

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. D P₁A₀ POST PARTUM
SPONTAN HARI KE-1 DENGAN EPISIOTOMI DI PONED UPT
PUSKESMAS BAYONGBONG WILAYAH GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi D III Keperawatan

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan

Karsa Husada Garut



Disusun Oleh :

YUNISA SULISTIANINGSIH

KHG A. 18171

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

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. D P₁A₀ POST
PARTUM SPONTAN HARI KE-1 DENGAN EPISIOTOMI DI
PONED UPT PUSKESMAS BAYONGBONG WILAYAH
GARUT

NAMA : YUNISA SULISTIANINGSIH

NIM : KHG.A.18171

Garut, 2021

Menyetujui,

Pembimbing

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

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. D P₁A₀ POST
PARTUM SPONTAN HARAP KE-1 DENGAN EPISIOTOMI DI
PONED UPT PUSKESMAS BAYONGBONG WILAYAH
GARUT

NAMA : YUNISA SULISTIANINGSIH

NIM : KHG.A.18171

Garut, 2021

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Mengetahui,

**Ketua Program Studi D III
Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut**

Mengesahkan,

Pembimbing

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

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

ABSTRAK

IV BAB, 93 halaman, 19 Tabel, 10 lampiran

Karya tulis ini berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny.D P₁A₀ Post Partum Spontan hari ke-1 dengan episiotomi di poned UPT Bayongbong wilayah Garut” yang dilatarbelakangi oleh Angka Kematian Ibu (AKI) di Kabupaten Garut dinilai masih cukup tinggi. Jumlah Angka Kematian Ibu sekitar 55 kasus berdasarkan data tahun 2018. Tujuan dari pembuatan karya tulis ini adalah untuk meningkatkan kemampuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang komprehensif meliputi aspek biologis, psikologis dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan pada klien post partum spontan dengan episiotomy. Adapun metode Penulisan yang digunakan adalah metode deskriptif yang berbentuk studi kasus. 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. Semua ibu yang lahir pervagina atau lahir spontan beresiko terjadi luka perineum baik karena ruptur spontan maupun episiotomi. Episiotomi merupakan suatu tindakan insisi pada perineum yang menyebabkan terpotongnya selaput lendir vagina, cincin selaput darah, jaringan pada septum rektovaginal, otot – otot dan fascia perineum dan kulit sebelah depan perineum. Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny.D sebagai berikut : Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan, Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan adanya luka jahitan episiotomi, ketidak efektifan produk ASI berhubungan dengan ASI tidak adekuat. Kesimpulan yang diperoleh yaitu penulis mampu melakukan asuhan keperawatan pada klien post partum dengan episiotomi yaitu, pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Kata kunci : Post partum dan Episiotomi

Daftar Pustaka : 14 buah (2011-2020)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan Karuni-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis ini sesuai batas waktu yang telah diberikan kepada penulis. Penyusunan Karya Tulis ini merupakan tugas dan salah satu syarat yang menunjang kelulusan dari Program pendidikan Diploma III di STIKes Karsa Husada Garut, judul yang diambil untuk Karya Tulis ini adalah : Asuhan Keperawatan pada Ny.D P₁A₀ post partum spontan dengan episiotomi di poned UPT Puskesmas Bayongbong wilayah garut. Selama pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak menghadapi kendala dan hambatan, namun berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak maka kendala tersebut dapat dilewati sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan. Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan rasa terimakasih yang sebesar- besarnya kepada :

1. Bapak Dr.H. Hidayat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. D. Saepudin, S.Sos., M.M.Kes, selaku Ketua Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku Ketua Prodi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.

5. Ibu Herlin Rusyani, SH.,M.Pd, selaku pembimbing Akademik dari awal hingga akhir program pembelajaran di Prodi DIII Keperawatan.
6. Ibu Eva Daniati, S.Kep.,Ners.,MPd, Selaku pembimbing selama pembuatan karya tulis ini.
7. 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.
8. Kepala ruangan beserta staf ruangan UPT Bayongbong wilayah Garut yang telah memberikan kesempatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
9. Kepada keluarga Ny.D selaku klien yang telah memberikan bantuan dan kerjasamanya selama melakukan asuhan keperawatan.
10. Kedua orang tua saya Bapak Masum dan Ibu K. Setianingsih tercinta sebagai motivator terbesar dalam hidup saya yang telah membesarkan, mendidik, merawat, dan memberikan do'a restu, dukungan, perhatian, perhatian, kasih sayang serta pengorbanan yang tak ternilai harganya, hingga penulis dapat menyelesaikan studi ini.
11. Teman- teman kelas 3D yang selalu memberikan semangat yang begitu besar kepada penulis.
12. Sahabatku dari zaman SMA (Panzi Mulyadi, Velia natami, Septia Dwi DF, Novi Rismayanti, Rema Nurahmayanti, dan Riva Maudy) yang selalu mendukung setiap langkahku dan memberikan motivasi serta semangat.

13. Sahabat-sahabatku buper cantik (Anisa Pebriani, Rifqa Diniarti, dan Sindi Dwi damayanti, Melin Nurhasanah, Sopi Sibtia Yani, Nurul Alviyani) yang selalu memberikan semangat.
14. Sahabatku yang gagal move on (Arneta Tasya, Rizka Nurhalilah, Savira Salma) yang selalu mendengarkan keluh kesahku.
15. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini.

Semoga bantuan yang telah diberikan kepada penulis mendapatkan balasan yang setimpal dari Allah SWT.

Penulis menyadari bahwa penyusun Karya Tulis ini masih jauh dari sempurna baik secara penyajian maupun isinya, penulis menyambut baik terhadap kritik dan saran dari semua pihak. Semoga Karya Tulis ini bermanfaat khususnya bagi penulis, umumnya pembaca.

Garut, 2021

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN

LEMBAR PENGESAHAN

ABSTRAK

KATA PENGANTAR..... i

DAFTAR ISI..... iv

DAFTAR TABEL..... vii

DAFTAR LAMPIRAN viii

BAB I PENDAHULUAN 1

A. Latar Belakang 1

B. Tujuan 5

C. Metode Telaahan..... 6

D. Sistematika Penulisan..... 7

BAB II TINJAUAN TEORI 9

A. Konsep Dasar Teori 9

1. Post Partum 9

a. Tahapan masa nifas 10

b. Tahapan Masa Post Partum 10

c. Kebutuhan Masa Post Partum berdasarkan KDM..... 10

d. Perubahan Fisiologis Masa Nifas 13

e. Proses adaptasi Psikologis ibu masa nifas 22

f. Patofisiologi 21

2. Episotomi	22
a. Definisi	22
b. Tujuan Episotomi	23
c. Jenis-jenis Episotomi.....	23
d. Indikasi Episotomi.....	24
e. Komplikasi Episotomi	26
f. Waktu Episotomi	26
g. Skala REEDA (<i>Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge, and Approximation</i>)	27
B. Pendekatan Proses Keperawatan.....	28
1. Pengkajian	29
2. Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul menurut Aspiani (2017)	43
3. Perencanaan.....	44
4. Implementasi	50
5. Evaluasi	50
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	53
A. Tinjauan Kasus.....	53
1. Pengkajian	53
2. Analisa Data	64
3. Diagnosa Keperawatan.....	66
4. Proses Keperawatan	68
5. Catatan Perkembangan	76
B. Pembahasan.....	79
1. Pengkajian	79
2. Diagnosa Keperawatan	80
3. Perencanaan.....	82
4. Pelaksanaan	84

5. Evaluasi	85
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	87
A. Kesimpulan	87
B. Rekomendasi	88
DAFTAR PUSTAKA	89
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Perbandingan Antara Post Partum dengan Kasus Lainnya	
UPT Puskesmas Bayongbong Tahun 2020	3
Tabel 2.1 Perubahan Uterus	14
Tabel 2.2 Skoring Davidson 1974	28
Tabel 2.3 Analisa Data	40
Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan Nyeri	44
Tabel 2.5 Intervensi Keperawatan Konstipasi	45
Table 2.6 Intervensi Keperawatan Ketidakefektifan Pemberian ASI	46
Table 2.7 Intervensi Keperawatan Gangguan Pola Tidur	47
Tabel 2.8 Intervensi Keperawatan Defisit Perawatan Diri	48
Table 2.9 Intervensi Keperawatan Resiko Tinggi Infeksi	48
Table 2.10 Intervensi Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik	49
Tabel 3.1 Skala Kekuatan Otot	61
Tabel 3.2 Pola Aktivitas Sehari-Hari	63
Tabel 3.3 Pemeriksaan Laboratorium	64
Tabel 3.7 Catatan Perkembangan	76

DAFTAR LAMPIRAN

Satuan Acara Penyuluhan

Leaflet

Lembar Bimbingan

Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator keberhasilan layanan suatu negara. 99% dari semua kematian ibu terjadi di Negara berkembang. Sekitar 830 wanita dari semua kematian ibu terjadi di Negara berkembang. Sekitar 830 wanita meninggal karena komplikasi kehamilan atau persalinan di seluruh dunia setiap hari. Wanita meninggal akibat komplikasi selama dan setelah kehamilan dan persalinan. Komplikasi utama yang menyebabkan hampir 75% dari semua kematian ibu adalah perdarahan hebat setelah melahirkan, infeksi, tekanan darah tinggi selama kehamilan (pre – eklamsia dan eklampsia), komplikasi dari persalinan, dan aborsi yang tidak aman (WHO, 2018).

Berdasarkan profil kesehatan Indonesia tahun 2019, Angka kematian ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat keberhasilan upaya kesehatan ibu. AKI adalah rasio kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan atau incidental disetiap 100.000 kelahiran hidup. Jumlah kematian ibu menurut tahun 2018-2019 dimana terdapat penurunan dari 4.226 menjadi 4.221 kematian ibu di Indonesia berdasarkan laporan. Pada tahun 2019 penyebab kematian ibu terbanyak

adalah perdarahan (1.280 kasus), hipertensi dalam kehamilan 1.066 kasus, infeksi 207 kasus. Sedangkan, Angka Kematian Bayi (AKB) pada tahun 2019 sebanyak 16.870 jiwa (Ditjen Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI, 2020).

Menurut Dinkes Jawa Barat tahun 2018, Angka Kematian Ibu mencapai 648 kasus, penyebabnya yaitu perdarahan sekitar 189 kasus, hipertensi sekitar 197 kasus, infeksi sekitar 189 kasus, gangguan darah 113 kasus, gangguan metabolik sekitar 14 kasus, dan lain-lain 141 kasus (Dinkes Jabar, 2019).

Wilayah Kabupaten Garut pada tahun 2018 jumlah kasus kematian ibu (AKI) terdapat 55 kasus yang disebabkan oleh keadaan social ekonomi, keadaan kesehatan yang kurang baik menjelang kehamilan, kejadian komplikasi selama kehamilan dan kelahiran, serta gambaran tersedianya dan penggunaan fasilitas kesehatan pelayanan prenatal dan obstetric. Sedangkan, angka kematian bayi baru lahir (AKB) pada tahun 2018 terdapat 271 kasus (Dinkes Kab. Garut, 2019).

Berdasarkan data yang di peroleh dari pencatatan UPT Bayongbong Garut terdapat 10 perbandingan antara post partum spontan dengan kasus lainnya di ruang poned selama periode Januari – Desember 2020 di dapat data sebagai berikut :

Tabel 1.1
Perbandingan Antara Post Partum Dengan Kasus Pada Masa
Periode Perinatal
UPT Puskesmas Bayongbong Tahun 2020

No	Jenis Kasus	Jumlah	Persentase
1	Persalinan Normal	421	62%
2	PEB	110	16%
3	KPD (Ketuban Pecah Dini)	58	9%
4	HEG	49	7%
5	Letak Janin Sungsang	36	5%
	Jumlah	674	100%

Sumber : Rekammedik UPT puskesmas Bayongbong , 2020

Berdasarkan tabel 1.1 di atas dapat di lihat bahwa jumlah persalinan normal lebih tinggi daripada kasus yang lainnya dengan jumlah 421 kasus dengan persentasi 62%.

Partus dianggap spontan atau normal jika wanita berada dalam masa aterm, tidak terjadi komplikasi, terdapat satu janin partus spontan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan dengan ketentuan ibu atau tanpa anjuran atau obat-obatan (Ningsih, 2019). Semua ibu yang lahir pervagina atau lahir spontan beresiko terjadi luka perineum baik karena ruptur spontan maupun episiotomi. Luka perineum didefinisikan sebagai adanya ruptur pada jalan lahir maupun karena episiotomi pada saat melahirkan, luka perineum terjadi pada semua persalinan pertama dan tidak jarang juga terjadi pada persalinan berikutnya. Perineum merupakan bagian pembukaan pintu bawah panggul, yang terletak antara vulva dan anus. Perineum terdiri dari otot dan fasciaurogenitalis serta diafragma pelvis (Wiknjastro, 2017).

Episiotomi merupakan sayatan (insisi) yang di buat pada perineum (jaringan diantara jalan lahir bayi dan anus) saat proses persalinan yang dimulai dari cincin vulva kebawah, menghindari anus dan muskulus sfingter ani. Insisi ini menyebabkan terpotongnya selaput lender vagina, cincin selaput dara, jaringan pada septum rektovaginal, otot-otot, fascia perineum dan kulit depan perineum untuk melebarkan orifisium (lubang/muara) vulva sehingga mempermudah jalan keluar bayi dan mencegah rupture perineum totalis. Episiotomi itu sendiri bertujuan untuk melebarkan jalan lahir, mempermudah kelahiran pada perineum yang kaku, mempercepat kelahiran pada waktu hal kegawat daruratan terjadi (Widiastini, 2018).

Episiotomi merupakan salah satu masalah dalam persalinan yang pengaruhnya sangat tinggi terhadap rasa nyaman klien karena akan menyebabkan berbagai resiko diantaranya yaitu terjadi infeksi dan robekan pada rupture perineum. Proses penyembuhan luka perineum di pengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya personal hygiene ibu nifas tersebut dan tingkat pengetahuan. Oleh karena itu perawatan luka perineum itu penting karena apabila perawatan luka perineum tidak baik dapat menyebabkan terjadinya infeksi, komplikasi (nyeri pada saat menstruasi pada bekas episiotomi, Infesi bekas episiotomi dan lainnya) sampai kematian ibu. Berdasarkan hal di atas, penulis merasa tertarik untuk membuat studi kasus dengan judul

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D P₁A₀ POST PARTUM SPONTAN HARI KE-1 DENGAN EPISIOTOMI DI PONED UPT BAYONGBONG WILAYAH GARUT”.

B. Tujuan

1. Tujuan umum

Mampu melakukan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biologis, psikologis, social dan spiritual kepada klien post partum dengan luka episiotomi melalui tahapan proses keperawatan dan mendokumentasikannya dalam bentuk laporan studi kasus.

2. Tujuan khusus

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

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. D P₁A₀ Post Partum Spontan hari ke-1 dengan Episiotomi di poned UPT Bayongbong Daerah Garut.
2. Penulis mampu menentukan diagnosa Keperawatan pada Ny. D P₁A₀ Post Partum Spontan hari ke-1 dengan Episiotomi di poned UPT Bayongbong Daerah Garut.
3. Penulis mampu menyusun rencana tindakan keperawatan pada Ny. D P₁A₀ Post Partum Spontan hari ke-1 dengan Episiotomi di poned UPT Bayongbong Daerah Garut.

4. Penulis mampu mengimplementasikan tindakan keperawatan yang sesuai dengan perencanaan keperawatan pada Ny. D P₁A₀ Post Partum Spontan hari ke-1 dengan Episiotomi di poned UPT Bayongbong Daerah Garut.
5. Penulis mampu mengevaluasi asuhan keperawatan pada pasien Ny. D P₁A₀ Post Partum Spontan hari ke-1 dengan Episiotomi di poned UPT Bayongbong Daerah Garut.
6. Penulis mampu mendokumentasikan tindakan keperawatan pada Ny. D P₁A₀ Post Partum Spontan hari ke-1 dengan Episiotomi di poned UPT Bayongbong Daerah Garut.

C. Metode Telaah

Metode yang digunakan dalam penyusunan karya tulis ini adalah metode deskriptif yang berbentuk studi kasus dengan menggunakan proses keperawatan (Sugiyono, 2015). Adapun teknik yang digunakan 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, sosial dan spiritual serta data penunjang lainnya yang berhubungan pada post partum spontan dengan episiotomi.

2. Observasi

Metode pengumpulan data melalui pengamatan atau observasi secara langsung terhadap aktivitas responden atau partisipan yang sudah terencana, dilakukan secara aktif dan sistematis

3. Pemeriksaan Fisik

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

4. Study Dokumentasi

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 dan referensi dari internet mengenal konsep-konsep yang berhubungan pada kasus Post Partum Spontan dengan Episiotomi.

6. Partisipasi Aktif

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

D. Sistematika Penulisan

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

BAB I : PENDAHULUAN

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

BAB II : TINJAUAN TEORITIS

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

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

DAFTAR PUSTAKA

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Teori

1. Post Partum

a. Definisi

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

Periode pascapartum (peuperium) 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).

Jadi dapat disimpulkan bahwa masa nifas (peuperium) ialah masa 6 minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan normal.

b. Tahapan Masa Post Partum

Tahapan post partum menurut Wahyuningsih, 2019 adalah sebagai berikut :

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 dan 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 (BK), (Wahyuningsih,dkk, 2019).

c. Kebutuhan Masa Post Partum berdasarkan KDM

Menurut (Febrianti & Aslina, 2019) jumlah kalori seorang ibu yang berada pada masa nifas akan membutuhkan beberapa hal, yaitu :

1) Nutrisi dan cairan

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

a). Konsumsi tambahan kalori 500 kalori tiap hari

- b). Diet berimbang, protein, mineral dan vitamin
- c) Minum sedikitnya 2 liter tiap hari
- d). Fe/tablet tambahan darah sampai 40 hari pasca persalinan
- e). Kapsul vit A 200.000 unit.

2). Ambulansi

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

Keuntungan ambulansi :

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

memperbesar kemungkinan prolapsus atau retrotexto uteri.

3). Eliminasi

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

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

4). Kebersihan diri

Pada masa 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 belakang
- c) Sarankan ibu mengganti pembalut setidaknya 2 kali sehari
- d) Membersihkan tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan 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 internal dan eksternal berangsur-angsur kembali ke keadaan sebelum hamil (involusi). (Wahyuningsih, dkk, 2019).

d. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1). Uterus

Menurut Marmi (2015) setelah plasenta lahir, uterus akan mulai keras karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya. Uterus berangsur-angsur mengecil sampai keadaan sebelum hamil.

Tabel 2.1
Perubahan Uterus

Involusi uterus	Tinggi fundus uteri	Berat uterus	Diameter uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari	Pertengahan pusat dan simfisis	500 gram	7,5 cm
14 hari	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

Sumber : Marmi, 2015

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-sisa selaput ketuban, desidua, verniks kaseosa, lanugo, meconium berlangsung 2 hari post partum.
- b) Lochea sanguilenta berwarna merah kunin berisi darah dan berlangsung 3-7 hari post partum
- c) Lochea serosa berwarna kuning karena mengandung serum, jaringan desidua, leukosit dan eritrosit berlangsung 7-14 hari post partum.
- d) Lochea alba berwarna putih terdiri dari atas leukosit dan sel-sel desidua berlangsung 14 hari - 2 minggu berikutnya (Marmi, 2015).

3). Endometrium

Perubahan terjadi dengan timbulnya thrombosis, degenerasi dan nekrosis ditempat implantasi 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 persalinan serviks menganga, setelah 7 hari 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 multipara, hymen tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil dan berubah menjadi karunkula 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 susu, sekresi susu atau *let down*.

Selama kehamilan jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya mempersiapkan makanan bagi bayi. Pada hari ketiga setelah melahirkan efek prolactin pada payudara mulai 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 persalinan 2 jam ibu merasa lapar, kecuali ada komplikasi persalinan, tidak ada alasan untuk menunda makan. Salah satu zat makanan yang dibutuhkan ibu adalah kalsium. Kalsium sangat penting untuk gigi pada kehamilan dan masa nifas, dimana pada saat tersebut terjadi penurunan konsentrasi ion kalsium karena meningkatkan kebutuhan kalsium pada ibu (termasuk pada bayi untuk proses pertumbuhan). Pada ibu nifas akan mengalami mual dan muntah akibat produksi saliva, gejala tersebut berlangsung kurang lebih 10 minggu. Ibu nifas yang mengalami partuslama akan lebih mudah mengalami ileusparalitikus, yaitu adanya obstruksi usus akibat tidak adanya peristaltic usus. (Febrianti&Aslina, 2019)

8). Sistem perkemihan

Kurang lebih 40% wanita nifas mengalami proteinurinnonpatologis sejak pasca melahirkan sampai dua post partum. Pelvis, ginjal, ureter yang meregang selama proses kehamilan akan kembali pada akhir minggu keempat setelah melahirkan. Pemeriksaan siskotopik setelah proses persalinan akan menunjukkan tidak adanya edema dan hyperemia pada dinding kandung kemih, tetapi sering ditemukan eksrtavasasi darah pada submukosa. Diuresis yang normal dimulai setelah proses persalinan sampai dengan hari kelima. Jumlah urin yang keluar dapat melebihi 3000ml perharinya. Hal tersebut merupakan bagian normal dari kehamilan. Dalam kondisi tersebut, kandung kemih pada puerperium mempunyai kapasitas yang meningkat secara relatif. Oleh karena itu, distensi, urinresidual, dan pengosongan yang tidak sempurna harus diwaspadai dengan seksama (Febrianti&Aslina, 2019).

9). Sistem Muskuloskeletal

Ligament, fasia, diafragma pelvis merenggang selama kehamilan, berangsur-angsur mengecil seperti semula. Stabilisasi secara sempurna terjadi anatar 6-8 minggu setelah persalinan. Putusnya serat-serat elastis pada kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara

waktu. Ambulasi dini, mobilisasi dan senam nifas sangat dianjurkan untuk mengatasi hal tersebut (Febrianti&Aslina, 2019).

10). System endokrin

Perubahan system endokrin pada masa nifas, antara lain :

a) Oksitoksin

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°C, setelah 2 jam post partum normal.

- b) Nadi dan pernafasan, nadi dapat bradikardi kalau takikardi waspada mungkin ada pendarahan, pernafasan akan sedikit meningkat setelah persalinan lalu kembali normal.
 - c) Tekanan darah kadang naik lalu 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 dihilangkan sempurna dan berubah jadi putih (striae albicans).
- 13). Evaluasi tonus otot abdomen untuk menentukan diastasis (derajat pemisahan otot rektus abdomen). Setiap wanita mempunyai 3 set otot abdominalis yaitu otot rectus abdominalis oblique, trasverse, rectus abdomanilasi merupakan otot paling luas yang bergerak dari atas kebawah. Otot ini terbagi 2 yang dinamakan rekti yang lebarnya $\pm 0,5$ cm dan dihubungkan oleh jaringan fibrous (linea alba).

Pada saat hamil otot dan persendian menjadi relaks untuk persiapan melahirkan (linea alba menjadi sangat mudah mulur), ketika 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 hal ini. Agar perubahan psikologis yang di alami ibu tidak berlebihan, ibu perlu mengetahui hal yang lebih lanjut. Wanita banyak mebgalami perubahan emosi selama masa nifas sementara ia menyesuaikan diri menjadi seorang ibu. (Vivian, 2011)

Adapun adaftasi secara soikologis diantaranya :

1. Fase taking in

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

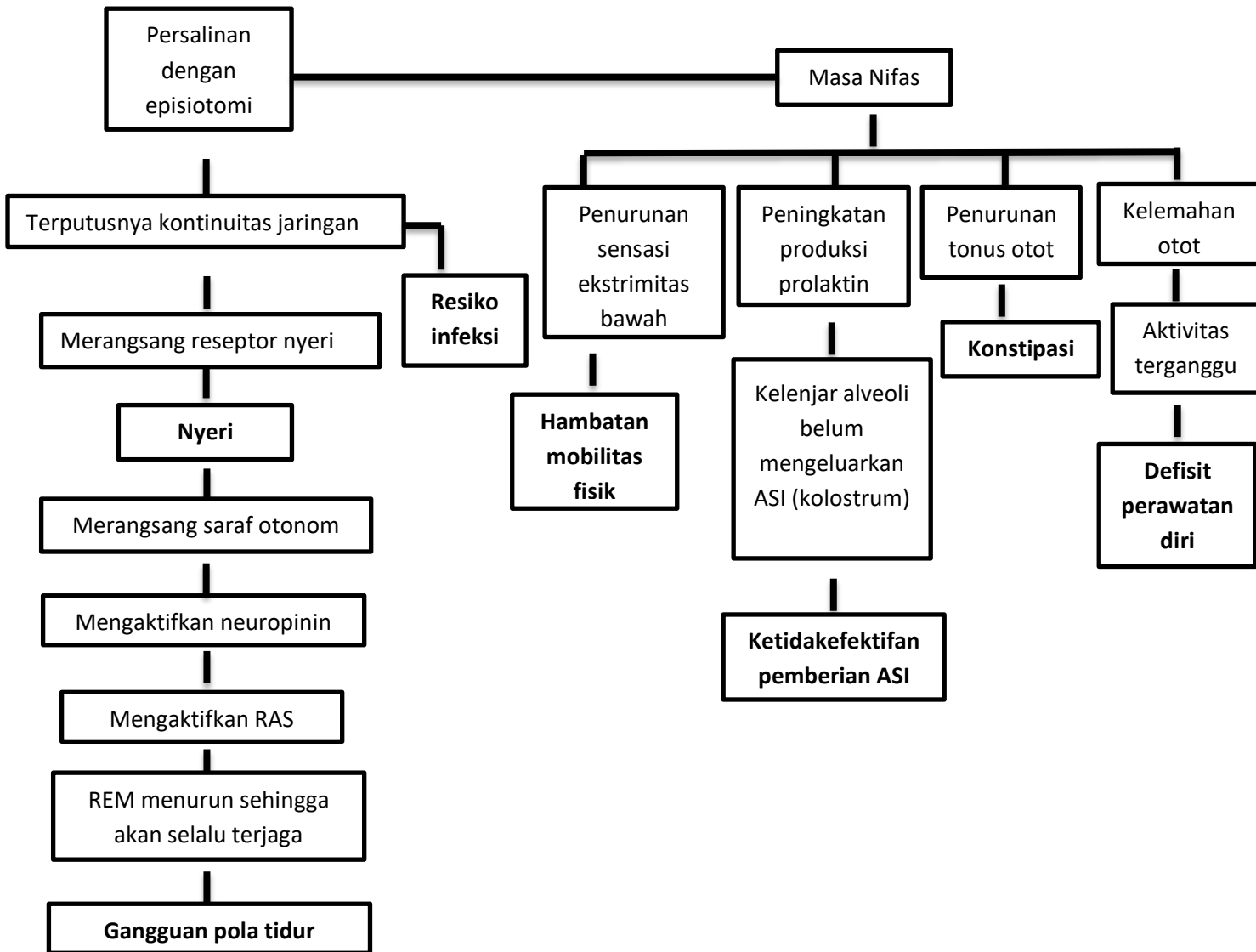
2. *Fase taking hold*

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada *fase taking hold*, ibu akan merasa khawatir akan ketidak mampuan dan rasa tanggung jawabnya merawat bayi. Selain itu perasaannya sangat sensitive sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati. Oleh karena itu ibu memerlukan kesempatan yang baik untuk menerima berbagi 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 menerima tanggung jawab 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. Pathway Post Partum dengan Episiotomi



Sumber : Aspiani, 2017

g. Patofisiologi

Dalam masa post partum atau masa nifas, alat-alat genetalia intra maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil, perubahan-perubahan alat genetalia ini dalam keseluruhannya di sebut “*involuti*”, disamping akan terjadi perubahan lain yakni memokusentrasi dan timbulnya laktasi yang terkahir ini karena pengaruh hormone laktogen dari kelenjar hipofisis terhadap kelenjar-kelenjar mammae.

Perubahan ini terjadi pada endometrium ialah timbulnya thrombosis, degenerasi, dan nekrosis ditempat implementasi plasenta pada hari pertama endometrium yang kira-kira setebal 2-5 mm itu mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua yang memakai waktu 2-3 minggu. (Wahyuningsih, dkk, 2019).

h. Komplikasi

- a. Pembengkakan payudara
- b. Mastitis (peradangan pada payudara)
- c. Endometritis (peradangan pada endometrium)
- d. Post partum blues
- e. Infeksi puerperalis ditandai dengan pembengkakan, rasa nyeri, kemerahan, pada jaringan terinfeksi atau penularan cairan berbau dari jalan lahir selama persalinan atau sesudah persalinan (Aspiani, 2017).

2. Episiotomi

a. Definisi

Episiotomi merupakan sayatan (insisi) yang di buat pada perineum (jaringan diantara jalan lahir bayi dan anus) saat proses persalinan yang dimulai dari cincin vulva kebawah, menghindari anus dan muskulus sfingter ani. Insisi ini menyebabkan terpotongnya selaput lendir vagina, cincin selaput dara, jaringan pada septum rektovaginal, otot-otot, fasia perineum dan kulit depan perineum untuk melebarkan orifisium (lubang/muara) vulva sehingga mempermudah jalan keluar bayi dan mencegah rupture perineum totalis (Widiastini, 2018).

Episiotomi merupakan suatu tindakan insisi pada perineum yang menyebabkan terpotongnya selaput lendir vagina, cincin selaput darah, jaringan pada septum rektovaginal, otot – otot dan fasia perineum dan kulit sebelah depan perineum (Surwano, 2012).

b. Tujuan Episiotomi

Tujuan episiotomi untuk memperluas pembukaan vagina sehingga bayi dapat keluar mudah, memperlebar jalan lahir, mempercepat persalinan kala II lama yang berlangsung lebih dari 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi, yang ditandai dengan tanda dan gejala klinis pembukaan serviks lengkap dan ibu mengedan tetapi tidak ada kemajuan pengeluaran kepala, menghindari

robekan perineum spontan, serta mengendalikan robekan perineum untuk memudahkan menjahit (Asri dan Clervo, 2012).

c. Jenis – jenis Episiotomi

Menurut Benson dan Pernoll (2013) ada tiga jenis episiotomi yang digunakan saat ini, yakni:

1) Episiotomi Median

Episiotomi median merupakan episiotomi yang paling mudah dilakukan dan diperbaiki. Metode ini hampir tidak mengeluarkan darah dan setelah melahirkan terasa tidak sakit ketimbang jenis lainnya. Lakukanlah insisirafe median perineum hampir mencapai sfingter ani dan perpanjang insisi ini paling sedikit 2-3cm diatas septum rektovagina. Namun terkadang pula terdapat robekan tingkat tiga bahkan sampai tingkat empat.

2) Episiotomi mediolateral

Insisi mediolateral digunakan secara luas pada obstetri operatif dikarenakan aman. Melakukan insisi kebawah dan keluar, ke arah batas lateral sfingter ani dan paling sedikit separuh jarak kedalam vagina. Namun, insisi ini dapat menimbulkan banyak pendarahan dan dapat tetap akan terasa nyeri meskipun setelah nifas.

3) Episiotomi lateralis

Sayatan disini dilakukan kearah lateral mulai dari kira-kira jam 3 atau 9 menurut arah jarum jam. Jenis episiotomy ini sekarang tidak dilakukan lagi, oleh karena banyak menimbulkan kompliksi. Luka sayatan dapat melebar kearah dimana terdapat pembuluh darah pudendal interna, sehingga dapat menimbulkan pendarahan yang banya. Selain itu parut yang terjadi dapat menimbulkan rasa nyeri yang dapat mengganggu.

d. Indikasi Episiotomi

- a) Tindakan episiotomy dapat dilakukan apabila perineum telah menipis dan kepala janin belum masuk kedalam vagina.
- b) Indikasi episiotomi :
 1. Bayi besar, sehingga untuk mencegah robekan parineumnya yang dapat terjadi akibat parineum tidak mampu beradaptasi terhadap regangan yang berlebihan
 2. Persalinan premature, untuk melindungi kepala janin yang premature dari perineum yang ketat sehingga tidak terjadi cedera dan pendarahan intracranial.
 3. Perineum kaku, sehingga diharapkan dapat mengurangi luka yang lebih luas di perineum labia (lipatan di sisi kanan atau kiri alat kelamin) jika tidak dilakukan episiotomi.

4. Terjadi gawat janin atau persalinan yang harus diselesaikan dengan bantuan alat (ekstraksi atau vacuum).

e. Komplikasi Episiotomi

- a) Perdarahan pada jalan lahir
- b) Infeksi bekas episiotomy
- c) Nyeri post partum
- d) Rasa nyeri setelah melahirkan lebih sering dirasakan pada pasien dengan episiotomy yang menyebabkan rasa sakit
- e) Nyeri pada saat menstruasi pada bekas episiotomy
- f) Gangguan dalam hubungan seksual, jika jahitan tidak cukup erat, menyebabkan akan menjadi kendur dan mengurangi rasa nikmat untuk kedua pasangan pada saat melakukan hubungan seksual (Purwasturi, 2015).

f. Waktu dilakukannya Episiotomi

Waktu yang tepat dilakukan episiotomi menurut Nurasiah, 2012 adalah :

- 1) Pada waktu puncak his dan mendedan
- 2) Perineum sudah tipis
- 3) Lingkaran kepala sudah 5 cm

g. Prngukuran Proses Penyembuhan Luka Episiotomi Dengan Menggunakan Skala REEDA (*Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge, and Approximation*)

Hal terpenting setelah penjahitan laterasi adalah memonitoring penyembuhan luka melalui pemeriksaan perineum pada masa post partum. Davidson pada tahun 1974 memperkenalkan REEDA sebagai alat untuk menilai penyembuhan luka perineum dengan system skor.

REEDA menggunakan kertas perekat dengan panjang 4cm yang ditandai dengan 0,25cm setiap bagian nya. Saat ibu posisi miring kiri dan miring kanan *poper tapes* ditegakkan tegak terhadap garis lurus terhadap garis luka perineum sehingga ukuran sentimeter dapat menandai luka.

Penilaian system REEDA meliputi :

- a) *Redness*, tampak kemerahan di daerah luka jahitan
- b) *Edema*, adalah cairan pada jumlah besar ymag abnormal di ruang jaringan intra seluler tubuh, menunjukan jaringan yang nyata dalam jaringan subkutis, edema dapat terbatas yang di sebabkan oleh obstruksi vena atau saluran limpatik atau oleh peningkatan permeabilitas vaskuler.

- c) *Ecchymosis*, adalah bercak pendarahan bercak yang kecil lebih kecil dari petakie, pada kulit perineum membentuk bercak biru atau ungu yang rata, bulat atau tidak beraturan.
- d) *Discharge*, adalah adanya ekskresi atau pengeluaran dari daerah yang luka.
- e) *Approximation*, adalah kerekatan jahitan yang di jahit.

Tabel 2.2
Skoring Davidson 1974

Nilai	Reednes (kemerahan)	Edema (pembengkakan)	Ecchymosis (bercak darah)	Discharge (pengeluara n	Approximatio n (penyatuan luka)
0	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tertutup
1	Kurang dari 0,2 cm pada kedua sisi leserasi	Pada perineum <1cm dari leserasi	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 leserasi	Pada perineum dan atau vulva antara 1-2 cm pada laserasi	0,25-1cm pada kedua sisi atau 0,5-2cm pada atau sisi	Serosanguinu s	Terdapat jarak antara kulit dan lemak subkutan
3	Lebih dari 0,5 cm pada kedua sisi laserasi	Pada perineum dan atau vulva >2cm pada satu sisi	>1cm pada kedua sisi atau 2cm pada satu sisi	Berdarah perlent	Terdapat jarak antara kulit lemak subkutan dan fasia

Skoring skala REEDA

0 : Penyembuhan luka baik

1-5 : Penyembuhan luka kurang baik

>5 : Penyembuhan luka buruk

B. Pendekatan Proses Keperawatan

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

Dibawah ini merupakan tahap-tahap proses keperawatan adalah :

1. Pengkajian

Pengkajian adalah pengumpulan, pengaturan, validasi dan dokumentasi data (informasi) yang sistematis dan bersinambungan yang dilakukan pada semua fase proses keperawatan. Misalnya, pada fase evaluasi, pengkajian dilakukan untuk menentukan hasil strategi 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 beberapa, apakah pernah menjalani operasi sebelumnya. Tanyakan nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan dan

alamat. Hal ini bertujuan untuk memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan atau tindakan.

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 hari ke-1 biasanya keluhan nyeri pada luka jahitan di daerah jalan lahir.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Kaji riwayat kesehatan sekarang yang perlu dikaji yaitu keadaan umum, letak dan ukuran dari luka jahitan 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 (*Region*) : 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

Kaji terhadap penyakit-penyakit yang pernah di derita pasien sebelumnya yang dapat mempengaruhi penyakit sekarang dan dapat memperberat atau diperberat karena kehamilan misalnya, jantung, hipertensi, dan diabetes mellitus, infeksi kronik, penggunaan obat-obatan, kebiasaan merokok, minum alcohol, kopi, riwayat alergi, imunisasi tetanus toxoid selama kehamilan, dan riwayat operasi.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Kaji terhadap riwayat kehamilan kembar, penyakit yang dapat diturunkan dan penyakit yang dapat ditularkan seperti hepatitis da TBC.

5) Riwayat obstetri ginekologi

a) Riwayat Ginekologi

(1) Riwayat menstruasi

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

(2) Status perkawinan

Kaji terhadap status perkawinan, umur pada waktu menikah, lama perkawinan dan berapa kali menikah.

(3) Riwayat keluarga berencana

Kaji jenis kontrasepsi yang di gunakan sebelum hamil, waktu dan lainnya penggunaan, masalah yang dihadapi selama pengguna. Jenis kontrasepsi yang direncanakan setelah melahirkan dan jumlah anak yang direncanakan.

b) Riwayat obstetri

(1) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu meliputi

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

(2) 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 memeriksakan kehamilannya.

(3) Riwayat persalinan sekarang

Merupakan persalinan yang beberapa bagi pasien, jenis persalinan, apakah terjadi pendarahan, banyaknya

pendarahan, jenis kelamin bayi, berat badan bayi dan APGAR score keadaan masa nifas.

c. Pemeriksaan fisik (Wilkinson, 2011)

1) Keadaan umum

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

2) Keadaan

Kesadaran klien biasanya composmentis

3) Keadaan psikologis

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

4) Tanda – tanda Vital

Pada klien post partum hari pertama, biasanya terjadi peningkatan tekanan darah baik sistol maupun diastol, normal tekanan darah yaitu 120/80 mmHg. Apabila terjadi penurunan tekanan darah, maka klien kemungkinan mengalami perdarahan post partum. Nadi meningkat >90x/menit dan suhu meningkat di atas 37°C dapat menyebabkan infeksi.

5) Pemeriksaan fisik *head to toe*

a) Kepala

Kaji bentuk kepala, kulit kepala apakah kotor atau tidak, rambut apakah tampak lusuh atau kusut, apakah terdapat lesi/luka atau tidak.

b) Wajah

Kaji warna kulit apakah pucat atau tidak, bentuk wajah apakah lonjong atau oval, apakah ada oedema.

(1) Mata

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

(2) Hidung

Kaji hidung simetris atau tidak, kebersihan, adanya polip atau tidak.

(3) Telinga

Kaji adanya peradangan atau lesi.

(4) Mulut

Kaji bibir pucat atau kering, kelengkapan gigi dan tidaknya caries gigi.

(5) Leher

Kaji pembengkakan atau pembesaran JVP, pergerakan bebas, kaji ada tidaknya lesi.

(6) Dada

Bentuk simetris, biasanya irama nafas teratur, bunyi jantung S1/S2 (lup/dup, tidak ada bunyi tambahan / mur-mur), tidak terdengar suara tambahan *whezing* (-), ronkhi (-), tidak terdapat benjolan dan nyeri tekan. Payudara simetris, kemungkinan terdapat tanda-tanda pembendungan ASI, mammae tegang terdapat nyeri tekan, kaji puting susu, kolostrum belum keluar, payudara nampak bersih.

(7) Abdomen

Kaji bentuk abdomen, pada ibu post partum spontan hari ke-1 bising usus berkisar 6-12 kali permenit, tinggi fundus uteri pada 24 jam pertama pasca melahirkan setinggi pusat, adanya nyeri tekan atau tidak, biasanya muncul keluhan abdomen terasa penuh.

(8) Genetalia

Kaji adanya oedema, penyebaran rambut pubis merata, tampak menetes lochea rubra, kemungkinan terdapat nyeri, vulva nampak bersih, kemungkinan terdapat luka episiotomi. Kaji luka episiotomi yaitu REEDA (*Red, Edema, Eachymosis, Discharge, Loos of Approximation*) atau kemerahan, pembengkakan, memar, pengeluaran cairan, penyatuan jaringan.

(9) Ekstremitas

Atas : Biasanya tidak terdapat oedema, kemungkinan kekuatan otot lemah.

Bawah : bentuk simetris, kemungkinan tidak terdapat oedema dan varises, kemungkinan kekuatan otot lemah, kemungkinan terdapat tanda-tanda homan.

d. Aspek Psikososial dan Spiritual

1) Pola Pikir

Mencakup tentang kemandirian, kemampuan ibu dalam memberikan ASI, menggali kemampuan ibu tentang perawatan bayi secara mandiri dan mengetahui persepsi klien tentang kehamilan dan persalinannya.

2) Persepsi Diri

Mengetahui hal-hal yang dipikirkan dan harapan setelah menjalani perawatan serta mengetahui perubahan yang dirasakan klien setelah persalinan.

e. Konsep Diri

a) Gambaran Diri

Perubahan yang terjadi pada dirinya dan tubuhnya selama periode post partum, perubahan yang disadari tersebut mempengaruhi perilaku dan adaptasinya.

b) Ideal Diri

Harapan klien setelah kelahiran anaknya

c) Peran

Peran klien selama post partum

d) Identitas Diri

Apakah kepuasan klien menjadi seorang wanita yang telah melahirkan anak.

e) Harga Diri

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

3) Hubungan Komunitas

Kaji bicara jelas atau relevan, mampu mengekspresikan atau mengerti orang lain dan bahasa yang digunakan sehari-hari.

4) Kebiasaan Seksual

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

5) Sistem Nilai Kepercayaan

Kaji kekuatan klien, kegiatan agama atau kepercayaan yang sering dilakukan, serta kegiatan agama atau kepercayaan yang dilakukan selama di puskesmas.

f. Pola Aktivitas Sehari-hari

1) Pola Nutrisi

Kaji kebiasaan makan klien sebelum dan sesudah dirawat di puskesmas, mencakup frekuensi makan, jenis makan, nafsu makan, frekuensi minum, jenis serta jumlahnya. Biasanya pada ibu postpartum ibu mengalami anoreksia dan penurunan porsi makanan.

2) Pola Eliminasi

Pada klien dengan postpartum, kemungkinan mengalami gangguan eliminasi BAB, berupa konstipasi yang disebabkan oleh penurunan peristaltik usus. Selain itu

juga akan mengalami gangguan eliminasi BAK berupa retensi urine yang terdapat akibat detensi pada kandung kemih. Adapun yang dikaji mencakup BAB (frekuensi, warna, bau, konsistensi, masalah dan keluhan masalah).

3) Pola Istirahat Tidur

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

4) Personal Hygiene

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

5) Pola Aktivitas

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

g. Pemeriksaan Penunjang

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

i. Analisa Data

Tabel 2.3
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	- Melaporkan nyeri secara verbal - Merengek, meringis, gelisah - Perubahan frekuensi jantung - Perubahan frekuensi pernafasan - Sikap melindungi area nyeri - Adanya cedera trauma, proses pembedahan.	Tindakan episiotomi menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan akan merangsang reseptor nyeri kemudian mengeluarkan neurotransmitter bradikinin, serotin, dan histamine disampaikan syaraf pusat dan timbul persepsi nyeri.	Nyeri akut
2	- keluhan susah BAB - Nyeri saat defekasi - Nyeri abdomen - Perasaan penuh/tekanan pada rektum - Bising usus menurun - Konsistensi feses keras - Perubahan pada suara abdomen	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	Konstipasi

	pada saat di auskultasi (borborigmi) - Bunyi pekak pada perkusi abdomen - Distensi abdomen.	ksusah BAB.	
3	- Pemberian ASI tidak maksimal - Suplai ASI tidak adekuat/dirasakan tidak adekuat - Isapan bayi pada payudara tidak <i>continue</i> - Bayi menolak untuk <i>lacth on</i>.	Post partum menyebabkan hormo neprolactin aktif namun kelenjar alveoli maame belum mengeluarkan ASI (kolostrum) menyebabkan adanya pembendungan pada Duktus Laktoferus sehingga menyusui tidak efektif.	Ketidakefektifan pemberian ASI
4	- Susah tidur - Mengungkapkan keluhan mengalami istirahat yang tidak cukup - Melaporkan terjaga/terbangun - Perubahan tekanan darah - Tampak lemas /tampak kurang energi - Terdapat lingkaran hitam di area mata - Sclera merah - Konjungtiva pucat - Tampak gelisah.	Nyeri merangsang susunan syaraf otonom dan mengaktifkan neropinin sehingga merangsang saraf simpatis untuk mengaktifasi RAS dan mengaktifkan kerja organ menyebabkan REM menurun sehingga akan selalu terjaga.	Gangguan pola tidur
5	- Lemas - Ketidakmampuan melakukan perawatan diri secara mandiri.	Proses persalinan normal menyebabkan kebutuhan energy meningkat, kelemahan sehingga aktivitas terganggu menyebabkan kurangnya perawatan diri.	Defisit perawatan diri
6	- Lemah	Post partum adanya	Hambatan Fisik

	- Ada keterbatasan gerak - Aktivitas tampak di bantu keluarga.	perubahan psikologis, system musculoskeletal, penurunan sensasi ekstermitas bawah dan edema sehingga menimbulkan hambatan mobilitas fisik.	
7	Faktor-faktor resiko: - Prosedur infasif - Kerusakan jaringan dan peningkatan paparan lingkungan - Malnutrisi - Peningkatan paparan lingkungan pathogen - Tidak adekuat pertahanan sekunder (penurunan Hb, Leukopenia, penekanan respon inflamasi) - Penyakit kronik - Imunosupresi - Pertahanan primer tidak adekuat (kerusakan kulit, trauma jaringan, gangguan peristaltik).	Adanya luka jahitan didaerah perineum (jalan lahir) merupakan media yang baik untuk berkembang biaknya mikroorganisme atau bibit penyakit sehingga menimbulkan infeksi.	Resiko infeksi
8	- Bertanya tentang perawatan payudara - Bertanya tentang merawat bayinya - Bertanya tentang cara menyusui yang benar	Post partum normal terjadi perubahan psikologis yaitu fase taking hold (ketergantungan kemandirian) sehingga ibu perlu mengetahui perawatan dirinya dan bayi kurang informasi dan terjadi kurang pengetahuan.	Kurang pengetahuan

(Aspiani, 2017)

2. Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul menurut Aspiani (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 Aspiani, 2017 :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan.
- b. Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot akibat persalinan.
- c. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan produksi ASI tidak adekuat.
- 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 penurunan kekuatan otot.

- h. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi
(Doenges, 2015)

3. Perencanaan

Rencana keperawatan merupakan mata rantai antara penetapan kebutuhan pasien dan pelaksanaan tindakan keperawatan. Dengan demikian rencana asuhan keperawatan adalah petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang dilakukan terhadap pasien sesuai dengan kebutuhan berdasarkan diagnose keperawatan (Doenges, 2015).

- a. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan

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

- Mampu mengontrol nyeri
- Skala nyeri berkurang
- TTV normal

Tabel 2.4
Intervensi Keperawatan Nyeri

Intervensi	Rasional
1. Tentukan lokasi dan sifat nyeri.	1. Mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan dan intervensi yang tepat.
2. Observasi tanda vital	2. Mengetahui keadaan umum klien
3. Inspeksi perbaikan perineum dan episiotomy	3. Dapat menunjukan trauma berlebihan pada jaringan parineal dan atau terjadinya komplikasi yang memerlukan intervensi lebih lanjut.

4. Berikan informasi tentang berbagai strategi untuk menurunkan nyeri, misalnya teknik relaksi dan distraksi.	4. Membantu menurunkan/memberikan rasa nyaman.
5. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgetik.	5. Memberikan kenyamanan sehingga klien dapat memfokuskan pada perawatan sendiri dan bayinya.

(Doenges, 2015).

- b. Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot akibat persalinan.

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

- Klien mampu melakukan kembali kebiasaan defekasi seperti biasanya minimal dalam 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 hemeroid	2. Mengetahui adanya hemeroid
3. Anjurkan klien minum secara 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.	4. Melancarkan pencernaan
5. Berikan pelunak feses	5. Untuk meningkatkan

atau laktasi jika diindikasikan.	kembali kebiasaan defekasi normal.
-------------------------------------	---------------------------------------

(Doenges, 2015).

- c. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan produk ASI tidak adekuat.

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
- ASI keluar banyak
- Payudara tidak bengkak.

Table 2.6
Intervensi Keperawatan
Ketidakefektifan Pemberian ASI

Intervensi	Rasional
1. Beri informasi mengenai fisiologi dan keuntungan faktor-faktor yang memudahkan atau mengganggu keberhasilan menyusui.	1. Membantu menangani permasalahan klien tentang menyusui sehingga dapat meningkatkan pengetahuan klien
2. Demonstrasikan tentang teknik-teknik menyusui.	2. Agar klien mampu melaksanakan tindakan yang direncanakan.
3. Anjurkan klien untuk menyusui bayinya secara teratur dan sesering mungkin.	3. Untuk merangsang produk air susu dan mengurangi resiko pembengkakan pada payudara.
4. Anjurkan klien untuk tidak menggunakan bra yang terlalu kencang.	4. Dengan perlindungan putting dapat menyebabkan tekanan sehingga mengganggu proses laktasi.

(Doenges, 2015).

- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan respon hormonal psikologis

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

- Kebutuhan tidur terpenuhi
- Klien tampak segar.

Table 2.7
Intervensi Keperawatan
Gangguan Pola Tidur

Intervensi	Rasional
1. Ciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang.	1. Dengan menciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang, klien dapat tidur dengan nyaman dan tidak ada yang mengganggu proses tidur.
2. Berikan informasi tentang kebutuhan untuk tidur istirahat setelah kembali kerumah.	2. Rencana untuk memperoleh tidur lebih sering membantu untuk memenuhi kebutuhan istirahat tidur.
3. Kaji faktor-faktor bila ada yang mempengaruhi istirahat.	3. Membantu meningkatkan istirahat tidur, relaksasi.

(Doenges, 2015).

- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan post partum setelah dilakukan tindakan keperawatan diri dapat terpenuhi dengan kriteria hasil :

- Klien tampak bersih dan rapih

- Klien mampu merawat diri secara mandiri

Tabel 2.8
Intervensi Keperawatan Defisit Perawatan Diri

Intervensi	Rasional
1. Kaji tingkat kemampuan klien dalam melakukan perawatan diri	1. Mampu mengetahui tingkat kemampuan klien dalam perawatan diri dan menentukan tindakan selanjutnya.
2. Jelaskan mengenai pentingnya perawatan diri	2. Agar klien mengerti dan mengetahui sehingga klien terbiasa untuk menjaga kebersihan dirinya.
3. Bantu klien dalam melakukan perawatan diri	3. Agar kebutuhan personal hygiene klien dapat terpenuhi.

(Doenges, 2015).

- f. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan adanya luka episiotomy

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

- Bebas dari infeksi, tidak demam
- Luka episiotomy sembuh
- Luka jahitan kering

Table 2.9
Intervensi Keperawatan
Resiko Tinggi Infeksi

Intervensi	Rasional
1. Kaji tanda infeksi (REEDA)	1. Dapat menunjukkan trauma berlebihan pada jaringan perineal dan atau terjadinya komplikasi yang memerlukan evaluasi intervensi lebih lanjut.
2. Kaji adanya perubahan suhu	2. Peningkatan suhu sampai 38,3°C pada 2-

3. Ajarkan pada klien tentang cara perawatan luka perineum. 4. Anjurkan pada klien untuk mencuci perineum dan untuk mengganti pembalut sedikitnya setiap 4 jam atau jika pembalut basah. 5. Kolaborasi untuk pemberian antibiotic.	10 hari setelah melahirkan sangat menandakan infeksi. 3. Meningkatkan pengetahuan klien tentang perawatan vulva/perineum. 4. Membantu mencegah kontaminasi reaksi memasuki vagina atau utera. 5. Mencegah infeksi dan penyebaran ke jaringan sekitar.
--	--

(Doenges, 2015).

- g. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

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

- Aktivitas dapat dilakukan sendiri
- Klien tampak segar
- Tidak ada keterbatasan gerak.

Table 2.10
Intervensi Keperawatan
Hambatan Mobilitas Fisik

Intervensi	Rasional
1. Kaji tingkat kemampuan klien	1. Untuk mengetahui sejauh mana pasien dapat beraktivitas.
2. Ajarkan mobilisasi sedini mungkin	2. Untuk meningkatkan sirkulasi darah dan mencegah sirkulasi statis darah sehingga tidak terjadi decubitus.
3. Beri motivasi untuk	3. Dengan melakukan

melakukan pergerakan aktivitas.	pergerakam aktif dan pasif, pasien terdorong untuk melakukan mobilisasi sehingga kekakuan sendi tidak terjadi.
4. Beri penjelasan mengenai pentingnya mobilisasi.	4. Pasien mengerti tentang pentingnya mobilisasi.

(Doenges, 2013).

h. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan

kurang pengetahuan dapat teratasi dengan kriteria hasil :

- Mengungkapkan pemahaman tentang perawatan diri post partum
- Mengungkapkan pemahaman tentang perawatan bayi dirumah
- Mengungkapkan pemahaman tentang perawatan tali pusar

Tabel 2.11

Intervensi Keperawatan Kurang pengetahuan

Intervensi	Rasional
1. Bantu klien dalam mengidentifikasi masalahnya.	1. Membantu klien dalam mengidentifikasi kebutuhan saat ini dan untuk mengembangkan rencana perawatan
2. Berikan informasi tentang perawatan bayi.	2. Agar klien mengerti dan mampu melakukan tindakan yang diajarkan
3. Ajarkan kepada 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.

4. Implementasi

Menurut tahap keempat dalam proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan yang telah direncanakan. Dalam tahap ini perawat harus mengetahui berbagai hal diantaranya bahaya fisik dan perlindungan kepada pasien, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak pasien, tingkat perkembangan pasien. Dalam tahap pelaksanaan terdapat dua tindakan, yaitu tindakan mandiri dan tindakan yang bersifat kolaboratif (Hidayat, 2013).

5. Evaluasi

Adalah fase kelima dan fase akhir proses keperawatan. Dalam konteks ini, evaluasi adalah aktivitas yang direncanakan melalui evaluasi, perawat menunjukkan tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap tindakan perawat.

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 2 tahap :

a. Mengukur pencapaian tujuan

Perawat menggunakan keterampilan pengkajian untuk mendapatkan yang akan digunakan dalam evaluasi. Faktor yang dievaluasi dalam status kesehatan klien, yang terdiri dari beberapa

komponen, meliputi : kognitif, efektif, 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 standar dan kriteria yang telah ditetapkan.

3) Tujuan tidak tercapai

Klien tidak menunjukkan perubahan dan kemampuan sama sekali. Selain hal di atas 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. System penulisan pada tahap ini menggunakan system “SOAP”.

b) Hasil (sumatif)

Tipe evaluasi ini dilaksanakan pada akhir tindakan keperawatan. Focus evaluasi sumatif adalah perubahan perilaku atau system kesehatan klien pada akhir tindakan keperawatan klien. Evaluasi sumatif adalah suatu metode dalam menilai kualitas dan efisiensi tindakan yang diberikan (Nursalam, 2013).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

Tanggal pengkajian : 22 April 2021
 Tanggal masuk puskesmas : 22 April 2021
 Tempat praktek : Di Puskesmas Bayongbong

A . Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Klien

Nama	: Ny.D
Umur	: 23 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Alamat	: Kp.Cikunten RT 01 RW 09 Bayongbong
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Status	: Menikah
Diagnosa Medis	: G1P0A0
No RM	: 55-320-515

2) Identitas penanggung jawab

Nama : Tn.O
 Umur : 25 tahun
 Jenis kelamin : Laki-laki
 Alamat : Kp.Cikunten RT 01 RW 09
 Bayongbong
 Pendidikan : SMA
 Pekerjaan : Wiraswasta
 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 22 April 2021 klien mengeluh nyeri setelah melahirkan terutama di bagian jalan lahir di daerah vagina dengan 5 jahitan, nyeri terasa perih dan tidak menyebar, nyeri dirasakan pada daerah perineum, nyeri bertambah pada saat bergerak atau melakukan aktivitas dan berkurang saat istirahat, skala nyeri 7 (0-10), nyeri dirasakan hilang timbul.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan ini adalah pengalaman pertama dalam persalinan. Klien mengatakan tidak memiliki penyakit keturunan

seperti Hipertensi, Diabetes melitus, Tuberculosis, maupun penyakit menular lainnya.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan didalam anggota keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat persalinan kembar dan penyakit keturunan seperti diabetes mellitus dan hipertensi atau penyakit menular seperti hepatitis, TB paru dll.

5) Riwayat Obstetri dan Ginekologi

a) Riwayat menstruasi

Monarche	: 15 tahun
Siklus	: 28 hari
Lamanya Haid	: 7 hari
Keluhan	: Nyeri
HPHT	: 15 Juli 2020
TP	: 22 April 2021

b) Riwayat Perkawinan

Status	: Menikah
Umur menikah	: 23 Tahun
Lamanya menikah	: 1,5 Tahun

c) Riwayat Keluarga Berencana

Klien tidak pernah menggunakan kontrasepsi apapun.

d) Riwayat Penyakit Ginekologi

Klien mengatakan belum pernah mengalami penyakit yang berhubungan dengan gangguan system reproduksi.

e) Riwayat Kehamilan dan Persalinan

1) Riwayat kehamilan

Kehamilan : Pertama
 Tempat pemeriksaan : Di Puskesmas
 Pemeriksa : Bidan
 Lama kehamilan : 9 Bulan

2) Riwayat persalinan sekarang

Tanggal : 22 April 2021
 Hari : Kamis
 Jenis kelamin : Perempuan
 Cara persalinan : Persalinan normal (Post partum spontan dengan episiotomi)
 Lama persalinan : 1 jam 15 menit
 BB bayi : 3200 gram

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

a) Kesadaran umum : Composmentis, E : 4, M : 6, V : 5 = GCS

15

b) Penampilan umum : Klien tampak lemah

2) Tanda – tanda vital

Tekanan darah : 110/80 mMhg

Respirasi : 20x/menit

Suhu : 37,6°C

Nadi : 80x/menit

3) Pemeriksaan fisik *head to toe*

a) Kepala

Bentuk kepala bulat simetris, kulit kepala tidak ada luka, bersih, rambut berwarna hitam, penyebaran rambut merata dan bersih, wajah simetris, tidak ada luka, tampak pucat, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan.

b) Mata

Bentuk simetris antara kiri dan kanan, konjungtiva anemis, warna sklera putih, refleks pupil mengecil saat terkena cahaya senter dan mengecil saat cahaya dijauhkan, fungsi penglihatan baik.

c) Telinga

Bentuk simetris antara kiri dan kanan, tidak ada nyeri tekan, fungsi pendengaran baik.

d) Hidung

Bentuk simetris, tidak terdapat lesi, tidak terdapat kotoran, fungsi penciuman baik.

e) Mulut

Bentuk bibir simetris, mukosa bibir kering, jumlah gigi lengkap, tidak terdapat caries gigi, lidah nampak bersih, fungsi pengecapan baik ditandai dengan klien dapat membedakan rasa asin dan manis.

f) Leher

Posisi simetris antara bahu kanan dan kiri, pergerakan leher baik dapat menengok kiri dan kanan. tidak ada peningkatan JVP, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid.

g) Dada

Dada simetris, bersih.

(1) Paru – paru

pergerakan dinding dada simetris, tidak teraba adanya pembengkakan, suara nafas vesikuler.

(2) Jantung

Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan, suara jantung redup, bunyi jantung S1 S2, irama ireguler

(3) Payudara

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

Keluhan : Klien mengatakan ASI belum keluar

h) Abdomen

Bentuk abdomen cembung, terdapat linea nigra dan striae gravidum, tidak ada lesi dan tampak bersih, tidak ada luka operasi, bising usus 8x/menit, tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat, terdapat distensi kandung kemih.

i) Genetalia

Kebersihan vagina kurang bersih, terdapat luka episotomi jahitan di jalan lahir kurang lebih 5 jahitan, luka terbuka dan luka tampak basah, terdapat lochea rubra berwarna merah, klien ganti pembalut 3-4x/hari. Sedikit kemerahan, tidak bengkak, dan tidak ada kerekatan jahitan dan tidak terpasang kateter.

j) Kulit

Warna kulit sawo matang, tekstur kulit halus, turgor kulit baik terbukti kulit saat di cubit/di tarik kembali dalam waktu <2 detik dan kulit teraba lengket.

k) Ekstermitas

(1) Ekstermitas atas :

Keadaan lengkap tangan kanan dan tangan kiri, simetris antara kanan dan kiri, jumlah jari tangan lengkap, keadaan kuku bersih dan pendek, terpasang infus disebelah kiri (RL 20 tpm), tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri

tekan, mampu melakukan fleksi, ekstensi, rotasi, aduksi dan abduksi (ROM baik).

(2) Ekstermitas bawah

Keadaan lengkap kaki kiri dan kaki kanan, simetris antara kanan dan kiri, jumlah jari kaki lengkap, keadaan kuku bersih dan pendek, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, reflex patella (+), *homan Sign* (-), kekuatan otot 4/4.

Kekuatan otot :

4	4
4	4

Tabel 3.1
Skala Kekuatan Otot

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

d. Aspek Psikologi

Klien berada pada *fase taking in*.

1) Status emosi

Klien mengatakan, klien merasa tenang karena selalu di damping anggota keluarga yang menjaga klien.

2) Konsep Diri

a) Citra tubuh

Klien merasa baik-baik saja dan klien menyukai semua anggota tubuh.

b) Harga diri

Klien tidak merasa malu ketika bertemu dengan orang lain, klien merasa berharga karena mampu menjadi seorang istri di sertai menjadi ibu.

c) Ideal diri

Klien ingin cepat pulih agar bisa beraktivitas seperti biasa dan merawat anaknya.

d) Peran diri

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

e) Identitas diri

Klien mampu menyebutkan nama dan alamatnya dengan benar dan klien merasa sebagai ibu dari satu anak serta istri dari suaminya.

e. Aspek sosial

1) Gaya komunikasi

Dalam berkomunikasi klien menggunakan bahasa verbal maupun non verbal.

2) Pola interaksi

Klien mampu menjalin hubungan baik dengan orang disekitarnya.

f. Aspek spiritual

Klien adalah penganut agama islam, dan selalu berdoa agar dirinya cepat pulih dan pulang bersama anaknya kerumah.

g. Data Pengetahuan

Perawatan payudara : Ibu belum tahu

Cara menyusui : Ibu belum tahu

Perawatan Tali Pusat : Ibu belum tahu

Cara memandikan Bayi : Ibu belum tahu

Nutrisi Bayi : Ibu sudah tahu

Keluarga Berencana : Ibu sudah tahu

Imunisasi : Ibu sudah tahu

h. Pola aktivitas sehari-hari

Tabel 3.2
Pola Aktivitas Sehari-Hari

No	Jenis Aktivitas	Di Rumah	Di Puskesmas
1	Pola nutrisi -Frekuensi makan -Jenis makanan -Jenis minum -Frekuensi minum Keluhan :	3x sehari Nasi + lauk pauk Air putih + susu 7-8 gelas/ hari Tidak ada keluhan	3x sehari Nasi + lauk pauk Air putih + susu 7-8 gelas/ hari Tidak ada keluhan
2	Pola Eliminasi -Frekuensi BAB -Warna feses -Konsistensi -Frekuensi BAK -Warna Urine Keluhan :	1x sehari Kuning kecoklatan Padat 4-6x/hari Kuning Tidak ada keluhan	Belum pernah BAB selama di Puskesmas
3	Istirahat tidur -Lama tidur siang -Kualitas tidur -Lama tidur malam -Kualitas tidur Keluhan :	1-2 jam/hari Nyenyak 7-8 jam/hari Nyenyak Tidak ada keluhan	1 jam Sering terbangun 4-6 jam Nyenyak Tidak ada keluhan
4	Personal hygiene -Frekuensi mandi -Ganti pakaian -Gosok gigi Keluhan :	2x sehari 2x sehari 2x sehari Tidak ada keluhan	Belum mandi 1x sehari 1x sehari Tidak ada keluhan

i. Pemeriksaan Penunjang

Nama : Ny. D

Tanggal : 22 April 2021

Tabel 3.3
Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Satuan	Nilai Normal
1. HEMATOLOGI			
- Hemoglobin	12,0	g/dl	P : 12-16 L: 14-18
- Hematokrit	33,0	%	P : 35-45 L: 40-50
- Leukosit	15,6	$10^3/uL$	Dewasa: 5,0-10.00

			bayi: 7,0-17,0
- Trombosit	222	$10^3/\mu\text{L}$	150-450
- Eritrosit	3,99	Juta/ μL	P : 4,0-5,5 L: 4,5-6,0
Kimia darah			
Gula darah sewaktu	78	Mg/d	70-200
SGOT (ASAT)	14	$\text{u/L}/37^{\circ}\text{C}$	P: 10-31 L: 10-39
SGPT (ALAT)	7	$\text{u/L}/37^{\circ}\text{C}$	P : 9-36 L: 9-46
IMMUNOSEROLOGI			
- HbsAg	Negatif	(program)	Negatif
- Anti HCV total	Negatif		Negatif
- Anti HIV total	Non reaktif		Non reaktif

j. Terapi medis

Nama : Ny. D

Tanggal : 22 April 2021

1. Cefadroxil 3x500 mg per oral
2. Asam Mefenamat 3x500 mg Per oral
3. Fe 1x1 per oral
4. Infus RL 20 tpm IV

2. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Ds : - Klien mengatakan nyeri pada luka jahitan - Klien mengatakan nyeri terasa perih - Klien mengatakan nyeri bertambah saat	Terputusnya kontinuitas jaringan akan merangsang reseptor nyeri kemudian mengeluarkan neurotransmitter bradikinin, serotonin, dan histamin yang disampaikan sistem syaraf pusat dan timbul persepsi nyeri.	Nyeri akut

	bergerak. - Nyeri tidak meyebar ke daerah lain Do : - Terdapat jahitan pada daerah perineum 5 jahitan - Terdapat luka episiotomi - Skala nyeri 6 (0-10) - TTV TD : 110/80 mMhg N : 80x/menit R : 20x/menit		
2	Ds : Klien mengatakan luka jahitan di daerah perineum terasa perih. Do : - Tampak sedikit kemerahan di daerah perineum - Terdapat luka episiotomi 5 jahitan - TTV TD : 110/80 mMhg N : 80x/menit R : 20x/menit	Post partum, episiotomy insisi, terputusnya konstinuitas jaringan, luka jahitan perineum, resiko infeksi.	Resiko infeksi

	S : 37,6°C - Leukosit 15,6 $10^3/uL$		
3	DS : Klien mengatakan ASI keluar sedikit DO : - Putting susu sedikit menonjol. - Areola kehitaman. - Kolostrum keluar sedikit. - Payudara terasa keras	Post partum, adanya perubahan psikologis, system endokrin, penurunan produksi hormone estrogen dan progesterone, peningkatan produksi prolactin, sehingga timbul gangguan ketidak cukupan produk ASI.	Ketidakefektifan pemberian produksi ASI tidak adekuat
4	DS : - Klien mengatakan ASI keluar sedikit dan tidak mengetahui cara perawatan payudara - Klien mengatakan kurang mengerti mengenai perawatan tali pusat, cara memandikan bayi. DO : - Klien tampak bingung - Klien tampak bertanya-tanya	Kurang pengetahuan informasi menyebabkan klien kekurangan informasi mengenai kondisinya sehingga klien bertanya-tanya.	Kurang Pengetahuan

3. Diagnosa Keperawatan berdasarkan prioritas

- a. Nyeri akut b. d terputusnya kontinuitas jaringan yang di tandai

dengan :

Ds :

- Klien mengeluh nyeri pada luka jahitan di sekitar jalan lahir
- Klien mengatakan nyeri terasa perih

Do :

- Klien tampak meringis
- Skala nyeri 6 (0-10)
- Terdapat luka episiotomi
- TTV :

TD : 110/80 mMhg

N : 80x/menit

R : 20x/menit

S : 37,6°C

- b. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan produksi

ASI tidak adekuat ditandai dengan :

DS :

- Klien mengatakan ASI keluar sedikit

DO :

- Putting susu sedikit menonjol
- Areola kehitaman
- Kolostrum keluar sedikit

- Payudara terasa keras
- Nyeri tekan saat di palpasi

c. Resiko infeksi b.d luka jahitan perineum yang ditandai dengan :

Ds :

- Klien mengatakan ada luka di daerah perineum dan terasa perih

Do :

- Tampak sedikit kemerahan pada daerah perineum
- Terdapat luka episiotomy
- TTV :

TD : 110/80 mMhg

N : 80x/menit

R : 20x/menit

S : 37,6°C

- Leukosit $15.6 \times 10^3/uL$

d. Kurang pengetahuan b.d kurangnya informasi ditandai dengan :

DS :

- Klien mengatakan ASI keluar sedikit dan tidak mengetahui cara perawatan payudara
- Klien mengatakan kurang mengerti mengenai perawatan tali pusat, imunisasi, nutrisi bayi, cara memandikan bayi.

DO :

- Klien tampak bingung
- Klien tampak bertanya-tanya

4. Proses Keperawatan

Nama : Ny. D

Umur : 23 Tahun

Alamat : Kp.Cikunten, Bayongbong

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
1.	Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan yang ditandai dengan : Ds : - Klien mengatakan nyeri pada luka jahitan didaerah jalan lahir. - Klien mengatakan nyeri terasa	Jangka panjang : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam nyeri teratasi. Jangka Pendek : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil : - Klien mengatakan nyeri berkurang - TTV dalam batas normal - Klien tampak tenang.	1. Observasi tanda-tanda vital 2. Kaji skala nyeri.	1. Dengan mengkaji keadaan TTV klien, maka dapat mengetahui keadaan klien. 2. Dengan mengkaji skala nyeri klien dapat mengetahui perkembangan nyeri yang dirasakan klien.	22April 2021 Jam 10.00 WIB 1. Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmHg Nadi : 80x/menit Respirasi : 22x/menit Suhu : 37,6°C 2. Jam 10.15 WIB Mengkaji skala nyeri Hasil : Skala nyeri 6 (0-10)	22 April 2021 Jam 14.00 WIB S : - Klien mengatakan masih terasa nyeri di bagian perineum. - Skala nyeri 6 (0-10) O : - Klien tampak meringis. - Terdapat luka episiotomy. - TTV - TD : 110/80 mmHg - Nadi: 80x/menit

perih. Klien mengatakkan nyeri bertam bah saat - berger ak. Do : Klien tampak meringis. Skala nyeri 6 (0-10) Terdapat jahitan di daerah perineum. TTV : TD : 110/80 mmHg Nadi : 80x/menit Respirasi : 22x/menit Suhu : 37,6°C		3. Anjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi dengan cara nafas dalam dan teknik distraksi dengan cara mengalihkan rasa nyeri. 4. Atur posisi nyaman klien	3. Dengan menganjurkan berlatih teknik relaksasi dengan cara nafas dalam dan teknik distraksi diharapkan tidak terfokus pada nyeri dan bisa teralihkan pada hal lain. 4. Dengan mengatur posisi klien sesuai dengan kebutuhan dan memungkinkan nyeri klien berkurang.	3. Jam 10.30 WIB Menganjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi dengan cara nafas dalam dan distraksi diharapkan tidak terfokus pada nyeri dan bisa teralihkan pada hal lain. 4. Jam 10.45 WIB Mengatur posisi semi fowler sesuai dengan kebutuhan dan memungkinkan nyeri klien berkurang. Hasil : klien tampak nyaman dan rileks	- Respirasi : 22x/menit - Suhu : 37,0°C A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Observasi TTV 2. Berikan analgetik 3. Kaji skala nyeri
--	--	---	---	--	--

			5. Kolaborasi pemberian analgetik.	5. Analgetik dapat mengurangi rasa nyeri.	5. Jam 11.00 WIB Mengkolaborasikan pemberian analgetik sesuai advice dokter. Dengan pemberian Asmef 500 mg/oral.	
					Yunisa Sulistianingsih	
2.	Ketidakefektifan pemberian ASI b.d produksi ASI tidak adekuat di tandai dengan : DS : Klien mengatakan ASI keluar sedikit DO : - Putting susu sedikit menonjol.	Jangka panjang : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah dapat teratasi. Jangka pendek : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil :	1. Kaji putting susu klien, anjurkan klien memelihara putting setiap habis menyusui. 2. Lakukan perawatan	1. Identifikasi dan intervensi dapat mencegah terjadinya luka/pecah putting yang dapat merusak proses menyusui. 2. Membantu meluncurkan	22 pril 2021 1. Jam 11.15 WIB Mengkaji putting susu klien. Hasil : putting susu klien sedikit menonjol 2. Jam 11.30 WIB Melakukan	22 April 2021 Jam 14.10 WIB S : Klien mengatakan ASI baru keluar sedikit dan mengerti tentang cara perawatan payudara O : - Payudara masih teraba

	- Areola kehitaman. - Kolostrum keluar sedikit. Payudara terasa keras	- Pengeluaran ASI lancar - Klien mengetahui cara perawatan payudara	payudara. 3. Lakukan pijat oksitosin 4. Berikan penkes tentang perawatan payudara. -	pengeluaran ASI. 3. Untuk memperlancar pengeluaran ASI 4. Dengan memberikan pendidikan kesehatan perawatan payudara diharapkan pengetahuan klien bertambah.	perawatan payudara (<i>breast care</i>) 3. Jam 11.45 WIB Melakukan pijat oksitosin 4. Jam 12.00WIB Melakukan penkes tentang perawatan payudara.	- keras . - Masih terasa nyeri saat di palpasi. - Areola kehitaman. - Kolostrum keluar sedikit. - Klien dapat menjelaskan kembali dan dapat menjawab ketika ditanya tentang perawatan payudara A : Masalah teratasi sebagian P : - Anjurkan klien untuk sering melakukan perawatan payudara (<i>Breast care</i>) dan melakukan
--	--	--	---	---	---	---

3.	Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka jahitan ditandai dengan : DS : -Klien mengatakan luka jahitan di daerah perineum terasa nyeri dan perih. DO : - Adanya luka jahitan di daerah perineum. - Tampak sedikit kemerahan di daerah perineum. - Terdapat luka episiotomy. Luka tampak basah. - TTV : - TD : 110/80 mmHG	Jangka panjang : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah dapat tertasi dengan kriteri hasil : - Tidak terjadi infeksi Jangka pendek : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil : - Luka jahitan kering - Penyembuhan luka sesuai dengan tahapannya - Tidak ada tanda-tanda infeksi (kemerahan, panas, bengkak, dan nyeri)	1. Observasi tanda-tanda infeksi. 2. Perhatikan frekuensi/jumlah berkemih. 3. Rawat luka dan kompres dengan antiseptik (betadine 5%).	1. Deteksi awal dalam menentukan tindakan lanjutan. 2. Status urinarius meningkatkan terjadinya resiko terhadap infeksi. 3. Melakukan perawatan luka dengan menggunakan antiseptik dapat mempercepat	22 April 2021 Jam 12.15 WIB 1. Mengobservasi tanda-tanda infeksi Hasil : masih tampak kemerahan di daerah perineum 2. Jam 12.30 WIB Memperhatikan frekuensi atau jumlah berkemih klien Hasil : klien BAK baru 2 kali 3. Jam 12.45 WIB Merawat luka dengan menggunakan antiseptic (betadine 5%).	22 April 2021 Jam 14.20 WIB S : Klien mengatakan lukanya masih basah dan terasa nyeri O : - Terdapat luka jahitan di daerah perineum. - Luka tampak basah - Leukosit 15,6 $10^3/uL$ A : Masalah belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi - Kaji tanda-tanda infeksi. - kompres hangat. - Lakukan perawatan luka
----	---	---	--	---	---	---

	- R : 22x/menit - N : 80x/menit - S : 37,6°C - Leukosit 15,6 $10^3/uL$	- Leukosit dalam batas normal	4. Ciptakan lingkungan yang bersih seperti kebersihan diri dan tempat tidur klien. 5. Kolaborasi dalam pemberian antibiotik	at proses penyembuhan luka pasca persalinan. 4. Lingkungan yang bersih dapat menghambat pertumbuhan mikroorganisme penyebab infeksi. 5. Mencegah infeksi dan penyebaran ke jaringan sekitar atau aliran darah	4. Jam 13.00 WIB Menciptakan lingkungan yang bersih seperti kebersihan diri dan tempat tidur klien. 5. Jam 13.15 WIB Mengkolaborasikan pemberian antibiotik (cefadroxil 500 mg/oral).	
--	--	---	---	--	---	--

					Yunisa Sulistianingsih	
4.	Kurang Pengetahuan b.d kurangnya informasi ditandai dengan : DS : - Klien mengatakan tidak mengetahui memandikan bayi - Klien mengatakan tidak mengetahui cara perawatan tali pusat. DO :	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x8 jam, kurang pengetahuan dapat teratasi dengan kriteria hasil : - Mengungkapkan pemahaman tentang cara memandikan bayi - Mengungkapkan pemahaman mengenai perawatan tali pusat	1. Kaji pengetahuan klien. 2. Berikan pendidikan kesehatan tentang cara memandikan bayi	1. Dengan mengkaji pengetahuan klien tentang perawatan payudara, klien dapat mengetahui tentang cara memandikan bayi 2. Dengan memberikan pendidikan kesehatan cara memandikan bayi diharapkan pengetahuan klien bertambah.	Melakukan kontrak waktu untuk tanggal 23 april 2021 mengenai pendidikan kesehatan cara memandikan bayi dan perawatan tali pusat. Yunisa Sulistianingsih	22 April 2021 Jam 14.35 WIB S : - Klien mengatakan belum mengetahui cara memandikan bayi dan cara perawatan tali pusat O : - Klien tampak bingung - Klien bertanya-tanya A : Masalah belum teratasi

	- Klien tampak bingung - Klien bertanya-tanya		3. Lakukan cara memandikan bayi 4. Berikan pendidikan kesehatan tentang cara perawatan tali pusar.	3. Diharapkan klien mampu melakukan cara memandikan bayi secara mandiri. 4. Dengan memberikan pendidikan kesehatan perawatan tali pusar, diharapkan pengetahuan klien bertambah.		P : Lanjutkan intervensi
--	--	--	--	--	--	-------------------------------------

5.Catatan Perkembangan

Tabel 3.7

Catatan Perkembangan

Nama : Ny.D

Jenis kelamin : Perempuan

Umur : 23 Tahun

Diagnosa Medis : P₁ A₀ Post Partum Spontan Hari ke-1 dengan episiotomi

No Dx	Hari/Tanggal/Jam	Evaluasi	TTD
1.	23 April 2021 Jam 08.00 WIB	S : - Klien mengeluh nyeri di sekitar jalan lahir - Klien mengatakan nyeri terasa perih O : - Klien tampak meringis - Skala nyeri 6 dari (0-10) - Terdapat luka episiotomi di perineum - TTV : TD : 120/80 mmHg R : 84x/menit N : 20x/menit S : 36,5°C A : Nyeri akut b.d terputusnya kontinuitas jaringan P : - Observasi TTV - Observasi skala nyeri - Ajarkan teknik distraksi relaksasi - Atur posisi klien	

		- Lanjutkan terapi analgetik sesuai indikasi I : Jam 08.30 WIB - Mengobservasi TTV Hasil: Tekanan darah : 120/80mmHg, Nadi : 84x/menit, Respirasi : 20x/menit, Suhu : 36,5°C - Mengkaji skala nyeri Hasil : Skala nyeri 5 (0-10) - Mengatur posisi klien dengan posisi supinasi Hasil: klien tampak nyaman - Mengkolaborasi pemberian analgetik sesuai <i>advice</i> dokter E : Jam 09.00 WIB Masalah teratasi sebagian	YUNISA SULISTIANINGSIH
2.	23 April 2021 Jam 09.15 WIB	S : - Klien mengatakan merasa lebih nyaman dan perih di sekitar perineum mulai berkurang O : - Kemerahan di daerah perineum berkurang - Terdapat luka episiotomi - Luka tampak basah - TTV : TD : 120/80 mmHg R : 20x/menit N : 84x/menit S : 36,5°C A : Resiko infeksi b.d adanya luka jahitan di daerah perineum	

		P : - Observasi tanda-tanda infeksi - Perhatikan frekuensi/jumlah berkemih - Rawat luka dan kompres dengan antiseptik (betadine 5%). - Ciptakan lingkungan yang bersih seperti kebersihan diri dan tempat tidur klien. - Kolaborasi dalam pemberian antibiotic. I : - Mengobservasi tanda-tanda infeksi Hasil : masih tampak kemerahan di daerah perineum. - Memperhatikan frekuensi atau jumlah berkemih klien Hasil : Merawat luka dengan menggunakan antiseptic (betadine 5%). - Menciptakan lingkungan yang bersih seperti kebersihan diri dan tempat tidur klien - Mengkolaborasikan pemberian antibiotik E : Jam 09.30 WIB Masalah teratasi sebagian	YUNISA SULISTIANINGSIH
3.	23 April 2021 Jam 09.45	S : - Klien mengatakan ASI keluar sedikit - 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 dan menjawab pada saat ditanya tentang penkes perawatan payudara (<i>Breast care</i>) dan pijat oksitosin A : Masalah teratasi	YUNISA SULISTIANINGSIH
4.	24 April 2021 Jam 10.45 WIB	S : - Klien mengatakan tidak mengetahui cara memandikan bayi - Klien mengatakan tidak mengetahui cara perawatan tali pusar O : - Klien tampak bingung - Klien bertanya-tanya A : Kurang Pengetahuan b.d kurangnya informasi P : - Kaji pengetahuan klien - Berikan penkes mengenai cara memandikan bayi - Lakukan cara memandikan bayi - Berikan penkes mengenai perawatan tali pusar - Lakukan perawatan tali	YUNISA SULISTIANINGSIH

		pusar I : - Mengkaji pengetahuan klien Hasil : Klien belum mengetahui - Melakukan penkes mengenai cara memandikan bayi Hasil : Klien memahami materi yang dijelaskan - Melakukan cara memandikan bayi Hasil : Klien paham yang diajarkan - Melakukan penkes mengenai perawatan tali pusar Hasil : klien memahami materi yang dijelaskan - Melakukan cara perawatan tali pusar Hasil : klien mengerti yang diajarkan E : Masalah teratasi	
--	--	--	--

B. PEMBAHASAN

Pada bagian ini, penulis akan membahas mengenai kesenjangan-kesenjangan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus yang ditemukan selama melaksanakan asuhan keperawatan dengan asuhan keperawatan pada Ny. D P1A0 dengan Post Partum Spontan hari ke-1 dengan episiotomy di Poned UPT Bayongbong wilayah Garut, adapun pembahasan ini sesuai dengan tahapan proses keperawatan, yaitu sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan awal proses keperawatan, dimana penulis mengkaji klien secara keseluruhan meliputi bio-psiko-sosial-spiritual, mengumpulkan data-data klien, keluarga petugas kesehatan maupun pendokumentasian yang ada diruangan. Tujuan dilakukan asuhan keperawatan pada Ny. D 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 harus sesuai dengan keluhan-keluhan klien yang didapatkan dari klien. Data yang diperoleh merupakan data objektif maupun subjektif yang kemudian di analisa dan dirumuskan menjadi diagnosa keperawatan.

Selama melakukan pengkajian, data yang ditemukan pada Ny.D hari ke-1 post partum spontan dengan episiotomi yaitu klien mengatakan nyeri pada luka jahitan di daerah jalan lahir, skala nyeri 6 (0-10) klien tampak meringis, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80x/menit, respirasi 22x/menit, suhu 37,6°C, terdapat luka episiotomi 5 jahitan, klien mengatakan ASI belum keluar, payudara terasa keras dan nyeri pada saat ditekan. Klien mengatakan luka episiotomi tampak basah, leukosit 15,6 ul.

2. Diagnosa Keperawatan

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

- a. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan.
- b. Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot akibat persalinan.
- c. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan produksi ASI tidak adekuat.
- 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 penurunan kekuatan otot.

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 diagnosa tersebut antara lain, klien mengatakan nyeri dengan skala 7 dari 0-10, nyeri terasa perih, terdapat luka episiotomi di daerah perineum, nyeri terasa jika bergerak dan berkurang saat beristirahat, TD : 120/80 mmHg, Nadi : 84x/menit, Respirasi : 20x/menit, suhu : 37,5°C

b. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan produksi ASI tidak adekuat

Diagnosa keperawatan ini di angkat karena penulis menemuka data-data yang terkait dengan diagnose ketiga antara lain, klien mengatakan ASI belum keluar, saat di palpasi ASI belum keluar dan terdapat nyeri tekan serta payudara terasa keras.

c. Resiko infeksi b.d luka jahitan perineum

Diagnosa keperawatan ini diangkat karena penulis menemukan data – data yang terkait dengan diagnosa ketiga antara lain, klien mengatakan luka tampak basah, terdapat luka episiotomi, suhu 36,5°C.

d. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi

Diagnosa keperawatan ini diangkat karena penulis menemukan data-data yang terkait dengan diagnosa ke empat antara lain, klien mengatakan tidak mengetahui tentang perawatan tali pusar dan cara perawatan bayi (Doenges, 2015).

Adapun masalah-masalah yang tidak penulis angkat karena pada Ny.D tidak ditemukan data-data yang menunjang untuk pengangkatan masalah tersebut. Selain itu karena individu yang unik dimana setiap manusia memiliki kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang berbeda. Sedangkan teori, merupakan masalah yang ditulis secara umum sehingga tidak semua individu mempunyai masalah keperawatan yang sama.

3. Perencanaan

Pada tahap 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 melakukan tindakan tersebut. Rencana keperawatan dipandang sebagai pokok pada proses keperawatan. Di dalam tahap perencanaan terdapat rumusan tujuan, intervensi dan rasional.

Berikut adalah perencanaan keperawatan pada klien post partum spontan menurut doengoes 2015 adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan
 - 1) Tentukan lokasi dan sifat nyeri.
 - 2) Observasi tanda – tanda vital
 - 3) Inspeksi perbaikan perineum dan episiotomi
 - 4) Berikan informasi tentang berbagai strategi untuk menurunkan nyeri, misalnya teknik relaksasi dan distraksi
 - 5) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgetik.
- b. Resiko tinggi infeksi b.d adanya luka episiotomy
 - 1) Kaji adanya perubahan suhu
 - 2) Kaji tanda-tanda infeksi (REEDA)
 - 3) Ajarkan pada klien tentang cara perawatan luka perineum.
 - 4) Anjurkan pada klien untuk mencuci perineum dan untuk mengganti pembalut sedikitnya setiap 4 jam atau jika pembalut basah.
 - 5) Kolaborasi untuk pemberian antibiotik.
- c. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan produksi ASI tidak adekuat.
 - 1) Beri informasi mengenai fisiologi dan keuntungan faktor-faktor yang memudahkan atau mengganggu keberhasilan menyusui.

- 2) Demonstrasikan tentang teknik-teknik menyusui.
 - 3) Anjurkan klien untuk menyusui bayinya secara teratur dan sesering mungkin.
 - 4) Anjurkan klien untuk tidak menggunakan bra yang terlalu kencang.
- d. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi
- 1) Kaji pengetahuan klien
 - 2) Berikan pendidikan kesehatan tentang cara memandikan bayi
 - 3) Lakukan cara memandikan bayi
 - 4) Berikan pendidikan kesehatan cara perawatan tali pusat

4. Pelaksanaan

Penulis mampu mengimplementasikan tindakan keperawatan yang telah dibuat sesuai dengan tujuan, kemudian implementasi yang diberikan berupa tindakan keperawatan sesuai intervensi yaitu:

- a. Tindakan keperawatan pada Ny.D pada diagnosa pertama yaitu nyeri akut dengan mengobservasi tanda-tanda vital hasilnya tekanan darah 110/80mmHg, nadi 80x/menit, respirasi 22x/menit, suhu 37,5°C. Mengkaji skala nyeri, hasilnya skala nyeri 7 (0-10). Menganjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi dengan cara nafas dalam dan distraksi. Mengkolaborasi pemberian analgetik sesuai *advice* dokter hasilnya memberikan obat asam mefenamat 500 mg.

- b. Tindakan keperawatan pada Ny.D pada diagnosa kedua yaitu resiko infeksi b.d adanya luka episiotomi yaitu dengan mengobservasi tanda-tanda infeksi hasilnya masih tampak kemerahan di daerah perineum. Memperhatikan frekuensi atau jumlah berkemih hasilnya klien baru BAB 2 kali. Merawat luka dengan menggunakan antiseptik (betadine 5%). Menciptakan lingkungan yang bersih seperti kebersihan diri dan tempat tidur klien. Mengkolaborasikan pemberian antibiotic.
- c. Tindakan keperawatan pada Ny.D pada diagnose ketiga yaitu ketidak efektifan pemberian ASI b.d produksi ASI tidak adekuat yaitu dengan mengkaji putting susu klien hasilnya putting susu klien sedikit menonjol. Melakukan perawatan payudara (*breast care*). Melakukan penkes tentang perawatan payudara.
- d. Tindakan keperawatan pada Ny.D dengan diagnosa keperawatan kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi yaitu dengan mengkaji pengetahuan klien dan melakukan pendidikan kesehatan tentang cara memandikan bayi dan cara perawatan tali pusat.

5. Evaluasi

Merupakan tahapan untuk menilai sejauh mana hasil yang telah dicapai selama melakukan asuhan keperawatan dari mulai pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Penulis melakukan evaluasi pada tanggal 22- 23 April 2021 jam sampai dengan selesai, berdasarkan tindakan keperawatan pada Ny.D yaitu :

- a. Tindakan keperawatan pertama yaitu diagnosa nyeri akut b.d terputusnya kontinuitas jaringan. Evaluasinya yaitu : klien mengatakan masih terasa nyeri di bagian perineum, klien tampak meringis, terdapat luka episiotomi, TTV : TD = 110/80 mmHg, N = 80x/menit, R = 22x/menit, S = 36,5°C.
- b. Tindakan keperawatan kedua yaitu pada diagnosa ketidakefektifan pemberian ASI b.d produksi ASI tidak adekuat. Evaluasinya yaitu : Klien mengatakan ASI baru keluar sedikit dan mengerti tentang cara perawatan payudara, payudara masih terasa keras, masih terasa nyeri saat di palpasi, aerola kehitaman, kolostrum keluar sedikit, klien dapat menjelaskan kembali dan dapat menjawab ketika ditanya tentang perawatan payudara.
- c. Tindakan keperawatan ketiga yaitu pada diagnosa resiko infeksi b.d adanya luka episiotomi. Evaluasinya yaitu : Klien mengatakan lukanya masih basah dan terasa nyeri serta perih, terdapat luka jahitan di daerah perineum kurang lebih 5 jahitan dan leukosit 15,6 uL.
- d. Tindakan keperawatan ke empat yaitu pada diagnosa kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi. Evaluasinya yaitu : Klien belum mengetahui mengenai cara memandikan bayi dan perawatan tali pusar.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. D P₁A₀ Post Partum Spontan dengan Episiotomi di Poned UPT Bayongbong Wilayah Garut terhitung mulai tanggal 22 April-23 April 2021, dengan proses keperawatan komprehensif, akhirnya penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis telah mampu melakukan pengkajian pada Ny. D P₁A₀ Post Partum Spontan hari ke-1 dengan Episiotomi di poned UPT Bayongbong Daerah Garut.
2. Penulis telah mampu menentukan diagnosa Keperawatan pada Ny. D P₁A₀ Post Partum Spontan hari ke-1 dengan Episiotomi di poned UPT Bayongbong Daerah Garut.
3. Penulis telah mampu menyusun rencana tindakan keperawatan pada Ny. D P₁A₀ Post Partum Spontan hari ke-1 dengan Episiotomi di poned UPT Bayongbong Daerah Garut.

4. Penulis telah mampu melakukan implementasi keperawatan yang sesuai dengan perencanaan keperawatan pada Ny. D P₁A₀ Post Partum Spontan hari ke-1 dengan Episiotomi di poned UPT Bayongbong Daerah Garut.
5. Penulis telah mampu telah mengevaluasi asuhan keperawatan pada pasien Ny. D P₁A₀ Post Partum Spontan hari ke-1 dengan Episiotomi di poned UPT Bayongbong Daerah Garut.
6. Penulis telah mampu mendokumentasikan tindakan keperawatan pada Ny. D P₁A₀ Post Partum Spontan hari ke-1 dengan Episiotomi di poned UPT Bayongbong Daerah Garut.

B. Rekomendasi

1. Bagi Klien dan Keluarga

Klien diharapkan dapat memahami terkait pengetahuan yang telah disampaikan oleh penulis dan perawat, serta dapat melakukannya di rumah secara mandiri. Dukungan dari keluarga terhadap klien sangat membantu proses penyembuhan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk melaksanakan asuhan keperawatan terhadap klien post partum spontan dengan episiotomi perlu kiranya untuk mengusahakan literatur atau buku-buku sumber yang berkaitan khususnya ditunjukan untuk asuhan keperawatan yang mengacu pada pendekatan kebutuhan dasar manusia baik dalam perawatannya maupun teori yang berkaitan dan menyediakan buku-buku referensi yang memadai dan terbaru.

3. Bagi Puskesmas

Peningkatan ilmu pengetahuan dan keterampilan dalam bidang keperawatan perlu untuk terus ditingkatkan guna tercapainya peningkatan kualitas pelayanan keperawatan serta mengadakan senam nifas dan kelas ibu hamil.

4. Bagi Perawat

Perlu adanya standar operasional prosedur tentang pemberian support sistem oleh perawat dengan melibatkan klien dan keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Aspiani, Reny, Yuli, 2017. *Asuhan Keperawatan Maternitas Aplikasi NANDA NIC NOC*. Jakarta : Trans Info Media.0-
- Dinkes Jawa Barat 2019
- Dinas Kesehatan Kab. Garut. 2019. *Rencana Strategis Dinas Kesehatan Garut Tahun 2019-2024*.
- Doenges, ME. 2015. *Rencana Keperawatan Material Edisi ke empat*. Jakarta : EGC
- Ferbrinati & Aslina, 2019. *Praktik Klinik Kebidanan I Teori dan Implementasinya dalam Pelayanan Kebidanan*. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru
- Kementrian Kesehatan RI. 2019. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI
- Kozier, Erb. 2011. *Fundamental Keperawatan Edisi 7*. Jakarta: EGC, 2010
- Nanny, Vivian. 2011. *Asuhan Kehamilan untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika
- Nurasiah, Ani & Dewi, 2012. *Asuhan Persalinan Bagi Bidan*. Bandung: PT Refika Aditama
- Nursalam, 2013. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Prawihardjo, Sarwono, 2013. *Ilmu Kebidanan Edisi 4 Cetakan 4*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawihardjo.

Saleha, Siti. 2013 *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*, Jakarta: Salemba Medika

Wahyuningsih, Sri & Mahasiswi D3 Keperawatan 2019. *Asuhan Keperawatan Post Partum*. Yogyakarta: Deepublish

Widiastini, 2018. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin dan Bayi baru lahir*. Jakarta : EGC (widiastini)

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

PERAWATAN PAYUDARA (*BREAST CARE*)

1. Pokok Bahasan : Perawatan Post Partum
2. Sub Pokok Bahasan : Perawatan Payudara (Breast care)
3. Hari/Tanggal/Waktu : Kamis, 22 April 2021, Pukul 10.00-10.30 WIB
4. Tempat : Poned UPT Bayongbong Wilayah Garut
5. Sasaran : Pasien dan Keluarga Pasien
6. Penyaji : Yunisa Sulistianingsih
7. Tujuan :

- a. Tujuan Umum

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

- b. Tujuan Khusus

Setelah diberikan penyuluhan tentang perawatan payudara, diharapkan pasien dapat :

- 1) Mengetahui pengertian perawatan payudara
- 2) Mengetahui manfaat dan tujuan perawatan payudara
- 3) Mengetahui akibat jika tidak dilakukan perawatan payudara
- 4) Mengetahui langkah – langkah perawatan payudara
- 5) Mengetahui teknik perawatan payudara

8. Materi :

- 1) Pengertian perawatan payudara
- 2) Manfaat dan tujuan perawatan payudara
- 3) Akibat jika tidak dilakukan perawatan payudara
- 4) Langkah-langkah perawatan payudara
- 5) Teknik perawatan payudara

9. Metode : Ceramah dan Tanya Jawab
10. Media : Leaflet
11. Pengorganisasian :
- Penyuluh : Yunisa Sulistianingsih
- Memberikan penyuluhan
12. Strategi Pelaksanaan :

NO.	KEGIATAN	RESPON PESERTA	WAKTU
1.	Pembukaan 1. Salam pembukaan. 2. Perkenalan. 3. Mengkomunikasikan tujuan. 4. Membagikan Leaflet.	1. Menjawab salam. 2. Memperhatikan. 3. Memperhatikan.	5 menit
2.	Apersepsi 1. Menyampaikan tujuan penyuluhan 2. Memotivasi peserta dengan memberi penjelasan terkait pentingnya materi.	1. Memperhatikan 2. Menyimak	5 menit
3.	Kegiatan inti penyuluhan, menyampaikan materi tentang: 1. Menjelaskan tentang pengertian perawatan payudara 2. Menjelaskan manfaat dan tujuan perawatan payudara 3. Menjelaskan akibat jika tidak dilakukan perawatan payudara 4. Menjelaskan langkah-langkah perawatan payudara 5. Menjelaskan teknik perawatan payudara	1. Menyimak dan memperhatikan penyuluhan. 2. Menanyakan hal-hal yang belum jelas.	10 menit
4.	Penutup:	1. Bersama	10 menit

	1. Menyimpulkan materi yang telah didiskusikan. 2. Melakukan evaluasi penyuluhan. 3. Mengakhiri kegiatan penyuluhan dengan salam.	penyuluhan menyimpulkan materi. 2. Peserta penyuluhan menjawab pertanyaan yang dibahas hari ini. 3. Menjawab salam.	
--	---	---	--

13. Evaluasi

a. Evaluasi Kegiatan Penyuluhan

Menilai langkah-langkah yang telah terjadwalkan dalam perencanaan.

b. Evaluasi Hasil Kegiatan

Evaluasi perubahan pengetahuan yang dilakukan secara langsung setelah pemberian penyuluhan, dengan memberikan pertanyaan sebagai berikut:

- a. Coba ibu/bapak jelaskan secara ringkas apa pengertian perawatan payudara ?
- b. Coba ibu/bapak jelaskan bagaimana cara merawat payudara yang baik dan benar ?
- c. Coba ibu/bapak sebutkan akibat tidak dilakukan perawatan payudara ?
- d. Coba ibu/bapak sebutkan langkah-langkah perawatan payudara?

14. Sumber

Saryono dan Roischa Dyah Pramatasari. 2013. *Perawatan Payudara*. Yogyakarta: Nuha Offset

MATERI PENYULUHAN

PERAWATAN PAYUDARA (*BREAST CARE*)

A. Definisi

Post natal breast care pada ibu nifas merupakan perawatan payudara yang dilakukan pada ibu pasca melahirkan/nifas untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya saluran payudara sehingga memperlancar pengeluaran ASI. Pelaksanaan perawatan payudara dimulai sedini mungkin, yaitu 1-2 hari setelah bayi dilahirkan dan dilakukan 2 kali sehari. (Saleha, 2013). Perawatan payudara adalah suatu kegiatan yang dilakukan secara sadar dan teratur untuk memelihara kesehatan payudara waktu hamil dengan tujuan untuk mempersiapkan laktasi pada waktu post partum (Saryono, 2013).

Perawatan payudara atau *breast care* adalah pemeliharaan payudara yang dilakukan untuk memperlancar ASI dan menghindari kesulitan pada saat menyusui dengan melakukan pemijatan. *Breast care* atau perawatan payudara merangsang reseptor di sistem duktus, menyebabkan duktus menjadi lebar dan lunak, sehingga secara refleksoris dikeluarkannya oksitosin dari kelenjar hipofisis posterior (Joko Gunawan, 2017).

B. Manfaat dan Tujuan Perawatan Payudara

1. Memelihara kebersihan payudara
2. Melenturkan dan menguatkan puting susuPayudara yang terawat akan memproduksi ASI cukup untuk kebutuhan bayi
3. Dengan perawatan payudara yang baik ibu tidak perlu khawatir bentuk payudaranya akan cepat berubah sehingga kurang menarik.

4. Dengan perawatan payudara yang baik puting susu tidak akan lecet sewaktu dihisap oleh bayi melancarkan aliran ASI.
5. Mengatasi puting susu datar atau terbenam supaya dapat dikeluarkan sehingga siap untuk disusukan kepada bayinya (Saryono, 2013).

C. Akibat tidak dilakukan perawatan payudara

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

1. Puting susu mendelep
2. Anak susah menyusui
3. ASI lama keluar
4. Produksi ASI terbatas
5. Pembengkakan pada payudara
6. Payudara meradang
7. Payudara kotor
8. Ibu belum siap menyusui
9. Kulit payudara terutama puting akan mudah lecet (Saryono, 2013).

D. Langkah – langkah perawatan payudara

1. Persiapan alat untuk perawatan payudara
 - a. Handuk 2 buah
 - b. Waslap 2 buah
 - c. Waskom berisi air dingin 1 buah
 - d. Waskom berisi air hangat 1 buah
 - e. Minyak kelapa/ *baby oil*

f. Waskom kecil 1 buah berisi kapas / kaca secukupnya

g. Baki, alas dan penutup

2. Pelaksanaan

a. Menjelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan

b. Mengatur lingkungan yang aman dan nyaman

c. Mengatur posisi klien dan mendekatkan alat agar mudah di jangkau

d. Cuci tangan sebelum tindakan dilakukan

e. Pasang handuk di bawah pangkuan ibu dan yang satu di pundak

E. Teknik Perawatan Payudara

1) Pengurutan payudara

a. Licinkan telapak tangan dengan sedikit minyak/ *baby oil*

b. Kedua tangan diletakkan di antara kedua payudara ke arah atas, samping, bawah, dan melintang sehingga tangan menyangga payudara

c. Lakukan 30 kali selama 5 menit

2) Pengurutan kedua

a. Licinkan telapak tangan dengan minyak / *baby oil*

b. Telapak tangan kiri menopang payudara kiri dan jari-jari tangan kanan saling di rapatkan

- c. Sisi kelingking tangan kanan memegang payudara kiri dari pangkal payudara ke arah puting, demikian pula payudara kanan.
- d. Lakukan 30 kali selama 5 menit

3) Pengurutan ketiga

- a. Licinkan telapak tangan dengan minyak
- b. Telapak tangan kiri menopang payudara kiri
- c. Jari-jari kanan dikepalkan, kemudian tulang kepala tangan kanan mengurut payudara dari pangkal ke arah puting susu.
- d. Lakukan 30 kali selama 5 menit
- e. Rangsang payudara menggunakan air hangat dan dingin
- f. Kompres payudara dengan air hangat terlebih dahulu kemudian air dingin
- g. Kompres bergantian selama 5 menit
- h. Membersihkan puting susu dengan minyak/*baby oil* agar
- i. kotoran-kotoran keluar tidak bertumpuk dan tidak terhisap oleh bayi yang menetek, minyak ini juga dapat melembakan puting susu sehingga kulitnya tidak mudah lecet.

PERAWATAN PAYUDARA (BREAST CARE)



OLEH :

**YUNISA
SULISTIANINGSIH
KHGA 18171
STIKES KARSA
HUSADA GARUT
DULKEPERAWATAN
2021**

A. DEFINISI

PERAWATAN PAYUDARA ATAU BREAST CARE ADALAH PEMELIHARAAN PAYUDARA YANG DILAKUKAN UNTUK MEMPELANCAR ASI DAN MENGHINDARI KESULITAN PADA SAAT MENYUSUI DENGAN MELAKUKAN PEMIJATAN.

B. MANFAAT DAN TUJUAN PERAWATAN PAYUDARA

1. MEMELIHARA KEBERSIHAN PAYUDARA
 2. MELENTURKAN DAN MENGUATKAN PUTING SUSU
 3. DENGAN PERAWATAN PAYUDARA YANG BAIK IBU TIDAK PERLU KHAWATIR BENTUK PAYUDARANYA AKAN CEPAT BERUBAH SEHINGGA KURANG MENARIK.
 4. DENGAN PERAWATAN PAYUDARA YANG BAIK PUTING SUSU TIDAK AKAN LECET
 5. MENGATASI PUTING SUSU DATAR ATAU TERBENAM.
- (SARYONO, 2013).

C. AKIBAT TIDAK DILAKUKAN PERAWATAN PAYUDARA

1. PUTING SUSU MENDELEP
2. ANAK SUSAH MENYUSU
3. ASI LAMA KELUAR
4. PRODUKSI ASI TERBATAS
5. PEMBENGKAKAN PADA PAYUDARA
6. PAYUDARA MERADANG
7. PAYUDARA KOTOR
8. IBU BELUM SIAP MENYUSUI
9. KULIT PAYUDARA TERUTAMA PUTING AKAN MUDAH LECET (SARYONO, 2013).

D. LANGKAH - LANGKAH PERAWATAN PAYUDARA

1. PERSIAPAN ALAT UNTUK PERAWATAN PAYUDARA
 - A. HANDUK 2 BUAH
 - B. WHASLAP 2 BUAH
 - C. WASKOM BERISI AIR DINGIN 1 BUAH
 - D. WASKOM BERISI AIR HANGAT 1 BUAH
 - E. MINYAK KELAPA/ BABY OIL
 - F. WASKOM KECIL 1 BUAH BERISI KAPAS / KACA SECUKUPNYA
 - G. BAKI, ALAS DAN PENUTUP
2. PELAKSANAAN
 - A. MENJELASKAN PROSEDUR TINDAKAN YANG AKAN DILAKUKAN
 - B. MENGATUR LINGKUNGAN YANG AMAN DAN NYAMAN
 - C. MENGATUR POSISI KLIEN DAN MENDEKATKAN ALAT AGAR MUDAH DI JANGKAU
 - D. CUCI TANGAN SEBELUM TINDAKAN DILAKUKAN
 - E. PASANG HANDUK DI BAWAH PANGKUAN IBU DAN YANG SATU DI PUNDAK

D. LANGKAH - LANGKAH PERAWATAN PAYUDARA

1. PENGURUTAN PAYUDARA
 - A. LICINKAN TELAPAK TANGAN DENGAN SEDIKIT MINYAK/ BABY OIL
 - B. KEDUA TANGAN DILETAKKAN DI ANTARA KEDUA PAYUDARA KE ARAH ATAS, SAMPING, BAWAH, DAN MELINTANG SEHINGGA TANGAN MENYANGGA PAYUDARA
 - C. LAKUKAN 30 KALI SELAMA 5 MENIT
2. PENGURUTAN KEDUA
 - A. LICINKAN TELAPAK TANGAN DENGAN MINYAK / BABY OIL
 - B. TELAPAK TANGAN KIRI MENOPANG PAYUDARA KIRI DAN JARI-JARI TANGAN KANAN SALING DI RAPATKAN
 - C. SISI KELINGKING TANGAN KANAN MEMEGANG PAYUDARA KIRI DARI PANGKAL PAYUDARA KEARAH PUTTING, DEMIKIAN PULA PAYUDARA KANAN.
 - D. LAKUKAN 30 KALI SELAMA 5 MENIT

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

PIJAT OKSITOSIN

1. Pokok Bahasan : Pijat Oksitosin
2. Sub Pokok Bahasan : Pengetahuan mengenai pijat oksitosin
3. Hari/Tanggal/Waktu : Jumat, 23 April 2021, Pukul 11:15 WIB s.d selesai
4. Tempat : Di Rumah Pasien
5. Sasaran : Pasien dan Keluarga Pasien
6. Penyaji : Yunisa Sulistianingsih
7. Tujuan

- a. Tujuan Umum

Setelah mengikuti proses penyuluhan selama 30 menit, diharapkan pasien dan keluarga pasien mampu melakukan pijat oksitosin untuk memperlancar produksi ASI yang telah diajarkan di rumah pasien.

- b. Tujuan Khusus

Setelah diberikan pendidikan kesehatan diharapkan Ny. D dan keluarganya mampu :

- 1) Menjelaskan tentang pengertian pijat oksitosin
- 2) Menjelaskan tujuan pijat oksitosin
- 3) Menjelaskan manfaat pijat oksitosin
- 4) Menjelaskan mengenai langkah – langkah pijat oksitosin

8. Materi :

- 1) Pengertian pijat oksitosin
- 2) Tujuan pijat oksitosin
- 3) Manfaat pijat oksitosin
- 4) Langkah – langkah pijat oksitosin

9. Metode : Ceramah dan Tanya Jawab

10. Media : Leaflet

11. Pengorganisasian :

Penyuluh : Yunisa Sulistianingsih
Memberikan penyuluhan

12. Strategi Pelaksanaan :

NO.	KEGIATAN	RESPON PESERTA	WAKTU
1.	Pembukaan 1. Salam pembukaan. 2. Perkenalan. 3. Mengkomunikasikan tujuan. 4. Membagikan Leaflet.	1. Menjawab salam. 2. Memperhatikan. 3. Menyimak	5 menit
2.	Apersepsi 1. Menyampaikan tujuan penyuluhan 2. Memotivasi peserta dengan memberi penjelasan terkait pentingnya materi.	1. Memperhatikan 2. Menyimak	5 menit
3.	Kegiatan inti penyuluhan, menyampaikan materi tentang: 1. Menjelaskan tentang pengertian pijat oksitosin 2. Menjelaskan tujuan pijat oksitosin	1. Menyimak dan memperhatikan penyuluhan. 2. Menanyakan hal-hal yang belum jelas.	10 menit

	3. Menjelaskan manfaat pijat oksitosin 4. Menjelaskan mengenai langkah – langkah pijat oksitosin		
4.	Penutup: 1. Menyimpulkan materi yang telah didiskusikan. 2. Melakukan evaluasi penyuluhan. 3. Mengakhiri kegiatan penyuluhan dengan salam.	1. Bersama penyuluhan menyimpulkan materi. 2. Peserta penyuluhan menjawab pertanyaan yang dibahas hari ini. 3. Menjawab salam.	10 menit

13. Rencana Evaluasi

a. Evaluasi Kegiatan Penyuluhan

Menilai langkah-langkah yang telah terjadwalkan dalam perencanaan.

b. Evaluasi Hasil Kegiatan

Evaluasi perubahan pengetahuan yang dilakukan secara langsung setelah pemberian penyuluhan, dengan memberikan pertanyaan sebagai berikut:

- Coba ibu/bapak jelaskan secara ringkas apa pengertian pijat oksitosin?
- Coba ibu/bapak sebutkan tujuan pijat oksitosin?
- Coba ibu/bapak sebutkan manfaat pijat oksitosin?
- Coba ibu/bapak sebutkan 3 langkah pijat oksitosin?

14. Sumber

Wulandari, dkk. (2020) *Happy Exclusive Breastfeeding*/Nur Furi

Wulandari; editor, Dhiva Nadhiva-cet. I-Yogyakarta: Laksana

MATERI PENYULUHAN

1. Definisi Pijat Oksitosin

Pijat ASI merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidaklancaran produk ASI. Pijat ASI yang sering dilakukan dalam rangka meningkatkan ketidaklancaran produksi ASI adalah pijat oksitoksin. Pijat oksitoksin adalah pemijatan pada sepanjang kedua sisi tulang belakang dan merupakan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitoksin setelah melahirkan. Pijat oksitoksin ini dilakukan untuk merangsang reflex oksitosin atau *refleks let down*. Selain untuk merangsang *refleks let down* manfaat pijat oksitosin adalah memberikan kenyamanan pada ibu, mengurangi bengkak, mengurangi sumbatan ASI, merangsang pelepasan hormone oksitosin, mempertahankan produk ASI ketika ibu dan bayi sakit.

2. Tujuan Pijat Oksitosin

Pijat oksitosin bertujuan untuk:

- a. Menjaga dan memperlancar produk ASI
- b. Mencegah terjadinya infeksi pada ibu
- c. Mempercepat involusi uterus

3. Manfaat Pijat Oksitosin

Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang reflex oksitosin atau *reflex let down*. Selain untuk merangsang let down, manfaat pijat oksitosin adalah untuk memberikan kenyamanan pada ibu, mengurangi bengkak

atau (*engorgement*), mengurangi sumbatan ASI, merangsang pelepasan hormon oksitosin, mempertahankan produk ASI ketika ibu dan bayi sakit (Depkes RI, 2013).

4. Langkah Pijat Oksitosin

- a. Ibu duduk membungkuk rileks, lalu meletakkan kedua tangannya dikursi ataupun sandaran yang terletak didepannya.
- b. Bebaskan punggung ibu dari pakaian
- c. Kedua ibu jari pemijat dicelupkan kedalam baby oil, lalu lakukan gerakan pada punggung, tepatnya disamping tulang punggungnya.
- d. Kepal kedua tangan seperti tinju dan ibu jari menghadap ke arah atas/depan. Lakukan gerakan melingkar dengan kedua ibu jari dari leher ke arah tulang belikat selama 2-3 menit. Lakukan untuk beberapa kali sampai ibu merasakan lebih rileks.
- e. Kemudian bisa mengecek pengeluaran air susu ibu dengan cara memencet putting payudara ibu.

PIJAT OKSITOSIN



Disusun oleh :
Yunisa Sulistianingsih
(KHGA18171)

**PROGRAM STUDI DIII
KEPERAWATAN
STIKES KARSA HUSADA GARUT
TAHUN 2021**

APA ITU PIJAT OKSITOSIN?



Pijat oksitoksin adalah pemijatan pada sepanjang kedua sisi tulang belakang dan merupakan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitoksin setelah melahirkan. Pijat oksitoksin ini dilakukan untuk merangsang reflex oksitosin atau *refleks let down*. Selain untuk merangsang *refleks let down* manfaat pijat oksitosin adalah memberikan kenyamanan pada ibu, mengurangi

bengkak, mengurangi sumbatan ASI, merangsang pelepasan hormone oksitosin, mempertahankan produk ASI ketika ibu dan bayi sakit.

TUJUAN PIJAT OKSITOSIN

Pijat oksitosin bertujuan untuk

- menjaga dan memperlancar produk ASI
- mencegah terjadinya infeksi pada ibu
- mempercepat involusi uterus.



MANFAAT PIJAT OKSITOSIN



Bermanfaat untuk memberikan kenyamanan pada ibu, mengurangi bengkak atau (*engorgement*), mengurangi sumbatan ASI, merangsang pelepasan hormon oksitosin, mempertahankan produk ASI ketika ibu dan bayi sakit

BAGAIMANA LANGKAH-LANGKAH DARI PIJAT OKSITOSIN?

- a. Ibu duduk membungkuk rileks, lalu meletakkan kedua tangannya

dikursi ataupun sandaran yang terletak didepannya.



- b. Bebaskan punggung ibu dari pakaian
- c. Kedua ibu jari pemijat dicelupkan kedalam baby oil, lalu lakukan gerakan pada punggung, tepatnya disamping tulang punggungnya.



- d. Kepala kedua tangan seperti tinju dan ibu jari menghadap ke arah atas/depan. Lakukan gerakan melingkar dengan kedua ibu jari dari leher ke arah tulang belikat selama 2-3 menit. Lakukan untuk beberapa kali sampai ibu merasakan lebih rileks.



- e. Kemudian bisa mengecek pengeluaran air susu ibu dengan cara memencet putting payudar

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

CARA MEMANDIKAN BAYI

1. Pokok Bahasan : Memandikan Bayi
2. Sub Pokok Bahasan : Cara memandikan bayi
3. Hari/Tanggal/Waktu : Jumat, 23 April 2021, Pukul 10:00-10.30 WIB
4. Tempat : Di Rumah Pasien
5. Sasaran : Pasien dan Keluarga Pasien
6. Penyaji : Yunisa Sulistianingsih
7. Tujuan :

- a. Tujuan Umum

Setelah mengikuti proses penyuluhan selama 30 menit, diharapkan pasien dan keluarga pasien mampu memiliki gambaran mengenai penyakit hipertensi.

- b. Tujuan Khusus

- 1) Menjelaskan tentang pengertian memandikan bayi
- 2) Menjelaskan manfaat memandikan bayi
- 3) Menjelaskan hal-hal yang harus diperhatikan dalam memandikan bayi
- 4) Menjelaskan cara memandikan bayi
- 5) Menjelaskan waktu dan ruangan yang baik untuk memandikan bayi

8. Materi

- 1) Pengertian memandikan bayi
- 2) Manfaat memandikan bayi
- 3) Hal-hal yang harus diperhatikan dalam memandikan bayi
- 4) Cara memandikan bayi
- 5) Waktu dan ruangan yang baik untuk memandikan bayi

9. Metode : Ceramah dan Tanya Jawab
10. Media : Leaflet
11. Pengorganisasian :
- Penyuluh : Yunisa Sulistianingsih
12. Strategi Pelaksanaan :

NO.	KEGIATAN	RESPON PESERTA	WAKTU
1.	Pembukaan 1. Salam pembukaan. 2. Perkenalan. 3. Mengkomunikasikan tujuan. 4. Membagikan Leaflet.	1. Menjawab salam. 2. Memperhatikan. 3. Memperhatikan.	5 menit
2.	Apersepsi 1. Menyampaikan tujuan penyuluhan 2. Memotivasi peserta dengan memberi penjelasan terkait pentingnya materi.	1. Memperhatikan 2. Menyimak	5 menit
3.	Kegiatan inti penyuluhan, menyampaikan materi tentang: 1. Menjelaskan tentang pengertian memandikan bayi	1. Menyimak dan memperhatikan penyuluhan.	20 menit

	2. Menjelaskan manfaat memandikan bayi 3. Menjelaskan hal-hal yang harus diperhatikan dalam memandikan bayi 4. Menjelaskan cara memandikan bayi 5. Menjelaskan waktu dan ruangan yang baik untuk memandikan bayi	2. Menanyakan hal-hal yang belum jelas.	
4.	Penutup: 1. Menyimpulkan materi yang telah didiskusikan. 2. Melakukan evaluasi penyuluhan. 3. Mengakhiri kegiatan penyuluhan dengan salam.	1. Bersama penyuluhan menyimpulkan materi. 2. Peserta penyuluhan menjawab pertanyaan yang dibahas hari ini. 3. Menjawab salam.	10 menit

10. Rencana Evaluasi

a. Evaluasi Kegiatan Penyuluhan

Menilai langkah-langkah yang telah terjadwalkan dalam perencanaan.

b. Evaluasi Hasil Kegiatan

Evaluasi perubahan pengetahuan yang dilakukan secara langsung setelah pemberian penyuluhan, dengan memberikan pertanyaan sebagai berikut:

- a. Coba ibu jelaskan secara ringkas apa pengertian memandikan bayi
- b. Coba ibu sebutkan manfaat memandikan bayi
- c. Coba ibu sebutkan apa saja hal yang harus diperhatikan dalam memandikan bayi
- d. Coba ibu jelaskan cara memandikan bayi
- e. Coba ibu jelaskan waktu dan ruangan yang baik untuk memandikan bayi

MATERI PENYULUHAN

A. Definisi Memandikan bayi

Memandikan bayi adalah suatu cara untuk memberishakn tubuh bayi dengan air dengan cara menyiram, merendam diri dalam air berdasarkan urutan yang sesuai. Memnadikan bayi baru lahir bukanlah hal yang mudah, terutama bagi ibu baru. Dibutuhkan ekstar hati-hati serta persiapan yang benar agar mandi si kecil tak hanya berjalan lancar namun juga menyenangkan bagi mereka (Naureh, 2011).

Memandikan bayi memiliki tantangan tersendiri bagi orang tua terutama bagi mereka baru pertama kali emmpunyai seorang bayi. Tidak sedikit dari mereka yang tidak tahu bagaimana cara memadikan bayi sehingga mereka menyerahkan bayinya kepada pengasuh atau neneknya (Choirunissa, 2012).

B. Manfaat memandikan Bayi

1. Memberi rasa nyaman pada bayi
2. Embuat bayi tetap wangi dan bersih
3. Mengurangi resiko terjadinya infeksi
4. Mandi sebelum tidur akan memebantu relaksasi
5. Merupakan bentuk perhatian ibu untuk menunjukan rasa sayangnya

C. Hal – hal yang harus diperhatikan dalam memandikan

1. Jangan memaksa bayi untuk mandi
2. Hindari mandi tepat sesudah atau sebelum makan
3. Jangan meninggalkan bayi sendirian ketika sedang mandi

D. Teknik atau cara memandikan bayi

1. Berbicara pada bayi untuk memberikan ketenangan, kemudian pakaian bayi dilepas satu persatu supaya bayi tidak merasa kedinginan
2. Membasuh wajah bayi dengan lembut terutama bagian belakang telinga dan lipatan lehernya untuk bagian mata gunakan kapas yang dilembabkan dengan air hangat

3. Mencuci rambut bayi

Pegang bayi diatas bak mandi, sanggah kepalanya dengan tangan dan bagian tubuhnya dengan lengan untuk menjaga keamanan dan keselamatan bayi, basuh rambut bayi dengan menggunakan shampoo sedikit dan pijat dengan lembut seluruh bagian kepalanya. Pastikan mencuci rambut dengan baik untuk memastikan bahwa semua sisa sabun sudah dibersihkan kemudian keringkan kepalanya dengan lembut menggunakan handuk.

4. Membersihkan badan bayi

Buka pakaiannya, lepas popoknya jika terpasang dan jika sudah kotor, bersihkan pantatnya sebelum meletakkannya kedalam bak mandi. Gunakan cara memegang yang mana kemudian letakan di dalam bak mandi, saat berada dalam air tangan harus selalu memegang lengan bayi, lalu bersihkan bayi dengan kain penyeka kemudian keringkan dengan lembut.

5. Merawat kulit bayi

Sebelum mengenakan pakaian, gunakan produk-produk perawatan kulit bayi untuk melembabkan kulit menjaga bayi tetap aman.

6. Memakaikan popok bayi

Usapkan tipis lotion, krim iritasi popok pada pantat bayi untuk melindungi kulit dari kelembaban dan iritasi popok.

7. Menyisir rambut bayi

Balut bayi dalam selimut yang meyerap untuk menjaga agar tetap hangat dan kemudian bayi dapat disisir dengan sikat yang lembut.

E. Waktu dan Ruangan yang Baik untuk Memandikan Bayi

a. Waktu

Dapat dilakukan kapan saja, tetapi jangan dilakukan tepat sebelum atau sesudah makan

b. Ruangan

- 1) Ruangan harus cukup luas
- 2) Tinggi permukaan harus sedemikian rupa sehingga memudahkan untuk bergerak
- 3) Pastikan suhu ruangan cukup
- 4) Untuk kenyamanan pasang kipas angin atau penyegar.

F. Sumber

[Http://babykids.blogspot.com/2011/12/tip-memandikan-bayi-html/](http://babykids.blogspot.com/2011/12/tip-memandikan-bayi-html/). Di

akses pada tanggal 06 Juli 2021 Jam 14.56

<http://www.balita-andaglobal.com/kesehatan-balita-dan-anak/>. Di akses pada tanggal 06 Juli 2021 Jam 14.56

Waktu dan Ruangan yang Baik

untuk Memandikan Bayi

a. Waktu

Dapat dilakukan kapan saja, tetapi jangan dilakukan tepat sebelum atau sesudah makan

b. Ruangan

- 1) Ruangan harus cukup luas
- 2) Tinggi permukaan harus sedemikian rupa sehingga memudahkan untuk bergerak
3. Pastikan suhu ruangan cukup
3. Untuk kenyamanan pasang kipas angin atau penyegar.



CARA MEMANDIKAN

BAYI



Disusun Oleh :

Yunisa Sulistianingsih

KHGA 18171

**3C D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU
KESEHATAN
KARSA HSADA GARUT**

2021

PENGERTIAN

Memandikan bayi adalah suatu cara untuk memberishakn tubuh bayi dengan air dengan cara menyiram, merendam diri dalam air berdasarkan urutan-urutan yang sesuai. Memnadikan bayi baru lahir bukanlah hal yang mudah, terutama bagi ibu baru. Dibutuhkan ekstar hati-hati serta persiapan yang benar agar mandi si kecil tak hanya berjalan lancar namun juga menyenangkan bagi mereka (Naureh, 2011).



Manfaat Memandikan Bayi

1. Memberi rasa nyaman pada bayi
2. Embuat bayi tetap wangi dan bersih
3. Mengurangi resiko terjadinya infeksi
4. Mandi sebelum tidur akan memebantu relaksasi
5. Merupakan bentuk perhatian ibu untuk menunjukan rasa sayangnya



Teknik atau cara memandikan bayi

1. Berbicara pada bayi untuk memberikan ketenangan, kemudian pakaian bayi dilepas satu persatu supaya bayi tidak merasa kedinginan
2. Membasuh wajah bayi dengan lembut teruama bagian belakang telinga dan lipatan lehernya untuk bagian mata gunakan kapas yang dilembabkan dengan air hangat
3. Mencuci rambut bayi

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

PERAWATAN TALI PUSAT

1. Pokok Bahasan : Perawatan Tali Pusat
2. Sub Pokok Bahasan : Cara Perawatan Tali Pusat
3. Hari/Tanggal/Waktu : Jumat, 23 April 2021, Pukul 11:00 – 11:30

WIB

4. Tempat : Di Rumah Pasien
5. Sasaran : Pasien dan Keluarga Pasien
6. Penyaji : Yunisa Sulistianingsih
7. Tujuan :

- a. Tujuan Umum

Setelah mengikuti proses penyuluhan selama 30 menit, diharapkan pasien dan keluarga pasien mampu memiliki gambaran mengenai perawatan tali pusat

- b. Tujuan Khusus

- 1) Menjelaskan tentang pengertian perawatan tali pusat
- 2) Menjelaskan tujuan perawatan tali pusat
- 3) Menyebutkan alat dan bahan perawatan tali pusat
- 4) Menyebutkan alat dan bahan perawatan tali pusat Menyebutkan tanda-tanda infeksi tali pusat
- 5) Menyebutkan hal-hal yang harus diperhatikan dalam perawatan tali pusat

11. Materi :

- 1) Pengertian perawatan tali pusat
- 2) Tujuan perawatan tali pusat
- 3) Alat dan bahan perawatan tali pusat
- 4) Tanda-tanda infeksi tali pusat

5) Hal-hal yang harus diperhatikan dalam perawatan tali pusat

12. Metode : Ceramah dan Tanya Jawab

13. Media : Leaflet

14. Pengorganisasian :

Penyuluh : Yunisa Sulistianingsih

15. Strategi Pelaksanaan :

NO.	KEGIATAN	RESPON PESERTA	WAKTU
1.	Pembukaan 1. Salam pembukaan. 2. Perkenalan. 3. Mengkomunikasikan tujuan. 4. Membagikan Leaflet.	1. Menjawab salam. 2. Memperhatikan 3. Memperhatikan.	5 menit
2.	Apersepsi 1. Menyampaikan tujuan penyuluhan 2. Memotivasi peserta dengan memberi penjelasan terkait pentingnya materi.	1. Memperhatikan 2. Menyimak	5 menit
3.	Kegiatan inti penyuluhan, menyampaikan materi tentang: 1. Menjelaskan tentang pengertian perawatan tali pusat 2. Menjelaskan tujuan perawatan tali pusat 3. Menyebutkan alat dan bahan perawatan tali pusat 4. Menjelaskan tanda-tanda infeksi 5. Menyebutkan hal-hal yang harus ada dalam perawatan tali pusat	1. Menyimak dan memperhatikan penyuluhan. 2. Menanyakan hal-hal yang belum jelas.	20 menit
4.	Penutup: 1. Menyimpulkan materi	1. Bersama	10 menit

	yang telah didiskusikan. 2. Melakukan evaluasi penyuluhan. 3. Mengakhiri kegiatan penyuluhan dengan salam.	penyuluhan menyimpulkan materi. 2. Peserta penyuluhan menjawab pertanyaan yang dibahas hari ini. 3. Menjawab salam.	
--	--	---	--

16. Rencana Evaluasi

a. Evaluasi Kegiatan Penyuluhan

Menilai langkah-langkah yang telah terjadwalkan dalam perencanaan.

b. Evaluasi Hasil Kegiatan

Evaluasi perubahan pengetahuan yang dilakukan secara langsung setelah pemberian penyuluhan, dengan memberikan pertanyaan sebagai berikut:

- a. Coba ibu jelaskan pengertian perawatan tali pusat
- b. Coba ibu sebutkan tujuan perawatan tali pusat
- c. Coba ibu jelaskan alat dan bahan perawatan tali pusat
- d. Coba ibu sebutkan tanda-tanda infeksi
- e. Coba ibu sebutkan hal-hal yang harus diperhatikan dalam perawatan tali pusat

MATERI PENYULUHAN

A. Definisi Perawatan Tali Pusat

Perawatan tali pusat adalah tindakan keperawatan pada tali pusat bayi baru lahir sejak dipotongnya tali pusat sampai tali pusat kepompong atau kering dengan tujuan untuk mencegah infeksi pada tali pusat bayi dan cepat. Perawatan tali pusat bayi baru lahir merupakan hal yang penting dan harus dilakukan dengan hati-hati karena sebelum kepompong membutuhkan perawatan ekstra. Tali pusat bayi baru lahir umumnya berwarna kebiruan dan panjangnya 2,5 sampai 5 cm sebelum dipotong.

Perawatan tali pusat yang baik dan benar akan menimbulkan dampak positif yaitu tali pusat akan puput pada hari ke-5 sampai hari ke-7 tanpa ada komplikasi, sedangkan dampak negatif dari perawatan tali pusat yang tidak benar adalah bayi akan mengalami penyakit penyakit tetanus neonatus dan dapat mengakibatkan kematian (Hidayat, 2011).

B. Tujuan perawatan tali pusat

Perawatan tali pusat bertujuan untuk:

1. Mencegah terjadinya infeksi
2. Mempercepat proses pengeringan tali pusat
3. Mempercepat terlepasnya tali pusat
4. Mencegah terjadinya tetanus pada bayi baru lahir

C. Alat dan bahan

Alat dan bahan yang dibutuhkan untuk melakukan perawatan tali pusat menurut Sodikin (2011) yaitu :

1. Udara hangat
2. Kappa
3. Kassa streril
4. Sarung tangan steril

D. Cara perawatan tali pusat

Langkah-langkah cara perawatan tali pusat pada bayi menurut Haws (2012) yaitu :

1. Cuci tangan dengan sabun sampai bersih, keringkan dengan handuk bersih
2. Turunkan sedikit bagian atas popok agar tidak keterlembatan dengan tali pusat
3. Buka balutan pada tali pusat yang akan diganti dengan lembut dan hati-hati
4. Bersihkn tali pusaat dan daerah sekitar tali pusaymenggunakan kapas yang dibasahi udara hangat dengan lembut dan hati-hati
5. Keringkan tali pusat dan balut kembali dengan menggunakan kassa steril

E. Waktu perawatan tali pusat

Waktu untuk melakukan perawatan tali pusat menurut Sodikin (2011) yaitu:

1. Sehabis mandi pagi atau sedang sakit
2. Kapan waktu bila balutan tali pusat asah oleh udara kencing atau kotoran bayi
3. Laukan sampai tali pusat kepompong atau kering

F. Tanda – tanda infeksi tali pusat

1. Pangkal tali pusat atau sekitarnya berwarna merah atau bengkak
2. Keluar cairan yang berbau nanah
3. Ada darah yang keluar terus menerus
4. Kejang
5. Bayi mengalami demam

G. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam perawatan tali pusat

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam perawatan tali pusat menurut Sodikin (2011) yaitu :

1. Jangan menggunakan plester dalam membalut tali pusat bayi karena dapat menyebabkan iritasi sekitar daerah tali pusat
2. Daerah tali pusat dan sekitarnya harus selalu dalam keadaan kering dan bersih
3. Jangan mengoleskan alkohol atau betadin pada tali pusat karena akan menyebabkan tali pusat menjadi lembab
4. Lipatlah popok dibawah tali pusat

5. Bila terdapat tanda-tanda infeksi pada tali pusat seperti merah mengeluarkan nanah dan adrah berbau segera hubungi petugas kesehatan
6. Jangan membungkus pusat atau mengoleskan bahan atau ramuan apapun ke puntung tali pusat.

**HAL-HAL YANG HARUS
DIPERHATIKAN DALAM
PERAWATAN TALI PUSAT**

1. Jangan menggunakan plester dalam membalut tali pusat karena dapat menyebabkan iritasi tali pusat
2. Daerah tali pusat harus selalu dalam keadaan kering dan bersih
3. Jangan mengoleskan alcohol atau betadin pada tali pusat karena akan menyebabkan tali pusat menjadi lembab
4. Lipatlah popok dibawah tali pusat



**PERAWATAN TALI
PUSAT**



**Disusun Oleh :
Yunisa Sulistianingsih
KHGA 18171
3C D3 KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TIGGI ILMU
KESEHATAN KARSA HSADA
GARUT
2021**



PENGERTIAN

Perawatan tali pusat adalah tindakan keperawatan pada tali pusat bayi baru lahir sejak dipotongnya tali pusat sampai tali pusat kepompong atau kering dengan tujuan untuk mencegah infeksi pada tali pusat bayi dan cepat.

Perawatan tali pusat bertujuan untuk:

- f. Mencegah terjadinya infeksi
- g. Mempercepat proses pengeringan tali
- h. Mempercepat terlepasnya tali pusat

ALAT DAN BAHAN

Alat dan bahan yang dibutuhkan untuk melakukan perawatan tali pusat menurut sodikin (2011) yaitu :

1. Udara hangat
2. Kassa
3. Kassa steril
4. Sarung tangan steril

WAKTU PERAWATAN

1. Sehabis mandi pagi atau sedang sakit
2. Kapan waktu bila balutan tali pusat asah oleh udara kencing atau kotoran bayi
3. Laukan sampai tali pusat kepompong atau kering

CARA PERAWATAN TALI PUSAT

1. Cuci tangan dengan sabun sampai bersih, keringkan dengan handuk bersih
2. Turunkan sedikit bagian atas popok agar tidak keterlembatan dengan tali pusat
3. Buka balutan pada tali pusat yang akan diganti dengan lembut dan hati-hati
4. Bersihkan tali pusat dan daerah sekitar tali pusat menggunakan kapas yang dibasahi udara hangat dengan lembut dan hati-hati
5. Keringkan tali pusat dan balut kembali dengan menggunakan kassa steril

FORMAT BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Yunisa Sulistianingsih

NIM : KHGA 18171

Nama Pembimbing : Eva Daniati, S. Kep., Ners, M. Pd

Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D P1A0

**POST PARTUM SPONTAN HARI KE-1 DENGAN EPISIOTOMI DI
PONED UPT BAYONGBONG WILAYAH GARUT**

NO	TANGGAL	MATERI	SARAN PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING	PARAF MAHASISWA

DAFTAR RIWAYAT HDUP

Nama : Yunisa Sulistianingsih

Jenis Kelamin : Perempuan

Tempat/Tanggal Lahir : Garut, 15 Agustus 1999

Agama : Islam

Alamat : Kp.Cikadu, RT/RW 01/03, Ds.Girimukti, Kec.

Singajaya Kab. Garut

Riwayat Pendidikan :

1. SDN GIRIMUKTI 01 (2008-2013)
2. SMPN 01 Singajaya (2013-2015)
3. SMAN 11 Garut (2015-2017)
4. STIKes Karsa Husada Garut Program Studi DIII Keperawatan (2018-2021)