

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M P1A0 POST PARTUM SPONTAN
HARI KE-1 DENGAN EPISIOTOMI DI RUANG PONED
PUSKESMAS SINDANGRATU GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Program
Diploma III Keperawatan
Di STIKes Karsa Husada Garut

Disusun oleh :

**RISKA ERAWAN
NIM : KHG.A. 18118**



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

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M P₁A₀ POST
PARTUM SPONTAN HARI KE-1 DENGAN EPISIOTOMI
DI RUANG PONED PUSKESMAS SINDANGGRATU GARUT**

NAMA : RISK A ERAWAN

NIM : KHG.A.18118

Garut, Juli 2021

Menyetujui,

Pembimbing

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

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D P₁A₀ POST
PARTUM SPONTAN HARI KE-1 DENGAN EPISIOTOMI
DI RUANG PONED PUSKESMAS SINDANGRATU GARUT**

NAMA : RISK A ERAWAN

NIM : KHG.A.18118

KTI ini telah disidangkan dihadapan penguji dan telah dilakukan perbaikan

Garut, Juli 2021
Menyetujui

Penguji I

Penguji II

K.Dewi Budiarti, M.Kep., M.Pd

Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si

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

Mengesahkan,
Pembimbing

K.Dewi Budiarti, M.Kep., M.Pd

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

ABSTRAK

IV BAB, 116 halaman, 17 Tabel, 6 Lampiran

Karya tulis ini berjudul “Asuhan keperawatan pada Ny. M P1A0 post partum spontan hari ke-1 dengan episiotomi di ruang poned puskesmas sindangratu Garut” khususnya jumlah kasus AKI dan AKB menurut (Dinas Kesehatan Garut, 2020) tersebut disebabkan banyak faktor, yakni seperti terlambatnya penanganan pihak keluarga, pendarahan yang terjadi setelah melahirkan atau kenaikan tekanan darah yang secara tiba-tiba (Preeklamsia), selain itu penyakit lainnya seperti TBC, Hepatitis, Jantung dan infeksi organ dalam, sehingga untuk mencegah terjadinya hal tersebut memerlukan penanganan tindakan keperawatan yang tepat. Tujuan dari pembuatan karya tulis ilmiah ini adalah untuk meningkatkan kemampuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan pada klien post partum spontan. Metode yang digunakan adalah metode deskriptif yang berbentuk studi kasus dengan teknik pengumpulan data berupa wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi, studi kepustakaan dan partisipasi aktif. Post partum adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa post partum berlangsung selama kira-kira 6 minggu, adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. M sebagai berikut : nyeri akut, ketidakcukupan pemberian ASI, resiko infeksi. Adapun intervensi dan implementasi dalam post partum yaitu mengobservasi TTV, mengobservasi skala nyeri, mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi, berkolaborasi dalam pemberian obat analgetik sesuai indikasi, melakukan pendidikan kesehatan tentang pijat oksitosin, mengobservasi tanda-tanda infeksi, memberi makanan TKTP, melakukan perawatan luka, berkolaborasi dalam pemberian pemberian antibiotik. Hasil evaluasi terdapat 1 masalah teratasi dan 2 masalah teratasi sebagian. Adapun kesimpulan dari karya tulis ini adalah penulis mampu melakukan pengkajian, menegakkan diagnosa, menentukan rencana, melakukan tindakan keperawatan, melakukan evaluasi serta mendokumentasikan asuhan keperawatan.

Kata kunci : post partum spontan

Daftar pustaka : 11 buah (2010-2019)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis haturkan ke Hadirat Tuhan yang Maha Esa karena atas Rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Ny. M Post Partum Spontan Hari KE-1 Dengan Episiotomi Di Ruang Poned Puskesmas Sindangratu Garut”** tepat pada waktu.

Karya tulis ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Program Studi DIII Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Dalam penyusunan karya tulis ini penyusun banyak bantuan bimbingan serta pengarahan dari berbagai pihak baik moril maupun materil. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis mengucapkan banyak berterima kasih kepada :

1. Bapak Dr.H. Hidayat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. D. Saefudin, S.Sos., M.M.Kes., selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Ibu Eva Daniati., S.Kep., M.Pd selaku pembimbing dalam penyusunan karya tulis ini.
6. Kepada staf Dosen STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan dukungan dan bantuan kepada penulis dalam pembuatan karya tulis ini dan mendidik penulis selama 3 tahun.
7. Kepada ruangan dan staf ruangan poned Puskesmas Sindangratu Garut yang telah memberikan kesempatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

8. Keluarga Ny. M atas kesediannya bekerjasama dengan penulis dalam melakukan asuhan keperawatan.
9. Kedua orang tua Bapak Apun Sugandi dan Ibu Amah Halimah yang tercinta sebagai motivator terbesar dalam hidup yang telah membesarkan, mendidik, merawat, dan memberikan do'a restu, dukungan, perhatian, pengertian, kasih sayang serta pengorbanan yang tak ternilai harganya, hingga penulis dapat menyelesaikan studi ini.
10. Seluruh keluarga besar tercinta yang telah memberikan dukugan dan motivasi selama pendidikan di STIKes Karsa Husada Garut.
11. Rekan-rekan seperjuangan prodi DIII Keperawatan STIKes Krsa Husada Garut angkatan 25 terutama kelas C, yang telah memberikan banyak motivasi dan kenangan yang akan selalu terukir dihati.
12. Sahabat Ukhty-ukhty ku, Sinta Anggraeni, Rifa Rifiani, Sisca Siti Kulsum, Evi Yulistia, Mila Komalasari, Lia Amalia, Zahra Vega, Emalia Widia astuti, Ai Hopi, Elsa N dan sahabatku yang lainnya yang telah bersama – sama berjuang sampai sejauh ini.
13. Serta orang terkasih Ryan Muhammad yang telah menemani, mensupport serta memberikan dukungan selama ini sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Semoga amal baik dari berbagai pihak mendapatkan balasan yang berlipat dari Allah SWT. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini bisa membantu wawasan dan bermanfaat khususnya bagi penulis dan umumnya bagi dunia pendidikan

Garut, Juli 2021

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

LEMBAR PENGESAHAN

ABSTRAK

KATA PENGANTAR.....

DAFTAR ISI..... iv

DAFTAR TABEL..... vi

DAFTAR LAMPIRAN vii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang 1

B. Tujuan Penulisan..... 2

C. Metode Telaahan..... 4

D. Sistematika Penulisan..... 5

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Teori..... 7

1. Post Partum..... 7

a. Definisi 7

b. Tahapan Masa Post Partum 8

c. Kebutuhan Masa Post Partum berdasarkan KDM..... 8

d. Perubahan Fisiologis Masa Post Partum	1
e. Proses adaptasi psikologis ibu masa nifas	1
f. Patofisiologi.....	1
g. Komplikasi.....	1
2. Episiotomi.....	1
a. Definisi	1
b. Etiologi	1
c. Jenis-jenis Episiotomi.....	1
d. Indikasi Episiotomi.....	1
e. Komplikasi Episiotomi	2
f. Skala REEDA (<i>Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge, and</i> <i>Approximation</i>)	2
B. Pendekatan Proses Keperawatan.....	2
1. Pengkajian	2
2. Diagnosa Keperawatan	3
3. Perencanaan.....	3
4. Implementasi	4
5. Evaluasi	4
 BAB III TINJAUAN KASUS	
A. Tinjauan kasus.....	4
1. Pengkajian	4
2. Analisa Data	5

3. Diagnosa keperawatan.....	55
4. Proses Keperawatan.....	56
5. Catatan perkembangan	64
B. Tinjauan kasus.....	66
1. Pengkajian	66
2. Diagnosa Keperawatan.....	70
3. Perencanaan.....	72
4. Pelaksanaan	73
5. Evaluasi	73

BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan	77
B. Rekomendasi.....	78

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 perubahan uterus	1
Tabel 2.2 skoring davidson 1974	2
Tabel 2.3 analisa data	3
Tabel 2.4 intervensi keperawatan nyeri	3
Tabel 2.5 intervensi keperawatan konstipasi	3
Tabel 2.6 intervensi keperawatan ketidakcukupan pemberian	3
Tabel 2.7 intervensi keperawatan gangguan pola tidur.....	3
Tabel 2.8 intervensi keperawatan kurang pengetahuan	3
Tabel 2.9 intervensi keperawatan resiko infeksi	4
Tabel 2.10 intervensi keperawatan hambatan mobilitas fisik	4
Tabel 3.1 skala kekuatan otot.....	5
Tabel 3.2 pola aktivitas sehari-hari	5
Tabel 3.3 pemeriksaan penunjang.....	5
Tabel 3.4 therapy.....	5
Tabel 3.5 analisa data	5
Tabel 3.6 prospek.....	5
Tabel 3.7 catatan perkembangan.....	6

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Satuan Acara Penyuluhan Tentang Pijat Oksitosin
- Lampiran 2 : Leaflet Pijat Oksitosin
- Lampiran 3 : Lembar Bimbingan
- Lampiran 4 : Daftar Riwayat Hidup Penulis

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) atau *Maternal Mortality Rate* (MMR) menggambarkan besarnya resiko kematian ibu pada fase kehamilan, persalinan dan masa nifas di antara 100.000 kelahiran hidup dalam satu wilayah pada kurun waktu tertentu. Menurut data *World Health Organization* (WHO) menyatakan secara global sekitar 830 wanita meninggal setiap harinya karena komplikasi selama kehamilan, persalinan atau kelahiran terjadi di negaranegara berkembang rasio AKI masih di rasa cukup tinggi sebagaimana ditargetkan menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. (WHO, 2017).

Berdasarkan data profil Kesehatan AKI di provinsi Jawa Barat pada tahun 2017 kematian ibu maternal yang dilaporkan sebanyak 696 orang (76.03/100.00 KH), jumlah ini mengalami penurunan pada tahun 2016, kematian ibu sebanyak 799, jumlah kematian ibu dengan proporsi kematian pada ibu hamil 183 orang (19,9/100.00 KH), pada ibu bersalin 224 orang (24,47/100.00 KH), dan pada ibu nifas 289 orang (31,57/100.00 KH). (Dinas Kesehatan 2017).

Angka Kematian Ibu sangat tinggi, sekitar 295.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan atau persalinan selama tahun 2017. Mayoritas besar dari kematian ini sebesar 94% terjadi di lingkungan dengan sumber daya yang rendah dan sebagian besar bisa dicegah (WHO, 2019). Menurut Kementerian Kesehatan RI tahun 2015, tiga faktor kematian ibu melahirkan adalah perdarahan 28%, eklampsia 24%, dan infeksi 11%.

Menurut Riset Kesehatan Dasar 2018, pelayanan persalinan normal atau pasca partum di fasilitas kesehatan tahun 2018 di Indonesia mencapai 83,39% dan pada tahun 2018 pelayanan KF (Kunjungan Nifas) lengkap pada perempuan 10-54 di Jawa Barat sekitar 50,45%. Komplikasi persalinan yang terjadi sebesar 24,56%, diantaranya: akibat posisi janin melintang/sungsang (3,57%), perdarahan (2,85%), Kejang (0,17), Ketuban pecah dini (6,31%),

partus lama (4,08%), Lilitan tali pusat (3,35%), Placenta previa (0,84%), Placenta tertinggal (0,96%), hipertensi (3,09), lainnya (4,63).

Angka Kematian Ibu (AKI) termasuk indikator terpenting dari derajat kesehatan masyarakat. AKI menggambarkan jumlah wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganan (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidental) selama kehamilan, melahirkan dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Ibu (AKI) yang diakibatkan oleh kehamilan persalinan dan nifas meningkat cukup tajam dari 748 kasus ditahun 2016 menjadi 823 kasus di tahun 2017 (Dinkes Jabar, 2017).

Menurut Dinas Kesehatan Kabupaten Garut, Angka Kematian Ibu (AKI) di Kabupaten Garut mengalami kenaikan ditahun 2016 sejumlah 74 kasus kematian, turun pada 2017 menjadi 51 kasus kematian dan mengalami penaikan lagi di tahun 2018 yaitu 55 kasus kematian. Pada tahun 2018 di kabupaten Garut, terdapat 58237 kelahiran dan berdasarkan data di Puskesmas Sindangratu pada tahun 2020 terdapat 85 kelahiran dengan keterangan dibantu oleh bidan sebesar 71,7% dan dirujuk ke RS 28,3%.

Berdasarkan latar belakang tersebut, saya merasa tertarik untuk membuat studi kasus dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M P1A0 POST PARTUM SPONTAN HARI KE-1 DENGAN EFISIOTOMI DI RUANG PONED PUSKESMAS SINDANGRATU KABUPATEN GARUT”**

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu melakukan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biologis, psikologis, social, dan spiritual, dengan pendekatan proses keperawatan pada pasien Post Partum Spontan Hari ke-1 Dengan Efisiotomi Di Ruang Poned Puskesmas Sindangratu Garut.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. M P1A0 Post Partum Spontan Hari ke-1 Dengan Episiotomi Di Puskesmas Sindangratu Garut.
- b. Penulis mampu merumuskan diagnose keperawatan pada Ny. M P1A0 Post Partum Spontan Hari Ke-1 Dengan Episiotomi Di Ruang Poned Sindangratu Garut.
- c. Penulis mampu menyusun intervensi keperawatan Ny. M P1A0 Post Spontan Hari ke-1 Dengan Episiotomi Di Ruang Poned Sindangratu Garut.
- d. Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan pada Ny. M P1A0 Post Partum Spontan Hari ke-1 Dengan Episiotomi Di Ruang Poned Sindangratu Garut.
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. M P1A0 Post Partum Spontan Hari ke-1 Dengan Episiotomi Di Ruang Poned Sindangratu Garut.
- f. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. M P1A0 Post Partum Spontan Hari ke-1 Dengan Episiotomi Di Ruang Poned Sindangratu Garut.

C. Metode Telaahan

Metode yang digunakan dalam penyusunan karya tulis ini adalah metode deskriptif yang berbentuk study kasus dengan menggunakan proses keperawatan. Adapun teknik yang digunakan dalam pengumpulan data yaitu dengan cara :

1. Wawancara

Wawancara yaitu pengambilan data dengan cara berkomunikasi langsung dengan klien, keluarga, perawat dan tim kesehatan lainnya untuk mendapatkan data yang diperlukan mengenai identitas, riwayat kesehatan, data psikologi, social dan spiritual serta data penunjang lainnya yang berhubungan dengan post partum spontan.

2. Observasi

Metode pengumpulan data melalui pengamatan atau observasi secara langsung pada klien post partum spontan.

3. Pemeriksaan fisik

Teknik ini dilakukan dengan cara langsung melaksanakan pemeriksaan untuk memperoleh data objektif dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

4. Study Dokumen

Mempelajari data-data klien dari catatan medis dan catatan yang berhubungan dengan masalah klien.

5. Study kepustakaan

Dilakukan dengan cara membaca dan mempelajari buku-buku perpustakaan dengan referensi dari internet mengenai konsep-konsep yang berhubungan dengan kasus post partum spontan.

6. Partisipasi aktif

Melakukan kerjasama dengan klien, keluarga dan perawat ruangan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien.

D. Sistematik Penulisan

Dalam penyusunan karya tulis ini, saya menggunakan sistematik penulisan sebagai berikut :

BAB 1 : PENDAHULUAN

Meliputi latar belakang masalah, tujuan umum dan khusus, metode telaahan dan sistematika penulisan.

BAB II : TINJAUAN TEORITIS

Menguraikan tentang tinjauan yang berisi tentang teori-teori yang relevan dengan judul meliputi pengertian post partum, tahapan masa post partum, kebutuhan post partum terhadap KDM, perubahan fisiologis masa post partum, patofisiologi, komplikasi post partum, definisi episiotomi, etiologic, jenis-jenis episiotomi indikasi, komplikasi, skala REEDA, pendekatan proses keperawatan, pengkajian, analisa data, diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan catatan perkembangan.

BAB III : TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

Bagian pertama merupakan tinjauan kasus yang terdiri dari pengkajian, analisa data, diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan catatan perkembangan.

BAB IV : KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Berisi kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan serta rekomendasi yang operasional terhadap masalah yang ditemukan.

LAMPIRAN-LAMPIRAN**DAFTAR****PUSTAKA**

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar

1. Post Partum

a. Definisi

Proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin. Masa nifas atau puerperium adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu (Nugroho, 2011).

Periode pascapartum (puerperium) adalah masa 6 minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil (Aspiani, 2017).

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

b. Tahap masa post partum

1) *Immediate post partum* (setelah plasenta lahir - 24 jam)

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

2) *Early post partum* (24 jam – 1 minggu)

Harus dipastikan involusi uteri normal, tidak ada pendarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapat makanan dari cairan serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) *Late post partum* (1 minggu – 6 minggu)

Tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling/pendidikan kesehatan keluarga berencana (KB). (Wahyuningsih, dkk, 2019).

c. Kebutuhan masa post partum berdasarkan KDM

1) Nutrisi dan cairan

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

- a) Konsumsi tambahan kalori 500 kalori tiap hari.
- b) Diet berimbang, protein, mineral dan vitamin.
- c) Minum sedikitnya 2 liter tiap hari ($\pm$ 8 gelas).
- d) Fe/tablet tambahan darah sampai 40 hari pasca persalinan.
- e) Kapsul vit A 200.000 unit.

2) Ambulasi

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

Keuntungan ambulasi dini :

- a) Ibu merasa lebih sehat
- b) Fungsi usus dan kandung kemih lebih baik
- c) Memungkinkan kita mengerjakan ibu untuk merawat bayinya
- d) Tidak ada pengaruh buruk terhadap proses pasca persalinan, tidak memengaruhi penyembuhan luka, tidak menyebabkan

perdarahan, tidak memperbesarkan kemungkinan prolapses atau retrotexto uteri.

3) Eliminasi

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

- a) Otot-otot perut masih lemah
- b) Edema dan uretra
- c) Dinding kandung kemih kurang sensitif
- d) Ibu post partum diharapkan bisa defekasi atau buang air besar setelah lahir kedua post partum, jika hari ketiga belum defekasi bisa di beri obat pelancar oral atau rektal.

4) Kebersihan diri

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

- a) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh terutama pada perineum.
- b) Mengajarkan ibu cara membersihkan alat kelamin dengan sabun dan air dari depan ke belakang.
- c) Sarankan ibu mengganti pembalut 2 kali sehari.
- d) Membersihkan tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan alat kelamin.
- e) Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi/luka jahit pada alat kelamin, menyarankan untuk tidak menyentuh daerah tersebut.

5) Istirahat dan tidur

Menganjurkan ibu istirahat cukup dan dapat melakukan kegiatan rumah tangga secara bertahap, kurang istirahat dapat mengurangi produksi ASI, memperlambat proses involusi dan depresi pasca persalinan, selama masa post partum, alat-alat interna dan eksternal berangsur-angsur kembali ke keadaan sebelum hamil (involusi). (Wahyuningsih, dkk, 2019).

d. Perubahan fisiologis masa post partum

Perubahan fisiologis pada masa pasca partum yang terjadi sangat jelas, walaupun dianggap normal, dimana proses-proses pada kehamilan berjalan terbaik. Banyak faktor, termasuk tingkat tinggi, kenyamanan dan perawatan.

1) Uterus

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

Tabel 2.1

Perubahan Uterus

Waktu	TFU	Berat Uterus
Bayi Lahir	Setinggi Pusat	1000 gr
1 Minggu	Pertengahan pusat dan simfisis	500 gr
2 Minggu	Tidak teraba	350 gr
6 Minggu	Bertambah kecil	50 gr
8 Minggu	Normal	30 gr

2) Lochea

Yaitu cairan/ secret berasal dari kavumuteri dan vagina selama masa post partum berikut ini beberapa jenis lochea :

- a) Lochea rubra berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa selaput ketuban, desidua, verniks kaseosa, lonugo, meconium berlangsung 2 hari post partum.
- b) Lochea sanguilenta berwarna merah kuning berisi darah dan berlangsung 3-7 hari post partum.

- c) Lochea serosa bewarna kuning karena mengandung serum, jaringan desidua, leukosit dan eritrosit berlangsung 7-14 hari post partum.
- d) Lochea alba bewarna putih terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua berlangsung 14 hari – 2 minggu berikutnya.

3) Endometrium

Perubahan terjadi dengan timbulnya thrombosis, degenerasi dan nekrosis di tempat implementasi plasenta. Bekas implantasi plasenta karena kontraksi sehingga menonjol ke vakum uteri, hari 1 endometrium tebal 2,5 mm, endometrium akan rata setelah hari ke 3.

4) Serviks

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

5) Vagina dan perineum

Vagina secara berangsur-angsur luasnya berkurang tetapi jarang sekali kembali ke ukuran melipara, hymen tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil dan berubah menjadi mitiformis. Minggu ke 3 rugae vagina kembali. Perineum yang terdapat laserasi atau jahitan dan terdapat udem akan berangsur-angsur pulih sembuh 6-7 hari tanpa infeksi. Oleh karena itu vulva hygiene perlu dilakukan.

6) Mamae / payudara

Semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Ada 2 mekanisme : Produksi usus, sekresi usus atau *let down* .

Selama kehamilan jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya mempersiapkan makanan bagi bayi. Pada hari ketiga setelah melahirkan efek prolactin pada payudara melalui dirasakan, sel acini yang menghasilkan ASI mulai berfungsi,

ketika bayi menghisap puting, oksitosin merangsang *ensit let down* (mengalirkan) sehingga menyebabkan ejeksi ASI.

7) Sistem pencernaan

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

8) Sistem perkemihan

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

9) Sistem muskuloskeletal

Ligamen, fasia, diafragma pelvis merenggang saat kehamilan, berangsur-angsur mengecil seperti semula.

10) Sistem endokrin

Hormon-hormon yang berperan:

a) Oksitosin

Dikeluarkan dari kelenjar bawah otak bagian belakang dan bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara.

b) Pituitari

Hormon ini akan meningkat dengan cepat, pada wanita yang tidak menyusui, *Follicle Stimulating Hormon* (FSH) dan *Luteinizing Hormon* (LH) meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke-3.

c) Plasenta

Selama masa pascapartum akan terjadi perubahan hormon yang besar. Pengeluaran plasenta dapat menyebabkan

penurunan signifikan hormone yang diproduksi oleh plasenta (Febrianti & Aslina, 2019).

11) Perubahan tanda-tanda vital

- a) Suhu tubuh saat post partum dapat naik kurang lebih $0,5^{\circ}\text{C}$, setelah 2 jam post partum normal.
- b) Nadi dan pernafasan, nadi dapat bradikardi kalua takikardi waspada mungkin ada pendarahan, pernafasan akan sedikit meningkat setelah persalian lalu kembali normal.
- c) Tekanan darah kadang naik kalua kembali normal setelah beberapa hari asalkan tidak ada penyakit yang menyertai, BB turun rata-rata 4,5 kg.

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

13) Evaluasi tonus otot abdomen untuk mentukan diastasis (derajat pemishan otot rektus abdomen). Setiap wanita mempunyai 3 set otot abdominalis yaitu otot rectus abdominalis ablique, transverse, rectus abdominalis merupakan otot oaling luar yang bergerak dari atas kebawah. Otot ini terbagi 2 yang dinamakan rekti yang lebarnya kurang lebih 0,5 cm dan dihubungkan oleh jaringan fibrous (linea alba).

Pada saat hamil otot dan persendin menjadi relaks untuk persiapan melahirkan (linea alba menjadi sangat mudah mulur), ketika otot rektus abdomen makin terpisah dan linea alba makin mulur ke samping dan menjadi sangat tipis, pemisahan otot ini menjadi diastasis. (Wahyuningsih,dkk, 2019).

e. Proses adaptasi psikologis ibu masa nifas

Secara psikologis, setelah melahirkan seorang ibu akan merasakan gejala-gejala psikiaters, demikian juga pada masa menyusui. Meskipun demikian ada pula ibu yang tidak mengalami ini. Agar perubahan psikologis yang dialami ibu tidak berlebihan, ibu perlu mengetahui tentang hal yang lebih lanjut. Wanita banyak mengalami perubahan emosi selama masa nifas sementara ia menyesuaikan diri menjadi seorang ibu.

Adapun adaptasi secara psikologis diantaranya :

1) *Fase taking in*

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, focus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang di ceritakan. Kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Oleh karena itu kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik. Pada fase ini perlu diperhatikan pemberian ekstra makanan untuk proses pemulihannya. Disamping nafsu makan ibu memang meningkat.

2) *Fase taking hold*

Pase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase taking hold, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Selain itu perasaanya sangat sensitive sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang berhati-hati. Oleh karena itu ibu memerlukan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri.

3) *Fase letting go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini. (Wahyuningsih,dkk, 2019).

f. Patofisiologi

Dalam masa post partum atau masa nifas, alat-alat genetalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil perubahan-perubahan alat genetalia ini dalam keseluruhan disebut, “*involuti*”, disamping akan terjadi perubahan lain yakni memokonsentrasi dan timbulnya laktasi yang terakhir ini karena pengaruh hormone laktogen dari kelenjar hipofisis terhadap kelenjarkelenjar mammae.

Perubahan ini terjadi pada endometrium ialah timbulnya thrombosit, degenerasi, dan nekrosit di tempat implementasi plasenta pada hari pertama endometrium yang kira-kira setebal 2-5mm itu mempunyai permukaan yang kasar akibat pelapisan yang memakai waktu 2-3 minggu. (Wahyuningsih,dkk, 2019).

g. Komplikasi

- 1) Pembengkakan payudara
- 2) Maistitis (peradangan pada payudara)
- 3) Endometritis (peradangan pada endometrium)
- 4) Post partum blues
- 5) Infeksi puerpealis ditandai dengan pembengkakan, rasa nyeri, kemerahan, pada jaringan terinfeksi atau penularan cairan berbau dari jalan lahir selama persalinan atau sesudah persalinan. (Aspirin, 2017).

2. Episiotomi

a. Definisi

Episiotomi adalah insisi pada perineum untuk memperbesar muara vagina yang dilakukan tepat sebelum keluarnya kepala bayi. (Sulistiyawati, 2010).

Episiotomi adalah insisi pada perineum umum memudahkan persalinan dan untuk mencegah rupture perineum totalis, pada masa lalu dianjurkan untuk mencegah robekan berlebihan pada perineum, memberi tepi luka agar mudah dilakukan penjahitan mencegah penyulitan atau tahanan pada kepala dan infeksi. (Sulistiyawati, 2010).

Menurut para ahli di atas penulis menyimpulkan bahwa episiotomi adalah tindakan merobek pada jalan lahir atau memperbesar mulut vagina untuk memudahkan bayi lahir dengan tujuan mempermudah pemulihan luka, serta untuk memuahkan persalinan dan untuk mencegah rupture yang dilakukan tepat sebelum keluarnya kepala bayi. (Sulistiyawati, 2010).

b. Etiologi

Faktor penyebab luka jahitan perineum pada ibu nifas antara lain partus presiptasius yang tidak di kendalikan dan tidak di tolong, pasien tidak mampu mengejan, partus di selesaikan secara tergesa-gesa dengan dorongan fundus yang berlebih, edema dan kerapuhan perineum, arkus pubis sempit dengan pintu bawah pinggul yang sempit sehingga menekan kepala bayi kearah posterior dan perluasan episiotomi. Faktor penyebab janinnya antara lain bayi besar, posisi kepala yang abnormal, kelahiran boong, ekstraksi force yang sukar dan distosis bahu. (Sulistiyawati, 20110).

c. Jenis-jenis episiotomi

- 1) Episiotomi mediana merupakan insisi yang paling mudah diperbaiki, lebih sedikit pendarahan, penyembuhan lebih baik dan Jarang dispareuni. Episiotomi ini dapat menyebabkan ruptur totalis. Manfaat : secara dramatis lebih alamiah

menghindari pembuluh darah dan syaraf lebih mudah dijahit. Bahayanya jika meluas bisa memanjang melalui sfingter.

- 2) Episiotomi mediolateral merupakan jenis insisi yang paling banyak dilakukan karena lebih aman.

Manfaat : perluasan lebih kecil kemungkinan terjadi melalui sfingter.

Bahaya : penyembuhan terasa lebih sakit, lebih sulit di jahit, mungkin kehilangan darah lebih banyak.

- 3) Episiotomi lateral, tidak dianjurkan lagi karena hanya sedikit relaksasi introitus, pendarahan lebih banyak dan sukar direparasi. (Sulistiyawati, 2010).

d. Indikasi Episiotomi

Bayi besar, untuk melindungi kepala janin yang prematur dari perineum yang ketat sehingga tidak terjadi cedera dan pendarahan karena perineum kaku, terjadinya gawat janin atau persalinan yang harus diselesaikan dengan bantuan alat (ekstraksi cunam atau vacuum). (Sulistiyawati, 2010).

e. Komplika episiotomy

- 1) Pendarahan pada jalan lahir.
- 2) Infeksi bekas episiotomy.
- 3) Nyeri post partum.
- 4) Rasa nyeri setelah melahirkan lebih sering dirasakan pada pasien dengan episiotomy yang menyebabkan rasa sakit.
- 5) Nyeri pada saat menstruasi pada bekas episiotomy.
- 6) Gangguan dalam hubungan seksual (Sulistiyawati, 2010).

f. Proses Penyembuhan Luka Episiotomi Dengan Skala REEDA (*Redness, Edema, Ecchymosis, Disharge, and Approximation*)

Hal terpenting setelah penjahitan laserasi perineum adalah proses penyembuhan luka melalui pemeriksaan perineum pada masa post partum. Davidson pada tahun 1974 memperkenalkan

REEDA sebagai alat bantu untuk menilai penyembuhan luka perineum dengan system skor.

REEDA menggunakan kertas perekat dengan panjang 4cm yang ditandai 0,25cm setiap bagiannya. Saat ibu posisi miring, *paper tapes* ditegakkan terhadap garis lurus, terhadap garis perineum sehingga ukuran sentimeter dapat menandai luka.

Persalinan system REEDA meliputi:

- a) *Redness*, tampak kemerahan di daerah luka jahitan.
- b) *Edema*, adalah cairan pada jumlah besar yang abnormal di ruang jaringan intra seluler tubuh, menunjukkan jaringan yang nyata dalam jaringan subkutis, edema dapat terbatas yang disebabkan oleh obstruksi Vena atau saluran limfatik atau oleh peningkatan permeabilitas vaskuler.
- c) *Ecchymosis*, adalah bercak pendarahan yang lebih kecil dari petakie, pada kulit perineum membentuk bercak biru atau yang rata, bulat atau tidak beraturan.
- d) *Discharge*, adalah adanya ekskresi atau pengeluaran dari daerah yang luka.
- e) *Approximation*, adalah keretakan jahitan yang di jahit.

Tabel 2.2
Skoring Davidson 1974

Nilai	Redness (kemerahan)	Edema (pembengkakan)	Ecchymosis (bercak pendarahan)	Discharge (pengeluaran)	Approximation (penyatuan luka)
0	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tertutup

1	Kurang dari 0,2cm pada kedua sisi laserasi.	Pada perineum < 1cm dari laserasi	Kurang dari 0,25cm pada kedua sisi atau 0,25 pada satu sisi	Serum	Jarak kulit 3mm atau kurang
2	Kurang dari 0,5cm pada kedua sisi laserasi.	Pada perineum dan vulva antara 1-2cm dari laserasi	0,25 – 1cm pada kedua sisi atau 0,5 – 2cm pada satu sisi	Serosanguinus	Terdapat jarak antara kulit dan lemak subkutan
1	2	3	4	5	6
3	Lebih dari 0,5cm pada kedua sisi laserasi.	Pada perineum dan vulva > 2cm pada satu sisi	>1cm pada kedua sisi atau 2cm pada satu sisi	Berdarah perlent	Terdapat jarak antara kulit lemak subkutan dan fascia

Skoring skala REEDA

0 : penyembuhan luka baik

1-5 : penyembuhan luka kurang baik

>5 : Penyembuha luka buruk

B. Pendekatan proses keperawatan

Proses keperawatan adalah metode penyusunan pemberi asuhan keperawatan yang berpusat pada klien dan sistematis. Proses keperawatan melibatkan pengumpulan dan proses analisis data dalam mengidentifikasi kekuatan klien dan masalah kesehatan potensial atau aktual serta penyusunan dan peninjauan rencana intervensi keperawatan secara berkelanjutan guna untuk mencapai hasil yang disusun bersama. (Kozier Erb 2011).

Dibawah ini merupakan tahapan-tahapan proses keperawatan adalah :

1) Pengkajian

Pengkajian adalah pengumpulan, pengaturan, validasi dan dokumentasi data (informasi) yang sistematis dan berkesinambungan yang dilakukan pada semua fase proses keperawatan. Misalnya pada fase evaluasi pengkajian dilakukan untuk menentukan hasil strategis keperawatan dan mengevaluasi pencapaian tujuan. Semua fase proses keperawatan bergantung pada pengumpulan data yang akurat dan lengkap. (Kozier Erb 2011).

Langkah-langkah pengkajian menurut Aspiani (2017) sebagai berikut :

a) Identitas

Pada pasien post partum normal tanyakan kehamilan keberapa, apakah pernah mengalami operasi sebelumnya. Tanyakan nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan dan alamat.

b) Status kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan yang menonjol yang dirasakan paling menonjol oleh klien pada saat dikaji pada. klien post partum spontan dengan episiotomi biasanya terdapat keluhan nyeri pada luka jahitan di daerah Jalan lahir.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pada riwayat kesehatan sekarang yang perlu dikaji yaitu keadaan umum, letak dan ukuran dari luka operasi dan keluhan utama yang diuraikan dalam PQIRST yaitu :

P (*Paliatif atau provokatif*) : yang meringankan dan memberatkan nyeri

Q (*Qualitatif atau Quantitatif*) : seperti apa keluhan yang dirasakan apakah tumpul, tajam, atau nyeri terbakar.

R (*Regional*) : Dimana letak nyeri, apakah ada kesulitan untuk beraktivitas.

S (*Severity*) : intensitas dan nyeri, apakah ada kesulitan untuk beraktivitas.

T (*Time*) : kapan mulai terjadinya, berapa lama nyeri berlangsung, apakah hilang timbul atau konstan sifat dan nyerinya. (Nursalam, 2013).

3) Riwayat kesehatan dahulu

Penyakit dulu yang pernah dialami pasien yang dapat mempengaruhi penyakit sekarang dan dapat memperberat atau diperberat karena kehamilan misalnya, jantung, hipertensi, diabetes mellitus, infeksi kronik, pengguna obat-obatan, kebiasaan merokok, minum alkohol dan kopi. Apakah pasien memiliki riwayat alergi, imunisasi tetanus toxoid selama kehamilan, dan kecelakaan riwayat operasi.

4) Riwayat kesehatan keluarga

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

5) Riwayat Obstetri ginekologi

a) Riwayat ginekologi

(1) Riwayat menstruasi

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

(2) Status perkawinan

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

(3) Riwayat keluarga berencana

Jenis kontrasepsi yang digunakan sebelum hamil, waktu dan lainnya penggunaan, masalah yang dihadapi selama

pengguna, misalnya yang dihadapi selama pengguna. Jenis kontrasepsi yang direncanakan setelah melahirkan dan jumlah anak yang direncanakan.

b) Riwayat obsterti

(1) Riwayat kehamilan,

persalinan dan nifas yang meliputi : umur kehamilan, tanggal melahirkan, jenis persalinan, tempat persalinan, berat badan anak waktu lahir, masalah yang terjadi dan keadaan anak.

(2) Riwayat kehamilan sekarang

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

(3) Riwayat persalinan sekarang

Untuk mengetahui tanggal persalinan, jenis persalinan, lamanya persalinan, apakah terjadi pendarahan, banyaknya pendarahan, jenis kelamin bayi, berat badan bayi APGAR score keadaan masa nifas.

c) Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Pada umumnya tidak di jumpai penurunan kesadaran, kemungkinan klien bersikap diam, meringis, gelisah, karena rasa nyeri, serta penampilan lemah dan pucat.

2) Kesadaran

Kesadaran klien biasanya composmentis.

3) Tanda-tanda Vital

(a) Suhu tubuh

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,5 C. Sesudah post partum dapat naik kurang lebih 0,5°C dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 38°C. Sesudah dua jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. bila suhu >38 mungkin terjadi infeksi pada pasien.

(b) Nadi

Untuk mengetahui nadi pasien yang dihitung dalam menit, batas normal nadi berkisar 60-80x/ menit. Denyut nadi di atas 100x/ menit pada masa post partum adalah mengidentifikasikan adanya suatu infeksi, hal ini salah satunya bisa diakibatkan oleh proses persalinan atau kehilangan darah yang berlebihan.

(c) Tekanan darah

Mungkin sedikit meningkat karena upaya untuk persalinan dan tekanan. Tekanan darah yang menurun perlu diwaspadai kemungkinan adanya pendarahan post Partum.

(d) Respirasi

Untuk mengetahui frekuensi pernapasan pasien dihitung dalam 1 menit, batas normalnya 12-20x/ menit.

4) Kesadaran psikologis

Untuk mengetahui apakah keadaan psikologis stabil atau tidak biasanya terdapat *fase taking in*, *fase taking hold*, dan *fase taking go*, pada ibu nifas normal keadaan emosional stabil.

5) Pemeriksaan fisik *head to toe*

a) Kepala dan Wajah

(1) Mata

Keadaan mata baik atau tidak, konjungtiva anemis atau tidak, bentuk mata apakah simetris atau tidak, selain itu kemungkinan mata cekung, sklera merah, terdapat lingkaran hitam dapat disebabkan kurang tidur karena masih terdapat nyeri pada episiotomi.

(2) Hidung

Kaji keadaan hidung simetris, kebersihan dan apakah ada pernafasan cuping hidung atau tidak.

(3) Telinga

Kaji kebersihan apakah ada kelainan fungsi pendengaran, apakah ada peradangan infeksi telinga.

(4) Mulut dan gigi

Kemungkinan di temukan gigi tampak kotor dan tercium bau mulut saat bicara karena tubuh mengalami kelelahan fisik, dan keadaan gigi yang berlubang, bentuk bibir apakah simetris atau tidak, kelembaban, kebersihan mulut, ada tidaknya pembesaran tonsil, ada tidaknya kelainan pada saat bicara.

b) Leher

Kaji adanya pembesaran kelenjar limfe yang membesar dan adanya infeksi, ditunjang dengan adanya data yang lain seperti hipertermi, palpasi kemungkinan adanya nyeri dan bengkak. Infeksi dan palpasi ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis.

c) Dada

Kemungkinan ditemukan keluarnya kolostrum pada hari pertama, puting susu tampak menonjol, areola warna hitam atau coklat kehitaman, pergerakan dada simetris atau tidak, bunyi napas biasanya normal, frekuensi nafas biasanya meningkat karena rasa nyeri yang dirasakan pada bagian abdomen

d) Abdomen

Ada tidaknya distensi abdomen, tinggi fundus uteri masih setinggi pusat, kaji bising usus, apakah ada nyeri tekan atau tidak.

e) Genitalia

Kaji kebersihan, adakah pengeluaran lochea, bagaimana warnanya, banyaknya, bau, serta adakah oedema pada vulva dan kaji luka episiotomi yaitu REEDA (*Red, Edema, Eachymosis, Discharge, Loos of Approximation*) atau kemerahan, pembengkakan, memar, pengeluaran cairan, penyatuan jaringan.

f) Ekstermitas atas

Kesimetrisannya, ujung-ujungnya jari sianosis atau tidak, ada tidaknya oedema.

g) Ekstermitas bawah

Kesimetrisannya, ada tidaknya oedema, sianosis, bagaimana pergerakannya, refleks patella.

a) Aspek psikologis

- 1) Status emosional : meliputi hal yang dipikirkan klien saat ini, perasaan yang ada dalam hati klien.
- 2) Konsep diri

- a) Body image : kaji apakah klien menyukai tumbuhanya dan bagaimana yang paling disukai.
- b) Identitas klien : meliputi identitas klien dirumah dan lingkungan
- c) Peran : klien berperan sebagai apa dan dengan klien dirumah sakit.
- d) Ideal diri : harapan klien setelah menjalankan perawatan.
- e) Harga diri : prestasi klien dimasyarakat dan menjadi aktualisasi diri.
- f) Aspek sosial
Pasien dengan post partum spontan episiotomi akan merasakan adanya nyeri di perineum yang akan menghambat aktivitas sehari-hari sehingga perlu dikaji akibat tindakan persalinan, kaji juga terhadap hubungan interpersonal pasien dengan keluarganya selama pasien di rawat.
- g) Pola Aktivitas Sehari-hari
 - 1) Pola Respirasi
Frekuensi pernapasan meningkat.
 - 2) Pola Nutrisi
Biasanya klien tidak mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan nutrisinya. Kebanyakan Ibu merasa sangat lapar. Permintaan untuk memperoleh makanan dua kali dari jumlah biasa dikonsumsi disertai konsumsi cemilan yang sering ditemukan.
 - 3) Pola Eliminasi
Buang air kecil secara spontan biasanya harus dapat dilakukan dalam 8 jam post partum. Kadang-kadang

wanita sulit kencing, karena spincter uretra mengalami tekanan oleh Kepala janin dan spasme oleh iritasi musculus spincter selama persalinan. Bila kandung kemih penuh dan wanita sulit kencing sebaiknya dilakukan kateterisasi. Buang air besar biasanya terjadi pada 2-3 hari post partum. Bila belum terjadi dapat mengakibatkan obstipasi dapat diberikan obat alaksans per oral atau perrektal atau belum berhasil diberikan obat pencahar/laktasif.

4) Pola Istirahat/ tidur

Klien biasanya tidak mengalami gangguan dalam istirahat/ tidurnya mempertahankan temperatur tubuh sirkulasi pada klien dengan post partum biasanya mengalami gangguan dalam hal temperatur tubuh. Suhu tubuh dapat mencapai lebih dari 37,5 °C.

5) Pola Kebutuhan/ *personal hygiene*

Kebersihan diri merupakan pemeliharaan kesehatan untuk diri sendiri. Dimana kebutuhan personal hygiene klien dapat post partum dibantu oleh keluarganya.

6) Pola Aktivitas

Pada ada klien dengan post partum aktivitasnya terganggu, pekerjaan/ kegiatan sehari-hari tidak mampu dilakukan maksimal karena keadaannya yang semakin lemah.

7) Gerak dan keseimbangan tubuh

Aktivitas berkurang, tidak bisa berjalan karena nyeri akibat adanya trauma persalinan.

8) Kebutuhan berpakaian

Klien dengan post partum tidak mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan berpakaian tersebut.

9) Kebutuhan keamanan

Kebutuhan keamanan ini perl dipertanyakan apakah klien tetap merasa aman dan terlindungi oleh keluarganya. Klien mampu menghindari bahaya dari lingkungan.

10) Sosialisasi

Bagaimana klien mampu berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran dan opini.

11) Kebutuhan spiritual

Pada kebutuhan spiritual ini tanyakan apakah klien tetap menjalankan ajaran agamanya ataukah terhambat karena keadaan yang sedang dialami.

12) Kebutuhan bermain dan rekreasi

Klien dengan post partum biasanya tidak dapat memenuhi kebutuhan bermain dan rekreasi karena dalam kondisi yang lemah.

h) Data penunjang

Hasil pemeriksaan diagnostik seperti pemeriksaan darah dan rontgen dapat memberikan informasi tentang hal-hal yang mendukung keadaan penyakit klien serta terapi medis untuk membantu proses penyembuhan. Biasanya pemeriksaan darah rutin seperti hematokrit, eritrosit, trombosit normal akan tetapi hemoglobin dan leukosit mengalami sedikit peningkatan.

i) Analisa data

Tabel 2.3

Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
----	------	----------	---------

1	- Tampak meringis - Tampak tidak nyaman - Terdapat luka episiotomy (luka jahitan) - Tampak menahan nyeri.	Tindakan episiotomy menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan akan merangsang reseptor nyeri kemudian mengeluarkan neurotransmitter bradykinin, serotone, dan histamine disampaikan syaraf pusat dan timbul persepsi nyeri.	Nyeri akut
2	- Bising usus menurun - Nyeri abdomen - Konsistensi feses keras - Susah BAB beberapa hari.	Saat melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, penurunan tonus otot dan motilitas otot traktus cerna, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi) dan kurang makan menyebabkan susah BAB.	Konstipasi
1	2	3	4
3	- Puting susu tampak tidak menonjol - Tidak adekuat suplai ASI - Isapan bayi menolak untuk <i>lacth on</i>.	Post partum menyebabkan hormon prolactin aktif namun kelenjar alveoli mammae belum mengeluarkan ASI (kolostrum) menyebabkan adanya pembendungan pada duktus laktoferus sehingga menyusui tidak efektif.	Ketidakefektifan pemberian ASI

4	- Tampak lesu - Susah tidur - Terdapat lingkaran hitam di daerah mata - Selera tampak merah - Tampak gelisah	Nyeri merangsang susunan syaraf otonom dan mengaktifasi neropinin sehingga merangsang syaraf simpatis untuk mengaktifasi RAS dan mengaktifkan kerja organ menyebabkan REM menurun Sehingga akan selalu terjaga.	Gangguan pola tidur
5	- Bertanyatentang perawatan payudara - Bertanya cara merawat bayinya	Post partum normal terjadi perubahan psikologis yaitu fase taking hold (ketergantungan kemandirian) sehingga ibu perlu mengetahui	Kurang pengetahuan
1	2	3	4
	- Bertanya tentang cara menyusui dengan benar - Klien bingung saat ditanya perawatan post partum.	tentang perawatan dirinya dan bayi, kurang informasi dan terjadi kurang pengetahuan	
6	- Kerusakan kulit, trauma jaringan, gangguan peristaltik - Leukosit meningkat - Suhu meningkat.	Adanya luka jahitan di daerah premium (jalan lahir) merupakan media yang baik untuk perkembangbiakannya bagi mikroorganisme atau bibit penyakit sehingga menimbulkan infeksi.	Resiko infeksi
7	- Lemah - Ada keterbatasan gerak - Aktivitas tampak di bantu keluarga.	Post partum adanya perubahan psikologis, sistem muskuloskeletal, penurunan sensasi ekstremitas bawah dan edema sehingga menimbulkan hambatan mobilitas fisik.	Hambatan mpbilas fisik

(Aspiani, 2017)

2. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul menurut Aspiari 2017

Diagnosa keperawatan adalah suatu pertanyaan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, menurunkan, membatasi, mencegah dan mengubah (Nursalam 2013).

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan post partum spontan menurut Aspiari, 2017 :

- a) Nyeri akut berhubungan dengan trauma mekanis (episiotomi), efek-efek hormonal (involusi uterus, afterpain).
- b) Resiko konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot, kurang masukan, nyeri perineal/ rektal.
- c) Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurangnya produksi ASI, ketidak puasan bayi.
- d) Gangguan pola tidur berhubungan dengan respon hormonal psikologis.
- e) Kurang pengetahuan mengenai perawatan diri dan bayi berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi.
- f) Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan adanya luka episiotomi.
- g) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan adanya perubahan psikologis.

3. Perencanaan

Perencanaan adalah fase proses keperawatan yang penuh pertimbangan dan sistematis yang mencakup pembuatan keputusan dan penyelesaian masalah. Dalam perencanaan, perawat merujuk pada data pengkajian klien dan pernyataan diagnosis sebagai petunjuk dalam merumuskan tujuan yang diperlukan untuk mencegah, mengurangi atau menghilangkan masalah kesehatan klien. (Kozier. Erb, 2011).

- a. Nyeri akut berhubungan dengan trauma mekanis (episiotomi), efek-efek hormonal (involusi uterus, afterpain).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan rasa nyaman dan nyeri dapat teratasi, dengan kriteria hasil:

- Mampu mengontrol nyeri
- Klien tidak mengeluh nyeri
- Skala nyeri berkurang
- TTV normal

Tabel 2.4

Intervensi Keperawatan Nyeri

Intervensi	Rasional
1. Tentukan lokasi dan sifat nyeri	1. Mengidentifikasi kebutuhan dan intervensi yang tepat
2. Observasi tanda-tanda vital	2. Mengetahui keadaan umum klien
3. Infeksi perbaikan perineum dan episiotomi	3. Dapat menunjukan klien dapat menunjukan trauma berlebihan pada jaringan perineal dan terjadinya komplikasi yang memerlukan intervensi lebih lanjut.
4. Kaji nyeri tekan uterus, tentukan adanya dan frekuensi/ intensitas afterpain	4. Selama 12 jam pertama kontraksi uterus kuat dan regular, berlanjut selama 2-3 hari
5. Berikan informasi tentang berbagai strategi untuk menurunkan nyeri, misalnya teknik relaksasi dan distraksi.	5. Membantu menurunkan/ memberikan kenyamanan sehingga klien dapat memfokuskan pada perawatan sendiri dan bayi.

(Doenges, 2015).

b. Resiko

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

Setelah dilakukan tindakan keperawatan rasa konsistensi tidak terjadi, dengan kriteria hasil :

- Klien mampu melakukan kembali kebiasaan defekasi seperti biasanya ketidaknyamanan minimal 4 hari setelah kelahiran.

Tabel 2.5**Intervensi Keperawatan Konstipasi**

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

(Doenges, 2015)

- c. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurangnya produksi ASI, tidak puas bayi.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan ibu dapat mengungkapkan pemahaman tentang situasi menyusui, dengan kriteria hasil :

- Mengungkapkan pemahaman tentang proses/ situasi menyusui
- Mendemonstrasikan teknik efektif dalam menyusui
- Menunjukkan kepuasan regimennya satu sama lain
- Menunjukkan kepuasan regimennya menyusui nama lain dengan bayi dipuaskan selama menyusui.

Tabel 2.6
Intervensi Keperawatan
Ketidakefektifan Pemberian ASI

Intervensi	Rasional
1. Untuk mengidentifikasi pengalaman klien tentang menyusui.	1. Untuk mengidentifikasi pengalaman klien tentang menyusui.
2. Membantu menangani permasalahan klien tentang menyusui sehingga dapat meningkatkan pengetahuan klien.	2. Membantu menangani permasalahan klien tentang menyusui sehingga dapat meningkatkan pengetahuan klien.
3. Agar klien mampu melaksanakan tindakan yang direncanakan.	3. Agar klien mampu melaksanakan tindakan yang direncanakan.
4. Untuk merangsang produksi air susu dan mengurangi resiko pembengkakan pada payudara.	4. Untuk merangsang produksi air susu dan mengurangi resiko pembengkakan pada payudara.

(Doenges, 2015)

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

Setelah dilakukan tindakan keperawatan istilah dan tidur dapat terpenuhi, dengan kriteria hasil :

- Melaporkan rasa Sejahtera
- Istirahat klien tampak segar

Tabel 2.7**Intervensi Keperawatan Gangguan Pola Tidur**

Intervensi	Rasional
1. Kaji tingkat kelelahan dan kebutuhan istirahat. Catat lama persalinan dan jenis persalinan.	1. Persalinan yang terjadi lama atau sulit khususnya akan meningkatkan kelelahan.
2. Kaji faktor-faktor bila ada yang mempengaruhi istirahat.	2. Membantu meningkatkan istirahat, tidur, relaksasi.
3. Berikan informasi tentang kebutuhan untuk tidur istirahat setelah kembali ke rumah.	3. Rencana kreatif memperoleh tidur lebih keras waktu untuk memenuhi kebutuhan istirahat tubuh.
4. Berikan informasi tentang efek-efek kelelahan dan ansietas pada suplai ASI.	4. Kelelahan dapat mempengaruhi keadaan psikologis dan seplai ASI.
5. Berikan obat-obatan misalnya analgesic.	5. Mungkin dibutuhkan meningkatkan relaksasi dan tidur sesuai kebutuhan.

(Doenges, 2015)

- e. Kurang pengetahuan mengenai perawatan diri dan bayi berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi.

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

- Mengungkapkan pemahaman perubahan psikologis, kebutuhan individu hasil yang diharapkan.
- Melakukan aktivitas atau prosedur yang perlu menjelaskan tindakan.
- Klien dapat ketahui tentang perawatan payudara senam nifas.
- Klien mengerti dan dapat mempraktekannya.

Tabel 2.8
Intervensi Keperawatan Kurang Pengetahuan Mengenai Perawatan
Diri Dan Bayi

Intervensi	Rasional
1. Bantu klien dalam mengidentifikasi kebutuhannya.	1. Membantu klien dalam mengidentifikasi saat ini dan untuk mengembangkan rencana keperawatan.
2. Berikan informasi tentang perawatan diri dan bayi.	2. Agar pasien mengerti dan melakukan tindakan yang diajarkan.
3. Ajarkan pada pasien tentang cara perawatan bayi dan lakukan prosedur demonstrasi yang benar.	3. Agar klien mengerti dan mampu melakukan tindakan yang diajarkan.
4. Berikan penyuluhan kesehatan tentang perawatan pasca persalinan.	4. Menambah pengetahuan klien.

(Doenges, 2013)

- f. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan adanya luka episiotomi.
 Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan infeksi tidak terjadi, dengan kriteria hasil :
- Bebas dari infeksi tidak demam
 - Luka jahitan kering
 - Luka episiotomi sembuh

Tabel 2.9
Intervensi Keperawatan Resiko Tinggi Infeksi

Intervensi	Rasional
1. Kaji adanya perubahan suhu.	1. Peningkatan suhu sampai 38,3C ° pada 2-10 hari setelah melahirkan sangat menandakan infeksi.
2. Kaji tanda-tanda infeksi (REEDA).	2. Dapat menunjukkan trauma berlebihan pada jaringan parenial dan atau terjadinya komplikasi yang memerlukan evaluasi intervensi lebih lanjut.
3. Anjurkan pada pasien untuk mencuci perineum untuk mengganti pembalut sedikitnya setiap 4 jam atau jika pembalut basah.	3. Membantu mencegah kontaminasi reaksi memasuki vagina atau uretra.
4. Anjurkan pada klien tentang cara perawatan luka perineum.	4. Meningkatkan pengetahuan klien tentang perawatan vulva/ premium.
5. Kolaborasi untuk pemberian antibiotik.	5. Mencegah infeksi dan penyebaran ke jaringan sekitar.

(Doenges, 2015).

- g. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan adanya perubahan psikologis.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan hambatan mobilitas fisik dapat teratasi, dengan kriteria hasil :

- Klien tampak segar
- Aktivitas dapat dilakukan secara mandiri
- Tidak ada keterbatasan gerak

Tabel 2.10
Intervensi Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik

Intervensi	Rasional
1. Kaji Tingkat kemampuan klien.	1. Untuk mengetahui sejauh mana pasien dapat beraktivitas.
2. Beri motivasi untuk melakukan pergerakan aktivitas.	2. Dengan melakukan pergerakan aktif dan pasif, pasien terdorong untuk melakukan mobilisasi sehingga kekakuan sendi tidak terjadi.
3. Ajarkan mobilitas sedini mungkin.	3. Untuk meningkatkan sirkulasi darah dan mencegah sirkulasi darah sehingga tidak terjadi dekubitus.
4. Beri penjelasan tentang pentingnya mobilisasi.	4. Pasien mengerti tentang pentingnya mobilisasi.

(Doenges, 2015).

5. Implementasi

Implementasi adalah fase ketika perawat implementasikan intervensi keperawatan, yang terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi (Kozier. Erb, 2011). Fokus tindakan keperawatan adalah kegiatan pelaksanaan dan perencanaan memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Pendekatan keperawatan dan tanggung jawab perawat sebagai profesional sebagai tempat dan standar praktek keperawatan. Jenis tindakan keperawatan sebagai berikut :

a. Independen

Adalah suatu kegiatan yang dilaksanakan perawat tanpa petunjuk dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya untuk membantu kalian mengatasi masalah.

b. Interdependen

Adalah menjelaskan suatu kegiatan memerlukan kerjasama tim keperawatan atau dengan tenaga kesehatan lainnya.

c. **Dependen**

Adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain dalam pelaksanaan tindakan keperawatan dapat dilaksanakan melalui dua cara:

1) **Langsung**

Tindakan dilakukan sendiri oleh perawat yang menentukan masalah kesehatan.

2) **Delegasi**

Tindakan diserahkan kepada orang lain atau perawat lain yang dapat di percaya untuk mendapatkan tindakan keperawatan (Nursalam, 2013).

6. **Evaluasi**

Adalah fase kelima dari fase terakhir proses keperawatan. Dalam konteks ini, evaluasi adalah aktivitas yang di rencanakan melalui evaluasi, perawat menunjukkan tanggung jawab dan gugat terhadap tindakan perawat (Kozier. Erb, 2011).

Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini bisa dilaksanakan dengan mengadakan hubungan dengan klien berdasarkan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan. Proses evaluasi terdiri dari dua tahap :

Perawat menggunakan keterampilan pengkajian mendapatkan yang akan digunakan dalam evaluasi, faktor yang dievaluasi dalam status kesehatan klien yang terdiri dari beberapa komponen, meliputi : kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi, tanda dan gejala yang spesifik.

Membandingkan data yang terkumpul dengan tujuan dan pencapaian tujuan. Setelah data terkumpul tentang status keadaan klien, maka perawat membandingkan dengan kriteria hasil, selanjutnya membuat keputusan

tentang pencapaian klien terhadap kriteria hasil. Ada tiga kemungkinan keputusan pada tahap ini :

1) Tujuan tercapai

Klien menunjukkan perubahan sesuai standar yang telah ditetapkan.

2) Tujuan tercapai sebagian

Klien menunjukkan perubahan sebagian dari standard an kriteria yang telah ditetapkan.

3) Tujuan tidak tercapai

Klien tidak menunjukkan perubahan dan kemampuan sama sekali. Selain hal diatas terdapat 2 komponen untuk mengetahui kualitas tindakan keperawatan:

a) Proses (formatif)

Evaluasi formatif dilakukan setelah perencanaan keperawatan dilaksanakan dengan tujuan untuk menilai keefektifan terhadap tindakan yang dilaksanakan. Sistem penulisan pada tahap ini menggunakan sistem "SOAP"

b) Hasil (sumatif)

Tipe evaluasi ini dilaksanakan pada akhir tindakan keperawatan. Fokus evaluasi sumatif adalah perubahan perilaku atau sistem kesehatan klien pada akhir tindakan keperawatan klien. Vvaluasi sumatif adalah suatu metode dalam penilaian kualitas dan efisiensi tindakan yang diberikan (Nursalam, 2013).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

Tanggal Pengkajian : 8 April 2021
Tanggal masuk rumah sakit : 6 April 2021
Tempat praktek : Puskesmas Sindangratu Garut

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Klien

Nama : Ny. M
Umur : 21 tahun, 01 Maret 2000
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Kp. Bangunriung
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu rumah tangga
No RM : 530425

2) Identitas penanggung jawab

Nama : Ny. S
Umur : 50 Tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Kp. Bangunriung
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Hubungan dengan klien : Suami istri

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Klien mengatakan nyeri pada luka jahitan pada daerah perineum.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat di kaji tanggal 8 April 2021 klien mengeluh nyeri setelah melahirkan terutama di bagian jalan lahir di daerah vagina,

nyeri tidak menyebar kemanapun, nyeri bertambah saat banyak bergerak dan beraktivitas dan berkurang saat beristirahat, nyeri terasa perih, skala nyeri 5 dari 0-10, nyeri hilang timbul.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan tidak pernah menderita penyakit yang dapat memberatkan keadaanya seperti penyakit hipertensi, asma, DM, maupun penyakit yang menular seperti hepatitis, TBC, HIV, dan lain-lain.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Menurut penuturan keluarga klien tidak ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit keturunan ataupun yang menular seperti DM, Hipertensi, Asma.

5) Riwayat Obstetri dan Ginekologi

a) Riwayat menstruasi

Monarche	: 16 tahun
Siklus	: 28 hari
Dorani	: 7 hari
Keluhan	: Nyeri
HPHT	: 20 Februari 2020
TP	: 27 November 2020

b) Riwayat Perkawinan

Status	: Menikah
Umur menikah	: 20 tahun
Lamanya menikah	: 1 tahun

c) Riwayat Keluarga Berencana

Klien tidak pernah menggunakan kontrasepsi apapun.

d) Riwayat Penyakit Ginekologi

Klien mengatakan belum pernah mengalami penyakit yang berhubungan dengan kehamilan.

e) Riwayat Kehamilan dan Persalinan

1) Riwayat kehamilan

Kehamilan : Pertama
 Tempat melahirkan : Di Puskesmas
 Penolong : Bidan
 Lama kehamilan : 9 Bulan
 Cara persalinan : Post partum spontan dengan episiotomi
 BB bayi : 3000 gram

2) Riwayat persalinan sekarang

Tanggal : 8 April 2021
 Hari : Minggu
 Jenis kelamin : Perempuan
 Lama persalinan : 2 jam

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

- a) Kesadaran umum : Composmentis , E:4, M6, V.5.
- b) Penampilan umum : Klien tampak lemah

2) Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 130/80 mmHg,
 Respirasi : 21 x/ menit
 Nadi : 80 x/ menit
 Suhu : 36,7°C

3) Pemeriksaan fisik *head to toe*

a) Kepala

Bentuk kepala oval, kulit kepala bersih, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan maupun lesi, rambut berwarna hitam, bersih dan penyebaran merata.

b) Mata

Posisi mata kanan dan kiri simetris, sclera putih, konjungtiva merah muda, gerakan bola mata dapat digerakan

ke segala arah, refleks pupil normal terbukti pada saat di beri rangsangan cahaya pupil mengecil, fungsi penglihatan baik terbukti pada klien dapat membaca papan nama.

c) Telinga

Posisi antara kanan dan kiri simetris, fungsi pendengaran normal terbukti pada saat klien diberi pertanyaan klien dapat merespon dengan baik

d) Hidung

Posisi antara lubang kanan dan kiri simetris, tidak tampak adanya kotoran, tidak terdapat lesi, fungsi penciuman baik terbukti pada saat diberi aroma baubauan yaitu dengan kopi, kulit jeruk maupun kayu putih klien dapat membedakan aroma bau tersebut.

e) Mulut

Mukosa bibir merah muda dan lembab, tidak ada caries, gigi tampak kekuningan dan lengkap, refleks menelan baik terbukti klien tidak mengeluh saat makan.

f) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada peningkatan JVP, pergerakan leher baik dapat menengok ke kiri, kanan, atas, dan bawah.

f) Dada

(1) Paru-paru

Kaji irama nafas teratur atau tidak, kaji udara pernapasan apakah sonor, hipersonor, redup atau pekak, Kaji suara nafas apakah vasikuler atau tidak, kaji terdapat nyeri tekan atau tidak, tidak terdengar suara tambahan whezing (-), ronchi (-).

(2) Jantung

Bunyi jantung lupdup, irama jantung reguler, tidak ada kelainan atau susra tambahan pada bunyi jantung, dan tidak ada cyanosis.

(3) Payudara

Simetris antara kanan dan kiri, warna sekitar areola hitam kecoklatan, papilla mammae menonjol, ASI sudah keluar namun masih sedikit, tidak ada kelainan payudara, nyeri tekan saat di palpasi, payudara terasa keras.

Keluhan klien : mengatakan ASI sudah keluar namun masih sedikit.

h) Abdomen

Bentuk abdomen cembung, tidak ada lesi dan tampak bersih, tidak ada distensi kandung kemih, bising usus 8x/menit, tinggi fundus uteri 3 jari dibawah pusat, dan tidak ada luka bekas operasi.

i) Genitalia

kebersihan vagina cukup, terdapat luka episiotomi modiolateral, terdapat luka jahitan di jalan lahir kurang lebih 5 jahitan, luka terbuka dan tampak bersih, terdapat lochea rubra berwarna merah berisi darah dan sisa-sisa selaput ketuban klien ganti pembalut 3-4x/hari. Tanda-tanda infeksi sedikit kemerahan, tidak bengkak, tidak ada bercak darah petakie pada kulit perineum, tidak ada pengeluaran cairan di daerah jahitan ataupun tidak ada perubahan lochea, tidak ada kerekatan jahitan.

j) Kulit

Warna kulit sawo matang, tekstur kulit halus, turgor kulit baik terbukti kulit saat di cubit/ditarik kembali dalam waktu 2detik

k) Kuku

Warna kuku merah muda, bentuk kuku cembung, tekstur halus, keadaan kuku bersih dan pendek.

i) Ekstremitas

(1) Ekstremitas atas:

Keadaan lengkap tangan kanan dan tangan kiri, simetris antara kanan dan kiri, jumlah jari tangan lengkap, keadaan kuku bersih dan pendek, warna kulit sawo matang. turgor kulit baik, CRT <2 detik, terpasang infus di sebelah kiri (RL 20 tpm), tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, mampu melakukan fleksi, ekstensi, rotasi, aduksi, dan abduksi (ROM baik).

(2) Ekstremitas bawah:

Keadaan lengkap kaki kiri dan kaki kanan, simetris antara kanan dan kiri, warna kulit sawo matang, jumlah kaki lengkap, keadaan kuku bersih dan pendek, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada varises, refleks patella (+), hormon sign (-).

Kekuatan otot:

4	5
5	5

Tabel 3.1
Skala Kekuatan Otot

Skala	Ciri-ciri
0	Lumpuh total
1	Tidak ada gerakan, teraba/terlihat adanya kontraksi otot
2	Ada gerakan pada sendi, tetapi tidak dapat melawan tahanan pemeriksa
3	Bisa bergerak melawan gravitasi tetapi tidak dapat menahan atau melawan tahanan pemeriksa
4	Bisa bergerak melawan tahanan pemeriksa tetapi kekuatannya berkurang
5	Dapat melawan tahanan pemeriksa dengan kekuatan maksimal.

d. Aspek psikologi

1) Status emosi

Klien mengatakan klien merasa tenang karena selalu di dampingi anggota keluarga yang menjaga klien

2) Konsep diri

a) Citra tubuh

Klien bersyukur dan menerima dengan penampilan tubuhnya.

b) Harga diri

Klien merasa sangat dihargai suaminya, keluarganya dan juga oleh tetangganya.

c) Ideal diri

Klien ingin cepat pulih, beraktivitas seperti biasa dan ingin cepat pulang bersama anaknya.

d) Peran diri

Klien mengatakan peran di keluarga adalah seorang istri, tetapi sekarang perannya berubah menjadi seorang istri sekaligus ibu dari anaknya.

e) Identitas diri

Klien merasa puas menjadi seorang perempuan, karena bisa merasakan hamil dan mempunyai anak serta menjadi seorang ibu.

e. Aspek sosial

1) Gaya komunikasi

Dalam berkomunikasi klien selalu menjawab dengan bahasa verbal maupun non verbal.

2) Pola interaksi

Klien mampu menjalin hubungan baik dengan orang di sekitarnya.

f. Aspek spiritual

Klien adalah penganut agama Islam, dan selalu berdoa agar dirinya cepat pulih dan pulang bersama anaknya ke rumah.

g. Pola aktivitas sehari-hari

Tabel 3.2
Pola Aktivitas Sehari-Hari

No	Jenis aktivitas	Di rumah	Di RS
1	Pola nutrisi - Frekuensi makan - Jenis makanan - Porsi makan - Jenis minuman - Frekuensi minum	3x/hari Nasi + lauk pauk 1 porsi Air putih 7-8 gelas/hari	3x/hari Nasi+ lauk pauk 1 porsi Air putih 7-8 gelas/hari
2	Pola eliminasi - Frekuensi BAB - Warna feses - Konsistensi - Frekuensi BAK - Warna urine	1x/hari Kuning kecoklatan Padat 5-6x/hari Kuning	Belum pernah BAB selama di RS
3	Istirahat tidur - Lama tidur siang - Kualitas tidur - Lama tidur malam - Kualitas tidur	1-2 jam Nyenyak 5-7 jam Nyenyak	1 jam Sering terbangun 4-6 jam Sering
4	Personal hygiene - Frekuensi mandi - Ganti pakaian - Gosok gigi	2x/ hari 2x/ hari 2x/ hari	1x/ hari di seka 1x/ hari 1x/hari

h. Pemeriksaan penunjang

Tabel 3.3
Pemeriksaan Penunjang
Tanggal : 08 April 2021

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
Hematologi			
Hemoglobin	11,0	g/dl	P=12 - 16 L=14 - 18
Hematokrit	28,4	%	P= 35 - 45 L=40 - 50
Leukosit	11,7	10 ⁹ /uL	Dws= 5,0 - 10,0 bayi= 7 - 17
Trombosit	278	10 ⁹ /uL	150 – 450
Waktu perdarahan	1'30"	Menit	1 - 3
Waktu pembekuan	400"	Menit	1 - 7
Golongan darah	AB		
Gula darah sewaktu	99	Mg/dL	70 - 200
Ureum kreatinin	15	Mg/dL	10 - 50

i. Terapi

Tabel 3.4**Terapi**

No	Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian	Golongan obat
1	Infus RL	20 Tpm	Intra Vena	-
2	Nipeditpine	2x10 Mg	Intra vena	Antihipertensi
3	Amlodipine	1x10 Mg	Intra Vena	Antihipertensi
4	Cefadroxil	3x1 Mg	Oral	Antibiotik
5	Asmef	3x1 Mg	Oral	Analgetik

2. Analisa Data

Tabel 3.5**Analisa Data**

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Ds : - Klien mengatakan nyeri di daerah jalan lahir - Klien mengatakan nyeri terasa perih. - Nyeri meningkat apabila banyak bergerak dan beraktivitas - Nyeri dirasakan hilang timbul Do : - Terdapat luka episiotomi - Terdapat jahitan di daerah perineum panjang 5cm, - Klien tampak meringis kesakitan Skala nyeri 5 dari 0-10 - TTV : T: 130/80 mmHg R: 20 x/menit P: 80 x/menit S: 37,6°C	Post partum, adanya luka episiotomi, terputusnya kontinuitas jaringan, luka jahitan perineum dan terjadinya nyeri akut.	Nyeri akut

2	Ds : Klien mengatakan ASI keluar sedikit Do : - Tampak bendungan di palpasi - Tidak terdapat pengeluaran colostrum - Puting tidak menonjol - Kedua payudara tegang dan keras	Post partum, perubahan system penurunan adanya psikologis, endokrin, produksi hormon estrogen progesteron, produksi dan peningkatan prolaktin, sehingga timbul gangguan Ketidacukupan produksi ASI	Ketidakefektipan menyusui
3	Ds : - Klien mengatakan ada luka di daerah perineumKlien mengatakan nyeri terasa perih. Do : - Tampak sedikit kemerahan di daerah perineum - Terdapat luka episiotomi panjang 2cm - Leukosit 11,7 uL - TTV : T: 130/80 mmHg R: 20 x/menit P: 80 x/menit S: 37,6°c	Post partum, episiotomi, insisi, terputusnya jaringan, perineum, resiko infeksi	Resiko infeksi

3. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut b.d terputusnya kontinuitas jaringan yang ditandai dengan:

Ds:

- Klien mengeluh nyeri di sekitar jalan lahir
- Klien mengatakan nyeri terasa perih

Do:

- Klien tampak meringis kesakitan
- Skala nyeri 5 dari 0-10
- Terdapat luka episiotomi
- Terdapat jahitan di daerah perineum
- TTV: T: 130/80 mmHg, R: 20 x/menit, P: 80 x/menit, S: 37,6°C

- b. Ketidalcukupan produksi ASI b.d kurangnya produksi ASI yang dibutuhkan yang di tandai dengan:

Ds: Klien mengatakan ASI keluar sedikit.

Do:

- Payudara terasa keras
- Nyeri tekan saat di palpasi
- Puting tidak menonjol

- c. Resiko infeksi b.d luka jahitan perineum yang di tandai dengan:

Ds: Klien mengatakan ada luka di daerah perineum dan terasa perih

Do:

- Tampak sedikit kemerahan di daerah perineum
- Terdapat luka episiotomi panjang 2cm
- Leukosit 11,7 uL
- TTV:

T: 130/80 mmHg

R: 20 x/menit

P: 80 x/menit

S: 37,6°C

4. Proses Keperawatan

Nama : Ny. M

Jenis Kelamin : Perempuan

Umur : 21 tahun, 01 Maret 2000

No. RM : 530425

Alamat : Kp. Bangunriung

Tabel 3.6
Proses Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1.	Nyeri akut b.d terputusnya kontinuitas jaringan yang di tandai dengan DS: - Klien mengatakan nyeri di daerah jalan lahir - Klien mengatakan nyeri terasa perih.	Jangka panjang: Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 7x24 jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil : - Klien mengatakan nyeri hilang - Skala nyeri 0 dari 0-10	1. Observasi TTV 2. Kaji Skala Nyeri	1. Untuk mengetahui keadaan klien. 2. Untuk mengetahui tingkat nyeri	9 April 2021 1. Jam 08.00 WIB Mengobservasi TTV Hasil : T: 130/80 mmHg R: 20 x/menit P: 80 x/menit S: 37,6°c 2. Jam 08.15 WIB Mengobservasi skala nyeri. Hasil : skala nyeri 5 dari 0-10.	9 April 2021 Jam 14.00 WIB S : Klien mengatakan nyeri di sekitar jalan lahir O : - Klien tampak meringis kesakitan - Skala nyeri 4 dari 0-10 - Terdapat luka episiotomi

	DO - Tampak meringis kesakitan - Skala nyeri 5 dari 0-10 - Terdapat luka episiotomi - Terdapat jahitan di daerah perineum - TTV: T: 130/80 mmHg R: 20 x/menit P: 80 x/menit S: 37,6°C.	Jangka pendek : Setelah dilakukan tindakan asuhan selama 2x24 jam diharapkan masalah dapat teratasi, dengan kriteria hasil: - Klien mengatakan nyeri berkurang. - Skala nyeri 3 dari 0-10 - Klien tampak tenang. - TTV dalam batas normal.	3. Ajarkan teknik distraksi dan relaksi. 4. Kolaborasi dalam pemberian analgetik sesuai indikasi	3. Merileksi teknik distraksi dan relaksi 4. Untuk menghilangkan nyeri	3. Jam 08.30 WIB Mengajarkan teknik relaksasi (tarik nafas dalam) 4. Jam 09.00 WIB Memberikan obat analgetik (Asmef oral).	- Terdapat jahitan di daerah perineum - TTV : T. 130/80 mmHg R: 20 x/menit P. 80 x/menit S: 37,6°C. A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1. Observasi TTV 2. Observasi skala nyeri 3. Ajarkan teknik relaksasi dan distraksi 4. Kolaborasi dalam pemberian analgetik sesuai indikasi
	2	3			RISKA ERAWAN	RISKA ERAWAN

1			4	5	6	7
2.	Ketidakepektipan produksi ASI b.d kurangnya produksi ASI yang dibutuhkan yang di tandai dengan: Ds : - Klien mengatakan ASI keluar sedikit Do : - Payudara teraba keras - Tidak terdapat pengeluaran colostrum - Kedua payudara tegang dan keras	Jangka Panjang : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 1x24 jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil : - Pengeluaran ASI lancar Jangka pendek : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil : - Klien mengetahui cara perawatan	1. Lakukan perawatan payudara 2. Lakukan pijat oksitosin 3. Anjurkan klien kompres hangat 4. Lakukan pendidikan kesehatan	1. Membantu memperlancar pengeluaran ASI 2. Untuk memperlancar pengeluaran ASI 3. Untuk mengurangi rasa nyeri dan bengkak pada payudara 4. Klien dapat mengetahui dan bisa melakukan	9 April 2021 1. Jam 09.15 WIB Melakukan Perawatan payudara. 2. Jam 09.30 WIB Melakukan pijat oksitosin 3. Jam 10.00 WIB Menganjurkan klien untuk kompres hangat 4. Jam 13.00 WIB Melakukan pendidikan kesehatan tentang	17 November 2019 Jam 14.00 WIB S : - Klien mengatakan ASI keluar saedikit - Klien mengatakan menjadi tahu cara perawatan payudara dan pijat oksitosin O : - Payudara sudah masih teraba keras - Masih terasa nyeri saat di palpasi - Klien dapat

1	2	3	tentang pijat oksitosin 4	perawatan payudara secara mandiri 5	perawatan payudara 6	menjelaskan 7
	Puting tidak menonjol	payudara ASI keluar				- kembali dan menjawab ketika ditanya tentang penkes pijat oksitosin. A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Lakukan perawatan payudara. - Lakukan pijat oksitosin - Anjurkan klien kompres hangat - Lakukan pendidikan kesehatan tentang pijat

1	2	3	4	5	RISKA ERAWAN 6	oksitosin. RISKA ERAWAN 7
3.	Resiko infeksi b.d luka jahitan perineum yang di tandai dengan: Ds: Klien mengatakan ada luka di daerah perineum dan terasa perih Do: - Tampak sedikit kemerahan di daerah perineum - Terdapat luka episiotomi panjang 2cm - Leukosit 11,7 uL - TTV: T: 130/80 mmHg R: 20 x/menit	Jangka panjang : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 7x24 jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil : - Tidak terjadi infeksi Jangka pendek : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil :	1. Observasi tanda- tanda infeksi. 2. Beri makanan TKTP. 3. Lakukan perawatan luka. 4. Kolaborasi dalam pemberian	1. Deteksi awal dalam menentukan tindakan lanjutan. 2. Pembentukan kolagen agar cepat kering. 3. Untuk mencegah infeksi. 4. Untuk mematikan mikroorganisme e pathogen.	9 April 2021 1. Jam 10.30 WIB Mengobservasi tanda-tanda infeksi. Hasil: masih tampak kemerahan di daerah perineum. 2. Jam 11.00 WIB Memberi makan TKTP. 3. Jam 11.15 WIB Melakukan perawatan luka. 4. Jam 12.00 WIB Memberikan antibiotik (Cefadroxil Oral).	9 April 2021 Jam 14.00 WIB S Klien mengatakan merasa lebih nyaman dan perih di sekitar perineum mulai berkurang. O : - Kemerahan di daerah perineum berkurang. - Terdapat luka episiotomi panjang 2cm - Leukosit 11,7 uL - TTV: T: 130/80 mmHg

1	P: 80 x/menit S: 37,6°C 2	- Tidak ada tanda infeksi. 3	obat antibiotik 4	5	6	R: 20 x/menit P: 80 x/menit 7
		- Klien merasa nyaman. - Leukosit dalam batas normal.	sesuai indikasi.			S: 37,6°C A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1. Observasi tanda tanda infeksi 2. Beri makanan TKTP 3. Lakukan perawatan luka 4. Kolaborasi dalam pemberian antibiotic indikasi.
					RISKA ERAWAN	RISKA ERAWAN

5. Catatan Perkembangan

Tabel 3.7

Catatan Perkembangan

Nama : Ny. M

Jenis kelamin : Perempuan

Umur : 21 tahun

No Dx	Hari/Tgl/Jam	Evaluasi	TTD
1.	10 April 2021 Jam 08.00 WIB.	S : - Klien mengeluh nyeri di sekitar perineum - Klien mengatakan nyeri terasa perih. O : - Klien tampak meringis kesakitan - Skala nyeri 5 dari 0-10 - Terdapat luka episiotomi - Terdapat jahitan di daerah perineum - TTV: T: 130/80 mmHg R: 20 x/menit P: 80 x/menit S: 37,6°C A : Nyeri akut b.d terputusnya kontinuitas jaringan. P : - Observasi TTV - Observasi skala nyeri - Ajarkan teknik distraksi relaksasi - Lanjutkan terapi analgetik sesuai indikasi I : - Mengobservasi TTV - Mengobservasi skala nyeri	RISKA ERAWAN

1	2	3	4
		- Mengajarkan teknik distraksi relaksasi - Melanjutkan terapi obat analgetik (Asmef 3x1 mg /oral). E : Masalah teratasi sebagian.	
2.	10 April 2021 Jam 08.00 WIB.	S : - Klien mengatakan ASI mulai lancar dan mulai menyusui anaknya. - Klien mengatakan menjadi tahu cara perawatan payudara dan pijat oksitosin. O : - Payudara sudah tidak teraba keras. - Tidak ada nyeri tekan saat di palpasi. - Klien dapat menjelaskan kembali dan dapat menjawab ketika ditanya tentang penkes pijat oksitosin.. A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi	RISKA ERAWAN
3.	10 April 2021 Jam 08.00 WIB.	S : - Klien mengatakan merasa lebih nyaman dan perih di sekitar perineum berkurang. O : - Kemerahan di daerah perineum berkurang - Terdapat luka episiotomi panjang 2 cm - Leukosit 11,7 uL - TTV: T: 130/80 mmHg R: 20 x/menit	RISKA ERAWAN

1	2	P: 80 x/menit 3	4
		S: 37,6°C A : Resiko infeksi b.d adanya luka jahitan di daerah perineum. P : - Observasi tanda - tanda infeksi - Beri makanan TKTP - Lakukan perawatan luka - Kolaborasi dalam pemberian antibiotik sesuai indikasi. I : - Mengobservasi tanda-tanda infeksi. - Memberi makanan TKTP - Melakukan perawatan luka. - Memberikan obat antibiotik (Cefadroxil 3x1 mg/Oral). E : - Masalah teratasi sebagian.	

B. PEMBAHASAN

Pada pembahasan ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus yang ditemukan selama melaksanakan asuhan keperawatan dengan Asuhan Keperawatan pada Ny. M P1A0 dengan post partum spontan Hari ke-1 dengan episiotomi di Ruang Poned Puskesmas Sindangratu Garut, adapun pembahasan ini sesuai dengan tahapan proses keperawatan, yaitu sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pada tahap awal dari proses keperawatan ini penulis mengkaji klien, secara keseluruhan yang meliputi bio-psiko-sosial-spiritual

menggunakan metode hubungan antara manusia, yaitu dengan cara memperkenalkan diri dan menjelaskan maksud serta tujuan dilakukan asuhan keperawatan pada Ny. M, tahapan pengkajian ini dimulai dari pengumpulan data meliputi: identitas, riwayat kesehatan, alasan masuk dan faktor predisposisi, dan pada saat pengkajian tidak ditemukan hambatan, untuk masalah keperawatan yang muncul pada saat pengkajian tidak semuanya sesuai dengan teori yang terdapat pada BAB II, karena dalam menuntaskan masalah keperawatan harus sesuai dengan keluhan-keluhan klien yang didapatkan dari klien, pemeriksaan fisik dan observasi perilaku klien secara langsung.

Berdasarkan teori data yang biasa muncul pada klien post partum spontan hari ke-1 diantaranya yaitu, klien melaporkan terdapat nyeri di sekitar luka perineum, klien tampak meringis kesakitan, tidak bisa tidur karena nyeri, secera tampak merah, lingkaran hitam pada daerah mata, aktivitas terbatas karena adanya nyeri, terdapat kesulitan BAK, terdapat distensi kandung kemih, leukosit meningkat, suhu tubuh meningkat, payudara bengkak dan nyeri.

Namun berdasarkan data yang ditemukan di lapangan pada saat dilakukan pengkajian tanggal 8 April 2021, klien mengeluh nyeri di bagian luka di sekitar perineum, nyeri terletak di bagian perineum, tidak menyebar kemanapun, nyeri bertambah saat banyak bergerak dan beraktivitas dan berkurang saat beristirahat, nyeri terasa perih, skala nyeri 5 dari 0-10, nyeri hilang timbul, klien tampak meringis kesakitan, terdapat luka episiotomi + 2cm di perineum, TD: 130/ 80 mmHg, R: 20x/m, N: 80x/m, S: 37,6°C. Klien mengatakan nyeri saat bergerak dan beraktivitas, aktivitas klien dibantu keluarga. Klien mengatakan ASI keluar namun masih sedikit, saat dipalpasi ASI sudah keluar dan nyeri saat di tekan serta payudara terasa keras. Klien mengatakan belum ganti perban, luka episiotomi tampak basah dan kemerahan, leukosit 11,7 uL., suhu 37,6°C.

Pada tahap pengkajian data yang ditemui di lapangan tidak sama dengan apa yang ada dalam teori berdasarkan Aspiani, 2017. Sehingga

penulis dapat menyimpulkan terjadi kesenjangan pada tahap pengkajian antara teori dan fakta di lapangan. Hal itu bisa terjadi sebab individu yang unik dimana setiap manusia memiliki kebutuhan bio, psiko, sosio dan spiritual yang berbeda. Adapun beberapa data yang tidak muncul seperti keterbatasan bergerak, kesulitan BAB, karena klien sudah tau pasien post partum spontan di anjurkan mobilisasi segera terutama pada hari ke-1 sehingga data-data tersebut tidak muncul. Adapun data-data yang tidak muncul yaitu tidak bisa tidur karena nyeri, sclera tampak merah, lingkaran hitam pada daerah mata, nyeri sudah berkurang sehingga tidur pun tidak terganggu.

2. Diagnosa Keperawatan

Dari teori menurut Aspiani 2017, ditemukan diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan post partum spontan sebagai berikut :

- a. Nyeri akut b.d trauma mekanis (episiotomi).
- b. Resiko konstipasi b.d penurunan tonus otot, kurang pemasukan.
- c. Ketidalcukupan produksi ASI b.d kurangnya produksi ASI.
- d. Gangguan pola tidur b.d respon hormonal psikologis,
- e. Kurang pengetahuan mengenai perawatan diri dan bayi b.d kurang terpaparnya informasi.
- f. Resiko tinggi infeksi b.d adanya luka episiotomi.
- g. Hambatan mobilitas fisik b.d adanya perubahan psikologis.

Adapun diagnosa keperawatan yang ditemukan penulis pada klien dengan post partum spontan sebagai berikut:

- a. Nyeri akut b.d terputusnya kontinuitas jaringan

Diagnosa ini diangkat karena penulis menemukan data-data yang terkait dengan diagnosa tersebut antara lain, klien mengatakan nyeri dengan skala 5 dari 0-10, nyeri terasa perih, terdapat luka episiotomi di daerah perineum, nyeri terasa jika bergerak dan berkurang ketika beristirahat, TD: 130/90 mmHg, Nadi: 80 x/menit, RR 22x/menit, suhu 37,6°C.

- b. Ketidakefektipan ASI b.d adanya penurunan hormone estrogen dan progesteron.

Diagnosa keperawatan ini diangkat karena penulis menemukan data data yang terkait dengan diagnosa ketiga antara lain, klien mengatakan ASI belum keluar, saat dipalpasi ASI belum keluar dan terdapat nyeri tekan, dan payudara terasa keras.

- c. Resiko infeksi b.d luka jahitan perineum.

Diagnosa keperawatan ini diangkat karena penulis menemukan data data yang terkait dengan diagnosa keempat antara lain, klien mengatakan belum ganti perban, terdapat luka epis leukosit 11,7uL, suhu 37,6°C.

Dan diagnosa yang ada pada teori dan tidak ditemukan pada klien adalah:

- a. Resiko konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot, nyeri perineal/ rektal.

Diagnosa keperawatan ini tidak muncul karena penulis tidak menemukan data-data yang terkait dengan diagnosa tersebut, karena klien sebelum datang ke puskesmas klien sempat BAB.

- b. Gangguan pola tidur b.d respon hormonal psikologis.

Diagnosa keperawatan ini tidak muncul karena, biasanya klien mengeluh sulit tidur, konjungtiva pucat, sklera merah. Data-data tersebut terjadi karena gangguan pola istirahat tidur. Hal ini tidak terjadi karena klien sudah bisa tidur nyenyak.

Kurang pengetahuan mengenai perawatan diri dan bayi b.d kurang terpaparnya informasi.

- c. Diagnosa keperawatan ini tidak muncul karena, klien tidak merasa khawatir karena sudah cukup menerima informasi dari ibu serta keluarganya maupun perawat di ruangan mengenai perawatan diri dan bayi.

- d. Hambatan mobilitas fisik b.d adanya perubahan psikologis

Diagnosa keperawatan ini tidak muncul karena, klien sudah bisa bergerak sedikit sedikit meskipun masih di bantu oleh keluarga, dan

pada pasien post partum seharusnya setelah persalinan dianjurkan untuk mobilisasi segera.

3. Perencanaan

Perencanaan dalam proses keperawatan dimulai setelah data terkumpul sudah dianalisa dan masalah-masalah ditentukan. Perencanaan merupakan suatu keputusan tentang apa yang dilakukan, bagaimana, kapan itu akan dilakukan dan siapa yang akan melakukan tindakan tersebut. Rencana keperawatan dipandang sebagai pokok pada proses keperawatan. Didalam tahap perencanaan terdapat rumusan tujuan, intervensi dan rasional Berikut adalah perencanaan keperawatan pada klien post partum spontan menurut doengoes 2013 adalah:

- a. Nyeri akut b.d trauma mekanis (episiotomi).
 - 1) Tentukan lokasi dan sifat nyeri.
 - 2) Observasi tanda vital
 - 3) Inspeksi perbaikan perineum dan episiotomi
 - 4) Kaji nyeri tekan uterus, tentukan adanya dan frekuensi/intensitas afterpain
 - 5) Berikan informasi tentang berbagai strategi untuk menurunkan nyeri, misalnya teknik relaksasi dan distraksi.
 - 6) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgetik.
- b. Ketidacukupan produksi ASI b.d kurangnya produksi ASI.
 - 1) Kaji pengetahuan pasien tentang menyusui sebelumnya.
 - 2) Beri informasi mengenai fisiologi dan keuntungan 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.

c. Resiko tinggi infeksi b.d adanya luka episiotomi.

- 1) Kaji adanya perubahan suhu
- 2) Kaji tanda-tanda infeksi (REEDA).
- 3) Anjurkan pada pasien untuk mencuci perineum dan untuk mengganti pembalut sedikitnya setiap 4 jam atau jika pembalut basah
- 4) Anjurkan pada klien tentang cara perawatan luka perineum
- 5) Kolaborasi untuk pemberian antibiotik.

Terdapat kesenjangan antara perencanaan diteori dengan kasus di lapangan, berikut adalah intervensi yang telah dibuat ditetapkan oleh penulis adalah :

a. Nyeri akut b.d terputusnya inkontinuitas jaringan.

- 1) Observasi TTV
- 2) Kaji skala nyeri
- 3) Atur posisi klien
- 4) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi
- 5) Kolaborasi pemberian analgetik dengan timkes lainnya.

b. Ketidacukupan produksi ASI b.d adanya penurunan hormone estrogen dan progesteron.

- 1) Lakukan perawatan payudara.
- 2) Penkes tentang pijat oksidasi.
- 3) Kompres payudara dengan air hangat.

c. Resiko infeksi b.d luka jahitan perineum

- 1) Kaji tanda-tanda infeksi.
- 2) Melakukan perawatan luka
- 3) Pantau peningkatan leukosit.
- 4) Kolaborasi pemberian therapy dengan antibiotik. timkes pemberian

4. Pelaksanaan

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan penulis melaksanakan dalam waktu 3 hari di Puskesmas, yang dilaksanakan pada tanggal 8, 9, 10 April 2021. Pada tahap ini penulis berusaha melaksanakan tindakan yang telah direncanakan. Penulis tidak menemukan data atau respon yang menyimpang antara teori dan praktek lapangan. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan penulis selalu menjelaskan kepada klien sesuai prosedur sehingga klien kooperatif dan mendukung tindakan keperawatan yang dilakukan. Secara keseluruhan, pada tahap pelaksanaan asuhan keperawatan dapat terlaksana secara lancar sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya.

5. Evaluasi

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan penulis melaksanakan dalam waktu 3 hari di Puskesmas, yang dilaksanakan pada tanggal 8, 9, 10 April 2021, dengan evaluasi 1 diagnosa keperawatan teratasi sebagian yaitu, nyeri akut b.d terputusnya kontinuitas jaringan, 1 lagi resiko infeksi b.d luka jahitan perineum belum teratasi dan 1 diagnosa keperawatan yang teratasi yaitu ketidakcukupan produksi ASI b.d penurunan hormone estrogen dan progesteron.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Berdasarkan beberapa definisi penulis menyimpulkan bahwa post partum adalah periode waktu dimana organ-organ yang berkaitan dengan kandungan kembali ke posisi sebelum hamil yang kira-kira membutuhkan waktu sekitar 6-8 minggu, disertai dengan pulihnya kembali organ-organ yang berkaitan dengan kandungan, yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lain sebagainya berkaitan saat melahirkan, sedangkan episiotomi adalah tindakan robekan perineum untuk memudahkan bayi lahir dengan tujuan memudahkan persalinan dan untuk mencegah ruptur perineum untuk memperbesar muara vagina yang dilakukan tepat sebelum keluarnya kepala bayi.

Setelah melakukan “Asuhan keperawatan pada Ny. M P₁A₀, post partum spontan hari ke-1 dengan episiotomi di Ruang Poned Puskesmas Sindangratu Garut”, maka penulis dapat menyimpulkan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. M P₁A₀, post partum spontan hari ke-1 dengan episiotomi di Ruang Poned Puskesmas Sindangratu Garut.
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. M P₁A₀ post partum spontan hari ke-1 dengan episiotomi di Ruang Poned Puskesmas Sindangratu Garut.
3. Perawat mampu membuat rencana keperawatan pada Ny. M P₁A₀ post partum spontan hari ke-1 dengan episiotomi di Ruang Poned Puskesmas Sindangratu Garut.
4. Perawat mampu melakukan tindakan keperawatan pada Ny. M P₁A₀ post partum spontan hari ke-1 dengan episiotomi di Ruang Poned Puskesmas Sindangratu Garut.
5. Penulis mampu melaksanakan evaluasi keperawatan pada Ny. M P₁A₀ post partum spontan hari ke-1 dengan episiotomi di Ruang Poned Puskesmas Sindangratu Garut.

6. Penulis mampu membuat dokumentasi asuhan keperawatan pada Ny. M P₁A₀ post partum spontan hari ke-1 dengan episiotomi di Ruang Poned Puskesmas Sindangratu Garut.

B. Rekomendasi

1) Bagi institusi pendidikan

Institusi dapat meningkatkan pembelajaran kepada mahasiswa dalam rangka untuk meningkatkan kemampuan dalam hu keperawatan secara komprehensif berdasarkan aspek bio, psiko-sosial, dan spiritual terhadap pasien post partum spontan berdasarkan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang telah diperoleh selama pendidikan dengan memperbanyak latihan kasus dan jadwal praktek lapangan

2) Bagi pasien dan keluarga

Pasien dan keluarga diharapkan dapat memahami pengetahuan yang telah diberikan oleh perawat Serta keluarga harus selalu memberikan dorongan, motivasi dan doa agar pasien semangat untuk sembuh. Perawat hendaknya selalu memberikan pendidikan kesehatan bagi klien dan keluarga, karena bermanfaat untuk menambah ilmu pengetahuan klien dan keluarga, yang diharapkan dapat membantu klien dalam melaksanakan perawatan mandiri di rumah, bagi Ny. M dapat melakukan perawatan luka di rumah dengan membersihkannya secara mandiri, melakukan diit TKTP untuk membantu proses penyembuhan luka, melakukan perawatan payudara sesuai dengan yang telah diberitahukan oleh perawat, yang berguna untuk memperlancar pengeluaran ASI.

C. Bagi perawat

Dalam memberikan pelayanan perawatan yang lebih baik dan optimal kepada pasien, perawat diharapkan memperdalam ilmu kesehatan.

D. Bagi rumah sakit

Penulis mengharapkan mutu pelayanan rumah sakit lebih dioptimalkan lagi, baik bagi sarana maupun prasarana agar memberikan pelayanan yang lebih memuaskan

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)
PIJAT OKSITOSIN

Hari/Tanggal : Sabtu, 10 April 2021
Waktu : 45 menit
Tempat / Ruang : Poned Puskesmas Sindangratu Garut
Sasaran : Ny. M dan keluarga
Pelaksana : Riska Erawan KHGA18118
Pokok bahasan : Pijat Oksitosin
Sub pokok bahasan :
1. Pengertian Pijat oksitosin
2. Tujuan Pijat Oksitosin
3. Manfaat pijat oksitosin
4. Teknik/cara melakukan pijat oksitosin.

A. TUJUAN

1. Tujuan Institusional Umum (TIU)
Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan diharapkan Ny. M dan Keluarganya mampu melakukan pijat oksitosin untuk memperlancar produksi ASI yang telah diajarkan di Puskesmas.
2. Tujuan Intruksional Khusus (TIK)
Setelah diberikan pendidikan kesehatan diharapkan Ny. M dan keluarga mampu :
 - a. Menjelaskan apa itu pijat oksitosin
 - b. Menjelaskan tujuan dari pijat oksitosin
 - c. Menjelaskan manfaat dari pijat oksitosin
 - d. Mendemonstrasikan teknik pijat oksitosin.

B. Metode

1. Ceramah
2. Demonstrasi

C. Media

1. Leaflet
2. Alat demonstrasi (kursi, bantal, minyak telon / air hangat, handuk / washlap).

D. Kegiatan

No	Tahap Kegiatan	Waktu	Kegiatan pengajar	Kegiatan sasaran
1.	Pembukaan	3 menit	1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menyampaikan tentang tujuan pokok materi 4. Menyampaikan pokok pembahasan 5. Menyampaikan kontrak	1. Menjawab salam 2. Mendengarkan dan menyimak 3. Bertanya mengenai pengenalan dan tujuan jika ada yang kurang jelas
2.	Isi	10 menit	1. Penyampaian Materi a. Menggali pengetahuan peserta didik tentang pijat oksitosin b. Menjelaskan pengertian pijat oksitosin c. Menjelaskan tujuan pijat oksitosin d. Menanyakan kembali persepsi peserta tentang tujuan pijat oksitosin e. Menjelaskan manfaat pijat oksitosin f. Menjelaskan langkah langkah pijat oksitosin	1. Mendengarkan dan menyimak 2. Bertanya mengenai hal-hal yang belum jelas dan dimengerti 3. Melakukan redemonstrasi yang diajarkan pengajar.

			g. Meredemonstrasikan langkah-langkah oksitosin a) Tanya Jawab. b) Memberikan kesempatan pada klien dan keluarga untuk bertanya	
	Penutup	5 menit	1. Melakukan evaluasi 2. Menyampaikan kesimpulan materi 3. Memberikan saran kepada klien dan keluarga. 4. Mengakhiri pertemuan dan menyampaikan salam	1. Peserta dapat menjawab tentang pertanyaan yang diajukan 2. Mendengar 3. Memperhatikan 4. Menjawab salam

E. Evaluasi

1. Evaluasi Hasil:
 - a. Menjelaskan apa itu pijat oksitosin
 - b. Menjelaskan tujuan pijat oksitosin
 - c. Menjelaskan manfaat pijat oksitosin
 - d. Mendemonstrasikan teknik pijat oksitosin
2. Evaluasi struktur :
 - a. Kelengkapan media-alat : Tersedia dan siap digunakan
 - b. Pelaksana siap melakukan PENKES
3. Evaluasi Proses:
 - a. Pelaksana dan peserta mengikuti PENKES sesuai waktu atau sampai selesai.
 - b. Aktif dalam PENKES

- c. Mampu mendemonstrasikan tehnik pijat oksitosin.
- d. Mampu menjawab pertanyaan yang diajukan oleh pelaksana.
- e. Pelaksana menyajikan semua materi secara lengkap.

MATERI PENYULUHAN

PIJAT OKSITOSIN

A. Definisi Pijat Oksitosin

Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidaklancaran produksi ASI. Pijat oksitosin adalah Pijat oksitosin adalah suatu tindakan pemijatan tulang belakang mulai dari nervus ke 5-6 sampai scapula sepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai tulang costae yang akan mempercepat kerja saraf parasimpatis untuk menyampaikan perintah ke otak bagian belakang sehingga hormon prolaktin dan oksitosin keluar (Suherni, 2008; Suradi, 2006; Hamranani 2010).

B. Tujuan Pijat Oksitosin

Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang refleks hormon oksitosin atau reflex let down. Atau yang biasa disebut sebagai reaksi pengeluaran ASI.

C. Manfaat Pijat Oksitosin

Selain untuk merangsang refleks let down manfaat pijat oksitosin adalah memberikan kenyamanan pada ibu, mengurangi bengkak (engorgement), mengurangi sumbatan ASI, merangsang pelepasan hormon oksitosin, mempertahankan produksi ASI ketika ibu dan bayi sakit (Depkes RI, 2007).

D. Tehnik Pijat Oksitosin

Langkah-langkah melakukan pijat oksitosin sebagai berikut (Depkes RI, 2007):

1. Melepaskan baju ibu bagian atas
2. Buka pengait BH
3. Duduk dengan kaki menapak pada lantai (jika kaki tidak dapat menapak pada lantai, usahakan untuk menambahkan kursi kecil / benda lain yang dapat membuat kaki tidak menggantung).
4. Memasang handuk.
5. Lipat kedua lengan di atas bantal dan sebuah meja atau sandaran (dengan jarak tertentu sehingga payudara bisa menggantung).
6. letakkan kepala di atas lengan tersebut.

7. Melumuri kedua telapak tangan dengan minyak telon atau baby oil / air hangat.
8. Pijat punggung ibu menggunakan ibu jari sejajar dengan tulang belakang, pada saat bersamaan, memijat kedua sisi tulang belakang kearah bawah.
9. Mulai dari leher kearah tulang belikat, selama 2-3 menit dengan kedua ibu jari dengan membentuk lingkaran.
10. Mengulangi pemijatan hingga 3 kali
11. lakukan selama 2-3 menit minimal sehari dua kali
12. Membersihkan punggung ibu dengan waslap air hangat dan dingin secara bergantian.



E. Waktu pelaksanaan yang tepat.

Waktu yang tepat untuk pijat oksitosin adalah sebelum menyusui atau memerah ASI, lebih di sarankan atau saat pikiran ibu sedang pusing badan pegal-pegal, cukup 3-5 menit saja per sesi (Depkes RI, 2007

LANCARKAN PRODUKSI ASI
DENGAN:

PIJAT OKSITOKSIN



OLEH :
RISKA ERAWAN
KHGA 18118

STIKes KARSA HUSADA GARUT
DIII KEPERAWATAN
2021

PENGERTIAN PIJAT OKSITOKSI

Pijat oksitosin adalah suatu tindakan pemijatan tulang belakang mulai dari nervus ke 5-6 sampai scapula yang akan mempercepat kerja saraf parasimpatis untuk menyampaikan perintah ke otak bagian belakang sehingga oksitosin keluar (Suherni, 2008: Suradi, 2006; Hamranani 2010).

TUJUAN PIJAT OKSITOKSIN

Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang refleks hormon oksitosin atau reflex let down. Atau yang biasa disebut sebagai reaksi pengeluaran ASI.



BERIKAN ASI EKSKLUSIF
SELAMA 6 BULAN SETELAH
MELAHIRKAN



BAYI KENYANG..
IBU TENANG..!!!

MANFAAT PIJAT OKSITOSIN

- Memberikan kenyamanan pada ibu
- Mengurang bengkak (engorgement),
- Mengurangi sumbatan asi
- Merangsang pelepasan oksitosin hormon
- Mempertahankan produksi asi ketika ibu dan bayi sakit (depkes ri, 2007),

MANFAAT PIJAT OKSITOSIN

1. buka baju ibu
2. buka pengait BH

3. duduk dengan kaki menapak pada lantai (jika kaki tidak dapat menapak pada lantai, usahakan untuk menambahkan kursi kecil
4. lipat kedua lengan di sebuah meja atau sandaran (dengan jarak tertentu sehingga payudara bisa menggantung)
5. letakkan kepala di atas lengan tersebut
6. kepalkan jari-jari tangan kecuali ibu jari (dilakukan oleh perawat/ keluarga)

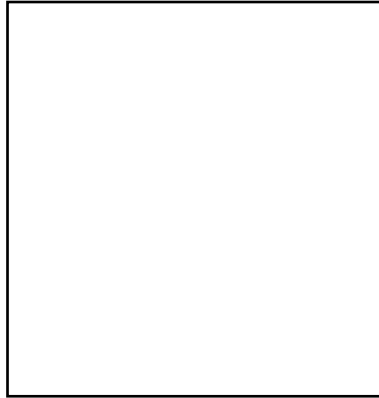
7. pijat punggung ibu sejajar dengan tulang belakang dengan membentuk jari lingkaran kecil dengan kedua ibu
8. mulai dari leher dikedua sisi tulang belakang kanan dan kiri bersamaan sampai kearah tulang belikat
9. lakukan selama 2-3 menit minimal sehari dua kali



DAFTAR PUSTAKA

- Aspiani, Reny, Yuli. 2017. *Asuhan Keperawatan Maternitas Aplikasi NANDA NIC NOC*. Jakarta : Trans Info Media.
- Buku Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat 2017.
- Doengoes, ME. 2015. *Rencana Keperawatan Material Edisi ke empat*. Jakarta: EGC.
- <http://www.academia.edu/31616267/EPISIOTOMI> (Di akses tanggal 12 juni 2020 pukul: 16.35 wib).
- Juknis UAP 2020.
- Kozier, Erb. 2011. *Fundamental Keperawatan Edisi 7*. Jakarta: EGC, 2010.
- Nugroho, Taufan. 2011. *Asuhan Keperawatan Maternitas Anak Bedah dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nurarif, Amin, Huda & Kusuma, Hardi. 2015. *Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NIC-NOC*. Yogyakarta: Mediaction publising.
- Nursalam. 2013. *Proses Dan Dokumentasi Keperawatan*, Jakarta Selemba Medika.
- Sulistiyawati, Ari. 2010. *Asuhan kebidanan pada ibu bersalin*. Selemba Medika Jakarta.
- Wahyuningsih, Sri & Mahasiswi D3 Keperawatan. 2019. *Asuhan Keperawatan Post Partum*. Yogyakarta: Deepublish.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Riska Erawan

Jenis Kelamin : Perempuan

Tempat/Tanggal Lahir : Garut, 05 Agustus 2000

Agama : Islam

Alamat : Kp. Sukamanah , RT/RW 01/03, Desa Talagasari,
Kec. Kadungora, Kab. Garut

Riwayat Pendidikan :

1. TK PGRI Kadungora (2005-2006)
2. SDN Karang Mulya 2 Kadungora (2006-2012)
3. MTS Al-Ma'arif Cilageni (2012-2015)
4. SMK Muhammadiyah 1 Kadungora (2015-2018)
5. STIKes. Karsa Husada Garut Program Studi DIII Keperawatan (2018-2021)

