIB, pola tidur klien mulai membaik seiring dengan rasa nyeri yang berkurang	Ttd santi nurani
3.	12/03/2021 11.00 WIB	S : klien mengatakan akan melakukan perawatan vulva di rumah dan selalu menjaga kebersihan perineum	Ttd Santi Nurani

(1)	(2)	(3)	(4)
		O : • vulva telah dibersihkan • nampak bersih tidak ada kemerahan/kebiruan A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi I : • menganjurkan tetap melanjutkan cuci tangan 6 langkah sebelum dan sesudah berkegiatan • tetap anjurkan perawatan luka ketika dirumah • melanjutkan terapi medis antibiotic cefadroxil 2 x 750 mg sampai hari ke 3 E : jam 12.00 WIB, tanda dan gejala infeksi tidak muncul seperti peningkatan suhu, bengkak pada area jahitan, perubahan fungsi, tidak ada kemerahan, nyeri tidak terlalu	

B. PEMBAHASAN

Setelah penulis melaksanakan tahap proses keperawatan selama 2 (dua) hari dan perbandingan dengan teori yang berhubungan dengan kasus yang terdapat pada klien yang ternyata terdapat beberapa kesenjangan. Selama dilapangan penulis tidak mengalami kesulitan melakukan asuhan keperawatan pada Ny. E. sekarang Penulis akan membahas konsep teori di bab II dan fakta dilapangan di bab III antara lain.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah suatu proses kontinue yang dilakukan semua fase pemecahan masalah dan menjadi dasar untuk pengambilan keputusan. Pengkajian menggunakan banyak keterampilan keperawatan dan terdiri dari pengumpulan, klasifikasi, dan analisa data dari berbagai sumber. Untuk memberi pengkajian yang akurat dan komprehensif perawat harus mempertimbangkan latar belakang biofisik, psikologis, sosiolokultural, dan spiritual pasien. (Doenges, 2014).

Pada saat penulis melakukan pengkajian kepada pasien Ny. E, ditemukan data keluhan utama yaitu nyeri pada luka bekas jahitan diperineum dan juga penulis melakukan pengkajian PQRST untuk menentukan karakteristik nyeri yang di alami pasien Ny. E ditemukan data sebagai berikut: *Paliative*: nyeri dirasakan saat ada pergerakan miring kanan kiri, nyeri nya sampai mengganggu tidur klien, *Quality*: klien mengatakan nyeri nya seperti disayat sayat benda tajam, *region*: rasa sakitnya hanya dirasakan sekitar jalan lahir *Scale*: dalam skala 1 s/d 10, klien mengatakan rentang nyeri nya ada di 7,

time: nyeri dirasakan kadang kadang. keluhan utama pada ibu post partum dengan luka episiotomy adalah nyeri dibekas luka jahitan (Bobak, 2012)

Penulis menemukan data mata klien terlihat lesu , pada pengkajian pola kehidupan sehari hari klien saat sesudah melahirkan pola tidurnya terganggu menjadi $\pm 6-5$ jam tidur malam dan itu juga kurang nyenyak, dan mengantuk ,keadaan umum klien yang lemas. Biasanya ibu dengan postpartum mengalami gangguan pola tidur dikarenakan rasa kurang nyaman dengan luka episiotomi dan perubahan tanggung jawab baru menyusui bayinya. (bobak, 2012)

Pada tahap pemeriksaan fisik abdomen terdapat striae dan linia nigra, dan pada wajah klien terdapat cloasma gravidarium. Striae yang diakibatkan karena regangan kulit abdomen akan tetap bertahan lama setelah kelahiran, tetapi akan menghilang menjadi bayangan yang lebih terang. Bila terdapat linea nigra atau topeng kehamilan (kloasma), biasanya akan memutih dan kelamaan akan hilang. (Lowdermilk & Perry, 2011).

Pemeriksaan area genitalia, penulis menemukan bekas luka jahitan perineum ke arah medialis akibat episiotomi sebanyak 11 jahitan, luka tampak basah dan kemerahan

Ada beberapa data yang tidak muncul menurut teori di bab 2 yaitu :

Dalam pemeriksaan Tanda tanda vital, Suhu tubuh 38°C mungkin disebabkan oleh dehidrasi pada 24 jam pertama setelah persalinan atau karena awitan laktasi dalam 2 sampai 4 hari. Demam yang menetap atau berulang diatas 24 jam pertama. Bradikardi merupakan perubahan fisiologis

normal selama 6 sampai 10 hari pascapartum dengan frekuensi nadi 40 sampai 70 kali/menit. Wanita pascapartum dapat mengalami hipotensi ortostatik karena diuresis dan diaphoresis, yang menyebabkan pergeseran volume cairan kardiovaskuler, hipotensi menetap atau berat dapat merupakan tanda syok atau emboli. Peningkatan tekanan darah menunjukkan hipertensi akibat kehamilan, yang dapat muncul pertama kali pada masa pascapartum (bobak,2012).

Biasanya ibu postpartum hari ke-1 mengalami penambahan porsi makan karena lelahnya proses melahirkan. Pada ibu dengan postpartum episiotomi hari ke-1 kemungkinan mengalami gangguan eliminasi BAB, berupa konstipasi yang disebabkan oleh penurunan peristaltik usus. Selain itu juga akan mengalami gangguan eliminasi BAK berupa retensi urin yang berakibat distensi kandung kemih. (Lowdermilk & Perry, 2011).

Biasanya ibu dengan postpartum episiotomi hari ke-1 mengalami defisit perawatan diri terutama vulva hygiene dikarenakan ibu postpartum mengalami laserasi luka dan intoleransi aktivitas sehingga sulit bagi ibu untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene. Biasanya ibu postpartum dengan episiotomi hari ke-1 mengalami intoleransi aktivitas yang diakibatkan oleh kelelahan setelah persalinan. (bobak, 2012)

2. Diagnosa keperawatan

Setelah melakukan pengkajian, penulis merumuskan masalah keperawatan, pada tahap ini penulis menemukan kesenjangan, dimana masalah keperawatan menurut tinjauan teoritis ada (6) enam sementara yang ditemukan pada klien Ny. E ada tiga masalah keperawatan yang muncul yaitu :

Nyeri akut b.d luka bekas episiotomy setelah melahirkan ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada luka jahitan di jalan lahir, skala nyeri 7 Terdapat luka jahitan pada perineum, Skala nyeri 7 (0-10), Klien tampak menahan sakit, Klien tampak meringis, klien nampak berhati hati untuk berjalan / bergerak dan TTV klien Td : 110/70 MmHg, N : 87 x/mnt, Rr: 20x/mnt, S : 37.0

Gangguan pola tidur b.d reseptor nyeri ditandai dengan Klien mengatakan sulit tidur, tidak nyenyak ketika tidur, luka masih terasa nyeri/linu, Mata klien terlihat lesu, klien nampak mengantuk, Frekuensi tidur +5-6 jam tidur malam, Kurang nyenyak tidur di malam hari

Resiko tinggi infeksi b.d trauma jaringan ditandai dengan Klien mengatakan ada luka jahitan di jalan lahir terasa nyeri dan luka masih basah, terlihat 11 jahitan luka, luka tampak basah dan pada pengkajian REEDA ; Reedness tampak kemerahan

Ini menunjukan tidak semua diagnosa yang diprediksi secara teori tidak semua muncul pada individu atau pasien. Ada 3 diagnosa yang tidak muncul yaitu:

Untuk diagnosa Gangguan eliminasi urinarius berhubungan dengan trauma mekanik, penulis tidak menemukan batas karakteristik dalam mengangkat diagnosa ini seperti adanya tanda gejala infeksi saluran kemih, tidak ada spasme bladder, kandung kemih tidak teraba penuh, dan balance cairan pada klien Ny. E (Nanda Nic Noc 2015 - 2020)

Ketidak efektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurangnya informasi penulis tidak menemukan batas karakteristik dalam mengangkat diagnosa ini seperti Ny. E yang tidak bisa melekatkan mulut bayi ke puting susu, dan juga karena ini anak yang kedua jadi klien sudah mempunyai pengalaman dalam merawat bayi pertama (Nanda Nic Noc 2015 - 2020)

dan Resiko konstipasi berhubungan dengan kurangnya aktivitas fisik nyeri saat defekasi, tidak mengangkat diagnosa ini karena klien tidak ada keluhan susah defekasi, klien tidak takut dalam proses defekasi jahitan lepas kembali, bising usus saat dikaji penulis normal dengan rentang 10 s.d 12 kali didukung juga intake nutrisi yang bagus dan dukungan keluarga untuk sembuh dengan cepat supaya bisa cepat kembali ke rumahnya. (Nanda Nic Noc 2015 - 2020)

3. Perencanaan

Pada tahap perencanaan atau intervensi, penulis menemukan kesulitan dan hambatan hal ini dikarenakan diagnosa keperawatan yang ada pada teori sebagian tidak muncul pada kasus, sehingga perencanaan yang sudah terdapat pada teori tidak bisa semuanya direncanakan pada kasus yang terdapat di lapangan. Karena apabila perencanaan tidak sesuai dengan

masalah pada klien maka rencana tersebut tidak akan memperbaiki keadaan kondisi klien secara optimal. Oleh karena itu, perencanaan yang penulis rumuskan disesuaikan dengan diagnosa yang didapatkan pada kasus dan keadaan dilapangan. Langkah langkah dalam perencanaan sudah sesuai menurut teori yang menentukan masalah, sasaran dan tujuan keperawatan rencana untuk mengevaluasi tindakan. Intervensi yang disusun meliputi *surveilen nursing intervention*, *terapeutik nursing intervention*, *supportive nursing intervention*, dan *collaborating nursing intervention*. Rencana yang akan dilakukan diantaranya :

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi diagnosa yang muncul pada klien Ny. E adalah :

- a. Nyeri akut b.d luka bekas episiotomy setelah melahirkan
 - 1). Kaji karakteristik nyeri
 - 2). Kaji faktor² yang mempengaruhi reaksi klien terhadap nyeri
 - 3). Anjurkan klien untuk duduk dengan mengkontraksikan otot gluteal
 - 4). penkes tentang berbagai startegi untuk menurunkan nyeri, misalnya teknik relaksasi dan distraksi.
 - 5). Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgetik
- b. Gangguan pola tidur b.d respon hormone psikologis
 - 1). Kaji tingkat kelelahan dan kebutuhan untuk tidur, catat lama persalinan dan jenis kelahiran
 - 2). Kaji faktor faktor bila ada yang mempengaruhi istirahat

3). Kontrol faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien.

4). Berikan informasi tentang kebutuhan untuk tidur / istirahat setelah kembali ke rumah

c. Resiko tinggi infeksi b.d trauma jaringan

1). Kaji adanya perubahan suhu

2). Observasi kondisi episiotomi seperti adanya kemerahan, nyeri tekan yang berlebihan dan eksudat yang berlebihan

3). Anjurkan pada pasien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh genital.

4). Catat jumlah dan bau lochea atau perubahan yang abnormal.

5). Anjurkan pada pasien untuk mencuci perineum dengan menggunakan sabun dari depan kebelakang dan untuk mengganti pembalut sedikitnya setiap 4 jam atau jika pembalut basah

6). Ajarkan pada klien tentang cara perawatan luka perineum.

7). Kolaborasi dengan tenaga medis untuk pemberian anti biotik .

Ada beberapa intervensi atau perencanaan menurut teori yang tidak penulis terapkan pada klien karena klien memungkinkan untuk melaksanakannya.

4. Implementasi

Pada saat pelaksanaan atau melakukan tindakan yang sudah direncanakan . Penulis tidak menemukan kesulitan karena klien dan keluarga sangat kooperatif dalam menjalani masa perawatan di ruangan rawat inap dengan beberapa intervensi yang sudah penulis jadwalkan.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang tentunya menentukan apakah klien mengalami perkembangan atau tidak selama dalam proses perawatan di rumah sakit. Masalah masalah yang muncul pada klien Ny. E semua nya teratasi berkat kerja sama antara tim medis dan keluarga yang sudah bekerja keras dalam mendukung kesembuhan Ny. E. Dan perawatanya bisa dilanjutkan dengan rawat jalan di rumah

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. KESIMPULAN

Pelayanan perawatan professional merupakan hal yang sangat penting dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien post partum dengan episiotomi. Pada kesempatan ini, penulis melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif yang meliputi aspek bio, psiko, sosio, dan spiritual berdasarkan ilmu dan kiat perawatan sehingga penulis mampu melakukan tindakan keperawatan berdasarkan tujuan yang diharapkan dan mampu mendokumentasikanya dalam bentuk studi kasus.

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan selama 2 hari dimulai pada tanggal 11 maret 2020 sampai dengan 12 maret 2020 pada Ny.E di ruang Poned Puskesmas sindang ratu kabupaten garut yang dapat diambil kesimpulan :

1. Pengkajian

Penulis mampu Melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada klien dengan post partum dengan episiotomi secara komprehensif yang meliputi pengumpulan data dan menetapkan masalah berdasarkan prioritas masalah pada kasus Asuhan Keperawatan Pada Ny.E P1 A0 Post partum spontan dengan *episiotomy* hari ke 2 Di poned Upt puskesmas Sindang Ratu Kabupaten Garut sebagai berikut :

Selama pengkajian, klien berbicara dan keluarga klien sangat terbuka dalam menjawab semua pertanyaan yang diberikan, sehingga penulis dapat mengamati masalah pada klien. Adapun data data yang penulis

peroleh selama pengkajian adalah : klien merasakan rasa nyeri pada jalan lahir, klien mengatakan nyeri pada luka jahitan di jalan lahir, skala nyeri 7, klien nampak berhati hati untuk berjalan / bergerak , klien mengatakan susah tidur kurang nyenyak, terdapat luka jahitan di jalan lahir.

Pada saat pengkajian penulis menemukan masalah atau hambatan yaitu harus tetap menjaga protocol kesehatan dengan ketat karena pasien belum di cek rapid antigen atau antibody untuk menentukan sudah terinfeksi covid 19 atau tidak.

2. Diagnosa keperawatan

Penulis Mampu membuat diagnose berdasarkan prioritas masalah keperawatan sesuai dengan kebutuhan dan masalah pada kasus Asuhan Keperawatan Pada Ny.E P1 A0 Post partum spontan dengan episiotomy hari ke 2 Di poned puskesmas sindang ratu Kabupaten Garut, maka penulis dapat menentukan diagnose keperawatan pada Ny.E sesuai prioritas yaitu:

- a. Nyeri akut b.d luka bekas episiotomy setelah melahirkan
- b. Gangguan pola tidur b.d reseptor nyeri
- c. Resiko tinggi infeksi b.d trauma jaringan

3. Perencanaan tindakan keperawatan

Penulis mampu menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan pada kasus Ny.E P₁ A₀ Post partum spontan dengan episiotomy hari ke 2 Di poned puskesmas sindang ratu Kabupaten Garut. Rencana tindakan keperawatan yang ditetapkan oleh

penulis sesuai dengan kemampuan, kondisi, sarana dan berdasarkan prioritas masalah, serta ditentukan dengan diketahui oleh keluarga Ny.E sehingga dapat dilakukan kerja sama yang baik dalam pelaksanaannya. Penulis menemukan hambatan dalam penyusunan intervensi yaitu kurangnya buku buku sumber tentang keperawatan maternitas yang tersedia di perpustakaan kampus atau daerah.

4. Pelaksanaan tindakan keperawatan

Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan dengan terampil sesuai dengan perencanaan yang telah ditentukan pada kasus Ny.E P₁ A₀ Post partum spontan dengan episiotomy hari ke 2 Di poned puskesmas sindang ratu Kabupaten Garut. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada Ny.E sesuai dengan perencanaan yang telah ditetapkan dengan melibatkan keluarga klien dan bekerjasama dengan perawat ruangan melalui pendelegasian tanpa terlepas dari monitoring pada tiap pergantian dinas selama 8 jam. Saat pelaksanaan penulis menemukan masalah /hambatan kekurangan nya sarana prasarana di poned puskesmas untuk menunjang intervensi keperawatan kepada pasien Ny. E.

5. Evaluasi

Penulis mampu mengevaluasi hasil asuhan keperawatan pada kasus Ny.E P₁ A₀ Post partum spontan dengan episiotomy hari ke 2 Di poned puskesmas sindang ratu Kabupaten Garut. Evaluasi dilakukan oleh penulis dari setiap tindakan yang diberikan baik secara formatif maupun sumatif, untuk menentukan tercapai atau tidaknya tindakan yang telah

dilaksanakan penulis dapat melihat perkembangan klien sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan dalam perencanaan keperawatan. Masalah-masalah yang terjadi pada klien umumnya dapat teratasi dengan tindakan keperawatan yang diberikan.

6. Pendokumentasi

Penulis mampu mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pada kasus Ny.E P₁ A₀ Post partum spontan dengan *episiotomy* hari ke 2 Di poned puskesmas sindang ratu Kabupaten Garut. Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan dengan melalui tahap-tahap dalam proses keperawatan, maka penulis mendokumentasikan pada setiap tahapnya yang berguna untuk mencapai pelayanan keperawatan yang berkesinambungan pada Ny.E untuk memudahkan dalam melakukan evaluasi.

B. REKOMENDASI

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan selama 2 hari di ruang poned puskesmas sindang ratu kabupaten Garut, penulis dapat memperoleh pengalaman sehingga dapat mengetahui kekurangan atau hal yang perlu dipertahankan, dengan demikian pada kesempatan ini penulis menyampaikan beberapa rekomendasi yang ditujukan kepada :

1. Institusi pendidikan

Dalam menghasilkan lulusan yang berkualitas dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif berdasarkan aspek bio-psiko-sosial-spiritual terhadap pasien pada umumnya dan khususnya pasien

post partum dengan episiotomi, diperlukan fasilitas, sarana yang memadai, seperti buku sumber mengenai keperawatan Maternitas, diharapkan ada peningkatan sehingga wawasan dan pengetahuan mahasiswa meningkat dan lebih luas khususnya pengetahuan keperawatan maternitas

2. Untuk puskesmas

Keberhasilan dari pelaksanaan asuhan keperawatan di puskesmas, harus didukung dengan penyediaan alat maupun fasilitas ruangan yang memadai. Begitupun dengan pelayanan administrasi, medik, dan keperawatan agar lebih ditingkatkan dengan menjunjung tinggi profesional kerja, tanpa memandang status ekonomi masyarakat.

3. Mahasiswa

Dapat menggali masalah secara teliti, sehingga penulis dapat mendokumentasikan asuhan keperawatan yang berkualitas

4. Klien dan keluarga

Klien dan keluarga agar bisa memperhatikan kondisi kesehatan masing masing dan mempelajari kembali diit nutrisi untuk pasien , agar keluarga mengerti, memahami, dan keluarga merawat dan menanggulangi.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, Wulandari, 2011. *Asuhan Kebidanan Nifas* Yogyakarta: Nuha Medika
- Ai Yeyeh, Rukiyah, 2011. *Asuhan Kebidanan I*. CV. Trans Info Media: Jakarta.
- Astuti, 2012. *Buku Ajaran Asuhan Kebidanan Ibu 1 (Kehamilan)*. Yogyakarta : Rahima Press.
- Bobak, Lowdermilk, Jense. 2012. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta: EGC
- Doengoes Dkk. 2014. *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman Asuhan Klien Anak-Dewasa, Ed 9, volume 2*. Jakarta: EGC.
- Kirana, 2015. *Hubungan Tingkat Kecemasan Post Partum Dengan Kejadian Post Partum Blues Di Rumah Sakit Dustira Cimahi*. Jurnal Ilmu Keperawatan. Volume Iii, No. 1 April-2015.
- laporan hasil pelayanan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas di puskesmas pondok sindang Ratu 2020
- Marni dan Kukuh Rahardjo. 2012. *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Prasekolah*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Manuaba, I.A. Sri Kusuma Dewi Surya saputra dkk. *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Untuk Mahasiswa Bidan*. Jakarta; EGC; 2011.
- Manurung, S. 2011. *Buku ajar keperawatan maternitas asuhan keperawatan intranatal*. Jakarta : Trans Info Media.
- Nanda Noc Nic. 2018-2020. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis*. Jilid 2. Jogjakarta : Mediacion.
- Niman, S. 2013. *Pengkajian Kesehatan untuk Perawat*. (A. W. Arrasyid, Ed.). Jakarta: Trans Info Media.

- Ni ketut dkk, 2016, *buku ajar keperawatan maternitas 2*, Tim Pustaka Saga, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
- Oxorn Harry dan William R. Foste. 2010. *Ilmu Kebidanan Patologi dan Fisiologi Persalinan*. Yogyakarta: Yayasan Essentia Medica
- Pearce, Evelyn C. 2010. *Anatomi dan fisiologi untuk paramedic*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama.
- Profil kesehatan Indonesia Ditjen kesehatan masyarakat, Kemenkes RI, 2020 data per 27 Maret 2020 dari situs kemenkes Indonesia diakses pada tanggal 12 juni 2021
- Profil kesehatan provinsi Jawa barat tahun 2019, dari situs dinas kesehatan provinsi Jawa barat, di akses pada tanggal 12 juni 2021
- Pudiastuti, RD. 2012. *Asuhan kebidanan pada ibu bersalin patologi*. Yogyakarta. Nuha Medika
- SaifuddinAB. 2011. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sarwono Prawirohardjo. 2011. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT. Bina Pustaka
- Setiadi. 2012. *Konsep & Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Teori dan Praktik*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Susilaningrum, Rekawati, dkk. 2013. *Asuhan Keperawatan Bayi Dan Anak*. Jakarta : Salemba Medika.
- WHO. World Health Statistics 2015: World Health Organization; 2015. Diakses pada tanggal 20 juni 2021

LAMPIRAN

SATUAN ACARA PENYULUHAN
MANAGEMENT NYERI



Disusun Oleh :

SANTI NURANI

KHG.A 18038

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

2021

LATAR BELAKANG

Keluhan nyeri merupakan keluhan yang paling umum kita temukan ketika kita sedang melakukan tugas kita sebagai bagian dari tim kesehatan, baik itu di tataran pelayanan rawat jalan maupun rawat inap, yang karena seringnya keluhan itu kita temukan kadang kala kita sering menganggap hal itu sebagai hal yang biasa sehingga perhatian yang kita berikan tidak cukup memberikan hasil yang memuaskan di mata pasien.

Nyeri sesungguhnya tidak hanya melibatkan persepsi dari suatu sensasi, tetapi berkaitan juga dengan respon fisiologis, psikologis, sosial, kognitif, emosi dan perilaku, sehingga dalam penangananyapun memerlukan perhatian yang serius dari semua unsur yang terlibat di dalam pelayanan kesehatan, untuk itu pemahaman tentang nyeri dan penanganannya sudah menjadi keharusan bagi setiap tenaga kesehatan, terutama perawat yang dalam rentang waktu 24 jam sehari berinteraksi dengan pasien.

A. TUJUAN

- Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan klien diharapkan mampu mengontrol nyeri secara nonfarmakologi.

- Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah dilakukan penyuluhan, para peserta:

1. Klien dan keluarga memahami dan dapat menjelaskan kembali pengertian nyeri.
2. Klien dan keluarga memahami dan dapat menjelaskan kembali pembagian nyeri.
3. Klien dan keluarga memahami dan mampu mempraktikan teknik relaksasi nafas dalam
4. Klien dan keluarga memahami dan dapat menjelaskan macam-macam contoh distraksi

B. SASARAN

Peserta : Klien / Ny. E

C. WAKTU

Hari/Tanggal : 11 maret 2020

Pukul : 10.00 s/d 10.40 WIB

D. TEMPAT

Poned puskesmas Sindang Ratu

E. MATERI

1. Apersepsi
2. Manajemen Nyeri (terlampir)

F. METODE

Ceramah + tanya jawab

G. ALAT BANTU

Leaflet

H. PELAKSANAAN DAN KONTRAK WAKTU PENYULUHAN

Tahap Kegiatan	Kegiatan Pengajar	Metode	Waktu
Pendahuluan	1. Menyampaikan salam pembuka 2. Memperkenalkan diri 3. Menyampaikan tujuan 4. Kontrak waktu	Ceramah	5 menit
Pembahasan	1. Apersepsi 2. Menjelaskan tentang pengertian nyeri. 3. Menjelaskan tentang pembagian	Ceramah dan Demonstrasi	30 menit

	nyeri. 4. Menjelaskan dan mempraktikkan teknik relaksasi nafas dalam. 5. Menjelaskan tentang macam-macam contoh distraksi.		
Penutup	1. Melakukan Tanya jawab (evaluasi) 2. Menyimpulkan hasil penyajian 3. Mengucapkan terima kasih atas perhatian 4. Salam penutup	Tanya jawab dan ceramah	5 menit

I. EVALUASI

a. Evaluasi Struktur

1. Penyelenggaraan pendidikan kesehatan management nyeri berjalan lancar.
2. Peserta bersedia menerima materi.
3. Penyaji menguasai materi.
4. Penyaji mampu melakukan komunikasi dua arah.

b. Evaluasi Proses

1. Peralatan pendidikan kesehatan telah dipersiapkan sebelum acara dimulai.
2. Penyaji memberikan pertanyaan dan peserta aktif menjawab dengan benar.
3. Peserta memperhatikan secara seksama.

c. Evaluasi Hasil

Setelah pendidikan kesehatan diharapkan, peserta mampu mengerti, memahami dan mampu mempraktikan pendidikan kesehatan yang diberikan sesuai dengan tujuan khusus.

d. Kriteria Hasil

Peserta dapat mengerti, memahami dan mampu mempraktekan management nyeri serta pasien dapat menjawab pertanyaan dari penyaji yaitu:

1. Apa pengertian nyeri?
2. Apa saja pembagian nyeri?
3. Bagaimana teknik rekasasi nafas dalam?
4. Apa saja contoh teknik distraksi?

J. APERSEPSI

1. Menyapa peserta
2. Menunjukkan indicator belajar dengan pertanyaan:
 - Baik Saudara R jadi pada kesempatan kali ini kita akan menyampaikan hal tentang ‘Management nyeri’
 - Saudara tahu apa itu management nyeri?

*Lampiran Materi

1. Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan sensasi tidak menyenangkan yang terjadi bila kita mengalami cedera atau kerusakan pada tubuh kita. Nyeri dapat terasa sakit, panas, gemetar, kesemutan seperti terbakar, tertusuk, atau ditikam.

2. Klasifikasi Nyeri

a. Nyeri akut (< 6 bulan)

Nyeri akut biasanya terjadi secara tiba-tiba dan umumnya berkaitan dengan cedera spesifik. Nyeri akut merupakan nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan.

b. Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronik merupakan nyeri yang dirasakan selama lebih dari 6 bulan.

3. Manajemen Nyeri Nonfarmakologi

a. Relaksasi

Teknik relaksasi memberi individu control diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik dan emosi pada nyeri. Sejumlah teknik relaksasi dapat dilakukan untuk mengendalikan rasa nyeri ibu dengan meminimalkan aktivitas simpatik dalam system saraf otonom.

Tahapan relaksasi nafas dalam adalah sebagai berikut :

1. Ciptakan lingkungan yang tenang.
2. Usahakan tetap rileks dan tenang.
3. Menarik nafas dalam dari hidung dalam 3 (tiga) hitungan.
4. Tahan selama 2 hitungan.
5. Hembuskan udara dari mulut perlahan-lahan dalam 3(tiga) hitungan.

6. Lakukan tindakan di atas dengan penuh konsentrasi dan rileks.
 7. Ulangi semua tindakan tersebut dalam 4 (empat) kali.
 8. Anjurkan untuk melakukannya sampai nyeri berkurang.
- b. Distraksi

Distraksi adalah teknik untuk mengalihkan perhatian terhadap hal – hal lain sehingga lupa terhadap nyeri yang dirasakan. Contoh :

1. Melihat pemandangan.
2. Membaca buku, Koran sesuai dengan keinginan
3. Menonton TV
4. Mendengarkan musik, radio, dll

Daftar Pustaka

Smeltzer & Bare. (2002). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta: EGC.

Suddarth & Brunner. (2001). Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah. Jakarta: EGC.

Tamsuri, A. (2006). Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri. Jakarta : EGC.

MANAJEMEN NYERI



Disusun oleh

SANTI NURANI
KHGA 18038



**STIKes KARSA
HUSADA
GARUT**

Pengertian

Nyeri merupakan sensasi tidak menyenangkan yang terjadi bila kita mengalami cedera atau kerusakan pada tubuh kita. Nyeri dapat terasa sakit, panas, gemetar, kesemutan seperti terbakar, tertusuk, atau ditikam.

Klasifikasi

a. Nyeri akut (< 6 bulan)

Nyeri akut biasanya terjadi secara tiba-tiba dan umumnya berkaitan dengan cedera spesifik. Nyeri akut merupakan nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan.

b. Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronik merupakan nyeri yang dirasakan selama lebih dari 6 bulan.

Manajemen nyeri

- a). Relaksasi
- b). Distraksi



MANAJEMEN RELAKSASI

Teknik relaksasi memberi individu control diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik dan emosi pada nyeri. Sejumlah teknik relaksasi dapat dilakukan untuk mengendalikan rasa nyeri ibu dengan meminimalkan aktivitas simpatik dalam system saraf otonom.

Tahapan relaksasi nafas dalam adalah sebagai berikut :

1. Ciptakan lingkungan yang tenang.
2. Usahakan tetap rileks dan tenang.
3. Menarik nafas dalam dari hidung dalam 3 (tiga) hitungan.
4. Tahan selama 2 hitungan.
5. Hembuskan udara dari mulut perlahan-lahan dalam 3(tiga) hitungan.
6. Lakukan tindakan di atas dengan penuh konsentrasi dan rileks.
7. Ulangi semua tindakan tersebut dalam 4 (empat) kali.
8. Anjurkan untuk melakukannya sampai nyeri berkurang.



MANAJEMEN DISTRAKSI

Distraksi adalah teknik untuk mengalihkan perhatian terhadap hal – hal lain sehingga lupa terhadap nyeri yang dirasakan. Contoh :

1. Melihat pemandangan.
2. Membaca buku, Koran sesuai dengan keinginan.
3. Menonton TV
4. Mendengarkan musik, radio, dll



DAFTAR REFERENSI

Smeltzer & Bare. (2002). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta: EGC.

Suddarth & Brunner. (2001). Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah. Jakarta: EGC.

Tamsuri, A. (2006). Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri. Jakarta : EGC.

SATUAN ACARA PENYULUHAN

6 LANGKAH CUCI TANGAN



Disusun Oleh :

SANTI NURANI

KHG.A 18038

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

2021

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

CUCI TANGAN 6 LANGKAH

Pokok Bahasan : Personal hiegene

Sub Pokok Bahasan : Cuci Tangan 6 Langkah

Sasaran : Pasien Ny.E dan keluarga

Tempat : Poned Puskesmas Sindang Ratu

Hari/Tanggal : 11 maret 2021

Waktu : 60 menit

Metode : Ceramah dan praktek

Penyuluh : Santi nurani

1. Tujuan

a. Tujuan Instruksional Umum

- 1). Setelah dilakukan pendidikan kesehatan, pasien dan keluarga diharapkan dapat mengerti dan memahami tentang cuci tangan 6 langkah.
- 2). Setelah dilakukan pendidikan kesehatan para siswa mampu mempraktekan cuci tangan 6 langkah

b. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah diberikan penyuluhan klien maupun keluarga dan pengunjung mampu memahami tentang :

- 1). Definisi cuci tangan
- 2). Tujuan cuci tangan
- 3). Manfaat mencuci tangan
- 4). Dampak jika tidak cuci tangan

5). Kapan waktu cuci tangan

6). Enam langkah cuci tangan

2. Sasaran

Pasien dan keluarga

3. Sub Pokok Bahasan

- a. Definisi cuci tangan
- b. Tujuan cuci tangan
- c. Manfaat mencuci tangan
- d. Dampak jika tidak cuci tangan
- e. Kapan waktu cuci tangan
- f. Enam langkah cuci tangan

4. Metode Pembelajaran

Ceramah dan praktek

5. Kegiatan Penyuluhan

Tahap	Waktu	Kegiatan Penyuluh	Peserta	Metode	Media
Pendahuluan	5 menit	1. Memberi salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan penyuluhan dan pokok materi yang akan disampaikan 4. Mengkaji pengetahuan pasien dan keluarga Cuci tangan 6 langkah yang Benar	1. Menjawab salam 2. Mendengarkan memperhatikan 3. Menjawab pertanyaan	Ceramah dan tanya jawab	
Penyajian	45 menit	1. Menjelaskan materi a. Definisi cuci tangan b. Tujuan cuci tangan	1. Mendengarkan dan memperhatikan	Ceramah dan Demontr	Leaflet

		c. Manfaat mencuci tangan d. Dampak jika tidak cuci tangan e. Kapan waktu cuci tangan f. Enam langkah cuci tangan 2. Penyuluh mencontohkan cara mencuci tangan yang benar 3. Memberikan sesi untuk bertanya	2. Mempraktekan mencuci tangan	asi	
Penutup	10 menit	1. Meminta peserta untuk mempraktekan cuci tangan yang benar 2. Menyimpulkan hasil penyuluhan 3. Menutup acara, dengan salam penutup	1. Mengajukan pertanyaan 2. Menjawab pertanyaan yang di berikan oleh penyuluh 3. mempraktekan cuci tangan yang benar 4. Membalas salam	Demontrasi	Leaflet

6. MEDIA

- a. leaflet

7. MATERI

(Terlampir)

8. EVALUASI

Evaluasi Struktur

- a) Tempat dan alat tersedia sesuai perencanaan
- b) Peran dan tugas sesuai perencanaan dan terorganisasi.

Evaluasi Proses

- a) Pelaksanaan sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan
- b) Audiens mengikuti penyuluhan dari awal sampai akhir
- c) Audiens berperan aktif dalam penyuluhan

Evaluasi Hasil

- a) Minimal 60% audiens dapat mengikuti penyuluhan dan dapat menjelaskan definisi cuci tangan.
- b) Minimal 60% audiens dapat mengikuti penyuluhan dan dapat menyebutkan tujuan cuci tangan
- c) Minimal 60% audiens dapat mengikuti penyuluhan dan dapat menyebutkan dampak jika tidak cuci tangan
- d) Minimal 60% audiens dapat mengikuti penyuluhan dan dapat menyebutkan manfaat mencuci tangan
- e) Minimal 60% audiens dapat mengikuti penyuluhan dan memahami kapan waktu cuci tangan
- f) Minimal 60% audiens dapat mengikuti penyuluhan dan mampu mendemonstrasikan enam langkah cuci tangan yang di contohkan.

MATERI

CUCI TANGAN 6 LANGKAH

1. Pengertian Mencuci Tangan

Mencuci tangan adalah menggosok air dengan sabun secara bersama-sama seluruh kulit permukaan tangan dengan kuat dan ringkas kemudian dibilas dibawah aliran air (Larsan, 1995).

Mencuci tangan adalah proses yang secara mekanis melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan sabun biasa dan air (DEPKES, 2007).

Mencuci tangan adalah membasuh kedua telapak tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah melakukan tindakan dengan tujuan untuk menghilangkan kuman. Membiasakan mencuci tangan sejak dini merupakan langkah awal untuk mencegah masuknya kuman dan resiko tertularnya penyakit.

2. Tujuan

- a. Menjaga Kebersihan diri
- b. Mencegah infeksi silang
- c. Sebagai pelindung diri

3. Manfaat

- a. Untuk menghindarkan penularan penyakit melalui tangan.
- b. Untuk menjaga kebersihan diri (perorangan).
- c. Untuk membuat tubuh kita tetap sehat dan bugar.
- d. Supaya tidak menjadi agen penular bibit penyakit kepada orang lain

4. 5 Waktu Tepat Mencuci Tangan

Bagi setiap orang, mencuci tangan adalah satu tindakan yang takkan lepas kapanpun. Karena merupakan proteksi diri terhadap lingkungan luar. Nah sebenarnya kapan waktu yang tepat untuk melakukan cuci tangan ?

- a. Sebelum dan sesudah makan. Untuk menghindari masuknya kuman kedalam tubuh saat kita makan.
- b. Setelah dari WC dan buang air. Besar kemungkinan tinja masih tertempel di tangan, sehingga diharuskan untuk mencuci tangan.
- c. Setelah bermain. Kebiasaan anak kecil adalah bermain ditempat yang kotor. Contohnya seperti tanah. Dimana kita tahu bahwa banyak sekali kuman didalam tanah, jadi selesai bermain harus mencuci tangan supaya kuman dari tanah hilang dan tidak menempel ditangan.
- d. Sebelum dan sesudah melakukan kegiatan. Bagi adik-adik mencuci tangan ini juga bisa dilakukan sebelum dan sesudah belajar, sebelum dan sesudah bangun tidur dan sesudah melakukan kegiatan yang lain.
- e. Tangan terlihat kotor.

5. Enam langkah cuci tangan

- a. Gosok tangan dengan posisi telapak tangan pada telapak tangan
- b. Telapak kanan di atas punggung tangan kiri dengan jari-jari saling menjalin dan sebaliknya
- c. Telapak pada telapak dengan jari-jari saling menjalin
- d. Punggung jari-jari pada telapak tangan berlawanan dengan jari-jari saling mengunci
- e. Gosok memutar dengan ibu jari tangan kanan mengunci pada telapak kiri dan sebaliknya
- f. Gosok memutar, kearah belakang dan kearah depan dengan jari-jari tangan kanan mengunci pada telapak tangan kiri dan sebaliknya.

6. Dampak Jika Tidak Cuci Tangan

a. Keracunan Bakteri Salmonella

Jika Anda sering makan tanpa mencuci tangan maka bisa terkena infeksi bakteri salmonella. Bakteri ini bisa menyebar secara langsung dari berbagai tempat. Potensi ini juga bisa disebabkan karena makan sayuran mentah tanpa di cuci. Telur bakteri salmonella akan berpindah dari makanan atau tangan ke dalam saluran pencernaan. Bakteri ini bisa hidup dalam usus dan saluran pencernaan lain. Tanda keracunan bakteri salmonella adalah seperti diare, sakit perut, keringat dingin, mual dan muntah. Untuk mencegah agar tidak terlalu parah maka bisa meminta bantuan dokter.

b. Keracunan Bakteri E. Colli

Keracunan bakteri E. colli juga bisa terjadi jika Anda makan tanpa mencuci tangan. Bakteri ini bisa berasal dari tempat umum seperti toilet. Misalnya jika Anda makan setelah menggunakan toilet umum tanpa mencuci tangan, maka telur bakteri E.colli bisa masuk ke saluran pencernaan secara langsung. Keracunan ini bisa menyebabkan diare yang sangat berat, kram perut, nyeri perut yang parah dan jika tidak segera diobati maka bisa menyebabkan gagal ginjal. (baca juga : bahaya gagal ginjal – gejala dan pencegahannya)

c. Resiko Tertular Flu atau Pilek

Tertular flu atau pilek menjadi resiko yang paling sering terjadi secara umum. Penularan ini terjadi ketika Anda baru saja menggunakan fasilitas umum atau bersentuhan dengan orang lain. Kemudian ketika Anda makan secara langsung maka bisa menyebabkan virus segera berpindah tangan. Virus akan menyebar sangat cepat, tidak hanya masuk ke dalam tubuh tapi juga berpindah lewat saluran pernafasan.

d. Diare

Orang yang tidak mencuci tangan sebelum makan juga sangat rentan terkena penyakit diare. Infeksi ini bisa disebabkan oleh virus atau bakteri yang sebelumnya sudah ada di tangan. Kemudian akan masuk ke saluran pencernaan lewat makanan yang bersentuhan langsung dengan tangan. Perkembangan bakteri atau virus dalam saluran pencernaan bisa menyebabkan diare. Usus tidak bisa menerima bakteri tersebut sehingga membuat reaksi diare. Untuk mencegah hal yang lebih buruk sebaiknya segera kunjungi dokter Anda.

Daftar Pustaka

- a) Hidayat A. A. A & Uliyah M. buku saku pratikum kebutuhan dasar manusia, EGC, Jakarta 2004
- b) A.Poter, Patricia, Pery, 2002, Ketrampilan dan Prosedur Dasar, Mosby:Elsevier Science.
- c) Di akses tanggal 20 juni 2021, pukul 20.00 WIB:
<http://abahrayyan.blogspot.co.id/2016/04/6-langkah-cuci-tangan-menurut-standart.html> (6 langkah cuci tangan menurut WHO).

CUCI TANGAN 6 LANGKAH



Disusun oleh

SANTI NURANI

KHG.A 18038



**STIKes KARSA
HUSADA
GARUT**

PENGERTIAN

Mencuci tangan adalah membasuh kedua telapak tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah melakukan tindakan dengan tujuan untuk menghilangkan kuman.

Membiasakan mencuci tangan sejak dini merupakan langkah awal untuk mencegah masuknya kuman dan resiko tertularnya penyakit.

TUJUAN

- Menjaga Kebersihan diri
- Mencegah infeksi silang
- Sebagai pelindung diri

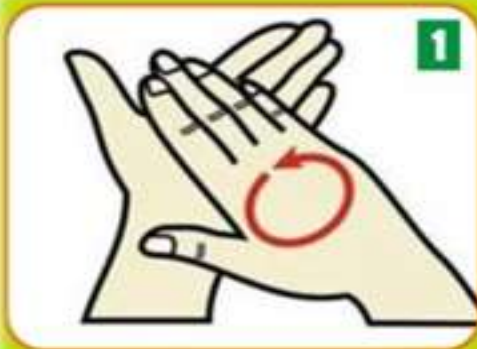
MANFAAT

- Untuk menghindarkan penularan penyakit melalui tangan.
- Untuk menjaga kebersihan diri (perorangan).
- Untuk membuat tubuh kita tetap sehat dan bugar.
- Supaya tidak menjadi agen penular bibit penyakit kepada orang lain

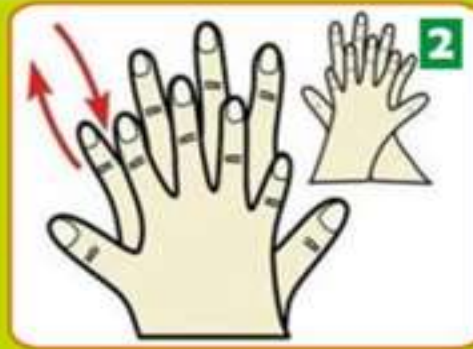
5 Waktu Tepat Mencuci Tangan

- Sebelum dan sesudah makan. Untuk menghindari masuknya kuman kedalam tubuh saat kita makan.
- Setelah dari WC dan buang air. Besar kemungkinan tinja masih tertempel di tangan, sehingga diharuskan untuk mencuci tangan.
- Setelah bermain. Kebiasaan anak kecil adalah bermain ditempat yang kotor. Contohnya seperti tanah. Dimana kita tahu bahwa banyak sekali kuman didalam tanah, jadi selesai bermain harus mencuci tangan supaya kuman dari tanah hilang dan tidak menempel ditangan.
- Sebelum dan sesudah melakukan kegiatan. Bagi adik-adik mencuci tangan ini juga bisa dilakukan sebelum dan sesudah belajar, sebelum dan sesudah bangun tidur dan sesudah melakukan kegiatan yang lain.
- Tangan terlihat kotor.

6 LANGKAH CUCI TANGAN



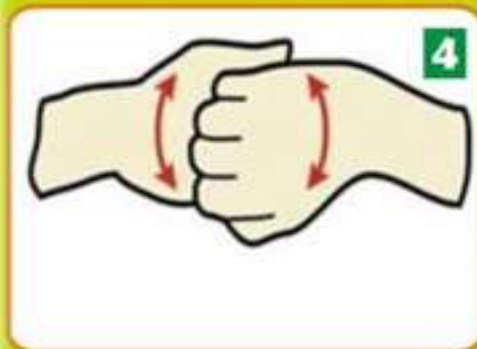
Ratakan dengan kedua telapak tangan



Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya



Gosok kedua telapak dan sela-sela jari



Punggung jari tangan kanan digosokkan pada telapak tangan kiri dengan jari sisi dalam kedua tangan saling mengunci



Ibu jari tangan kiri digosok berputar dalam genggaman tangan kanan dan sebaliknya



Gosok berputar ujung jari jari tangan kanan ditelapak tangan kiri dan sebaliknya

SATUAN ACARA PENYULUHAN

VULVA HYGIENE



Disusun Oleh :

SANTI NURANI

KHG.A 18038

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

2021

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

VULVA HYGIENE

Pokok Bahasan	: Personal hiegene
Sub Pokok Bahasan	: Vulva Hygiene
Sasaran	: Pasien Ny.E dan keluarga
Tempat	: Poned Puskesmas Sindang Ratu
Hari/Tanggal	: 11 maret 2021
Waktu	: 30 menit
Metode	: Ceramah dan praktek
Penyuluh	: Santi nurani

A. Latar Belakang

Alat reproduksi merupakan bagian yang penting dalam menunjang kehidupan di dunia ini, maka dari itu kita harus benar-benar menjaga kebersihannya, khususnya organ reproduksi seorang wanita yang habis melahirkan harus benar-benar dibersihkan, cara membersihkan organ kewanitaan yang baru melahirkan dinamakan vulva hygiene. Perawatan adalah proses pemenuhan kebutuhan dasar manusia (biologis, psikologis, sosial dan spiritual) dalam rentang sakit sampai dengan sehat (Aziz, 2004). vulva hygiene adalah membersihkan vulva dan daerah sekitarnya pada pasien wanita yang sedang nifas atau tidak dapat melakukannya sendiri. Perineum adalah daerah antara kedua belah paha yang dibatasi oleh vulva dan anus (Danis, 2000). Post Partum adalah selang waktu antara kelahiran placenta sampai dengan kembalinya organ genetik seperti pada waktu sebelum hamil (Mochtar, 2002).

Kebersihan vulva pada masa nifas harus dilakukan, karena pada masa nifas banyak darah dan kotoran yang keluar dari vagina. vagina merupakan daerah yang dekat dengan tempat buang air kecil maupun besar, dan merupakan organ

terbuka sehingga memudahkan kuman yang berada di daerah tersebut menjalar ke rahim.infeksi dapat terjadi karena ibu nifas kurang melakukan perawatan pasca persalinan.ibu biasanya takut untuk menyentuh luka luka yang ada di perineum sehingga memilih tidak membersihkannya, padahal dalam keadaan luka perineum rentan terhadap kuman dan bakteri sehingga mudah terjadi infeksi.(ali sungkar, 2007). Oleh karena itu kebersihan daerah vulva dan perineum pada masa nifas sangat penting untuk menghindari terjadinya infeksi.disamping itu kebersihan vulva dan perineum akan memberikan perasaan nyaman pada ibu nifas dan akan mencegah timbulnya iritasi.Berdasarkan hasil wawancara dan observasi, 75% ibu-ibu yang mengeluh karena tidak mengerti teknik perawatan vulva hygiene, serta ibu-ibu tidak mengetahui apa tanda bahaya jika tidak vulva hygiene secara teratur.Setelah dilakukan penyuluhan tentang vulva hygiene diharapkan ibu-ibu dapat mengetahui dan mengerti teknik perawatan vulva hygiene yang baik bagi dirinya sendiri pada masa nifas atau masa pulih kembali yang berlangsung selama 40 hari atau 6 minggu.

B. Tujuan

1. Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah dilakukan penyuluhan kesehatan mengenai *Vulva Hygiene* diharapkan pasien dan keluarga mengerti dan memahami tentang *Vulva Hygiene*.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan selama 30 menit diharapkan sasaran mampu :

- a. Menjelaskan pengertian dari Vulva Hygiene
- b. Menyebutkan dan menjelaskan tujuan Vulva hygiene
- c. Mengetahui Dampak jika tidak melakukan Vulva hygiene
- d. Mengulang kembali cara perawatan vulva di rumah

C. Materi Penyuluhan (terlampir)

1. Pengertian Vulva Hygiene
2. Tujuan Personal Hygiene
3. Dampak jika tidak melakukan Vulva Hygiene
4. Penyakit yang ditimbulkan

5. Dampak Dari Perawatan Luka Perinium
6. Langkah-langkah perawatan vulva hygiene
7. Waktu Perawatan

D. Metode

1. Ceramah
2. Tanya Jawab

E. Media : Leaflet

F. Kegiatan Penyuluhan

No	Kegiatan mahasiswa	Waktu	Kegiatan peserta
1	Pendahuluan a. Memberi salam b. Memperkenalkan diri c. Mengkomunikasikan tujuan	5 menit	a. Menjawab salam b. Bertanya
2	Kegiatan Inti a. Memberikan penjelasan tentang materi penyuluhan b. Memberikan kesempatan sasaran untuk bertanya c. Menjawab pertanyaan Sasaran	20 menit	a. Menyima b. Bertanya c. Memperhatikan
3	Penutup a. Menyimpulkan materi penyuluhan bersama sasaran b. Memberikan evaluasi secara lisan c. Memberikan salam penutup	5 menit	a. Memperhatikan b. Menjawab salam

G. Evaluasi

1. Prosedur : Akhir penyuluhan
2. Waktu : 5 menit
3. Bentuk soal : Tanya jawab
4. Jumlah soal : 3 soal
5. Jenis soal :
 - a. Apakah yang dimaksud dengan Vulva Hygiene ?
 - b. Tujuan Vulva Hygiene ?
 - c. Penyakit Yang ditimbulkan ?
6. Jawaban soal
 - a. Vulva hygiene adalah membersihkan alat genitalia atau vulva dan daerah sekitarnya pada pasien wanita yang sedang masa nifas atau pasien tidak bisa melakukan sendiri. Setelah ibu mampu mandi sendiri (idealnya, dua kali sehari), biasanya daerah *perineum* dicuci sendiri dengan menggunakan air dalam botol atau wadah lain yang disediakan khusus untuk keperluan tersebut. (Mochtar, 2002)
 - b. Tujuan Vulva Hygiene
 1. Menjaga kebersihan daerah kemaluan.
 2. Mengurangi nyeri dan meningkatkan rasa nyaman pada ibu.
 3. Mencegah infeksi dari masuknya mikroorganisme ke dalam kulit dan membran mukosa.
 4. Mencegah bertambahnya kerusakan jaringan.
 5. Mempercepat penyembuhan dan mencegah perdarahan.
 6. Membersihkan luka dari benda asing atau debris.
 7. Drainase untuk memudahkan pengeluaran eksudat

c. Penyakit yang ditimbulkan

1. Vulvitis (inflamasi vulva)
2. Kandidiasis
3. Vaginitis
4. Vaginosis bakterialis

A. Pengertian Personal Hygiene

Perawatan Vulva (Vulva Hygiene) adalah upaya memberikan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman dengan cara menyehatkan daerah antara kedua paha yang dibatasi antara lubang dubur dan bagian alat kelamin luar

pada wanita yang habis melahirkan agar terhindar dari infeksi.

Vulva hygiene adalah membersihkan vulva dan daerah sekitarnya pada wanita yang sedang nifas / tidak dapat melakukan sendiri . Pasien yang harus istirahat di tempat tidur (misalnya, karena *hipertensi*, pemberian infus, *section caesarea*) harus dimandikan setiap hari dengan pencucian daerah *perineum* yang dilakukan dua kali sehari dan pada waktu sesudah selesai membuang hajat. Meskipun ibu yang akan bersalin biasanya masih muda dan sehat, daerah yang tertekan tetap memerlukan perhatian serta perawatan protektif (Tim Depkes)

Vulva hygiene adalah membersihkan alat genitalia atau vulva dan daerah sekitarnya pada pasien wanita yang sedang masa nifas atau pasien tidak bisa melakukan sendiri. Setelah ibu mampu mandi sendiri (idealnya, dua kali sehari), biasanya daerah *perineum* dicuci sendiri dengan menggunakan air dalam botol atau wadah lain yang disediakan khusus untuk

keperluan tersebut. (Mochtar, 2002)

Vulva hygiene adalah tindakan keperawatan pada alat kelamin perempuan, yaitu perawatan diri pada organ eksterna yang terdiri atas mons veneris, terletak didepan simpisis pubis, labia mayora yang merupakan dua lipatan besar yang membentuk vulva, labia minora,

dua lipatan kecil di antara atas labia mayora, klitoris, sebuah jaringan eriktil yang serupa dengan penis laki-laki, kemudian juga bagian yang terkait di sekitarnya seperti uretra, vagina, perineum, dan anus. (Danis, 2000)

B. Tujuan Perawatan

1. Menjaga kebersihan daerah kemaluan.
2. Mengurangi nyeri dan meningkatkan rasa nyaman pada ibu.
3. Mencegah infeksi dari masuknya mikroorganisme ke dalam kulit dan membran mukosa.
4. Mencegah bertambahnya kerusakan jaringan.
5. Mempercepat penyembuhan dan mencegah perdarahan.
6. Membersihkan luka dari benda asing atau debris.
7. Drainase untuk memudahkan pengeluaran eksudat.

C. Masalah yang timbul jika tidak dilakukan vulva hygiene seperti :

1. Gatal-gatal pada vagina
2. Vagina terasa panas
3. Timbul jamur (kandidiasi)
4. Keluaran cairan pada vagina
5. Vagina berbau
6. Nyeri
7. Perasaan tidak nyaman

D. Penyakit yang ditimbulkan

1. Vulvitis (inflamasi vulva)
2. Kandididiasi
3. Vaginitis
4. Vaginosis bakterialis

E. Dampak Dari Perawatan Luka Perinium

Perawatan perineum yang dilakukan dengan baik dapat menghindarkan hal

berikut ini :

- a. Infeksi

Kondisi perineum yang terkena lokia dan lembab akan sangat menunjang berkembangbiakan bakteri yang dapat menyebabkan timbulnya infeksi pada perineum.

b. Komplikasi

Munculnya infeksi pada perineum dapat merambat pada saluran kandung kemih ataupun pada jalan lahir yang dapat berakibat pada munculnya komplikasi infeksi kandung kemih maupun infeksi pada jalan lahir.

c. Kematian ibu post partum

Penanganan komplikasi yang lambat dapat menyebabkan terjadinya kematian pada ibu post partum mengingat kondisi fisik ibu post partum masih lemah (Suwiyoga, 2004).

F. Langkah-langkah perawatan vulva hygiene

Siapkan alat- alat seperti : kapas, alas, handuk besar 2 buah, air hangat dan dingin dalam baskom, botol cebok berisi larutan desinfektan sesuai dengan kebutuhan, betadin dan kasa, bengkok.

1. Siapkan air steril (air yang sudah direbus) dan gunakan sabun pembersih, bersihkan vulva dari depan ke belakang / dari daerah vulva bagian atas kedaerah vulva bagian bawah sampai dengan anus sampai bersih
2. Keringkan vulva dengan tisu
3. Jika ada luka episiotomy, berikan betadine dengan menggunakan kassa yang dicelupkan ke betadine
4. Cuci tangan
5. Alat-alat dirapihkan

G. Waktu Perawatan

Menurut Feerer (2001), waktu perawatan perineum adalah :

1. Saat mandi

Pada saat mandi, ibu post partum pasti melepas pembalut, setelah terbuka maka ada kemungkinan terjadi kontaminasi bakteri pada cairan yang tertampung pada pembalut, untuk itu maka perlu dilakukan penggantian pembalut, demikian pula pada perineum ibu, untuk itu diperlukan pembersihan perineum.

2. Setelah buang air kecil

Pada saat buang air kecil, pada saat buang air kecil kemungkinan besar terjadi kontaminasi air seni padarektum akibatnya dapat memicu pertumbuhan bakteri pada perineum untuk itu diperlukan pembersihan perineum.

3. Setelah buang air besar.

Pada saat buang air besar, diperlukan pembersihan sisa-sisa kotoran disekitar anus, untuk mencegah terjadinya kontaminasi bakteri dari anus ke perineum yang letaknya bersebelahan maka diperlukan proses pembersihan anus dan perineum secara keseluruhan

DAFTAR PUSTAKA

- Mochtar.2002.Asuhan Kebidanan . Jakarta: Prima Medika
- Danis. 2000. Asuhan Keperawatan Maternitas. Jakarta: EGC

VULVA HYGIENE



SANTI NURANI

KHG.A 18038



**STIKes KARSA
HUSADA
GARUT**

Pengertian

Perawatan Vulva (Vulva Hygiene) adalah upaya memberikan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman dengan cara menyehatkan daerah antara kedua paha yang dibatasi antara lubang dubur dan bagian alat kelamin luar

Tujuan

1. Menjaga kebersihan daerah kemaluan.
2. Mengurangi nyeri dan meningkatkan rasa nyaman pada ibu.
3. Mencegah infeksi dari masuknya mikroorganisme ke dalam kulit dan membran mukosa.
4. Mencegah bertambahnya kerusakan jaringan.
5. Mempercepat penyembuhan dan mencegah perdarahan.
6. Membersihkan luka dari benda asing atau debris.
7. Drainase untuk memudahkan pengeluaran eksudat.

Masalah yang timbul jika tidak dilakukan vulva hygiene

- a. Gatal-gatal pada vagina
- b. Vagina terasa panas
- c. Timbul jamur (kandidiasi)
- d. Keluaran cairan pada vagina
- e. Vagina berbau
- f. Nyeri
- g. Perasaan tidak nyaman

Penyakit yang ditimbulkan

- a. Vulvitis (inflamasi vulva)
- b. Kandididiasi
- c. Vaginitis
- d. Vaginosis bakterialis

LEMBAR BIMBINGAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.E P1 A0 POST PARTUM SPONTAN DENGAN EPISIOTOMY
HARI KE 2 DI POKDOR PUSKESMAS SINDANG RATU KABUPATEN GARUT TAHUN 2021**

NAMA : Santi nurani

NIM : KHGA 18038

NO	TANGGAL	MATERI	SARAN PEMBIMBING	PARAF MAHASISWA	PARAF PEMBIMBING
1.	8 juni 2021	BAB 1	7. Nanti sertakan cover ya 8. Susun dengan cara deduktif dari umum ke khusus 9. Di latar belakang kamu belum nampak alasan pengambilan judul 10. Kamu buat kerangka pikir dulu biar runut pokok ikir antar paragrafnya	Santi Nurani	
2.	12 juni 2021	BAB 1	11. Didalam judul ganti post partum normal menjadi post partum spontan 12. Data supaya dihapus menjadi data penyebab AKI 13. Keterkaitan paragraf supaya diperhatikan	Santi Nurani	
3.	14 juni 2021	BAB 1	h. Sertakan sumber referensi di setiap paragraph i. Sertakan komplikasi episiotomy di latar belakang	Santi Nurani	

4.	16 juni 2021	BAB 1	6. Sertakan komplikasi pada episiotomy	Santi Nurani	
5.	19 juni 2021	BAB II	5. Untuk awal pembahasannya diganti 6. Semua tentang episiotomy dari definisi, jenis-jenis episiotomy, pathway, penatalaksanaan, manifestasi klinis, baru ke post partum 7. Tambahin adaptasi fisiologi 8. Dari pengkajian bab 2 keluhan utama harus sama seperti askep 9. Pemfis : auskultasi, palpasi, inspeksi 10. Tambahin pathway disemua teori	Santi Nurani	
6.	22 juni 2021	BAB II	• Langsung aja adaptasi fisiologi postpartum dan adaptasi psikologi postpartum • Dikasih judul pathway : Bagan 2.1 pathway postpartum dengan episiotomi • Nggak usah dipisah data objektif sama subjektif • Cantumkan riwayat kesehatan dengan PQRST • Pemeriksaan fisik head to toe • Tambahkan jenis evaluasi yang formatif dan sumatif • Pasien episiotomi jangan sampai sepsis apalagi sampai shock	Santi Nurani	

7.	24 juni 2021	BAB II	• Sumber jangan kurang dari tahun 2011 • Penempatan pathway sebelum dampak kebutuhan manusia • Dalam pengkajian identitas jangan panjang lebar dijelaskan ,langsung ke inti identitas dan identitas penanggung jawab • Pemeriksaan head to toe di bagian dari wajah: rambut,kulit ,palpasi,auskultasi,inspeksi,dll. Leher:...,dada:.....,Abdomen:....genetalia:.....,ekstremitas :..... • Biasa aja kaya pempis head to toe biasa yang lengkap. Dan bagian muka masukin kloasma karna ibu melahirkan • Perencanaan jangan pake nic noc .biasa aja tujuan perencanaan rasional(diganti)	Santi Nurani	
8.	29 juni 2021	BAB II	• Format perencanaan di ganti • Format untuk perencanaan dirubah • Pemeriksaan fisik dibenarkan dulu • Bising usus nya berapa	Santi Nurani	
9.	1 Juli 2021		• Ditambah tanda kehamilan • Rubah etiologi • Pemfis nya paragrafin • Rubah kata kata pengkjian diagnosa ke 1 dan 3 • Tambah dampak psikologi, spiritual • Acc BAB II lanjut BAB III	Santi nurani	

10.	2 juli 2021		• Perbaiki penomoran pemfis • Rubah prospek jadi lanscap • Pembahasan dx ke 3 tambah teori • Rubah tabel semua perencanaan • Masih salah penomoran pemfis • dalam pembahasan jelaskan keseluruhan diagnosa • Setiap tabel harus di kotak-kotakin • Revisi bab 3 sambil lanjut bab 4	Santi nurani	
-----	-------------	--	--	--------------	---

Daftar Riwayat Hidup

Identitas

Nama : Santi Nurani
Jenis kelamin : Perempuan
Tempat, tanggal lahir : Garut, 29 Oktober 1999
Agama : Islam
Alamat : Kp Cihaurkuning Rt 03 Rw 09 Desa Indralayang Kec
Caringin kab garut

Pendidikan

- SDN Indralayang 03 : Tahun 2006-2012
- SMP IT Al-falah : Tahun 2012-2014
- SMA IT Al-falah : Tahun 2014-2018
- STIKes Karsa Husada Garut : Program Studi D III Keperawatan
(tahun 2018-2021)