

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S P2A0 POST PARTUM
SPONTAN HARI KE-1 DI RUANG PONED PUSKEMAS GADOG GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan untuk menyelesaikan program studi DIII Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Karsa Husada Garut

Di susun oleh :

ASTRI APRILIANTI FAUZIAH

KHGA18135



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

2021

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA Ny. S P2A0
POST PARTUM SPONTAN HARI KE-1 DI RUANGAN PONE
PUSKESMAS GADOG GARUT**

NAMA : ASTRI APRILIANTI FAUZIAH

NIM : KHGA18135

Garut, Mei 2021

Menyetujui

Pembimbing

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

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA Ny. S P2A0
POST PARTUM SPONTAN HARI KE-1 DI RUANGAN PONEB
PUSKESMAS GADOG GARUT**

NAMA : ASTRI APRILIANTI FAUZIAH

NIM : KHGA18135

KARYA TULIS ILMIAH

KTI Ini Disetujui Untuk Disidangkan Dihadapan Tim Penguji Program Studi D-III

Keperawatan Stikes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2021

Mengesahkan:

Penguji I

Penguji II

K. Dewi Budiarti, M.Kep.

Eti Suliawati, S.Kep., M.Si

Mengetahui:

Ketua Program Studi DIII
Keperawatan Stikes Karsa Husada Garut

Pembimbing
Karya Tulis Ilmiah

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

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

ABSTRAK

IV BAB, 117 halaman, 4 lampiran

Laporan hasil studi kasus ini berjudul Asuhan Keperawatan pada Ny. S P2A0 post partum spontan hari ke-1 di Ruang Poned Puskesmas Gadog Garut. Tujuan dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk meningkatkan kemampuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang komprehensif meliputi aspek biologis, Psikososial dan spiritual klien dengan post partum dengan pendekatan proses keperawatan. Metode yang digunakan adalah metode deskriptif dengan teknik studi kasus, dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi perpustakaan. Melalui asuhan keperawatan ini di dapatkan hasil pengkajian ibu post partum memiliki beberapa masalah keperawatan yaitu. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, tidak efektifnya pemberian ASI berhubungan dengan ketidak adekuatan produksi ASI, gangguan pola istirahat tidur berhubungan dengan rasa tidak nyaman. Kesimpulan yang dapat diambil dari karya tulis ilmiah ini adalah pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada klien dengan post partum spontan adalah melalui pendidikan kesehatan pada klien dan keluarga sehingga tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria dan tujuan yang dapat di ukur dari rencana asuhan keperawatan.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan Post Partum Spontan Hari Ke-1

Daftar Pustaka : 22 sumber (2011-2019)

KATA PENGANTAR

Puji serta syukur allhamdulillah penulis panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini sebagai salah satu tugas untuk memenuhi syarat menyelesaikan program Pendidikan Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S P2A0 POST PARTUM SPONTAN HARI KE-1 DI PUSKESMAS GADOG GARUT”**.

Penulis menyadari kemampuan dan keterbatasan ilmu pengetahuan yang penulis miliki, sehingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah untuk siding Praktik Klinik Keperawatan III D ini jauh dari sempurna. Namun diharapkan dapat memberi manfaat bagi kita semua. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang tiada terhingga serta penghargaan setinggi-tingginya kepada :

1. Allah SWT, yang telah memberikan kemudahan dan melimpahkan kerunia-Nya yang sangat luar biasa sehingga laporan komprehensif ini dapat penulis selesaikan.
2. DR. H. Hadiat, MA selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. H. engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut

4. Dewi Budiarti, M.kep selaku Ketua Prodi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut
5. Eva Daniati, S.Kep.,M.Pd. sebagai pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu memberikan bimbingan, arahan dan koreksi serta nasihat sehingga laporan komprehensif ini dapat diselesaikan.
6. K. Dewi Budiarti, M.Kep. Selaku penguji I pada saat sidang Karya Tulis Ilmiah sehingga penulis mengetahui segala kekurangan dari laporan ini dan dapat memperbaikinya.
7. Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si. Selaku penguji II pada saat sidang Karya Tulis ilmiah sehingga penulis mengetahui segala kekurangan dari laporan ini dan dapat memperbaikinya.
8. Semua petugas di Puskesmas Gadog Garut yang telah memberikan masukan dan bimbingan selama melakukan Praktik Klinik Keperawatan ini.
9. Keluarga Ny.S yang telah membantu dan bekerja sama dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Kepada dua insan sederhana yang sangat hebat dan sangat luar biasa, ibu & ayah yang selalu tidak henti-hentinya memberikan dukungan kepada kaka baik moril maupun materil yang tentunya tidak terbatas dan tidak terbalas.
11. Agis Fadilah abangku tercinta & Susinah Handayani yang telah memberikan dukungan moril, materil dan spiritual serta pengorbanan dan

doa yang tulus selama penulis menjalani program pendidikan sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan laporan ini.

12. Sahabat penghilang rasa jenuh Nurul Saadah (nurul) yang telah memberikan semangat, selalu menghibur penulis setiap harinya dan juga dukungan semasa perkuliahan berlangsung.

13. Teman-teman seperjuangan program Studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut angkatan ke-25 yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan dorongan, semangat dan doanya dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga Allah SWT memberikan balasan atas jasa yang telah diberikan dan menjadi yang terbaik bagi kita semua.

Dalam penyusunan laporan komprehensif ini penulis merasa masih banyak kekurangan. Untuk itu, penulis mengharapkan masukan baik kritik maupun saran yang sifatnya membangun untuk perbaikan dimasa yang akan datang dan penulis berharap laporan ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Aamiin yaa Robball Aalamiin.

Garut, 07 Juli 2021

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR LAMPIRAN	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	5
C. Metode Telaahan.....	6
D. Sistematika Penulisan	7
BAB II TINJAUAN TEORI.....	9
1. Konsep Dasar Post Partum.....	9
a. Tahapan masa nifas	10
b. Perubahan Fisiologi Masa Nifas	10
c. Etiologi	18
d. Patofisiologi	20
e. Adaptasi Psikologi Ibu Masa Nifas.....	22
f. Tanda dan gejala	24
g. Pathway	24
h. Klasifikasai	25
i. Komplikasi	25
j. Penatalaksanaan Medis	26
k. Kebutuhan Dasar Ibu Post Partum	26

2. Konsep Dasar Keperawatan	32
1. Pengkajian	32
2. Analisa Data	42
3. Diagnosa Keperawatan Yang Mungkin Muncul	45
4. Perencanaan Keperawatan.....	46

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN..... 55

A. Tinjauan Kasus.....	55
1. Pengkajian	55
2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas	68
3. Proses Keperawatan	73
4. Catatan Perkembangan	75
B. Pembahasan.....	78
1. Tahap Pengkajian	78
2. Diagnosa Keperawatan	79
3. Tahap Perencanaan.....	81
4. Tahap Implementasi	82
5. Tahap Evaluasi	85

BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI..... 86

A. Kesimpulan	86
B. Rekomendasi	87

DAFTAR PUSTAKA..... 89

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Data Di Ruang Poned Puskesmas Gadog Garut Periode Januari-Desember 2020.....	4
Tabel 2.1 Perubahan Uterus	11
Tabel 2.3 Analisa data	42
Tabel 2.4 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut	46
Tabel 2.5 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Kurang Volume Cairan	47
Tabel 2.6 Perencanaan Diagnosa Tidak Efektifnya Pemberian ASI.....	49
Tabel 2.7 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Gangguan Pola Istirahat Tidur	50
Tabel 2.8 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Dengan Trauma Jaringan	51
Tabel 3.1 Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas Ny. S	55
Tabel 3.2 Pola Aktivitas Sehari-hari	65
Table 3.3 Pemeriksaan Laboratorium	66
Tabel 3.4 Terapi Obat	66
Tabel 3.5 Analisa Data	66
Tabel 3.6 Proses keperawatan	70
Tabel 3.7 Catatan Perkembangan.....	75

DAFTAR LAMPIRAN

Lembar Bimbingan

Satuan Acara Penyuluhan

Leaflet

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Post partum adalah selang waktu antara kelahiran bayi sampai dengan pulihnya organ reproduksi seperti sebelum hamil. Periode ini sering disebut masa nifas (puerperium), atau trimester keempat kehamilan, masa nifas biasanya berkisar antara 6 minggu atau lebih bervariasi antara ibu satu dengan ibu yang lainnya (Lowdermik, Perry dan Chasion, 2013). Persalinan spontan adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi, umumnya berlangsung kurang dari 24 jam. Persalinan normal dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai penyulit (Rohani, 2015). Ibu post partum mengalami banyak perubahan baik pada fisiologis maupun psikologis. Perubahan yang terjadi pada adaptasi fisiologis, ibu mengalami perubahan system reproduksi dimana ibu mengalami proses pengerutan pada uterus setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot uterus. Sedangkan pada perubahan adaptasi psikologis adanya rasa ketakutan dan kekhawatiran pada ibu yang baru melahirkan. Dan hal ini berdampak kepada ibu dalam masa nifas menjadi sensitif (Kirana, 2015).

Perubahan yang mendadak pada ibu post partum penyebab utamanya adalah kekecewaan emosional, rasa sakit pada masa nifas awal, kelelahan karena kurang tidur selama persalinan dan kecemasan pada kemampuannya untuk merawat bayinya, rasa takut tidak menarik lagi bagi suaminya, terutama emosi selama minggu pertama menjadi labil dan perubahan suasana hatinya dalam 3-4 hari pertama, masa ini sangat bervariasi dan dipengaruhi oleh begitu banyak faktor, maka penekanan utama adalah pendekatan keperawatan dengan memberikan bantuan, simpati dan dorongan semangat. Asuhan keperawatan pasca persalinan diperlukan untuk meningkatkan status kesehatan ibu dan anak. Masa nifas dimulai setelah dua jam lahirnya plasenta atau setelah proses persalinan kala I sampai kala IV selesai. Berakhirnya proses persalinan bukan berarti ibu terbebas dari bahaya atau komplikasi. Berbagai komplikasi dapat dialami ibu pada masa nifas dan bila tidak tertangani dengan baik akan memberi kontribusi yang cukup besar terhadap tingginya Angka Kematian Ibu (AKI). (Kirana, 2015).

Menurut WHO, sekitar 500.000 wanita hamil di dunia menjadi korban proses reproduksi setiap tahun. Indonesia merupakan salah satu Negara dengan angka kematian ibu tertinggi di Asia. WHO memperkirakan 15.000 dari sekitar 4,5 juta. Angka kejadian tinggi di Vietnam (59 per 100.000 kelahiran hidup) dan Cina (37 per 100.000 kelahiran hidup) (Sufa, 2013). Angka kematian ibu sangat tinggi, sekitar 295.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan selama tahun 2017. Mayoritas besar dari kematian sebesar 94%

terjadi di lingkungan dengan sumber daya yang rendah dan sebagian besar bisa dicegah (WHO, 2019).

Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih tinggi. Berdasarkan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) Tahun 2015, AKI di Indonesia sebesar 305/100.000 kelahiran hidup. Kematian Ibu di Indonesia tetap di dominasi oleh 3 penyebab faktor utama kematian yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK), dan infeksi. Di 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 metabolic sekitar 14 kasus ,dan 141 kasus lainnya (Dinkes Prov Jabar barat, 2019). Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih cukup tinggi, pada 2015 tercatat ada 4.912 kasus, serta kemudian turun tajam pada 2017 menjadi 1.712 kasus, (Profil Kesehatan Indonesia, 2017). Data dinas kesehatan kabupaten Garut, selama tahun 2017 terdapat 74 kasus kematian sedangkan tahun sebelumnya hanya 56 kasus. Namun itu hanya angka yang terdaftar di Dinas Kesehatan yang pada kenyatannya di lapangan bisa saja jauh lebih banyak. (Dinkes Garut, 2017).

Adapun perbandingan ibu post partum dengan kasus lainnya yang terjadi di Puskesmas Gadog Garut dapat dilihat pada table berikut ini:

Tabel 1.1
Presentasi post partum spontan dengan periode
perinatal di Januari-Desember 2020

No	Kasus	Angka	Presentasi
1	Persalinan Normal	191	33,1%
2	Ruptur Perineum	95	16,15%
3	Ibu Meninggal	1	1%

Sumber : Rekammedik Puskesmas Gadog Garut 2020

berdasarkan table 1.1 diatas dapat dilihat bahwa pada Januari-Desember 2020 jumlah kejadian persalinan normal lebih banyak daripada kejadian persalinan lainya seperti Ruptur Perineum, dan Ibu Meninggal. Apabila ibu post partum tidak dilakukan tindakan perawatan dengan baik dan benar maka akan terjadi beberapa komplikasi yaitu perdarahan, infeksi masa nifas, dan kelainan payudara. Komplikasi ini bisa dicegah dengan memberikan perawatan yang komprehensif mulai dari pengkajian sampai evaluasi.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan secara kompehensif pada klien post partum spontan dengan menggunakan proses keperawatan dan di dokumentasikan dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah dengan judul “**Asuhan keperawatan pada Ny.S P2A0 post partum spontan Hari Ke-1 di Ruang Poned Puskesmas Gadog Garut**”

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Adapun tujuan umum penulisan karya tulis ilmiah ini adalah untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam melaksanakan asuhan

keperawatan secara langsung dan komprehensif mulai dari pengkajian sampai evaluasi dan aspek biologis-psikologis-sosial-spiritual pada Ibu Post partum spontan.

2. Tujuan Khusus

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

- a. Mampu melakukan pengkajian pada Ny.S P2A0 dengan Post Partum spontan di Ruang poned Puskesmas Gadog Garut.
- b. Mampu Membuat diagnosa Keperawatan berdasarkan prioritas pada Ny.S P2A0 dengan Post Partum Spontan di Ruang poned Puskesmas Gadog Garut.
- c. Mampu menyusun tindakan keperawatan pada Ny.S P2A0 dengan Post Partum Spontan di Ruang poned Puskesmas Gadog Garut.
- d. Mampu mengimplementasikan keperawatan yang sesuai dengan perencanaan keperwatan pada Ny. S P2A0 dengan Post Partum Spontan di Ruang poned Puskesmas Gadog Garut.
- e. Mampu mengevaluasi asuhan keperawatan pada Ny.S P2A0 dengan Post Partum Spontan di Ruang poned Puskesmas Gadog Garut.
- f. Mampu mendokumentasikan tindakan keperawatan pada Ny.S P2A0 dengan Post Partum Spontan di Ruang poned Puskesmas Gadog Garut.

C. Metode Telaah

Metode telaah yang digunakan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif yang berbentuk studi kasus dengan menggunakan proses keperawatan. 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, social dan spiritual serta data penunjang lainnya yang berhubungan dengan post partum spontan. (Gunawan, 2013).

2. Observasi

Metode pengumpulan data melalui pengamatan atau observasi secara langsung pada klien post partum spontan. (Gunawan, 2013).

3. Pemeriksaan fisik

Teknik ini dilakukan dengan cara langsung melaksanakan pemeriksaan untuk memperoleh data objektif dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi. (DeMartinis, 2012).

4. Study Dokumentasi

Mempelajari data data klien dari catatan medis dan catatan yang berhubungan dengan masalah klien. (Gunawan, 2013).

5. Study perpustakaan

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

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 telaah dan sistematika penulisan.

BAB II : TINJAUAN TEORI

Menjelaskan konsep dasar, pengertian Post Partum Spontan, patofisiologis Post Partum Spontan, komplikasi, pendekatan proses keperawatan.

BAB III : TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

Tinjauan kasus dan pembahasan menguraikan dokumentasi asuhan keperawatan meliputi : pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB IV : KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

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

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Teori

1. Konsep Dasar Post Partum

a. Definisi

Post partum atau masa nifas adalah dimulainya beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan (Yanti dan Sundawati, 2011). Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra-hamil. Lama masa nifas ini yaitu 6-8 minggu. batasan waktu nifas yang paling singkat (minimum) tidak ada batas waktunya, bahkan bisa jadi dalam waktu relative pendek darah sudah keluar, sedangkan batasan maksimumnya adalah 40 hari. (Wulandari dan Handayani, 2011). Masa nifas atau post partum adalah masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari. Setelah masa nifas, organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti sebelum hamil. Selama masa nifas perlu mendapat perhatian lebih dikarenakan angka kematian ibu 60% terjadi pada masa nifas dalam angka kematian ibu (AKI) adalah penyebab terjadinya banyaknya wanita meninggal dari suatu penyebab kurangnya perhatian pada wanita post partum (Martalia, 2012).

Jadi masa nifas (*puerperium*) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih kembali seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari.

b. Tahapan masa nifas

menurut (Wulandari dan Handayani, 2011) antara lain :

- 1) *Pueperium dini* : Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan, dalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
- 2) *Pueperium intermedial* : Kepulihan menyeluruh alat-alat genital yang lamanya 6-8 minggu
- 3) *Remote pueperium* : Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau bersalin mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, berbulan-bulan, atau tahunan.

c. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

Menurut (Wulandari dan Handayani, 2011) perubahan fisiologis pada masa nifas adalah sebagai berikut :

1) Perubahan system reproduksi

a) Involusi Uterus

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

Tabel 2.1
Perubahan Uterus

Waktu	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gr
1 Minggu	½ 2 pusat symphysis	500 gr
2 Minggu	Tidak teraba	350 gr
6 Minggu	Normal	60 gr

b) Lochea

Cairan atau secret berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa post partum. Beberapa jenis lochea:

- *Lochea rubra* berwarna merah (karena) karena berisi darah segar dan jaringan sisa-sisa plasenta, desidua, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan mekonium.
- *Lochea sanguilenta* berwarna merah kecoklatan dan berlendir berlangsung dari hari ke 4-7 hari post partum.
- *Lochea serosa* berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit dan robekan/lacerasi plasenta. Muncul pada hari ke 7-14 postpartum.

- *Lochea alba* berwarna putih mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati. Berlangsung selama 2-6 minggu postpartum.

c) Endometrium

Perubahan terjadi dengan timbulnya thrombosis, degenerasi dan nekrosis ditempat implantasi plasenta. Bekas implantasi plasenta karna kontraksi sehingga menonjol ke kavum uteri, hari ke 1 endometrium tebal 2,5 mm, endometrium akan rata setelah hari ke 3.

d) Serviks

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

e) Vagina dan vulva

Vagina dan vulva mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu postpartum.

f) Mamae/Payudara

Semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Ada dua mekanisme: produksi susu, sekresi susu atau let down. Selama kehamilan

jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya mempersiapkan makanan bagi bayi. Pada hari ke tiga 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 enjeksi ASI.

2) Sistem Endokrin

- a) *Oksitosin* berperan dalam kontaksi uterus mencegah pendarahan, membantu uterus kembali normal. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin.
- b) *Prolactin*, dikeluarkan oleh kelenjar dimana pituitrin merangsang pengeluaran prolactin untuk produksi ASI, jika ibu post partum tidak menyusui dalam 12—21 hari timbul menstruasi.
- c) *Esterogen* dan *progesterone*, setelah melahirkan esterogen menurun, progesterone meningkat.

3) Perubahan tanda-tanda vital

- a) Suhu tubuh saat post partum dapat naik 0.5°C, setelah 2 jam post partum normal.
- b) Nadi dan pernafasan, nadi dapat bradikardi atau trakikardi waspada mungkin ada perdarahan, 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 4,5kg.
- d) Setelah partus/melahirkan, adanya striase pada dinding abdomen tidak dapat dihilangkan sempurna dan berubah jadi putih (striae albicans). (Sri Wahyuningsih, 2019).

4) Perubahan system pencernaan

System gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesterone yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada system pencernaan, antara lain :

- a) Nafsu makan : pasca melahirkan, biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal.
- b) Motilitas : secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anastesia

bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

- c) Konstipasi : pasca melahirkan ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa postpartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidras, hemoroid maupun laserasi jalan lahir. (Rukiyah, 2011).

5) Perubahan system perkemihan

Terjadi diuresis yang sangat banyak dalam hari-hari pertama puerperium. Diuresis yang banyak mulai segera setelah persalinan sampai 5 hari postpartum. Empat puluh persen ibu postpartum tidak mempunyai proteinuria yang patologi dari segera setelah lahir sampai hari kedua postpartum, kecuali ada gejala infeksi dan preeklamsi.

Dinding saluran kencing memperlihatkan oedema dan hyperaemia. Kadang-kadang oedema dari trigonum, menimbulkan obstruksi dan uretra sehingga terjadi retensio urine. Kandung kencing dalam puerperium kurang sensitive dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kencing penuh atau sesudah kencing masih tinggal urine residual.

Sisa urin ini dan trauma pada kandung kencing waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi. Dilatasi

ureter dan pyelum, normal kembali dalam waktu 2 minggu (Rukiyah, 2011).

6) System musculoskeletal

Setelah proses persalinan selesai, dinding perut akan menjadi longgar, kendur dan melebar selama beberapa minggu atau bahkan sampai beberapa bulan akibat peregangan yang begitu lama selama hamil. Ambulasi dini dan mobilisasi dini dan senam nifas sangat dianjurkan untuk mengatasi hal tersebut.

System musculoskeletal pada ibu selama pemulihan/post partum termasuk penyebab relaksasi dan kemudian hipermobilitas sendi serta perubahan pusat gravitasi. Adaptasi system musculoskeletal ibu yang terjadi mencakup hal-hal yang dapat membantu relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat berat ibu akibat pembesaran uterus. Stabilitas sendi lengkap akan terjadi pada minggu ke 6 sampai ke 8 setelah wanita melahirkan (Rukiyah, 2011).

7) System integument

Kloasma yang muncul pada masa hamil biasanya menghilang saat kehamilan berakhir. Hiperpigmentasi areola dan linea nigra tidak menghilang seluruhnya setelah bayi lahir. Pada beberapa wanita, pigmentasi pada daerah

tersebut akan menetap. Kulit yang meregang pada payudara, abdomen, paha dan panggul mungkin memudar, tetapi tidak hilang seluruhnya.

Kelainan pembuluh darah seperti spider angioma, eritema palmar, dan epulis biasanya berkurang sebagai respon terhadap penurunan kadar estrogen setelah kehamilan berakhir. Pada beberapa wanita spider angioma menetap (Rukiyah, 2011).

8) System kardiovaskuler

Perubahan hormone selama hamil dapat menyebabkan terjadinya hemodelusi sehingga kadar hemoglobin wanita hamil biasanya sedikit lebih rendah disbanding dengan wanita tidak hamil. Selain itu, terdapat berhubungan antara sirkulasi darah ibu dengan sirkulasi janin melalui plasenta. Setelah janin dilahirkan, hubungan sirkulasi darah tersebut akan terputus sehingga volume darah ibu relative akan meningkat. Keadaan ini terjadi secara cepat dan mengakibatkan beban kerja jantung sedikit meningkat. Namun hal tersebut segera diatasi oleh system homeostatis tubuh dengan mekanisme kompensasi berupa timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah akan kembali normal, biasanya ini terjadi sekitar 1-2 minggu setelah melahirkan (Rukiyah, 2011).

d. Etiologi

Partus normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan.

1) Partus dibagi menjadi 4 kala :

- Kala I, kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan HIS, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga masih dapat berjalan-jalan. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam.
- Kala II, gejala utama kala II adalah His semakin kuat dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik. Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak. Ketuban pecah pada pembukaan mendekati 1 engkap diikuti keinginan mengejan. Kedua kekuatan, His dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka pintu. Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar langsung kepala dipegang di bawah dagu di Tarik ke bawah untuk melahirkan bahu belakang. Setelah kedua bahu lahir ketiak diikat untuk

melahirkan sisa badan bayi yang diikuti dengan sisa air ketuban.

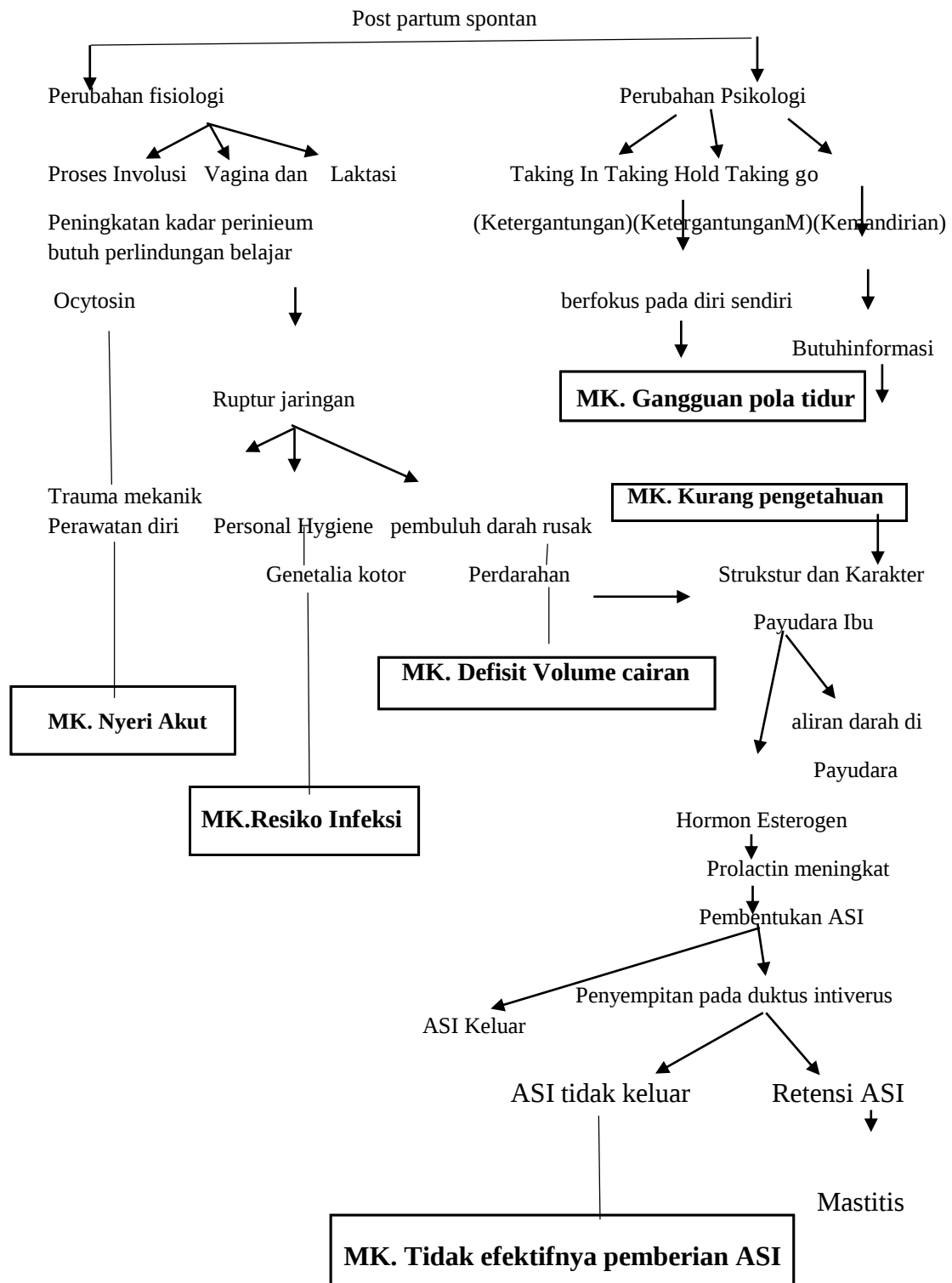
- Kala III, setelah kala II kontraksi uterus berhenti 5 sampai 10 menit. Dengan lahirnya bayi, sudah dimulai pelepasan plasenta. Lepasnya plasenta dapat ditandai dengan uterus menjadi bundar, uterus terdorong ke atas, tali pusat bertambah panjang dan terjadi perdarahan.
- Kala IV, dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan post partum paling sering terjadi pada 2 jam pertama, observasi yang dilakukan yaitu tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda-tanda vital, kontraksi uterus, terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500cc (Manuaba, 1989).

e. Patofisiologi Post Partum

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

menyebabkan genitalia menjadi kotor dan terjadi juga perdarahan sehingga muncul masalah keperawatan resiko infeksi, perubahan laktasi akan muncul struktur dan karakter payudara, laktasi dipengaruhi oleh hormone estrogen dan peningkatan prolaktin. Sehingga terjadi pembentukan ASI tetapi terkadang terjadi juga aliran darah di payudara berurai dari uterus (invulasi) dan pembuluh darah di payudara akan terjadi bengkak dan penyempitan pada duktus intiverus sehingga ASI tidak keluar dan muncul masalah keperawatan tidak efektifnya pemberian ASI, pada perubahan psikologis akan muncul *takin in* (ketergantungan), *taking hold* (ketergantungan), *letting go* (kemandirian). Pada perubahan *taking in* pasien akan membutuhkan perlindungan dan pelayanan, ibu akan cenderung berfokus pada diri sendiri dan perasaan lemah, sehingga muncul masalah keperawatan gangguan pola tidur, *taking hold* pasien akan belajar mengenai perawatan diri dan bayi, akan cenderung butuh informasi karena mengalami perubahan kondisi tubuh sehingga muncul masalah keperawatan kurang pengetahuan. (Marmi,2015).

f. Pathway



g. Adaptasi Psikologi Ibu Masa Nifas

Adaptasi psikologi ibu masa nifas dibagi menjadi 3 fase yaitu :

1) *Fase taking in/ketergantungan*

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

- (a) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya.
- (b) Ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu misal rasa mules karena Rahim berkontraksi untuk kembali pada keadaan semula, payudara bengkak, nyeri luka jahitan.
- (c) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.

(d) Suami atau keluarga yang mengkritik ibu tentang cara merawat bayi dan cenderung melihat saja tanpa membantu. Ibu akan merasa tidak nyaman karena sebenarnya hal tersebut bukan hanya tanggung jawab ibu semata.

2) *Fase taking hold/* ketergantungan tidak ketergantungan

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

3) *Fase letting go/* saling ketergantungan

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab 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. (Wulandari dan Handayani, 2011).

h. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala dapat terjadi tiga minggu sebelum persalinan, seperti *lightening* merupakan sensasi yang bersifat subjektif, terutama pada *primi gravida* dimana fetus mulai bergerak kearah bawah sehingga diafragma berkuang tekanannya, terasa lega saat bernafas dan mudah untuk bernafas dengan dalam. Kadang klien akan mudah makan karena berkurangnya tekanan.

Tanda yang lain adalah kontraksi *Braxton hicks* digambarkan sebagai sensasi tarikan di atas tulang pubis. Perubahan serviks, menjadi lebih tipis, lembut, dan pendek. Hal tersebut terjadi karena kontraksi *Braxton hicks*.

Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lannya plasenta secara lengkap. Ibu belum inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks. Tanda dan gejala inpartu termasuk : penipisan dan pembukaan serviks, kontraksi uterus, yang mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit), cairan lendir bercampur darah (*blood show*) melalui vagina. (Wulandari dan Handayani, 2011).

i. Klasifikasi (Menurut Aspiani (2017)) yaitu :

1) Persalinan spontan

Persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.

2) Persalinan bantuan

Persalinan dengan rangsangan yang di bantu dengan tenaga dari luar, ekstraksi dengan forcep atau dengan dilakukan sesario.

3) Persalinan anjuran

Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya, baru berlangsung setelah pemecahan ketuban.

j. Komplikasi

- 1) Perdarahan pervaginam, penyebab : Fragmen Plasenta atau selaput ketuban tertahan, Pelepasan jaringan setelah persalinan macet (dapat di servik, vagina, kandung kemih, rectum), Terbukanya luka pada uterus (setelah section casesaria, rupture uterus)
- 2) Infeksi Nifas
- 3) Kelainan payudara
- 4) Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama
- 5) Rasa sakit, merah, lunak dan pembengkakan di kaki, Faktor predisposisi : obesitas, peningkatan umur maternal dan tingginya paritas, riwayat sebelumnya mendukung, ansietas, anemia maternal, hipotermi atau penyakit jantung, endometritis, varicostitis.

- 6) Merasa sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya dan dirinya.
- 7) Sakit kepala, nyeri epigastrik, penglihatan kabur.
- 8) Pembengkakan di wajah atau ekstermitas.
- 9) Demam, muntah, rasa sakit waktu berkemih. (Wulandari dan Handayani, 2011).

k. Penatalaksanaan Medis

Tindakan yang baik menurut (Winkjosastro, 2002 dalam Sri wahyuni 2019)

1) Observasi pendarahan

Bila ibu bersalin mengalami perdarahan setelah anak lahir,segera memeriksa perdarahan tersebut berasal dari retensio plasenta atau plasenta lahir tidak lengkap.

2) Bila plasenta telah lahir lengkap dan kontraksi uterus baik,dapat dipastikan bahwa perdarahan tersebut berasal dari perlukaan jalan lahir.

3) Latihan senam nifas

4) Keluarga berencana

5) Perawatan payudara

6) Monitor TTV

7) Pemberian cairan intavena untuk mencegah dehidrasi dan meingkatkan kemampuan perdarahan darah dan menjaga agar jangan jatuh dalam keadaan syok,maka cairan

pengganti merupakan tindakan yang vital, seperti dextrose atau ringer.

- 8) Pemberian oksitosin segera setelah plasenta dilahirkan oksitosin (10 unit) ditambahkan dengan cairan infuse atau diberikan secara intramuskuler untuk membantu kontraksi uterus dan mengurangi perdarahan post partum.
 - 9) Observasi ketat 2 jam post partum (adanya komplikasi perdarahan)
 - 10) 6-8 jam pasca persalinan, istirahat dan tidak tenang usahakan miring kanan dan kiri.
 - 11) Hari ke 1 pemberian KIE kebersihan diri, cara menyusui yang benar dan perawatan payudara, perubahan-perubahan yang terjadi pada masa nifas. Pemberian informasi tentang senam nifas.
 - 12) Hari ke 2 mulai latihan duduk
 - 13) Hari ke 3 di perkenalkan latihan berdiri dan berjalan
- l. Kebutuhan Dasar Ibu Post Partum

Adapun kebutuhan dasar pada ibu post partum sebagai berikut.
(Wulandari dan Handayani, 2011).

1) Nutrisi dan Cairan

Nutrisi atau gizi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25%

karena berguna untuk proses kesembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup untuk menyehatkan bayi. Semua itu akan meningkat tiga kali dari kebutuhan biasa. Makanan yang dikonsumsi bayi untuk melakukan aktivitas, metabolisme, cadangan dalam tubuh, proses memproduksi ASI serta sebagai ASI itu sendiri yang akan dikonsumsi bayi untuk pertumbuhan dan perkembangan. (Wulandari dan Handayani, 2011).

2) Ambulasi

Ambulasi ini (*early ambulation*) adalah kebijakan untuk secepat mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin berjalan. Klien sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dan dalam 24-48 jam postpartum. Keuntungannya *early ambulation* adalah : klien merasa lebih baik, lebih sehat dan lebih kuat, faal usus dan kandung kencing lebih baik, dapat lebih memungkinkan dalam mengajari ibu untuk merawat atau memelihara anaknya, memandikan dll selama ibu masih dalam perawatan. (Kontra indikasi: Klien dengan penyulit, misalnya : anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru dll). (Wulandari dan Handayani, 2011).

3) Eliminasi

(a) Miksi (Buang air kecil)

- Miksi disebut normal apabila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam. Ibu diusahakan dapat buang air kecil sendiri, bila tidak dilakukan dengan tindakan :
- Dirangsang dengan mengalirkan air kran didekat klien.
- Mengompres air hangat di atas simpisis. (Wulandari dan Handayani, 2011).

(b) Defekasi (Buang air besar)

- Biasanya 2-3 hari post partum masih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ke tiga belum juga buang air besar maka diberikan laksan supoturia dan minum air hangat. Agar dapat buang air besar secara teratur dapat dilakukan dengan diet teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan cukup serat, olah raga. (Wulandari dan Handayani, 2011).

(c) Personal *Hygiene*

Mandi ditempat tidur dilakukan sampai ibu dapat mandi sendiri dikamar mandi, yang terutama dibersihkan adalah puting susu dan mammae dilanjutkan perawatan perineum m. (Wulandari dan Handayani, 2011).

(1) Perawatan perineum

Apabila setelah buang air besar atau buang air kecil perineum dibersihkan secara rutin. (Wulandari dan Handayani, 2011).

(2) Perawatan payudara

Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama putting susu dengan menggunakan BH yang menyokong payudara, apabila putting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar putting susu setiap selesai menyusui, menyusui tetap dilakukan dimulai dari putting yang tidak lecet.

(d) Istirahat dan tidur

Anjurkan ibu untuk :

- (1) Istirahat cukup untuk mengurangi kelelahan.
- (2) Tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur.
- (3) Kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan.
- (4) Mengatur kegiatan rumahnya sehingga dapat menyediakan waktu untuk istirahat pada siang kira-kira 2 jam dan malam 7-8 jam.

Kurang istirahat pada ibu nifas dapat berakibat :

- (5) Mengurangi jumlah ASI
- (6) Memperlambat involusi, yang akhirnya bisa menyebabkan perdarahan.

(7) Depresi. (Wulandari dan Handayani, 2011).

(e) Seksual

Apabila perdarahan telah berhenti dan episiotomy sudah sembuh maka coitus bisa dilakukan pada 3-4 minggu post partum. (Wulandari dan Handayani, 2011).

(f) Latihan senam nifas

Selama kehamilan dan persalinan ibu banyak mengalami perubahan fisik seperti dinding perut menjadi kendur, longgarnya otot senggama dan otot dasar panggul. Untuk mengembalikan kepada keadaan normal dan menjaga kesehatan tetap prima, senam nifas sangat baik dilakukan pada ibu setelah melahirkan. Senam nifas berupa gerakan-gerakan yang berguna untuk mengencangkan otot-otot, terutama otot-otot perut yang telah terjadi longgar setelah kehamilan. (Wulandari dan Handayani, 2011).

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Merupakan langkah pertama dari proses keperawatan melalui kegiatan pengumpulan data atau perolehan data yang akurat dari pasien guna mempengaruhi permasalahan yang ada. (Nursalam, 2014).

a) Identitas

(1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan. (Wulandari dan Handayani, 2011).

(2) Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi perdarahan dalam masa nifas. (Wulandari dan Handayani, 2011).

(3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa. (Wulandari dan Handayani, 2011).

(4) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya. (Wulandari dan Handayani, 2011).

(5) Suku/ bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari.
(Wulandari dan Handayani, 2011).

(6) Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat social ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut. (Wulandari dan Handayani, 2011).

(7) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan. (Wulandari dan Handayani, 2011).

b) Riwayat kesehatan

(1) Keluhan Utama

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum. (Wulandari dan Handayani, 2011).

(2) Riwayat kesehatan sekarang

Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinya. (Wulandari dan Handayani, 2011).

(3) Riwayat kesehatan dahulu

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan ada riwayat atau penyakit akut, kronis seperti : jantung, DM, hipertensi, asma yang dapat mempengaruhi pada masa nifas ini. (Wulandari dan Handayani, 2011).

(4) Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya. (Wulandari dan Handayani, 2011).

(5) Riwayat obstetric dan ginekologi

(a) Riwayat ginekologi

Riwayat menstruasi

Meliputi siklus haid, lamanya haid, keteraturan haid, keluhan haid, banyaknya haid, HPHT dan taksiran partus.

Riwayat perkawinan

Yang perlu dikaji adalah berapa kali menikah, status menikah, syah atau tidak, karena bila melahirkan tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologisnya sehingga akan mempengaruhi proses nifas. (Wulandari dan Handayani, 2011).

Riwayat keluarga berencana

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah masa nifas ini dan beralih ke kontrasepsi apa. (Wulandari dan Handayani, 2011).

(b) Riwayat obstetric

Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu. (Wulandari dan Handayani, 2011).

Riwayat kehamilan sekarang

Usia kehamilan, keluhan selama hamil, gerakan janin pertama kali dirasakan, apakah klien mendapatkan imunisasi TT, apakah teratur memeriksa kehamilan, tempat pemeriksaan, frekuensi memeriksa kehamilan.

Riwayat persalinan sekarang

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi PB,BB, penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada masa nifas saat ini. (Wulandari dan Handayani, 2011).

c) Pemeriksaan fisik

(1) Keadaan Umum

Kaji keadaan umum, kesadaran dan kesehatan ibu, untuk mengetahui kondisi ibu nifas secara umum. (Pitriani & Andriyani, 2014).

(2) Tanda-tanda vital

Kaji pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu, dan pernafasan. (Pitriani & Andriyani, 2014).

(3) Antropometri

Kaji tinggi badan klien, berat badan sebelum hamil, berat badan ketika hamil dan berat badan setelah melahirkan.

(4) Pemeriksaan fisik *head to toe*

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada klien post partum (Aspiani, 2017) meliputi :

(a) Kepala

Kaji simetris atau tidak, apakah bersih, adakah lesi, adakah nyeri tekan.

(b) Mata

Kaji terhadap Kesimetrisan, konjungtiva tampak pucat atau tidak, warna sclera, reflek pupil, fungsi penglihatan, keluhan.

(c) Telinga

Kaji terhadap adanya peradangan atau lesi.

(d) Hidung

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

(e) Mulut

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

(f) Leher

Terdapat pembengkakan atau peningkatan JVP (*Jugular Venous Pressure*) dan KBG (Kelejar Getah Bening) atau tidak, reflek menelan, nyeri tekan dan tidak.

(g) Payudara

Kaji terhadap pembesaran ukuran, bentuk mammae konsistensi, warna payudara dan mengkaji kondisi putting, kebersihan putting.

(h) Thorax

Kaji pergerakan dinding dada, frekuensi, irama, kedalaman dan penggunaan otot bantu pernafasan, ada tidaknya retraksi dinding dada. Kaji ada tidaknya nyeri tekan dan krepitasi

vocal premitus, kaji kenormalan organ indera thorax, kaji ada tidaknya suara nafas tambahan.

(i) Abdomen

Kaji terhadap bentuk abdomen ada tidaknya distensi abdomen, tinggi fundus uterus, konsistensi serta kontraksi uterus, bagaimana dengan bising usus dan apakah ada nyeri tekan.

(j) Genetalia

Kaji terhadap adanya pengeluaran dan perubahan lochea adakah edema pada vulva, ada tidaknya hemaroid.

(k) Ekstermitas

Atas : kesimetrisan antara tangan kanan dan kiri, edema atau tidak, kekuatan otot

Bawah : kesimetrisan antara kaki kanan dan tidak terdapat edema atau varises, kekuatan otot (Nurbaeti, 2013).

4) Pola aktivitas sehari-hari (Wulandari dan Handayani, 2011).

(a) Pola nutrisi

Menggambarkan tentang pola makan dan minum frekuensi, banyaknya, jenis makanan, makanan pantangan. (Wulandari dan Handayani, 2011).

(b) Pola eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi dan bau serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, warna, jumlah. (Wulandari dan Handayani, 2011).

(c) Pola istirahat tidur

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur. Istirahat sangat penting bagi ibu masa nifas karena dengan istirahat cukup dapat mempercepat penyembuhan. (Wulandari dan Handayani, 2011).

(d) Personal hygiene

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah genitalia, karena pada masa nifas masih mengeluarkan lochea. (Wulandari dan Handayani, 2011).

5) Pola aktivitas

Mencakup kegiatan sebelum dan sesudah dirawat di puskesmas. Biasanya ibu pasca partum pola aktivitasnya di bantu karena adanya kelelahan setelah persalinan. Aspek psikologi, social dan spiritual

(a) Pola fikir

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

(b) Persepsi diri

Mengatahui hal-hal yang di pikiran dan harapan setelah menjalani perawatan serta mengetahui perubahan yang dirasakan klien setelah persalinan.

(c) Konsep diri

Merasakan perubahan pada dirinya dan tubuhnya selama periode post partum, apakah perubahan yang disadari tersebut mempengaruhi prilaku dan adaptasi nya terhadap pengasuhan bayinya.

(1) Ideal diri

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

(2) Peran

Bagaimana sikap ibu dengan kelahiran bayinya. Kaji kesiapan klien untuk menjadi seorang ibu dan perubahan peran dengan penambahan anggota keluarga baru (untuk primivara)

(3) Identitas diri

Adakah kesiapan klien untuk menjadi seorang wanita yang telah melahirkan anak.

(4) Harga diri

Adakah rasa bangga pada klien, bagaimana kepuasan klien terhadap kelahiran tersebut.

(5) Hubungan komunikasi

Bicara jelas atau relevan, mampu mengekspresikan atau bahasa yang digunakan dapat dimengerti.

(6) System nilai kepercayaan

Kaji terhadap sumber kekuatan klien.

Agama klien, kegiatan agama yang sering dilakukan.

(7) Data penunjang

Hasil pemeriksaan diagnostic seperti pemeriksaan darah, urine dan rontgen dapat memberikan informasi tentang hal-hal yang mendukung keadaan penyakit klien serta terapi medis untuk membantu proses penyembuhan (Nurbaeti, 2013).

2. Analisa data

Menurut (Nursalam, 2014). Analisa data merupakan kegiatan akhir dalam tahap pengkajian setelah dilakukan validasi data melalui identifikasi pola atau

masalah dapat diketahui gangguan/masalah keperawatan yang terdapat pada fungsi kesehatan, seperti pada persepsi tatalaksana kesehatan, pada aktivitas latihan, pola nutrisi metabolisme dll.

Tabel 2.3
Analisa data

No	Symptom	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
1	- Tampak adanya lesi - Adanya perubahan ekspresi wajah - Sikap melindungi area nyeri	Post partum spontan menyebabkan perubahan fisiologi lalu mengalami proses involusi sehingga meningkatkan kadar ocytosin, meningkatkan kontraksi uterus, menyebabkan trauma mekanis yang kemudian timbul persepsi nyeri.	Nyeri Akut
2	- Adanya pendarahan - Asupan cairan kurang - Kurang pengetahuan tentang kebutuhan cairan	Post Partus Spontan mengakibatkan perubahan fisiologi pada daerah vagina dan perineum ketika daerah vagina dan perineum mengalami rupture jaringan maka menyebabkan pembuluh darah rusak sehingga menimbulkan perdarahan ketika terjadi perdarahan	Resiko Defisit Volume Cairan

		maka dapat terjadi resiko deficit volume cairan.	
3	- Proses pemberian ASI tidak memuaskan - suplai ASI tidak adekuat/dirasakan tidak adekuat - ketidakmampuan suplai ASI - Isapan bayi pada payudara tidak <i>continue</i> - Bayi menolak untuk <i>lactation</i>	Post partum menyebabkan perubahan fisiologi salah satunya laktasi ketika proses laktasi struktur dan karakter payudara ibu berubah sehingga menyebabkan hormone estrogen meningkat sehingga prolactin meningkat dan terjadi pembentukan ASI, tetapi terjadi penyempitan pada duktus inteverus yang menyebabkan ASI tidak keluar sehingga menimbulkan ketidakefektifan menyusui.	Tidak efektifnya 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	Post partum spontan menyebabkan perubahan psikologi masuk ke tahap takin in (ketergantungan) menyebabkan ibu merasa butuh perlindungan dan pelayanan sehingga berfokus pada diri sendiri dan lemas sehingga lebih mudah tersinggung dan cenderung pasif terhadap lingkungannya disebabkan faktor kelelahan sehingga menimbulkan Gangguan pola istirahat tidur .	Gangguan pola istirahat tidur
5	Factor-faktor resiko - Prosedur infasif - Kerusakan jaringan dan peningkatan paparan lingkungan	Persalinan spontan menyebabkan robekan perineum/trauma jalan lahir, terputusnya kontinuitas jalan	Resiko infeksi

	- Malnutrisi - Peningkatan paparan lingkungan pathogen - Imunosupresi - Tidak adekuat pertahanan sekunder (penurunan Hb, leukopenia, penekanan respon inflamasi) - Penyakit kronik - Imunosupresi - Malnutrisi - Pertahanan primer tidak adekuat (kerusakan kulit, trauma jaringan, gangguan peristaltic)	masuk mikroorganisme resiko infeksi.	
6	- meminta informasi/mengungkapkan masalah ketidaktahuan secara verbal - Keterbatasan kognitif/ketidakakuratan mengikuti instruksi - Perilaku yang tidak sesuai (bermusuhan, agitasi) - Tampak sering bertanya-tanya mengenai kondisinya	Kurang informasi menyebabkan klien kekurangan informasi mengenai kondisi sehingga klien bertanya-tanya tentang kondisinya kepada tim medis	Kurang pengetahuan

3. . Diagnosa Keperawatan yang mungkin Muncul

Diagnosa keperawatan adalah respon individu terhadap rangsangan yang timbul dari diri sendiri maupun luar (lingkungan). Sifat diagnosis keperawatan adalah, berorientasi pada kebutuhan dasar manusia, menggambarkan respon individu terhadap proses, kondisi dan situasi sakit dan berubah bila respon individu juga berubah (Nursalam, 2014).

Menurut NANDA, 2009-2013 Diagnosa Keperawatan yang diperoleh untuk post partum normal yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik setelah melahirkan.

2. Tidak efektifnya pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan cara perawatan payudara bagi ibu menyusui.
3. Gangguan pola istirahat tidur berhubungan dengan respon hormonal psikologis, proses persalinan dan proses melelahkan.
4. Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan darah dan intake ke oral.
5. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya trauma jaringan
6. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi mengenai perawatan diri pasca persalinan.

4. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan rencana tindakan yang berdasarkan kondisi klinik dan pengetahuan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien mencapai hasil yang diharapkan (NIC, 2013).

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

Tabel 2.4
Perencanaan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	2	3
Setelah dilakukan tindakan selama 1x8 jam nyeri akut dapat teratasi. Kriteria Hasil : 1. Klien mengatakan nyeri berkurang 2. Klien terlihat rileks, ekspresi wajah tidak tegang, klien bisa tidur nyaman 3. Tanda-tanda vital dalam batas normal : - suhu 36-37°C, nadi 60-100x/menit, respirasi 16-24x/menit, tekanan	1. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif termasuk lokasi, durasi, frekuensi, kualitas dan factor pempitasi. 2. Observasi reaksi non verbal dan ketidaknyamanan 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 4. Kaji kultur yang dapat	1. Mengidentifikasi kebutuhan dan menentukan intervensi yang tepat 2. Reaksi non verbal membantu mengevaluasi derajat nyeri dan perubahannya 3. Komunikasi terapeutik digunakan untuk

darah 120/80mmHg.	mempengaruhi respon nyeri 5. kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 6. Ajarkan teknik non farmakologi (napas dalam, relaksasi distraksi). 7. Kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri.	mengetahui apa yang dirasakan klien 4. Mengetahui penyebab nyeri yang dirasakan klien 5. Lingkungan bis jadi pemicu peningkatan derajat nyeri 6. Relaksasi dapat mengurangi ketegangan otot dan ambang nyeri. 7. Dengan memberikan analgetik dapat mengurangi nyeri.
-------------------	---	--

- b. Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan darah dan intake ke oral

Tabel 2.5
Perencanaan Diagnosa Keperawatan resiko tinggi kekurangan volume cairan

Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1	2	3
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan resiko tinggi kekurangan volume cairan dapat teratasi dengan Kriteria hasil : 1. Menyatakan pemahaman faktor penyebab dan perilaku yang perlu untuk memenuhi kebutuhan cairan. 2. Banyak minum air putih dan pemberian cairan lewat Intra vena. 3. Menunjukkan	1. Mengkaji keadaan umum pasien dan tanda-tanda vital 2. Mengobservasi kemungkinan adanya tanda-tanda syok 3. Memberikan cairan intravaskuler 4. Monitor intake	1. Menetapkan data dasar pasien untuk mengetahui penyimpangan dari keadaan normal 2. Mengobservasi kemungkinan adanya tanda-tanda syok 3. Pemberian cairan IV sangat penting bagi pasien yang mengalami defisit volume cairan dengan keadaan umum yang buruk karena cairan IV langsung masuk ke pembuluh darah

perubahan keseimbangan cairan 4. Keluaran urin adekuat 5. Tanda- tanda vital stabil 6. Membrane mukosa lembab 7. Turgor kulit baik		4. Memantau kebutuhan cairan tubuh terpenuhi.
--	--	---

- c. Tidak efektifnya pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan cara perawatan payudara bagi ibu menyusui

Tabel 2.6
Perencanaan Diagnosa Tidak Efektifnya Pemberian ASI

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	2	3
Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam proses menyusui efektif. Kriteria Hasil : 1. Klien mengetahui cara perawatan payudara bagi ibu menyusui 2. ASI keluar 3. Payudara bersih 4. Payudara tidak bengkak dan tidak nyeri 5. Bayi mau menetek	1. Kaji keadaan payudara termasuk putting dan kepadatan payudara 2. Anjurkan klien makan-makanan yang tinggi protein dan karbohidrat 3. Berikan informasi tentang perawatan payudara 4. Berikan pendidikan kesehatan 5. Evaluasi pola menghisap atau menelan bayi 6. Rangsang proses pengeluaran ASI dengan pijat oksitoksin. 7. Tentukan keinginan	1. Mengidentifikasi masalah dapat mengganggu pemberian ASI dan memberikan kesempatan untuk memperbaiki masalah tersebut jika memungkinkan 2. Untuk mendapatkan produksi ASI yang berkualitas 3. Membantu menjamin suplai susu adekuat 4. Dengan diberikan pendidikan kesehatan diharapkan ASI dapat keluar 5. Merangsang reflek oksitoksin sehingga memperlancar 6. Pijat oksitoksin dilakukan untuk merangsang pengeluaran hormone oksitoksin di hipofis posterior. 7. Memotivasi ibu untuk

	dan motivasi ibu untuk menyusui	menyusui berpengaruh terhadap pengeluaran ASI
	8. Berikan informasi tentang laktasi dan tehnik mempompa ASI	8. Untuk meningkatkan pengetahuan ibu mengenai cara memompa ASI

d. Gangguan pola istirahat tidur berhubungan dengan

Table 2.7
Perencanaan diagnosa Keperawatan Gangguan
Pola Istirahat Tidur

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	2	3
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam gangguan pola istirahat tidur pasien tertasi. NOC : 1. Anxiety control 2. Comfort level 3. Pain level 4. Rest : Extent and Pattern 5. Sleep : Extent and Pattern Kriteria Hasil : 1. Jumlah jam tidur dalam batas normal 2. Pola tidur, kualitas dalam batas normal 3. Perasaan fresh sesudah tidur/istirahat 4. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tdiur	NIC : Sleep Enhancement : 1. Identifikasi adanya factor yang mengganggu tidur, termasuk penyakit saat ini 2. Perhaikan factor lingkungan, seperti ruangan yang tidak nyaman 3. Anjurakan aktivitas sebleum tidur yang bisa dilakukan, seperti mencuci muka, menggosok gigi, membersihkan badan, masase punggung. 4. Nyalakan music yang lembut,program tv yang menenangkan, atau lingkungan yang tenang sesuai kesukaan klien. 5. Kolaborasi pemberian obat tidur.	1. Masalah tidur dapat muncul akibat factor internal dan eksternal dan mungkiin memerlukan pengkajian setiap waktu untuk membedakan penyebab ksusus. 2. Factor tersebut dapat mengurangi kemampuan klien untuk istirahat dan tidur ketika diperlukan lebih banyak istirahat. 3. Untuk meningkatkan kenyamanan fisik 4. Untuk meningkatkan relaksasi 5. Untuk memberi bantuan jatuh tertidur dan tetap tertidur.

- e. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi mengenai pasca persalinan

Tabel 2.8

Perencanaan Diagnosa Keperawatan dengan trauma jaringan

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	2	3
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam pasien menunjukkan pengetahuan tentang informasi mengenai pasca persalinan. NOC : 1. Knowlage : disease process 2. Knowlage : health Behavior	NIC : 1. Kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga 2. Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat 3. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat 4. Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat 5. Sediakan bagi keluarga informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat	1. Dapat diperlukan untuk asuhan keperawatan dalam memperkenalkan ide baru, mengembangkan informasi sebelumnya, guna menyesuaikan penyuluhan dengan kebutuhan khusus klien 2. Membantu mempertahankan klien untuk focus dan mencegah klien merasa terbebani 3. Secara cepat dan tepat klien dapat mengetahui tanda dan gejala tentang penyakit nya 4. Mempermudah proses pemahaman klien 5. Supaya keluarga dapat memperoleh

		informasi kemajuan kesehatan klien
--	--	------------------------------------

6. Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan spesifik. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Nursalam, 2014).

7. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian terakhir proses keperawatan yang didasarkan pada tujuan keperawatan yang ditetapkan. Penetapan keberhasilan suatu asuhan keperawatan didasarkan pada perubahan perilaku dan kriteria yang telah ditetapkan, yaitu terjadinya adaptasi pada individu (Nursalam, 2014).

Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana asuhan keperawatan guna menilai ketidakefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni data subjektif berupa keluhan klien objektif data hasil pemeriksaan, Analisa data perbandingan dengan teori dan perencanaan.

Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Metode yang dapat digunakan pada evaluasi jenis ini adalah melakukan wawancara pada akhir layanan, mengadakan pertemuan pada akhir layanan. (Hidayat,2013)

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Klien

Nama	: Ny. S
Umur	: 29 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Suku Bangsa	: Indonesia
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Alamat	: Kp. Pojok Rt04/RW08 Desa. Padaasih Kec. Pasir Wangi Kab.Garut

Tanggal Masuk : 22 April 2021
Tanggal Pengkajian : 22 April 2021
No RM : 020/IV/PKM/2021
Diagnosa Medis : Post Partum Spontan

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. S
Umur : 33 Tahun
Jenis Kelamin : laki-laki
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Wiraswasta
Hubungan Dengan Klien : Suami

b. Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri pada daerah jalan lahir.

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dikaji tanggal 22 April 2021, klien mengatakan nyeri pada daerah jalan lahir. Klien mengatakan nyeri seperti tersayat benda tajam dan perih, nyeri tidak menyebar ke daerah lain, nyeri bertambah saat banyak bergerak dan berkurang saat beristirahat, skala nyeri 6 (0-10). Nyeri dirasakan hilang timbul.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan ini kehamilan yang kedua dan persalinan sebelumnya lahir secara normal di bidan, klien tidak memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi, DM, ataupun diabetes.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang menderita penyakit keturunan seperti hipertensi, TBC, diabetes, HIV/AIDS maupun penyakit jantung.

4) Riwayat Ginekologi dan Obstetri

1) Riwayat ginekologi

a) Riwayat menstruasi

Menarche	: 14 Tahun
Siklus	: 28 Hari
Banyaknya	: 2x Ganti pembalut perhari
Keteraturan	: Teratur
Lamanya	: 7 Hari
HPHT	: 22 juli 2020
Taksiran Persalinan	: 22 April 2021
Keluhan	: Tidak ada keluhan

b) Riwayat perkawinan

Usia ibu menikah	: 21 tahun
Usia bapak menikah	: 25 tahun
Lama pernikahan	: 8 tahun
Berapa kali menikah	: 1x

c) Riwayat keluarga berencana

Ny. S mengatakan sebelumnya menggunakan jenis kontrasepsi suntik dari tahun 2015, setelah persalinan kali ini anak ke-2 Ny,S langsung dipasang alat kontrasepsi IUD.

2) Riwayat Obstetri

a) Riwayat Kehamilan Dahulu

Klien mengatakan ada keluhan seperti mual mutah dan pusing saat hamil anak pertama. Klien selalu memeriksa kehamilannya ke bidan terdekat setiap satu bulan sekali, klien juga mendapatkan imunisasi TT.

b) Riwayat Persalinan Dahulu

Tabel 3.1
Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas
Ny. S

Anak ke-	Tahun lahir	Penolong	Jenis persalinan	Bb	Pb	Jk	Ket
1	2015	Bidan	Normal	3000gr	49cm	P	Hidup

c) Riwayat Kehamilan Sekarang

Klien hamil yang ke dua kali, imunisasi TT 2x, 1x pada usia kehamilan 6 bulan dan 1x pada bulan ke-7. Keluhan yang dirasakan pada trimester pertama yaitu mual, muntah dan pusing

d) Riwayat persalinan sekarang

Pada tanggal 22 April 2021 pukul 02.30 WIB, klien melahirkan anak ke-2 berjenis kelamin laki-laki dengan berat badan 3480gr dan panjang badan 50cm, melahirkan secara normal di Puskesmas Gadog Garut.

d. Pemeriksaan fisik

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum

Kesadaran : *Compos Mentis*

GCS : 15 (E: 4 V: 6 M:5)

BB sebelum hamil : 57 Kg

BB saat hamil : 66 Kg

BB saat ini : 63 Kg

Tinggi Badan : 157 Cm

Tanda-tanda vital : TD : 130/10mmHg

N : 86x/menit

R : 17x/menit

S : 36,3c

2) Pemeriksaan *Head To Toe*

a) Kepala

Bentuk kepala bulat, warna rambut hitam, rambut tampak kusut karena belum di sisir, penyebaran rambut

merata, tidak terdapat lesi maupun benjolan, tidak ada nyeri tekan saat palpasi.

b) Wajah

Wajah simetris, tidak ada edema, tidak ada acne, tidak ada chloasma gravidarium dan ekspresi wajah meringis.

c) Mata

Mata simetris antara kanan dan kiri, sclera putih, konjungtiva anemis (merah muda), pupil isokor, pergerakan bola mata baik, penglihatan baik. Nampak garis hitam dibawah mata (kantong mata).

d) Telinga

Telinga simetris antara kanan dan kiri, kebersihan telinga bersih, tidak ada serumen, tidak ada nyeri tekan, fungsi pendengaran baik.

e) Hidung

Lubang hidung simetris antara kanan dan kiri, keadaan hidung bersih, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, fungsi penciuman baik.

f) Mulut

Keadaan mulut bersih dan simetris, bibir lembab, keadaan lidah bersih dan dapat digerakan ke segala

arah, pengecapan baik, gigi bersih dan tidak terdapat caries gigi.

g) Leher

Leher bersih dan simetris, pergerakan baik, tidak ada lesi, reflex menelan baik, tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada peningkatan JVP (*jugular Vena Pressure*), tidak terdapat pembesaran KBG (kelenjar Getah Bening).

h) Dada

Bentuk dada simetris antara kanan dan kiri, pergerakan dada teratur, bunyi jantung S1 S2, irama jantung lup dup frekuensi nadi 86x/menit, tekanan darah 130/100mmHg.

1) Payudara

Bentuk payudara simetris, warna aerolla hitam, terdapat pembengkakan mammae, terdapat nyeri tekan, mammae teraba penuh dan hangat, kebersihan payudara bersih dan tidak ada lesi, kolostrum sudah keluar, ASI keluar sedikit.

i) Paru-paru

Bunyi paru *vesikuler* tidak terdapat suara nafas tambahan, frekuensi nafas 17x/menit.

j) Abdomen

Bentuk abdomen cembung, terapat striae livide, tekstur abdomen halus linea nigra (+) sudah sedikit memudar dengan panjang 12cm, TFU setinggi pusat, tidak ada distensi kandung kemih, kontraksi kuat, bising usus (+) 8x/menit.

k) Genetalia

Keadaan lembab, tampak kemerahan, terdapat lochea rubra kurang lebih 100cc dengan frekuensi ganti pembalut 2x/hari, warna merah segar kental dengan bau khas darah, tidak ada pembesaran hemaroid di area anus.

l) Ekstermitas

a) Atas

Letak tangan simetris antara kanan dan kiri, warna kulit sawo matang, kulit teraba lengket, turgor kulit baik, jumlah setiap tangan lengkap, keadaan kuku bersih, CRT < 2 detik, tidak terdapat cedera, tidak ada nyeri tekan, dapat digerakan kesegala arah. Kekuatan otot tangan 5/5.

b) Bawah

Kaki simetris antara kanan dan kiri, warna kulit sawo matang, kulit teraba lengket, turgor kulit baik,

jumlah setiap kaki lengkap, keadaan kuku bersih,
tidak ada oedema, tidak ada nyeri tekan, pergerakan
kaki baik, tidak ada varises, refleks patella (+),
homman sign (-), kekuatan otot kaki 5/5.

Kekuatan otot :

5	5
5	5

3) Konsep diri

(a) Citra Tubuh

Klien merasa baik-baik saja dan tidak ada bagian tubuh yang tidak klien sukai.

(b) Peran diri

Klien merasakan peran sebagai ibu rumah tangga dan sebagai seorang ibu sedikit terganggu karena klien harus dirawat di puskesmas.

(c) Ideal diri

Klien mengatakan ingin segera pulih dan ingin segera pulang agar bisa merawat anak-anaknya dan mengurus pekerjaan ibu rumah tangga seperti biasanya.

(d) Identitas diri

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

(e) Harga diri

Klien tidak merasa malu dalam hubungannya dengan orang lain, klien merasa dirinya berharga karena mampu menjadi seorang ibu dan seorang istri.

(f) Data social

Sosialisai klien baik dengan orang lain, terbukti klien mampu berinteraksi dengan anggota keluarganya, pasien lain, serta tenaga medis.

(g) Data spiritual

Klien beragama islam, klien selalu berdo'a untuk kesembuhannya, kesehatan anak-anaknya, serta keluarganya.

(h) Data pengetahuan

Perawatan Payudara	: Ibu belum tahu
Cara Menyusui	: Ibu tahu sebagian
Perawatan Tali Pusat	: Ibu sudah tahu
Cara Memandikan Bayi	: Ibu sudah tahu
Nutrisi Bayi	: Ibu sudah tahu
Keluarga Berencana	: Ibu sudah tahu
Imunisasi	: Ibu sudah tahu

Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3.2
Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Jenis Aktifitas	Di Rumah	Di Puskesmas
1	2	3	4
1	Pola Nutrisi a. Makan Porsi Jenis Frekuensi Keluhan b. Minum Jenis	1 Porsi Nasi, Lauk Pauk, Sayur 3x/Hari Tidak Ada Air Putih 3	1 Porsi Nasi, Lauk Pauk, Sayur 3x/Hari Tidak Ada Air Putih 4
	Frekuensi	6-8 gelas/hari	6-8 gelas/hari
	Keluhan	Tidak Ada	Tidak Ada
2	Pola Eliminasi a. BAB Frekuensi Warna Konsistensi Keluhan b. BAK Frekuensi Warna Keluhan	1x/hari Khas Feses Semi Padat Tidak Ada $\geq 5x/hari$ Khas urin Tidak ada	Belum BAB - - Tidak ada - Kuning khas urin Tidak ada
3	Pola istirahat tidur a. Tidur siang Lama Kualitas Keluhan b. Tidur malam Lama Kualitas Keluhan	2 jam/hari Nyenyak Tidak ada 8 jam/hari Nyenyak Tidak ada	Belum tidur - Tidak bisa tidur karena nyeri Belum tidur - Tidak bisa tidur karena nyeri
4	Personal hygiene Mandi Gosok gigi Keramas Ganti pakaian Keluhan	2x/hari 3x/hari 3x/minggu 2x/hari Tidak ada	Di spons 2x/hari Belum 2x/hari Tidak ada
5	Aktivitas	Mandiri	Di bantu

- 4) Data Penunjang
 Nama : Ny. S
 Usia : 31 Tahun
 Tanggal : 22 April 2020

Table 3.3
Pemeriksaan Laboratorium

No	Nama Test	Hasil	Unit	Nilai normal
1	2	3	4	5
1	HEMATOLOGI Darah rutin Hemoglobin Hematocrit Leukosit Trombosit Eritrosit	 12,1 38 8,910 178,000 4,53	 g/dL % /mm ³ /mm ³ Juta/mm ³	 12-16,0 25-47 3,800 10,000 150.000 440.000 3,6-5,8
2	IMUNOSEROLOGI HIV HbSAg	 NON REAKTIF NON REAKTIF	 Unit	 NEGATIF NEGATIF
3	KIMIA KLINIK AST (SGOT) ALT (SGPT)	 15 11	 U/L U/L	 s/d 31 s/d 31

- 5) Terapi Medis
 Tanggal : 22 April 2021

Tabel 3.4
Terapi Obat

No	Nama Obat	Dosis	Cara pemberian
1	2	3	4
1	Asamefenamat	3 x 500 mg	Oral
2	Sulfate Ferrous	2 x 500 mg	Oral
3	Ringer Laktat	20 Tetes/menit	IV

6) Analisa Data

Tabel 3.5
Analisa Data

No	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	2	3	4
1	Ds : - Klien mengeluh nyeri dibagian genitalia. Do : - Klien tampak meringis - Skala nyeri 6 (0-10) - TD : 130/100 mmHg - N : 86x/menit - R : 19x/Menit	Post partum spontan menyebabkan perubahan fisiologi yaitu mengalami proses involusi sehingga meningkatkan kadar oksitosin, meningkatkan kontraksi uterus, menyebabkan trauma mekanis yang kemudian timbul persepsi nyeri.	Nyeri Akut
2	Ds : - Klien mengatakan ASI nya keluar sedikit. - Klien mengatakan proses pemberian ASI tidak memuaskan karena ASI nya keluar sedikit. Do : - Colostrum sudah keluar - ASI keluar sedikit - Payudara tampak bengkak	Post Partus spontan menyebabkan perubahan fisiologi salah satunya laktasi ketika proses laktasi struktur dan karakter payudara ibu berubah sehingga menyebabkan hormon esterogen meningkat sehingga prolactin meningkat dan terjadi pembentukan ASI, tetapi terjadi penyempitan pada duktus intiverus yang menyebabkan ASI tidak keluar sehingga menimbulkan ketidakefektifan pemberian ASI.	Ketidak efektifan pemberian ASI
3	Ds : Klien mengatakan	Post partum spontan	Gangguan pola istirahat tidur

	belum tidur karena nyeri Do : - TD : 140/100 mmHg - N : 86x/menit - Terdapat garis hitam dibawah mata (kantung mata)	menyebabkan perubahan psikologi masuk ketahap taking in (ketergantungan) menyebabkan ibu merasa butuh perlindungan dan pelayanan sehingga berfokus pada diri sendiri dan lemas sehingga lebih mudah tersinggung dan cenderung pasif terhadap lingkungannya disebabkan factor kelelahan sehingga menimbulkan gangguan pola tidur.	
--	--	--	--

2. Diagnosa Keperawatan berdasarkan prioritas

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik setelah melahirkan ditandai dengan :

Ds :

- Klien mengeluh nyeri dibagian genetalia, skala nyeri 6 (0-10)

Do :

- Klien tampak meringis
- TD : 130/100mmHg
- N : 86x/menit
- R : 19x/menit

- b. Tidak efektifnya pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan cara perawatan payudara ditandai dengan :

Ds :

Klien mengatakan ASI keluar sedikit

Do :

- Aerola kehitaman
- Putting terbenam ke dalam
- Payudara terasa keras
- Nyeri tekan saat di palpasi

c. Gangguan pola istirahat tidur berhubungan dengan rasa tidak nyaman (nyeri), ditandai dengan :

Ds :

Klien mengatakan belum tidur karena nyeri

Do :

- TD : 130/100mmHg
- N : 86x/menit
- Terdapat garis hitam dibawah mata (kantong mata).
- Klien tampak lemas

3. Proses Keperawatan

Nama : Ny. S

Umur : 22 Tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Tabel 3.6
Proses keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4	5	6	7
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, ditandai dengan : Ds : - Klien mengeluh nyeri pada jalan lahir, skala nyeri 6 (0-10) - Klien mengatakan nyeri seperti tersayat benda tajam	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam nyeri akut teratasi, dengan kriteria hasil : - Nyeri berkurang - Skala nyeri 4 (0-10) - Tanda-tanda vital normal - Ekspresi wajah relax - Klien dapat mengatasi nyeri	1. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi: Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas/beratnya nyeri dan factor penetus. 2. Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan.	1. Mengidentifikasi factor pencetus/pemicu dan factor yang mengurangi nyeri. 2. Bermanfaat dalam mengenali adanya nyeri, akan tetapi isyarat yang tidak sesuai dengan laporan verbal mengindikasikan	Hari/tgl : Kamis, 22 April 2021. Pukul : 08.00 WIB 1. Melakukan pengkajian nyeri : Respon : - Lokasi nyeri dibagian genetalia - Skala nyeri 6 (0-10) 2. Memeriksa TTV : Respon : - TD : 130/100mmHg - R : 17X/menit - N : 86x/menit	Hari/tanggal : kamis, 22 april 2020 Pukul : 13.30 WIB S : - Klien mengatakan nyeri masih hilang timbul O : - Klien tampak meringis - Klien tampak memegang pinggang

	dan terasa perih - Klien mengatakan nyeri bertambah ketika banyak gerak dan berkurang ketika istirahat Do : - Klien tampak meringis - TD : 130/100mm Hg - N : 86x/menit - R : 17x/menit	- Melaporkan nyeri dapat dikendalikan - Klien mampu melakukan tindakan untuk mengatasi nyeri.	3. Observasi tanda-tanda vital 4. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi/relaksasi (Tarik nafas dalam dan masase). 5. Kaji kultur yang dapat mempengaruhi respon nyeri 6. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 7. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat analgetik.	kebutuhan evaluasi lebih lanjut. 3. Tekanan darah, frekuensi pernafasan, dan frekuensi nadi biasanya berubah pada nyeri akut. 4. Relaksasi dapat mengurangi ketegangan otot dan menurunkan ambang nyeri, meningkatkan peran aktif dalam mencegah spasme otot. 5. Mengetahui penyebab nyeri yang dirasakan klien 6. Lingkungan yang bisa jadi pemicu peningkatan Drajat nyeri 7. Dengan terapi analgetik diharapkan nyeri dapat teratasi.	- S : 36,7°C 3. Mengajarkan klien teknik relaksasi dengan nafas dalam dan teknik distraksi untuk mengalihkan focus klien dari nyeri ke focus lain. Respon : - Klien melaporkan dengan Tarik nafas dalam dan mengobrol rasa nyeri sedikit teralihkan. 4. Mengkaji kultur yang dapat mempengaruhi respon nyeri 5. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 6. Memberikan terapi analgesic - Asamefenamat 1x500mg/oral	- TD : 130/100mm - Hg - N : 90x/menit - R : 16x/menit - S : 36,7°C A : - Masalah belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi ASTRI APRILIANTI FAUZIAH
--	--	--	--	---	--	---

1	2	3	4	5	6	7
2	Tidak efektifnya pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan terhadap perawatan payudara ditandai dengan : Ds : - Klien mengatakan ASI keluar sedikit Do : - Aerola kehitaman - Putting susu menonjol - Payudara terasa keras	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Colostrum sudah keluar 2. Produksi ASI optimal untuk kebutuhan bayi 3. pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bayi 4. Pengetahuan pemberian ASI : Tingkat pemahaman yang di tunjukan mengenai laktasi dan pemberian makanan bayi melalui proses pemberian ASI, ibu mengenali isyarat lapar bayi, ibu tidak mengalami nyeri pada payudara karena bendungan ASI. 5. Ibu mengetahui nutrisi bagi ibu menyusui	1. Kaji keluaran ASI 2. Lakukan perawatan payudara 3. Kaji keadaan payudara termasuk puting dan kepadatan payudara 4. Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui 5. Anjurkan klien makan-makanan yang tinggi protein 6. Rangsang	1. Dengan mengkaji keluaran ASI diharapkan dapat memberikan intervensi yang tepat. 2. Dengan melakukan perawatan payudara diharapkan dapat merangsang pengeluaran ASI 3. Mengidentifikasi masalah dapat mengganggu pemberian ASI dan memberikan kesempatan untuk memperbaiki masalah tersebut jika memungkinkan 4. Memotivasi ibu untuk menyusui berpengaruh terhadap	Tanggal : 22 April 2021 Jam : 08.00 WIB 1. Mengkaji keluaran ASI 2. Melakukan perawatan payudara 3. Mengkaji keadaan payudara termasuk puting dan kepadatan payudara 4. Menentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui 5. Menganjurkan	Tanggal : 22 April 2021 Jam : 13.30 WIB S : - Klien mengatakan ASI baru keluar sedikit dan mengerti tentang cara perawatan payudara. O : - Colostrum keluar sedikit - Aerola kehitaman - Payudara masih terasa keras saat di palpasi. - Masih terasa nyeri saat di palpasi - Klien dapat menjelaskan kembali dan dapat menjawab ketika di Tanya tentang

			pengeluaran ASI dengan perawatan payudara 7. Berikan informasi tentang perawatan payudara 8. Berikan pendidikan kesehatan 9. Evaluasi pola isap atau menelan bayi 10. Berikan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI	pengeluaran ASI 5. Untuk mendapatkan ASI yang berkualitas 6. Dengan perawatan payudara dapat merangsang pengeluaran ASI 7. Membantu menjamin suplai susu adekuat 8. Dengan di berikan pendidikan kesehatan di harapkan ASI dapat keluar 9. Merangsang reflek oksitoksin sehingga memperlancar 10. Untuk meningkatkan pengetahuan ibu cara memompa ASI	klien memakan makanan yang tinggi protein 6. Merangsang pengeluaran ASI dengan perawatan payudara 7. Memberikan informasi tentang perawatan payudara 8. Melakukan pendidikan kesehatan 9. Mengevaluasi pola isap atau menelan bayi 10. Memberikan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI	perawatan payudara. A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan inervensi 1. Kaji keluaran ASI 2. Lakukan perawatan payudara dan kompres hangat. ASTRI APRILIANTI FAUZIAH
3	Ds : Klien mengatakan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan	1. Berikan lingkungan yang nyaman.	1. Lingkungan yang akan	Hari/tgl : kamis, 22 April 2021	Hari/tgl : kamis, 22 April 2021

	belum tidur karena nyeri Do : - TD : 130/100mmHg - N : 86x/menit - Terdapat garis hitam di bawah mata (kantong mata) - Klien tampak lemas	selama 1x8 jam gangguan pola istirahat tidur dapat teratasi, dengan kriteria hasil : - Secara verbal klien mengatakan kebutuhan istirahat tidur terpenuhi - Klien tampak segar - Kantong hitam di bawah mata hilang - TTV normal	2. Anjurkan teknik relaksasi sebelum hendak tidur 3. Anjurkan klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin 4. Anjurkan klien melakukan personal hygiene sebelum tidur 5. Manajemen nyeri	meningkatkan keinginan untuk tidur 2. Membantu memberikan rasa nyaman 3. Memberikan Kenyamanan 4. Untuk meningkatkan kenyamanan 5. Diharapkan dengan manajemen nyeri kebutuhan istirahat	Pukul : 08.00 WIB 1. Memberikan lingkungan yang nyaman - Membereskan tempat linen - Respon : klien merasa nyaman 2. Menganjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika hendak tidur dan mengambil posisi senyaman mungkin 3. Menganjurkan klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin 4. Menganjurkan klien melakukan personal hygiene sebelum tidur. 5. Menganjurkan	Jam : 13.30 WIB S : - Klien mengatakan masih belum mau tidur karena nyeri masih hilang timbul O : - TD : 130/90mmHg - Masih tampak garis hitam di bawah mata A : - Masalah belum teratasi P; - Lanjutkan - intervensi
--	--	--	---	--	---	--

				tidur terpenuhi tanpa adanya gangguan nyeri	klien untuk mengontrol nyeri dengan Tarik nafas dalam/terapi music sebelum tidur.	ASTRI APRILIANTI FAUZIAH
--	--	--	--	---	---	--------------------------------

4. Catatan perkembangan

Tabel 3.7
Catatan Perkembangan

Nama : Ny. S
Jenis kelamin : perempuan
Umur : 31 Tahun

Hari/tgl/jam	Dx	Evaluasi	Pelaksana
1	2	3	4
Jum'at, 23 April 2021 Pukul : 13.00 WIB	1	S : klien mengatakan masih nyeri pada genital, skala nyeri 4 (0-10) O : wajah sesekali tampak meringis TD : 120/90mmHg N : 90x/menit R : 18x/menit A : nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik teratasi sebagian P : Lanjutlan Intrvensi - Observasi TTV - Kaji skala nyeri - Terus dukung klien untuk melakukan teknik non farmakologi (relaksasi dan distraksi) - Anjurkan klien untuk selalu tepat minum obat sesuai anjuran dokter I : Pukul : 13.00 WIB - Mengobservasi TTV - TD : 120/90mmHg - N : 90x/menit - R : 18x/menit - Mengkaji skala nyeri Hasil : klien mengatakan skala nyeri 4 (0-10) - Menganjurkan klien untuk melakukan terapi non farmakologi yaitu relaksasi nafas dalam dan pengalihan nyeri Hasil : klien terlihat sesekali melakukan Tarik nafas dalam ketika terasa nyeri. - Memberitahukan klien untuk selalu tepat minum obat analgetik sesuai anjuran dokter : Asamefenamat 3x500 mg E : masalah belum teratasi Pukul : 14.00 WIB	ASTRI APRILIANTI FAUZIAH

Jum'at, 23 April 2021 Pukul : 13.00 WIB	2	S : - klien mengatakan ASI mulai lancar - klien mengatakan menjadi tahu cara perawatan payudara O : - payudara sudah tidak teraba keras - tidak ada nyeri tekan saat di palpasi - klien dapat menjelaskan dan menjawab pada saat di Tanya tentang penkes perawatan payudara (<i>Breast care</i>) A : - masalah teratasi Pukul : 14.00 WIB	ASTRI APRILIANTI FAUZIAH
Jum'at, 23 April 2021 Pukul : 13.00 WIB	3	S : klien mengatakan sudah bisa tidur meskipun terkadang terbangun karena nyeri yang tiba muncul O : - TD : 120/90mmHg - N : 90x/menit - R : 18x/ menit - Kantung hitam bawah mata sedikit memudar Hasil : Wajah klien tampak segar A : gangguan pola istirahat tidur teratasi sebagian P : - Observasi TTV - Anjurkan klien untuk selalu menjaga kenyamanan lingkungan - Anjurkan k klien untuk melakukan relaksasi/terapi music sebelum tidur - Anjurkan klien untuk melakukan personal hygiene sebelum tidur - Pertahankan manajemen nyeri I : - Mengbservasi TTV - TD : 120/90mmHg - N : 90x/menit - R : 18x/menit - Menganjurkan klien untuk selalu menjaga kenyamanan lingkungan - Menganjurkan klien untuk melakukan terapi relaksasi/terapi music sebelum tidur - Menganjurkan klien untuk melakukan personal hygiene sebelum tidur Respon : klien mengatakan cuci muka, gosok gigi dan cuci kaki sebelum hendak tidur. - Manajemen nyeri Hasil : klien mengatakan melakukan Tarik nafas dalam ketika terasa nyeri. E : masalah teratasi sebagian	ASTRI APRILIANTI FAUZIAH

		Pukul : 14.00 WIB	
Sabtu, 24 April 2021 Pukul : 09.00 WIB	1	S : klien mengatakan nyeri sudah berkurang, skala nyeri 4 (0-10) O : - TTV - TD : 120/90mmHg - N : 86x/menit - R : 18x/menit - Wajah tampak relax A : nyeri akut teratasi sebagian P : - Observasi TTV - Kaji skala nyeri - Anjuran klien untuk Tarik nafas dalam ketika nyeri terjadi - Anjurkan klien untuk selalu tepat meminum obat sesuai anjura dokter I : - Memeriksa TTV - TD : 120/90mmHg - N : 86x/menit - R : 18x/menit - Mengkaji klien melakukan relaksasi Tarik nafas dalam ketika nyeri terjadi. - Menganjurkan klien untuk selalu tepat minum obat sesuai anjuran dokter. Hasil : klien mengatakan selalu tepat minum obat E : masalah teratasi sebagian Pukul :10.00 WIB	ASTRI APRILIANTI FAUZIAH
Sabtu, 24 April 2021 Pukul : 09.00 WIB	3	S : klien mengatakan pola istirahat tidur sudah cukup terpenuhi O : - TD : 120/90mmHg - Garis hitam di bawah mata (-) A : gangguan pola istirahat tidur teratasi Pukul : 09.00 WIB	ASTRI APRILIANTI FAUZIAH
Minggu, 25 April 2021 Pukul : 10.00 WIB	1	S : klien mengatakan semakin hari nyeri semakin berkurang, skala nyeri 1 (0-10) O : - TD : 120/90mmHg - N : 88x/menit - R : 18x/menit - Wajah klien tampak relax dan segar A : nyeri akut teratasi sebagian P : - Observasi TTV - Ingatkan klien untuk tepat minum obat	ASTRI APRILIANTI FAUZIAH

		I : - Periksa TTV - TD : 120/90mmHg - N : 88x/menit - R : 18x/menit - Mengingatkan klien untuk selalu tepat minum obat Hasil : Klien selalu tepat minum obat E : masalah teratasi sebagian Pukul : 11.00 WIB	
Senin, 26 April 2021 Pukul : 10.00 WIB	1	S : klien mengatakan nyerinya sudah tidak dirasakan lagi, skala nyeri 0 (0-10) O : - TD : 120/90mmHg - N : 90x/menit - R : 18x/menit Wajah klien tampak relax dan segar A : nyeri akut teratasi Pukul : 11.00 WIB	ASTRI APRILIANTI FAUZIAH

B. Pembahasan

Pembahasan ini menguraikan pengalaman penulis dalam menerapkan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. S P2A0 Post Partum Spontan Hari ke-1 di Ruang Poned Puskesmas Gadog Garut dengan membandingkan antara teori dan praktek di lapangan, tahap pengkajian, tahap diagnosa keperawatan, tahap perencanaan, tahap implelementasi/pelaksanaan dan tahap evaluasi. Asuhan keperawatan mulai tanggal 22 april sampai tanggal 26 april 2021. Selama melaksanakan asuhan keperawatan penulis tidak menemukan hambatan apapun. Adapun kesenjangan yang terjadi dalam beberapa tahap proses keperawatan adalah sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pada tahap pengkajian dilaksanakan untuk memperoleh data klien baik data yang bersifat subjektif maupun data yang bersifat objektif yang kemudian di analisa dan dirumuskan menjadi diagnosa keperawatan.

Sebelum melakukan pengkajian, penulis melakukan pendekatan dengan cara memperkenalkan diri dan menjelaskan maksud serta tujuan asuhan keperawatan pada klien. Selama melakukan pengkajian, data yang ditemukan pada Ny. S hari ke-1 post partum spontan yaitu klien mengatakan nyeri pada daerah jalan lahir, skala nyeri 6 (0-10) klien tampak meringis, tekanan darah 130/100mmHg, nadi 80x/menit, respirasi 22x/ menit, suhu 36,5°C. Data-data tersebut menunjukkan nyeri akut dimana gangguan tersebut yang dilakukan oleh adanya Post partum spontan menyebabkan perubahan fisiologi lalu mengalami proses involusi sehingga meningkatkan kadar oksitosin, meningkatkan kontraksi uterus, menyebabkan trauma mekanis kemudian merangsang reseptor nyeri yang akan mengeluarkan neurotransmitter bradikinin, serotonin, dan histamine yang kemudian disampaikan saraf pusat kemudian timbul persepsi nyeri.

Pada tahap pengkajian data yang ditemui di lapangan tidak sama dengan apa yang ada dalam teori berdasarkan Wulandari dan Handayani, 2011. Sehingga penulis dapat menyimpulkan terjadi kesenjangan pada tahap pengkajian antara teori dan fakta di lapangan. Hal itu bisa terjadi sebab individu yang unik dimana setiap manusia memiliki kebutuhan bio-psiko-sosial dan spiritual yang berbeda.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut NANDA, 2015 diagnosa yang mungkin muncul pada klien dengan kasus post partum sesuai dengan analisa data yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, nyeri involusi, nyeri setelah melahirkan

2. Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan respon hormonal, psikologis, proses persalinan dan proses melahirkan
3. Tidak efektifnya pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan cara perawatan payudara
4. Gangguan pola istirahat tidur berhubungan dengan persepsi nyeri
5. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya trauma jaringan
6. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi mengenai pasca persalinan.

Setelah dilakukan pengkajian, diagnosa yang muncul pada pasien adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
- b. Tidak efektifnya pemberian ASI berhubungan dengan ketidak adekuatan produksi ASI
- c. Gangguan pola istirahat tidur berhubungan dengan rasa tidak nyaman (nyeri)

Melihat adanya perbedaan antara teori dan kenyataan, maka penulis menemukan kesenjangan sebagai berikut :

- a. Resiko tinggi kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan kehilangan darah dan intake ke oral. Penulis tidak mengangkat masalah ini karena saat pengkajian Ny.S turgor kulit <2 detik, tidak terdapat oedema, dan pada saat dipalpasi area perut bagian bawah terasa keras tidak lembek.

- b. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya trauma jaringan. Penulis tidak mengangkat masalah ini karena pada Ny. S tidak ada perubahan yang signifikan yang mengindikasikan resiko infeksi, ada trauma jaringan tetapi system imun klien terlihat baik dan tidak terganggu.
- c. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi mengenai pasca persalinan. Penulis tidak mengangkat masalah ini karena, tidak ada data-data yang menunjang untuk mengangkat masalah kurang pengetahuan, klien tampak mengerti masalah-masalah mengenai pasca persalinan karena persalinan ini bukan persalinan yang pertama bagi klien melainkan persalinan yang kedua.

3. Intervensi Keperawatan

Dalam tahap intervensi keperawatan ini pada dasarnya penulis menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai teori, dengan kondisi dan situasi disekitar klien.

Upaya untuk mengatasi gangguan nyeri akut dilakukan intervensi seperti :

- a. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas/beratnya nyeri dan factor pencetus.
- b. Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan
- c. Observasi tanda-tanda vital

- d. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis (Tarik nafas dalam dan teknik distraksi)
- e. Kolaborasi pemberian terapi analgetik. (NIC,2013)

Untuk diagnosa tidak efektifnya pemberian ASI intervensi yang dilakukan adalah :

- a. Berikan informasi mengenai fisiologi dan keuntungan factor-faktor yang memudahkan atau mengganggu keberhasilan menyusui.
- b. Demonstrasikan tentang teknik-teknik menyusui.
- c. Anjurkan kllien untuk menyusui bayinya secara teratur dan sesering mungkin.
- d. Anjurkan klien untuk tidak menggunakan bra yang terlalu kencang.
- e. Ajarkan perawatan payudara dengan breast care (Doengoes, 2012).

Untuk diagnosa keperawatan Gangguan pola istirahat tidur berhubungan dengan rasa tidak nyaman (nyeri), intervensi yang dilakukan adalah :

- a. Berikan lingkungan yang nyaman
- b. Anjurkan terapi teknik relaksasi sebelum hendak tidur
- c. Anjurkan klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin
- d. Anjurkan kllien melakukan personal hygiene sebelum tidur
- e. Manajemen nyeri (NIC, 2013) .

4. Implementasi Keperawatan

Pada tahap ini penulis berusaha melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah dibuat dan ditetapkan sesuai situasi, kondisi serta sarana prasarana yang ada di ruangan. Dalam mengaplikasikan setiap rencana tindakan diperlukan pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan tindakan serta tidak terlepas dari kerjasama yang baik dengan klien, keluarga, perawat dan tim kesehatan lainnya. Adapun kegiatan atau pelaksanaan yang dilakukan penulis selama 5 hari melakukan tindakan asuhan keperawatan pada diagnosa I, II, III, dengan memberikan pemenuhan dasar yang dibutuhkan klien.

Kemudian hari ke- 2 sampai hari ke-5 penulis melakukan home visite ke kediaman klien untuk melihat perkembangan kesehatan klien, kondisi klien serta melakukan perencanaan yang belum tercapai sebelumnya. Pada saat kunjungan hari pertama yaitu hari Jum'at 23 April 2021 pukul : 10.00 WIB, respon klien dan keluarga baik. Klien mengatakan masih nyeri pada jalan lahir, dan ketika ditanya skala nyeri klien menjawab skala nyeri 2 (0-10). Penulis melanjutkan beberapa implementasi diantaranya untuk diagnosa nyeri akut : mengobservasi TTV, hasil : TD : 130/90mmHg, N : 90X/menit, R : 18x/menit, S : 36,5°C. mengkaji skala nyeri, Hasil : skala nyeri 2 (0-10), menganjurkan klien untuk melakukan terapi non farmakologi yaitu relaksasi nafas dalam dan pengalihan nyeri, memberitahukan

klien untuk selalu tepat minum obat analgetik sesuai anjuran dokter: Asamefenamat 3x500mg/oral. Untuk diagnosa tidak efektifnya pemberian ASI, implementasi yang dilakukan yaitu : mengkaji jumlah ASI yang keluar (Hasil : ASI keluar), mengajarkan perawatan payudara dengan cara *breast care*. Untuk diagnosa gangguan pola istirahat tidur klien mengatakan sudah bisa tidur meskipun terkadang terbangun karena nyeri yang tiba-tiba muncul, implementasi yang dilakukan yaitu : mengobservasi TTV (Hasil : TD : 120/90mmHg, N : 90x/menit, R : 18x/menit, menganjurkan klien untuk selalu menjaga kenyamanan lingkungan, menganjurkan klien untuk melakukan terapi relaksasi/terapi music sebelum tidur, menganjurkan klien untuk melakukan personal *hygiene* sebelum tidur, manajemen nyeri.

Kunjungan rumah hari ke-2 dilakukan pada hari sabtu 24 april 2021, pukul 09.00 WIB. Untuk diagnosa nyeri akut klien mengatakan nyeri sudah berkurang, skala nyeri 4 (0-10), implementasi yang dilakukan yaitu : Memeriksa TTV (TD : 130/90mmHg, N : 86x/menit, R : 18x/menit, S : 36,5°C), Mengkaji skala nyeri (Hasil skala nyeri 1 (0-10)), menganjurkan klien melakukan relaksasi Tarik nafas dalam ketika nyeri terjadi, menganjurkan klien untuk selalu tepat minum obat sesuai anjuran dokter. Untuk diagnosa ketidakefektifan pemberian ASI dilakukan implementasi yaitu mengkaji jumlah ASI yang keluar (Hasil :ASI keluar lancar). Untuk diagnosa gangguan pola istirahat tidur klien mengatakan pola istirahat tidur sudah cukup terpenuhi.

Kunjungan hari ke-3 dilakukan pada hari minggu 25 April 2021, pukul 10.00 WIB. Untuk diagnosa nyeri akut klien mengatakan semakin hari nyeri semakin terasa berkurang, skala nyeri 1 (0-10), implementasi yang dilakukan yaitu : Memeriksa TTV (TD : 120/90mmHg, N : 88x/menit, S : 36,6°C), Meningkatkan klien untuk selalu tepat minum obat.

Kunjungan hari ke-4 dilakukan pada hari senin 26 April 2021, pukul 10.00 WIB. Untuk diagnosa nyeri akut klien mengatakan nyerinya sudah tidak dirasakan lagi, skala nyeri 0 (0-10), implementasi yang dilakukan yaitu : Mengobservasi TTV (TD : 120/90mmHg, R : 18x/menit, N : 88x/menit, S : 36,5°C).

Pada tahap ini penulis mendapatkan factor pendukung dan tidak mendapatkan factor penghambat dalam melaksanakan tindakan keperawatan.

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap ini merupakan tahap akhir dari proses keperawatan dari tanggal 22 April sampai 26 April 2021, dapat dilihat kemajuan perkembangan kesehatan klien setelah mendapatkan tindakan keperawatan yang dilakukan penulis. Dari semua masalah keperawatan yang muncul pada Ny. S setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5 hari semua masalah klien dapat teratasi sehingga semua intervensi dihentikan.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. S P2A0 post partum spontan Hari Ke-1 Di Ruang Poned Puskesmas Gadgog Garut, pada tanggal 22-26 April 2021 dapat disimpulkan bahwa penulis mampu melakukan asuhan keperawatan pada ibu post partum diantaranya yaitu :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. S P2A0 Post Partum Spontan Hari Ke-1 Di Ruang Poned Puskesmas Gadgog Garut.
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. S P2A0 Post Partum Spontan Hari Ke-1 Di Ruang Poned Puskesmas Gadgog Garut.
3. Penulis mampu membuat rencana keperawatan pada Ny. S P2A0 Post Partum Spontan Hari Ke-1 Di Ruang Poned Puskesmas Gadgog Garut.

4. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. S P2A0 Post Partum Spontan Hari Ke-1 Di Ruang Poned Puskesmas Gadgog Garut.
5. Penulis mampu melaksanakan evaluasi keperawatan pada Ny. S P2A0 Post Partum Spontan Hari Ke-1 Di Ruang Poned Puskesmas Gadgog Garut.
6. Penulis mampu membuat laporan dokumentasi asuhan keperawatan pada Ny. S P2A0 Post Partum Spontan Hari Ke-1 Di Ruang Poned Puskesmas Gadgog Garut.

B. Rekomendasi

1. Bagi perawat

Dalam meningkatkan mutu dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien post partum spontan perawat perlu meningkatkan pengetahuannya dengan cara pelatihan terkait dengan asuhan keperawatan post partum, mengadakan penelitian yang berhubungan dengan perawatan ibu post partum. Selain itu, sesuai dengan peran perawat sebagai educator yaitu memberikan pendidikan kesehatan kepada klien misalnya cara perawatan payudara dan gizi pada ibu menyusui di rumah.

2. Bagi keluarga klien

Keterlibatan dan dukungan pasien dan keluarga merupakan factor pendukung yang sangat diperlukan dalam proses keperawatan. Dukungan

serta perhatian dari keluarga sangat membantu proses penerimaan ibu terhadap kondisi dan bayinya serta proses penyembuhan fisik dan psikologis ibu.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk meningkatkan kemampuan mahasiswa dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan terhadap pasien post partum spontan diharapkan pihak institusi menambah literature dan buku sumber terbaru yang berkaitan dengan post partum dan study kasus ini dapat digunakan sebagai data dasar untuk meningkatkan pembelajaran mahasiswa dalam rangka meningkatkan kemampuan dalam asuhan keperawatan secara komprehensif bio-psiko-sosial-spiritual khususnya terhadap pasien post partum spontan.

4. Bagi tempat pelayanan kesehatan

Tempat pelayanan kesehatan diharapkan bisa memberikan fasilitas yang memadai bagi klien yang datang untuk mengatasi masalah kesehatannya. Terutama untuk ibu post partum spontan, diharapkan pelayanan kesehatan mampu memberikan asuhan keperawatan kepada ibu dengan memperhatikan kenyamanannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Aspiani, Reni Yuli.2017. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Trans Info Media.
- Bulechek, M.G dkk. 2013. *Nursing Intervention Classification (NIC)*. Edisi Bahasa Indonesia. Indonesia : Mecomedia
- Dinas Kesehatan JABAR. Profil Kesehatan tahun 2019. *Dinas Kesehatan Jawa Barat.2019: (Dinas Kesehatan JABAR)*
- Dinas Kesehatan Kabupaten Garut, 2017. *Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Garut Tahun 2017-2019*.
- Doenges, Marilyn, E., dkk. 2012. *Rencana Asuhan Keperawatan & Pedoman untuk Perencanaan Keperawatan Pasien*, Edisi 3, Jakarta:EGC
- Imam gunawan, Jakarta: Bumi Aksara 143, 2013
- Kementrian Kesehatan RI.2017.*Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI
- Kirana, 2015. *Hubungan Tingkat Kecemasan Post Partum Dengan Kejadian Post Partum Blues Di Rumah Sakit Dustira Cimahi*. *Jurnal Ilmu Keperawatan*. Volume Iii, No. 1 April-2015.
- Kirana, 2015. *Hubungan Tingkat Kecemasan Post Partum Dengan Kejadian Post Partum Blues Di Rumah Sakit Dustira Cimahi*. *Jurnal Ilmu Keperawatan*. Volume Iii, No. 1 April-2015.
- Lowdermik, D,L., Perry Shannon E., Chansion Kitty.2013. *Buku Keperawatan Maternitas Edisi 8-Buku 2, Penerjemah:dr. Felicia Sidartha & dr. anesia Tania*, Elsevier (Singapura) Pte Ltd. Salemba Medika.
- Martalia, D.2012. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas (peurperium Care)* Yogyakarta: pustaka pelajar

Nanda.2015.*Diagnosa Keperawatan & Klasifikasi Pada Ibu Post Partum Dan Bayi Baru Lahir*.Jakarta : Mitra Wacana Media.

Nurbaeti Irma, dkk.2013. *Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Partum dan Bayi baru lahir*. Jakarta : Mitra Wacana Media.

Nursalam.2014.*Metodologi Ilmu Keperawatan*.Jakarta : Salemba Medika

Pitriani, Risa, Rika Andriyani.2014. *Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Normal*.Deepublish: Yogyakarta.

Rohani, 2015. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan*. Jakarta : Salemba Medika.

Rukiyah, Ai Yeyeh.2011 *Asuhan Kebidanan III*.Jakarta: Trans Info Media.

Wahyuningsih, sri. 2019. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum Di Lengkapi Dengan Panduan Persiapan Praktikum Mahasiswa Keperawatan*. Yogyakarta : Deepublish Publisir

Walkinson, Judith M.2016.*diagnosa keperawatan NANDA-1, Intervensi NIC, Hasil NOC*. Edisi 10.Jakarta : EGC

Walyani, E. S.2015. *Asuhan Keperawatan pada Kehamilan*. Yogyakarta: pustaka Baru.

World Health Organizatin (WHO).2019. WHO, UNICEF, UNFPA, The world Bank. *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013*. Geneva : Woeld Healt Organization

Wulandari,S.R, Sri, H.2011. *Asuhan kebidanan Ibu Masa Nifas*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.

Yanti, D dan Sundawati, D.2011.*Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Refika Aditama: Bandung.

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Astri Aprilianti Fauziah

Nim : KHGA 18135

Pembimbing : Eva Daniati, M.kep

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Post Partum Spontan

Hari ke-1 Di Ruang Poned Puskesmas Gadog Garut Tahun 2021

Tanggal Bimbingan	Materi yang di konsulkan	Saran pembimbing	Paraf Pembimbing	Ttd Mahasiswa
08, Juni 2021	BAB I	1. Penulisan referensi di paragraph 2. Tiap alinea harus focus berkaitan pada tema judul 3. Sistematika penulisan 4. Sumber	TTD	TTD
12, juni 2021	BAB I	1. Perbaiki penulisan referensi di paragraph 2. Perhatikan referensi	TTD	TTD
16, juni 2021	BAB II & BAB III	1. Teori pembahasan perjelas 2. Perhatikan juknis 3.	TTD	TTD
26, juni 2021	BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV	1. Revisi BAB I 2. Perbaiki penulisan Lengkapi penulisan	TTD	TTD
04, juli 2021	BAB III	1. Lengkapi riwayat kesehatan dahulu	TTD	TTD

		2. Masukan data pengetahuan pasien 3. Lengkapi pemeriksaan fisik 4. Fokus pada hari pertama		
05, Juli 2021	Abstrak, BAB II BAB III	1. Revisi abstrak 2. Perbaiki penulisan 3. Masukan pathway 4. Revisi Pemeriksaan fisik 5. Revisi catatan perkembangan	TTD	TTD
08, Juli 2021	BAB V	1. Menjelaskan kembali isi karya tulis ilmiah 2. Evaluasi	TTD	TTD

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)
PERAWATAN PAYUDARA (*BREAST CARE*) PADA IBU
MASA NIFAS

Pokok Bahasan	: Cara Perawatan payudara
Sub Pokok Bahasan	: Perawatan payudara (<i>Breast Care</i>) pada ibu masa nifas
Sasaran	: Ny. S dan Keluarga
Hari/Tanggal	: 23 April 2021
Waktu	: 10.00 WIB
Penyuluh	: Astri Aprilianti Fauziah
Tempat	: Ruang Poned

1. Tujuan Intruksional Umum (TIU)

Setelah dilakukan penyuluhan diharapkan ibu mengetahui dan mengerti langkah perawatan payudara.

2. Tujuan Intruksional Khusus (TIK)

Setelah dilakukan penyuluhan diharapkan ibu mampu menjelaskan kembali :

- a. Pengertian perawatan payudara
- b. Tujuan perawatan payudara alat yang digunakan dalam perawatan payudara
- c. Cara perawatan payudara pada ibu nifas

3. Materi penyuluhan

- a. Pengertian ASI

- b. Manfaat pemberian ASI
- c. Pentingnya memperhatikan gizi ibu ketika menyusui
- d. Kebutuhan zat gizi ibu menyusui
- e. Sumber dan jenis makanan yang harus dikonsumsi oleh ibu menyusui

4. Materi

Terlampir

5. Metode

- a. Ceramah
- b. Tanya jawab
- c. Demonstrasi

6. Media

- Leaflet

7. Kegiatan penyuluhan

N o	Tahap dan waktu	Kegiatan penyuluhan	Peserta
1	Pembukaan 5 menit	• Mengucap salam pembukaan • Memperkenalkan diri • Menjelaskan maksud dan tujuan • Kontrak waktu	• Menjawab salam • Mendengarkan
2	Kegiatan inti 15 menit	• Menjelaskan pengertian perawatan payudara • Tujuan perawatan payudara • Manfaat perawatan payudara • Alat yang digunakan	• Mendengarkan • Memperhatikan • Berdiskusi

		dalam perawatan payudara • Cara perawatan payudara pada ibu nifas	
3	Penutup	• Tanya jawab • Memberikan masukan • Menyimpulkan hasil penyuluhan • Salam penutup • Menanyakan hal-hal yang kurang jelas	• Mengajukan pertanyaan mengenai materi yang kurang di pahami • Memperhatikan • Memberi tanggapan • Menjawab salam penutup

8. Evaluasi

Pertanyaan mengacu pada tujuan instruksional khusus

- Menjelaskan pentingnya memperhatikan perawatan payudara
- Sebutkan manfaat perawatan payudara
- Sebutkan cara perawatan payudara pada ibu nifas.

DAFTAR PUSTAKA

Wulandari,S.R, Sri, H.2011. *Asuhan kebidanan Ibu Masa Nifas*. Yogyakarta:
Gosyen Publishing

LAMPIRAN MATERI

PERAWATAN PAYUDARA (BREAST CARE) PADA MASA NIFAS

A. Pengertian

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. (Wulandari & Handayani, 2011).

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 (Wulandari & Handayani, 2011). Perawatan payudara adalah perawatan yang dilakukan pada payudara ibu setelah melahirkan dan menyusui merupakan suatu cara yang dilakukan saat merawat payudara agar ASI keluar dengan lancar (Wulandari & Handayani, 2011).

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

B. Manfaat Dan Tujuan Perawatan Payudara

Perawatan payudara hendaknya dilakukan sedini mungkin selama kehamilan dalam upaya mempersiapkan bentuk dan fungsi payudara

sebelum laktasi. Jika persiapan kurang dapat terjadi gangguan penghisapan pada bayi akibat ukuran puting yang kecil atau mendelep. Akibat lain bisa terjadi produksi ASI akan terlambat serta kondisi kebersihan payudara ibu tidak terjamin sehingga dapat membahayakan kesehatan bayi. Dipihak ibu, akibat perawatan kurang pada saat persalinan ibu belum siap menyusui sehingga jika bayi disusukan ibu akan merasakan geli atau perih pada payudaranya.

Tujuan perawatan payudara adalah :

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

C. Akibat Jika Tidak Dilakukan Perawatan Payudara

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

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

D. Waktu Pelaksanaan

1. Pertama kali dilakukan pada hari kedua setelah melahirkan
2. Dilakukan minimal 2x dalam sehari

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

1. Potong kuku tangan sependek mungkin, serta kikir agar halus dan tidak melukai payudara
2. Cuci tangan dengan bersih terutama jari tangan
3. Lakukan pada suasana santai

F. Langkah-Langkah Perawatan Payudara

1. Persiapan alat untuk perawatan payudara
 - a. Handuk 2 buah
 - b. Washlap 2 buah
 - c. Baskom berisi air dingin dan baskom berisi air hangat
 - d. Baby oil/minyak kelapa
 - e. Kassa/kasa secukupnya

f. Baki, alas, dan penutup

2. Pelaksanaan

- a. Memberikan prosedur yang akan dilaksanakan
- b. Mengatur lingkungan yang aman dan nyaman
- c. Mengatur posisi klien dan alat-alat perada supaya mudah dijangkau
- d. Cuci tangan sebelum melakukan perawatan
- e. Pasang handuk di pinggang klien dan yang satu dipundak

G. Teknik Perawatan Payudara

1. Tempelkan kapas yang sudah diberi minyak kelapa atau baby oil selama 3 menit, kemudian putting susu dibersihkan.
2. Tempelkan kedua telapak tangan diantara kedua payudara.
 - a. Perurutan dimulai keatas, kesamping, lalu kearah bawah.
 - b. Pengurutan diteruskan kebawah kesamping, lalu kearah bawah, selanjutnya melintang, lalu telapak tangan mengurut kedepan kemudian kedua tangan dilepaskan dari payudara, ulangi gerakan 20-30 kali.
 - c. Gerakan-gerakan pada perawatan payudara
 - 1) Gerakan pertama
Kedua tangan disimpan dibagian tengah payudara, gerakan tangan kearah atas pusat ke samping, ke bawah kemudian payudara di angkat sedikit dan dilepaskan, lakukan 20-30 kali.
 - 2) Gerakan kedua

Satu tangan menahan payudara dari bawah, tangan yang lain mengurut payudara dengan pinggir tangan dari arah pangkal keputing susu, lakukan 20-30 kali dilakukan pada kedua payudara secara bergantian.

3) Gerakan ketiga

Satu tangan menahan payudara dibagian bawah, tangan yang lain mengurut dengan bahu, jari tangan mengepal lakukan pengurutan dari arah pangkal ke puting susu, 20-30 kali dilakukan pada kedua payudara secara bergantian.

d. Selesai pengurutan, payudara disiram dengan air hangat dan dingin bergantian selama 3 menit, keringkan payudara dengan handuk bersih kemudian gunakan BH yang bersih dan menompang.

e. Bersihkan payudara terutama bekas minyak

Pakailah BH yang terbuka bagian depannya (untuk ibu menyusui) dan yang menyangga buah dada atau langsung susui bayi. (Wulandari & Handayani, 2011).

Perawatan Payudara Pada IBu Masa Nifas



DI SUSUN OLEH:

ASTRI APRILIANTI FAUZIAH
KHGA18135

D3 KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU
KESEHATAN KARSA HUSADA
GARUT

PENGERTIAN

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



- Memelihara kebersihan payudara
- Melenturkan dan menguatkan putting susu
- Payudara yang terawat akan memproduksi ASI cukup untuk kebutuhan bayi
- Mencegah pembengkakan payudara

Persiapan alat

- Handuk 2 buah
- Washlap 2 buah
- Baskom berisi air dingin dan baskom berisi air hangat
- Baby oil/minyak kelapa
- Kapas/kassa secukupnya
- Baki, alas, dan penutup



CARA PERAWATAN

MANFAAT

- Tempelkan kapas yang sudah diberi minyak kelapa atau baby oil selama 3 menit, kemudian putting susu dibersihkan.
- Tempelkan kedua telapak tangan diantara kedua payudara
- Perurutan dimulai keatas, kesamping, lalu kearah bawah.
- Pengurutan diteruskan kebawah kesamping, lalu kearah bawah, selanjutnya melintang, lalu telapak tangan mengurut kedepan kemudian kedua tangan dilepaskan dari payudara, ulangi gerakan 20-30 kali.

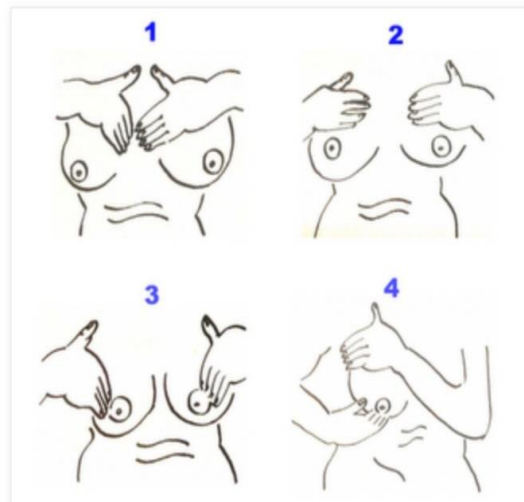


Gerakan-gerakan pada perawatan payudara

- Kedua tangan disimpan dibagian tengah payudara, gerakan tangan

kearah atas pusat ke samping, ke bawah kemudian payudara di angkat sedikit dan dilepaskan, lakukan 20-30 kali.

- Satu tangan menahan payudara dari bawah, tangan yang lain mengurut payudara dengan pinggir tangan dari arah pangkal keputing susu, lakukan 20-30 kali dilakukan pada kedua payudara secara bergantian.



- Satu tangan menahan payudara dibagian bawah, tangan yang lain mengurut dengan bahu, jari tangan mengepal lakukan pengurutan dari arah pangkal ke putting susu, 20-30

kali dilakukan pada kedua payudara secara bergantian.

- Selesai pengurutan, payudara disiram dengan air hangat dan dingin bergantian selama 3 menit, keringkan payudara dengan handuk bersih kemudian gunakan BH yang bersih dan menompang.
- Bersihkan payudara terutama bekas minyak
- Pakailah BH yang terbuka bagian depannya (untuk ibu menyusui) dan yang menyangga buah dada atau langsung susui bayi. (Wulandari & Handayani,2011)

DAFTAR PUSTAKA

Wulandari,S.R, Sri, H.2011. *Asuhan kebidanan Ibu Masa Nifas*. Yogyakarta: Gosyen Publishing