

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. L P1A0 DENGAN POST PARTUM
SPONTAN HARI KE-1 DI RUANG PONED UPT PUSKESMAS
BAYONGBONG KABUPATEN GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Program Diploma III Keperawatan**

Disusun Oleh:

SYIFA FAUZIAH LATIFAH

NIM: KHGA 18167



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

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.L P1A0 DENGAN
POST PARTUM SPONTAN HARI KE-1 DI RUANG
PONED UPT PUSKESMAS BAYONGBONG
KABUPATEN GARUT**

**PENYUSUN : SYIFA FAUZIAH LATIFAH
NIM : KHGA 18167**

Garut, Juli 2021
Menyetujui,
Pembimbing

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

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.L P1A0 DENGAN
POST PARTUM SPONTAN HARI KE-1 DI RUANG
PONED UPT PUSKESMAS BAYONGBONG
KABUPATEN GARUT**

**PENYUSUN : SYIFA FAUZIAH LATIFAH
NIM : KHGA 18167**

Garut, Juli 2021

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

(K. Dewi Budiarti, M.Kep)

(Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si)

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

Mengesahkan,
Pembimbing

(K. Dewi Budiarti, M.Kep)

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

ABSTRAK

IV BAB + 70 halaman + 13 Tabel + 4 Lampiran

Karya tulis ini ilmiah ini dilatar belakangi oleh angka kejadian post partum spontan di Puskesmas Bayombong cukup tinggi yaitu 62%. Angka ini cukup tinggi, maka apabila tidak ditangani dengan baik bisa saja terjadi komplikasi persalinan diantaranya perdarahan, eklamsia dan infeksi. Angka Kematian Ibu salah satunya bisa disebabkan akibat setelah melahirkan, karena ibu post partum membutuhkan perhatian lebih dimasa persalinan selesai sampai waktu 6 minggu. Tujuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien secara langsung dan komprehensif meliputi bio-psiko-sosial-spiritual terhadap klien post partum normal melalui tahap proses keperawatan dan mendokumentasikannya dalam bentuk laporan studi kasus. Post partum atau masa nifas adalah masa setelah plasenta lahir dan ketika alat-kandungan kembali ke keadaan sebelum hamil. Melalui asuhan keperawatan ini didapatkan hasil pengkajian ibu post partum memiliki beberapa masalah keperawatan yaitu nyeri akut, kurang pengetahuan, Hambatan mobilitas fisik. Implementasi pada gangguan nyeri akut yaitu mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi untuk mengurangi nyeri; kurang pengetahuan yaitu memberikan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI; hambatan mobilitas fisik yaitu melatih gerak klien secara bertahap, miring, duduk dan berdiri. Dalam kesimpulan ada 3 masalah teratasi sebagian yaitu nyeri akut, kurang pengetahuan, hambatan mobilitas fisik.

Kata kunci : Post Partum

Daftar Pustaka, 24 Buah (Tahun 2011-2020)

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.L P1A0 DENGAN POST PARTUM SPONTAN HARI KE-1 DI RUANG PONEK UPT PUSKESMAS BAYONGBONG KABUPATEN GARUT”**

Dalam penyusunan laporan tugas akhir ini, penulis menyadari ketidakmampuan dan keterbatasan ilmu pengetahuan yang dimiliki penulis, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun sehingga penulisan ini dapat disempurnakan.

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

1. Bapak Dr. H. Hadiat, M.A selaku ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H.D Saefudin, S.Sos, MM.Kes selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi S.Kep.,M.Kes selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep selaku ketua program studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Ibu Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.Pd selaku pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang telah banyak membantu, membimbing, dan memberikan petunjuk serta dorongan dengan penuh kesabaran dan tanggung jawab.
6. Seluruh staff dosen dan karyawan Prodi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan begitu banyak pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi kepada penulis mengikuti pendidikan.

7. Kepada kedua orang tua yang saya cintai yang telah memberikan semua kasih sayangnya untuk penulis yang tiada batasnya dan tanpa pamrih, semoga Allah SWT memberikan kebahagiaan di dunia dan akhirat.
8. Kepada kakak dan adik saya yang saya cintai yang telah memberikan dukungan, motivasi dan kasih sayangnya.
9. Rekan – rekan kelas 3D dan angkatan 25 yang selalu mendukung dan memotivasi selama belajar di STIKes Karsa Husada Garut.
10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, semoga orang – orang yang terlibat dalam penyusunan laporan ini semoga mendapat balasan kebaikan dari Allah SWT.

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

Garut, Juli 2020

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN

LEMBAR PENGESAHAN

ABSTRAK

KATA PENGANTAR..... i

DAFTAR ISI..... iii

DAFTAR TABEL v

DAFTAR GAMBAR..... vi

BAB I..... 1

PENDAHULUAN..... 1

A. LATAR BELAKANG 1

B. TUJUAN PENULISAN..... 3

C. METODE PENELITIAN..... 4

D. SISTEMATIKA PENULISAN..... 6

BAB II 8

TINJAUAN TEORITIS..... 8

A. Konsep Dasar Teori Post Partum..... 8

1. Tahapan Masa Post Partum..... 8

2. Kebutuhan Masa Post Partum..... 9

3. Perubahan fisiologis Pada Masa Post Partum 12

4. Perubahan Psikologis Nifas 17

5. Patofisiologi 18

6. Komplikasi..... 21

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan..... 21

1. Pengkajian Keperawatan..... 22

2. Diagnosa Keperawatan 31

3. Rencana Keperawatan..... 32

4. Pelaksanaan Keperawatan.....	37
5. Evaluasi Keperawatan.....	38
BAB III.....	39
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	39
A. Tinjauan Kasus.....	39
1. Pengkajian.....	39
2. Diagnosa Keperawatan berdasarkan prioritas.....	49
3. Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi	51
4. Catatan Perkembangan.....	58
B. Pembahasan.....	63
1. Pengkajian.....	63
2. Diagnosa Keperawatan	64
3. Intervensi Keperawatan.....	65
4. Implementasi Keperawatan.....	66
5. Evaluasi Keperawatan.....	67
BAB IV	69
KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	69
A. Kesimpulan	69
B. Rekomendasi.....	70
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.2 Analisa Data.....	30
Tabel 2.3 Perencanaan Keperawatan 1.....	32
Tabel 2.4 Perencanaan Keperawatan 2.....	33
Tabel 2.5 Perencanaan Keperawatan 3.....	34
Tabel 2.6 Perencanaan Keperawatan 4.....	35
Tabel 2.7 Perencanaan Keperawatan 5.....	36
Tabel 2.8 Perencanaan Keperawatan 6.....	37
Tabel 3.1 Pola Aktivitas Sehari-hari	47
Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium.....	48
Tabel 3.3 Analisa Data.....	48
Tabel 3.4 Proses Keperawatan.....	51
Tabel 3.5 Catatan Perkembangan.....	58

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway Post Partum Normal.....	21
--	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Masa nifas atau *puerperium* adalah masa setelah partus selesai sampai pulihnya kembali alat-alat kandungan seperti belum hamil. Lamanya masa nifas kira-kira 6-8 minggu (Abidin, 2011). Selama masa nifas perlu mendapat perhatian lebih dikarenakan angka kematian ibu terjadi pada masa nifas. Menurut *World Health Organization* (WHO), setiap hari pada tahun 2017 sekitar 810 wanita meninggal, pada akhir tahun mencapai 295.000 orang dari 94% diantaranya terdapat di negara berkembang. Angka Kematian Ibu (AKI) disebabkan oleh komplikasi selama dan setelah kehamilan dan persalinan. Komplikasi utama yang menyebabkan hampir 75% dari semua kematian ibu yaitu perdarahan, infeksi, tekanan darah tinggi selama kehamilan (pre-eklamsia dan eklamsia), komplikasi dari persalinan aborsi yang tidak aman dan sisanya disebabkan oleh kondisi kronis seperti penyakit jantung dan diabetes (WHO, 2019). Berdasarkan profil kesehatan Indonesia tahun 2019, Angka kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat keberhasilan upaya kesehatan ibu. AKI adalah rasio kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan atau incidental disetiap 100.000 kelahiran hidup.

Jumlah kematian ibu menurut tahun 2018-2019 dimana terdapat penurunan dari 4.226 menjadi 4.221 kematian ibu di Indonesia berdasarkan laporan. Pada tahun 2019 penyebab kematian ibu terbanyak adalah perdarahan (1.280 kasus), hipertensi dalam kehamilan 1.066 kasus, infeksi 207 kasus (kemenkes, 2020).

Menurut laporan Dinas Kesehatan Jawa Barat jumlah kematian ibu tahun 2020 sebesar 416 kasus, jumlah kasus kematian ini hampir sama dengan tahun 2019 (417), namun pada tahun 2020 ini masih cenderung ada kenaikan karena belum semua kab/kota melaporkan kematian ibu). Pada tahun 2019-2020 kasus kematian ibu tertinggi di kabupaten Bogor. Penyebab kematian ibu masih didominasi oleh perdarahan 28% dan hipertensi 29%, meskipun penyebab lain-lain juga masih tinggi yaitu 24% (Dinkes Jabar, 2020). Menurut data Dinas Kesehatan Kabupaten Garut, Pada tahun 2018 Garut menempati urutan ketiga terbanyak untuk kasus angka kematian ibu di Jabar. Tahun lalu kasus angka kematian ibu di Garut mencapai 55 kasus. Sebesar 29% penyebab kematian ibu itu akibat kasus pendarahan pasca-persalinan (Dinkes Garut, 2019).

Adapun data yang diperoleh dari rekam medik Puskesmas Bayongbong Garut tahun 2020 ibu yang melakukan proses persalinan post partum spontan sebanyak 680. Dengan spesifikasi post partum spontan sebanyak 331 orang yang melahirkan (48, 7%), post partum spontan dengan episiotomy sebanyak 208 orang (30, 5%), post partum spontan indikasi ketuban pecah dini sebanyak 100 orang (14, 8%).

Berdasarkan data tersebut dapat dilihat bahwa pada tahun 2020 jumlah kejadian persalinan normal lebih banyak dari pada kejadian yang lainnya. Apabila ibu post partum tidak dilakukan tindakan perawatan dengan baik dan benar maka akan terjadi beberapa komplikasi yaitu perdarahan, trauma parineal, serta infeksi. Komplikasi ini bisa dicegah dengan memberikan perawatan yang komprehensif mulai dari pengkajian sampai evaluasi. Berdasarkan hal tersebut, maka penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif pada klien post partum spontan dengan menggunakan proses keperawatan dan di dokumentasikan dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah dengan judul "**Asuhan Keperawatan Pada Ny. L P1A0 dengan Post Partum Spontan Hari Ke-1 Di Ruang PONEB UPT Puskesmas Bayongbong Kabupaten Garut**"

B. TUJUAN PENULISAN

1. Tujuan Umum

Penulis dapat memperoleh pengalaman secara nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi bio-psiko-sosial-spiritual terhadap klien post partum normal melalui tahap proses keperawatan dan mendokumentasikannya dalam bentuk laporan studi kasus.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. L P1A0 dengan post partum normal di ruang PONED Puskesmas Bayongbong Kabupaten Garut
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. L P1A0 dengan post partum normal di ruang PONED Puskesmas Bayongbong Kabupaten Garut
- c. Penulis mampu menyusun intervensi keperawatan pada Ny. L P1A0 dengan post partum normal di ruang PONED Puskesmas Bayongbong Kabupaten Garut
- d. Penulis mampu melakukan tindakan keperawatan pada Ny. L P1A0 dengan post partum normal di ruang PONED Puskesmas Bayongbong Kabupaten Garut
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. L P1A0 dengan post partum normal di ruang PONED Puskesmas Bayongbong Kabupaten Garut Kabupaten Garut
- f. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. L P1A0 dengan post partum normal di ruang PONED Puskesmas Bayongbong Kabupaten Garut.

C. METODE PENELITIAN

Dalam menyusun karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus dengan menggunakan proses

keperawatan. Menurut Biskley, Lynn, 2015 teknik pengumpulan data adalah sebagai berikut :

1. Wawancara

Wawancara adalah pengumpulan data melalui komunikasi secara lisan yaitu menanyakan atau Tanya jawab yang berkaitan dengan pengkajian anamnesa, yang bertujuan untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan masalah keperawatan pada klien.

2. Observasi

Observasi adalah mengamati keadaan klien dengan melakukan pemeriksaan fisik yaitu dengan melakukan pemeriksaan langsung kepada klien dengan menggunakan metode dan teknik pemeriksaan secara inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi untuk mendapatkan data objektif tentang keadaan fisik dan pemeriksaan terfokus.

3. Pemeriksaan fisik

Dilakukan dengan metode sistematis dan dengan teknik inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi sehingga didapatkan data yang objektif tentang data kesehatan klien.

4. Studi dokumentasi

Pengumpulan data didapatkan dari data klien dan laporan dari tenaga kesehatan melalui catatan dokumentasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan dan mempelajari buku-buku

atau referensi yang berguna untuk memperoleh dasar-dasar teori yang berhubungan dengan post partum dan permasalahannya, sehingga dapat digunakan untuk landasan dalam pemberian asuhan keperawatan.

3. Studi kepustakaan

Hal ini dilakukan dalam rangka mendapatkan landasan teori yang berkaitan dengan kasus yang dihadapi, sehingga dapat membandingkan teori yang didapat dengan fakta yang ada di lahan praktek, diperoleh kesenjangan, mencari penyebab dan pemecahan masalah.

D. SISTEMATIKA PENULISAN

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini menguraikan penulisan sebagai berikut.

BAB I :

Pendahuluan berisi latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

BAB II

Tinjauan teoritis berisi konsep dasar post partum normal. Selain itu juga membahas mengenai pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB III

Tinjauan dan kasus berisi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi keperawatan dan catatan perkembangan.

BAB IV

Kesimpulan dan rekomendasi berisikan kesimpulan dari pelaksanaan studi kasus dan rekomendasi untuk pelaksanaan asuhan keperawatan selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Teori Post Partum

Post partum adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa post partum berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Saleha, 2013). Masa nifas atau puerperium adalah masa setelah partus selesai sampai pulihnya kembali alat-alat kandungan seperti belum hamil. Lamanya masa nifas kira-kira 6-8 minggu (Abidin, 2011).

Dapat disimpulkan bahwa post partum atau masa nifas adalah masa setelah plasenta lahir dan ketika alat-alat kandungan kembali ke keadaan sebelum hamil.

1. Tahapan Masa Post Partum

Menurut Wahyuningsih, dkk., 2019 tahapan masa post partum yaitu :

a. *Immediate postpartum* (setelah plasenta lahir-24 jam)

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

b. *Early postpartum* (24 jam-1 minggu)

Harus dipastikan involusi uterus normal, tidak ada perdarahan, lokia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup

mendapat makanan dan cairan serta ibu dapat menyusui dengan baik.

c. *Late post partum* (1 minggu-6 minggu)

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

2. Kebutuhan Masa Post Partum

Menurut Wahyuningsih, dkk., 2019 kebutuhan masa post partum adalah sebagai berikut :

a. Nutrisi dan cairan

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

- 1) Konsumsi tambahan kalori 500 kalori tiap hari
- 2) Diet berimbang, protein, mineral, dan vitamin
- 3) Minum sedikitnya 2 liter tiap hari (kurang lebih 8 gelas)
- 4) Fe/tablet tambah darah sampai 40 hari pasca persalinan
- 5) Kapsul vitamin A 200.000 unit.

b. Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) ialah kebijaksanaan agar secepatnya tenaga kesehatan membimbing ibu post partum bangun dari tempat tidur membimbing secepat mungkin untuk berjalan. Ibu post partum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam post partum. Hal ini dilakukan bertahap. Ambulasi dini

tidak dibenarkan pada ibu post partum dengan penyulit misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam dan sebagainya. Keuntungan dari ambulasi dini yaitu :

- 1) Ibu merasa lebih sehat
- 2) Fungsi usus dan kandung kemih lebih baik
- 3) Memungkinkan kita mengajarkan ibu untuk merawat bayinya
- 4) Tidak ada pengaruh buruk terhadap proses pasca persalinan, tidak mempengaruhi penyembuhan luka, tidak menyebabkan perdarahan, tidak memperbesar kemungkinan prolapsus atau retrotexto uteri

c. Eliminasi

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

- 1) Otot-otot masih lemah
- 2) Edema dan uretra
- 3) Dinding kandung kemih kurang sensitive
- 4) Ibu post partum diharapkan bisa defekasi atau buang air besar setelah hari kedua post partum, jika hari ketiga belum defekasi bisa beri obat pencahar oral atau rektal

d. Kebersihan diri

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

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

e. Istirahat dan tidur

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

3. Perubahan fisiologis Pada Masa Post Partum

a. Sistem Kardiovaskuler

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang meningkatkan beban jantung meningkat yang dapat diatasi dengan haemokonsentrasi sampai volume darah kembali normal, dan pembuluh darah kembali ke ukuran semula (Walyani, 2015)

b. Sistem Reproduksi

1) Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

- a) Bayi lahir, fundus uteri setinggi pusat dengan berat uterus 1000 gram
- b) Akhir kala III persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari bawah dengan berat uterus 750 gram
- c) Satu minggu post partum tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat uterus 500 gram.
- d) Dua minggu post partum tinggi fundus uteri tidak teraba diatas simpisis dengan berat uterus 350 gram
- e) Enam minggu post partum uteri mengecil dengan berat uterus 50 gram

2) Lochea

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari vacuum uteri dan vagina dalam masa nifas. Berikut ini adalah macam-macam lochea yang terjadi pada masa nifas :

- a) Lochea rubra (cruenta) berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks caseosa, lanugo, dan meconium selama 2 hari pasca persalinan.
- b) Lochea sanguilenta berwarna merah kuning berisi darah dan lender yang keluar pada hari ke 3 sampai hari ke 7 pasca persalinan.
- c) Lochea serosa berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berdarah lagi pada hari ke 7 sampai ke hari 14 pasca persalinan.
- d) Lochea alba dimulai dari hari ke 14. Bentuknya seperti cairan putih berbentuk krim serta terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua. (Saleha, 2013).

3) Serviks

Segara setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur , terlukai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan korpus dan serviks uteri berbentuk cincin.

Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi lahir tangan pemeriksa masih dapat dimasukkan 2-3 jari dan setelah 1 minggu 1 jari saja yang bisa masuk. Namun

demikian, selesai involusi, ostium eksternum tidak sama seperti sebelum hamil (Rukiyah, 2011).

4) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol (Walyani, 2015).

5) Payudara

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis, yaitu produksi susu dan sekresi susu (let down). Selama Sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan hormone yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambat kelenjar pituitary akan mengeluarkan prolaktin (hormone laktogenik). Ketika bayi menghisap puting, refleks saraf merangsang lobus posterior pituitary untuk menyekresi hormone oksitosin. Oksitosin merangsang refleks let down (mengalirkan), sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui sinus aktiferus payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Ketika ASI ini dialirkan karena isapan bayi atau dengan

dipompa sel-sel acini terangsang untuk menghasilkan ASI lebih banyak (Saleha, 2013).

c. Perubahan Sistem Pencernaan

Setelah kelahiran plasenta, maka terjadi pula penurunan produksi progesterone. Sehingga hal ini dapat menyebabkan heartburn dan konstipasi terutama dalam beberapa hari pertama. Kemungkinan terjadi hal ini karena kurangnya keseimbangan cairan selama persalinan dan adanya reflex hambatan defekasi di karenakan adanya rasa nyeri pada perineum karena adanya luka episiotomy (Bahiyatun,2016)

d. Perubahan Sistem Perkemihan

Dieresis dapat terjadi setelah 2-3 hari postpartum. Dieresis terjadi karena saluran urinaria mengalami dilatasi. Kondisi ini akan kembali normal setelah 4 minggu post partum. Pada awal post partum, kandung kemih mengalami edema, kongesti dan hipotonik. Hal ini disebabkan oleh adanya overdistensi pada saat kala dua persalinan dan pengeluaran urine yang tertahan selama proses persalinan. Sumbatan pada uretra disebabkan oleh adanya trauma saat persalinan berlangsung dan trauma ini dapat berkurang setelah 24 jam post partum (Bahiyatun, 2016)

e. Perubahan Tanda-Tanda Vital

Perubahan tanda-tanda vital terdiri dari beberapa faktor , yaitu:

1) Suhu Badan

Satu hari (24 jam) post partum, suhu badan akan naik sedikit (37,50C-380C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan (dehidrasi) dan kelelahan karena adanya bendungan vaskuler dan limfatik. Apabila keadaan suhu normal menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan akan naik lagi karena adanya pembentukan ASI, payudara menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI. Bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi endometrium, mastitis, atau tractor genitalis.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa antara 60-80 kali per menit atau 50-70 kali per menit. Sesudah melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.

3) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat pada persalinan, dan biasanya setelah bersalin tidak langsung berubah (normal), kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada post partum dapat menandakan terjadinya pre-eklamsi pada masa post partum.

4) Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran napas contohnya penyakit asma. Bila pernapasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok. (Nurjanah, 2013).

4. Perubahan Psikologis Nifas

Periode post partum menyebabkan stress emosional terhadap ibu baru, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat. Faktor-faktor yang mempengaruhi suksesnya masa transisi ke masa menjadi orangtua pada masa post partum, yaitu :

- a. Respon dan dukungan dari keluarga dan teman
- b. Hubungan antara pengalaman melahirkan dan harapan serta aspirasi
- c. Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lain
- d. Pengaruh budaya. (Bahiyatun, 2016)

Dalam menjalani adaptasi psikososial setelah melahirkan, ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut :

1) Masa *Taking In* (Fokus pada Diri Sendiri)

Masa ini terjadi 1-3 hari pasca persalinan, ibu yang baru melahirkan akan bersikap pasif dan sangat tergantung pada dirinya (trauma), segala energinya difokuskan pada

kekhawatiran badannya. Dia akan bercerita tentang persalinannya secara berulang-ulang.

2) Masa *Taking On* (Fokus pada Bayi)

Masa ini terjadi 3-10 hari pasca persalinan, ibu menjadi khawatir tentang kemampuannya merawat bayi dan menerima tanggung jawabnya sebagai ibu dalam merawat bayi semakin besar. Perasaan yang sangat sensitive sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati.

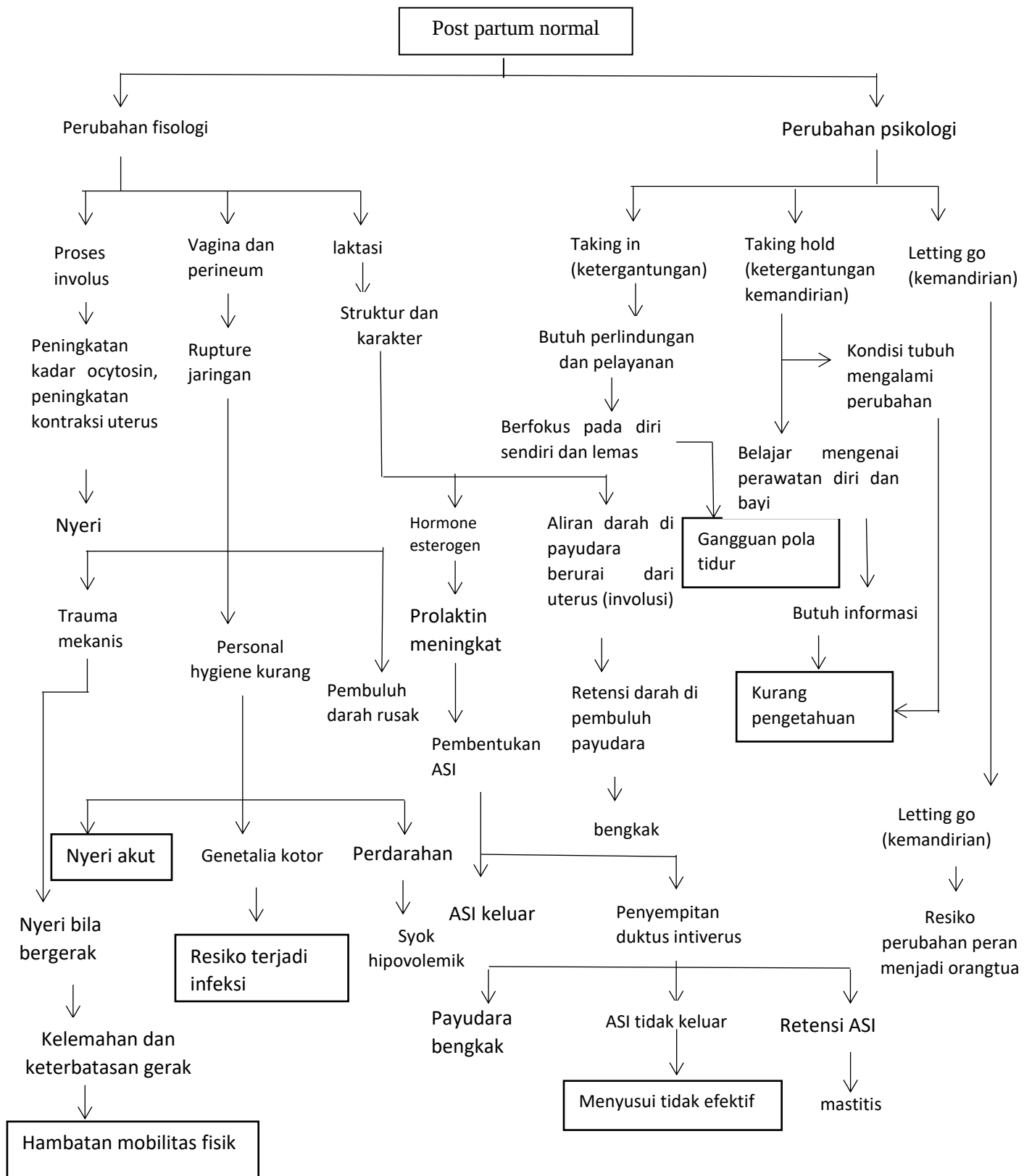
3) Masa *Letting Go* (mengambil Alih Tugas Sebagai Ibu Tanpa Bantuan NAKES)

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu mengambil langsung tanggung jawab dalam merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan tuntutan ketergantungan bayinya dan terhadap interaksi sosial. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini. (Nurjanah, 2013).

5. Patofisiologi

Pada kasus post partus spontan akan terjadi perubahan fisiologis dan psikologis, pada perubahan fisiologis terjadi proses involusi menyebabkan terjadi peningkatan kadar ocytosis, peningkatan kontraksi uterus sehingga muncul masalah keperawatan nyeri akut, dan perubahan

pada vagina dan perinium terjadi ruptur jaringan terjadi trauma mekanis, personal hygiene yang kurang baik, pembuluh darah rusak menyebabkan genitalia menjadi kotor dan terjadi juga perdarahan sehingga muncul masalah keperawatan resiko infeksi. Perubahan laktasi akan muncul struktur dan karakter payudara. Laktasi dipengaruhi oleh hormon estrogen dan peningkatan prolaktin, sehingga terjadi pembentukan asi, tetapi terkadang terjadi juga aliran darah dipayudara berurai dari uterus (involusi) dan retensi darah di pembuluh payudara maka akan terjadi bengkak dan penyempitan pada duktus intiverus. Sehingga asi tidak keluar dan muncul masalah keperawatan menyusui tidak efektif. Pada perubahan psikologis akan muncul *taking in* (ketergantungan), *taking hold* (ketergantungan kemandirian), *letting go* (kemandirian). pada perubahan *taking in* pasien akan membutuhkan perlindungan dan pelayanan, ibu akan cenderung berfokus pada diri sendiri dan lemas, sehingga muncul masalah keperawatan gangguan pola tidur, *taking hold* pasien akan belajar mengenai perawatan diri dan bayi, akan cenderung butuh informasi karena mengalami perubahan kondisi tubuh sehingga muncul masalah keperawatan kurang pengetahuan. *Letting go* ibu akan mulai mengalami perubahan peran, sehingga akan muncul masalah keperawatan resiko perubahan peran menjadi orang tua. (Wahyuningsih, 2019).



Gambar 2. 1 Pathway Post Partum Normal

(Prawira Hardjo aplikasi Doenges 2012)

6. Komplikasi

- a. Distosia atau persalinan yang sulit yaitu :
 - 1) Kelainan tenaga atau his
 - 2) Kelainan janin (kelainan dalam letak atau bentuk janin)
 - 3) Kelainan jalan lahir
- b. perdarahan saat dan setelah persalinan
 - 1) Retensio plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir
 - 2) Perlukaan vulva, vagina dan serviks
 - 3) Rupture uteri adalah robekan atau diskontinuitas dinding Rahim akibat dilampauinya daya renggang myometrium
 - 4) Emboli air ketuban (Winkjosastro, 2002 dalam Reny, 2017).

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah sarana atau alat yang digunakan oleh seorang perawat dalam bekerja dan tata cara pelaksanaannya tidak boleh dipisah-pisah antara pertama, kedua, ketiga dan seterusnya. Tahap pertama pengkajian, tahap kedua menegakkan diagnose keperawatan, tahap ketiga menyusun rencana keperawatan yang mengarah kepada penanganan diagnosa keperawatan, tahap keempat diimplementasikan dan tahap kelima atau tahap terakhir adalah evaluasi. Orientasi dari pengalaman asuhan

keperawatan adalah pada pencapaian tujuan asuhan keperawatan yang telah ditetapkan dalam perencanaan keperawatan telah tercapai (Budiono, 2016).

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian mencakup pengumpulan informasi subjektif dan objektif (misal., tanda vital, wawancara pasien/keluarga, pemeriksaan fisik) dan peninjauan informasi riwayat pasien yang diberikan oleh pasien/keluarga, atau ditemukan dalam rekam medik. Perawat juga mengumpulkan informasi tentang kekuatan pasien/keluarga (untuk mengidentifikasi peluang promosi kesehatan) dan risiko (untuk mencegah atau menunda potensi masalah). (Nanda, 2018)

a. Identitas

Pengkajian identitas pasien meliputi : nama, umur, alamat, nomor rekam medis, agama, pekerjaan, suku/bangsa, status pernikahan, pendidikan, tanggal masuk dan tanggal dikaji. Dan identitas penanggung jawab meliputi : nama, umur, alamat, pekerjaan, hubungan dengan pasien, suku/bangsa. Pengkajian ini bertujuan untuk

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Ibu dengan persalinan normal di temukan nyeri abdomen, nyeri vagina, nyeri perineum. Karakteristik nyeri dikaji dengan menggunakan P (paliativ/penyebab nyeri), Q (quality/nyeri seperti di tusuk, di potong), R (regional/dimana rasa nyeri di

rasakan), S (severty/skala nyeri), T (time/berapa lama nyeri berlangsung) dengan menggunakan skala nyeri 0-10, dengan kriteria nilai : 1-3 nyeri ringan, 4-5 nyeri sedang, 6-8 nyeri berat, 9-10 nyeri tak tertahankan.

2) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Untuk mengetahui tentang pengalaman perawatan kesehatan pasien mencakup riwayat penyakit yang pernah dialami pasien, riwayat rawat inap, rawat jalan, kebiasaan, dan gaya hidup.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

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

c. Riwayat Ginekologi dan Obstetri

1) Riwayat ginekologi

Riwayat ginekologi pada klien post partum spontan, yaitu :

a) Riwayat menstruasi

Kaji umur menarche pertama kali, lama haid, jumlah darah yang keluar, siklus haid, masalah selama haid, Hari Pertama Hari Terakhir (HPHT), dan perkiraan tanggal partus.

b) Riwayat perkawinan

Kaji usia ayah dan ibu menikah, berapa kali menikah, lama pernikahan, status nikah sah atau tidak dan jumlah anak.

c) Riwayat Keluarga Berencana

Kaji pengetahuan klien dan pasangannya tentang kontrasepsi, jenis kontrasepsi yang pernah digunakan, keluhan yang dirasakan ketika menggunakan kontrasepsi, dan kebutuhan kontrasepsi yang akan datang atau rencana penambahan anggota keluarga dimasa mendatang.

2) Riwayat Obstetri

a) Riwayat kehamilan, persalinan, dan masa nifas dahulu.

Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu.

b) Riwayat kehamilan sekarang

Usia kehamilan, keluhan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan berapa kali memeriksakan kehamilannya

c) Riwayat persalinan sekarang

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi yang meliputi tinggi badan, berat badan dan penolong persalinan.

d) Riwayat nifas sekarang

Adanya jumlah lochea, kontraksi uterus, konsistensi uterus dan tinggi fundus.

d. Pola Aktivitas Sehari-hari

1) Nutrisi

Menggambarkan tentang pola makan dan minum yang meliputi nafsu makan, frekuensi makan, banyak, jenis makanan, juga pantangan makanan.

2) Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar dan buang air kecil, meliputi frekuensi, jumlah konsisten, warna dan bau, apakah terjadi diuresis setelah melahirkan, apakah terjadi retensi urine karena takut luka episiotomy, apakah perlu bantuan, dan kebiasaan penggunaan toilet.

3) Istirahat tidur

Menggambarkan pola istirahat dan tidur klien, berapa jam klien tidur, kebiasaan sebelum tidur misalnya membaca, kebiasaan tidur siang, penggunaan waktu luang.

4) Personal hygiene

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah genetalia, karena pada masa nifas masih mengeluarkan lochea.

5) Aktivitas

Pada pola ini dikaji pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya. Apakah ibu melakukan ambulasi, seberapa sering, apakah kesulitan, dengan bantuan atau sendiri.

e. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum, kesadaran

2) Tanda-tanda vital

a) Tekanan darah, nilai normalnya yaitu $<140/90$ mmHg

b) Suhu tubuh normal yaitu kurang dari 38°C . Pada hari keempat setelah persalinan suhu ibu bias naik sedikit kemungkinan disebabkan dari aktivitas payudara.

c) Nadi normal ibu nifas adalah 60-100. Denyut nadi ibu akan melambat sekitar 60x/menit yakni pada waktu habis persalinan karena ibu dalam keadaan istirahat penuh.

d) Pernafasan normal yaitu 20-30x/menit. Pada umumnya respirasi lambat atau bahkan normal. Bila ada respirasi cepat post partum (>30 x/menit) mungkin karena adanya ikatan dari tanda-tanda syok.

3) Payudara

Dalam melakukan pengkajian apakah terdapat benjolan, pembesaran kelenjar, dan bagaimanakah keadaan puting susu ibu apakah menonjol atau tidak, apakah payudara ibu ada benjolan atau tidak.

4) Uterus

Dalam pemeriksaan uterus yang diamati antara lain : tinggi fundus uteri apakah sesuai dengan involusi uteri, apakah kontraksi uterus baik atau tidak, apakah konsistensinya lunak atau tidak, apabila uterus awalnya berkontraksi dengan baik maka pada saat palpasi tidak akan tampak peningkatan aliran pengeluaran lochea.

5) Kandung kemih

Jika ibu tidak dapat berkemih dalam 6 jam post partum, bantu ibu dengan cara menyiramkan air hangat dan bersih ke vulva dan perineum ibu. Setelah kandung kemih dikosongkan, maka lakukan masase pada fundus agar uterus berkontraksi dengan baik

6) Genetalia

Yang dilakukan pada saat melakukan pemeriksaan genetalia adalah periksa pengeluaran lochea, warna, bau dan jumlahnya. Periksa apakah ada hematoma vulva (gumpalan darah) gejala yang paling jelas dan dapat diidentifikasi dengan inspeksi vagina dan

serviks dengan cermat, lihat kebersihan pada genetalia ibu, anjurkan kepada ibu agar selalu menjaga kebersihan pada alat genetaliaanya karena pada masa nifas ini ibuu sangat mudah sekali untuk terkena infeksi.

7) Perineum

Saat melakukan pemeriksaan perineum periksalah jahitan laserasinya.

8) Ekstremitas bawah

Pada pemeriksaan kaki apakah ada varises, oedema, reflek patella, nyeri tekan atau panas pada betis

9) Pengkajian psikologi dan pengetahuan ibu (Sunarsih, 2014)

f. Data Psikologis

Pada hari pertama sampai hari kedua klien berada pada fase talking in, dimana klien terfokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Pada hari ketiga sampai hari ke sepuluh setelah melahirkan klien akan merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan tanggungjawab terhadap bayinya, fase ini disebut fase taking hold, setelah masalah khawatir terlewati klien akan mengalami fase letting go dimana klien menerima tanggungjawab akan peran barunya, fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan (Yanti & Sundawati, 2011).

g. Data Sosial

Mengkaji hubungan dan pola interaksi klien dengan keluarga, perawat dan lingkungan sekitarnya.

h. Pemenuhan Seksual

Mengkaji kebutuhan klien terhadap permasalahan seksual pada masa kehamilan sampai masa post partum.

i. Data spiritual

Mengkaji kebiasaan ibadah klien, dan mengetahui apakah adanya adat istiadat dari suatu daerah yang dianut oleh klien dan keluarga mengenai perawatan masa nifas yang berpengaruh buruk pada kesehatan ibu dan bayi (Pitriani & Andriyani, 2014)

j. Pengetahuan tentang perawatan diri

Mengkaji pengetahuan tentang perawatan diri ibu untuk mengetahui seberapa jauh pengetahuan ibu tentang perawatan setelah melahirkan (Pitriani & Andriyani, 2014)

k. Pemeriksaan penunjang

Menurut Wahyuningsih, 2019

1) Darah lengkap : hemoglobin, hematocrit, golongan darah, masa pembekuan, masa pendarahan

2) Urine lengkap

3) USG (ultrasonografi)

l. Analisa data

Tahap terakhir dari pengkajian adalah analisa data untuk menentukan diagnosa keperawatan. Analisa data dilakukan melalui pengesahan data, pengelompokkan data, menafsirkan adanya kesenjangan serta kesimpulan tentang masalah yang ada (Green, 2012).

Tabel 2.2
Analisa Data 1

No	Data	Etiologi	Masalah
1	- Kemungkinan klien melaporkan nyeri - Perubahan tekanan darah - Merengek, meringis, gelisah	Post partum normal menyebabkan perubahan fisiologi pada vagina dan perineum terjadi rupture jaringan dan trauma mekanis dan menyebabkan nyeri akut	Nyeri akut
2	- Kemungkinan klien tidak tahu cara perawatan vulva - Kemungkinan klien tidak bisa membersihkan vagina nya secara mandiri - Leukosit meningkat - Adanya tanda-tanda infeksi - Suhu tubuh meningkat	Post partum normal menyebabkan perubahan fisiologi pada vagina dan perineum terjadi rupture jaringan lalu personal hygiene kurang baik dan genetalia kotor dan menyebabkan resiko infeksi	Resiko infeksi
3	- Kemungkinan klien tidak mengetahui cara perawatan payudara - Payudara bengkak - Ketidakcukupan kesempatan untuk menghisap payudara	Post partum hari ke 1 terjadi perubahan fisiologi dan laktasi serta perubahan pada struktur dan karakter payudara ibu dan hormone estrogen sehingga prolactin meningkat untuk pembentukan ASI dan penyempitan pada duktus intiverus mengakibatkan ASI tidak keluar dan menyebabkan resiko menyusui tidak efektif	Menyusui tidak efektif

4	- Kemungkinan klien sulit untuk bergerak karena nyeri pada daerah vagina - Kemungkinan aktivitas klien dibantu	Post partum normal menyebabkan perubahan fisiologi pada vagina dan perineum adanya trauma mekanis dan rasa nyeri bila bergerak serta kelemahan dan keterbatasan gerak menyebabkan hambatan mobilitas fisik	Hambatan mobilitas fisik
5	- Kemungkinan klien tidak paham mengenai perawatan diri	Post partum normal terjadi perubahan psikologi dan taking hold (ketergantungan kemandirin) sehingga perlu belajar mengenai perawatan diri dan bayi dan membutuhkan informasi menyebabkan kurang pengetahuan	Kurang pengetahuan
6	- Kemungkinan klien merasa tidak cukup istirahat	Post partum normal terjadi perubahan psikologi dan taking in (ketergantungan) sehingga butuh perlindungan dan pelayanan serta berfokus pada diri sendiri dan lemas menyebabkan gangguan pola tidur	Gangguan pola tidur

(Sumber : Nanda, 2018)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnose keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons manusia terhadap gangguan kesehatan/proses kehidupan, atau kerentanan terhadap respons tersebut dari seorang individu, keluarga, kelompok atau komunitas. (Nanda, 2013 dalam nanda, 2018)

- Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
- Resiko infeksi berhubungan dengan kurang pengetahuan cara perawatan vulva

- c. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang pengetahuan cara perawatan payudara bagi ibu menyusui
- d. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan, keterbatasan gerak
- e. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya perawatan payudara
- f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan respon hormonal psikologis, proses persalinan dan proses melelahkan.

3. Rencana Keperawatan

Intervensi keperawatan didefinisikan sebagai berbagai perawatan, berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan, yang dilakukan oleh seorang perawat untuk meningkatkan hasil klien/pasien (Nanda, 2018)

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, nyeri setelah melahirkan.

Tabel 2.3

Perencanaan Keperawatan 1

Tujuan	Intervensi	Rasional
Setelah dilakukan tindakan keperawatan nyeri berkurang dengan kriteria hasil : - Klien mengatakan nyeri berkurang - Klien terlihat rileks, ekspresi wajah tidak tegang, klien bisa tidur nyaman	1) Kaji karakteristik nyeri klien dengan PQRST (P : faktor penambah dan pengurang nyeri, Q : kualitas atau jenis nyeri, R : region atau daerah yang mengalami nyeri, S : skala nyeri, T : waktu	1) Untuk mengetahui skala nyeri dan sejauh mana rasa nyeri menyebar atau tidak

- Tanda-tanda vital dalam batas normal: Suhu 36-37 °C, nadi 60-100x/menit, respirasi 16-24x/menit, tekanan darah 12/80 mmHg	dan frekuensi nyeri) 2) Observasi tanda-tanda vital 3) Ajarkan teknik relaksasi dan distraksi untuk mengurangi nyeri 4) Biarkan klien melakukan aktivitas yang disukai dan alihkan perhatian klien pada hal lain 5) Kolaborasi pemberian analgetik	2) Mengetahui keadaan umum klien 3) Dengan menganjurkan teknik pengalihan diharapkan klien tidak berfokus pada nyeri dan bisa teralihkan pada hal lain 4) Beraktivitas sesuai kesenangan dapat mengalihkan perhatian klien dari rasa nyeri 5) Untuk menekan atau mengurangi nyeri
--	--	---

(Sumber : NIC, 2013)

b. Resiko infeksi berhubungan dengan proses melahirkan

Tabel 2.4

Perencanaan Keperawatan 2

Tujuan	Intervensi	Rasional
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24jam resiko infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil : - Tanda-tanda vital klien dalam batas normal - Tidak ditemukan tanda-tanda infeksi pada daerah perineum - Klien bisa membersihkan	1) Monitor tanda-tanda vital 2) Kaji daerah perineum dan vulva 3) Kaji pengetahuan pasien mengenai cara perawatan ibu post partum 4) Ajarkan perawatan vulva bagi klien	1) Peningkatan suhu dapat mengidentifikasi adanya infeksi 2) Menentukan adakah tanda peradangan di daerah vulva dan perineum 3) Klien mengetahui cara perawatan vulva bagi dirinya 4) Klien mengetahui perawatan vulva bagi dirinya

daerah vaginanya secara mandiri	5) Anjurkan klien mencuci tangan sebelum memegang daerah vulvanya	5) Mencegah terjadinya infeksi
---------------------------------	---	--------------------------------

(Sumber : NIC, 2013)

- c. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang pengetahuan cara perawatan payudara bagi ibu menyusui

Tabel 2.5

Perencanaan Keperawatan 3

Tujuan	Intervensi	Rasional
Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x 24 jam diharapkan masalah kurangnya pengetahuan teratasi dengan kriteria hasil : - Klien mengetahui cara perawatan payudara bagi ibu menyusui - ASI keluar - Payudara bersih - Payudara tidak bengkak dan nyeri - Bayi mau menetek	1) Kaji pengetahuan klien terhadap laktasi dan perawatan payudara 2) Ajarkan cara perawatan payudara dan lakukan breast care 3) Jelaskan mengenai manfaat menyusui dan mengenai gizi waktu menyusui 4) Jelaskan cara menyusui yang benar	1) Mengetahui tingkat pengetahuan klien dan untuk menentukan intervensi selanjutnya 2) Meningkatkan pengetahuan klien dan mencegah terjadinya bengkak pada payudara 3) Mengetahui pengetahuan bagi ibu mengenai manfaat ASI bagi bayi 4) Mencegah terjadinya aspirasi pada bayi

(Sumber : NIC, 2013)

- d. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan, keterbatasan gerak.

Tabel 2.6

Perencanaan Keperawatan 4

Tujuan	Intervensi	Rasional
Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x 24 jam diharapkan hambatan mobilitas fisik klien terpenuhi teratasi dengan kriteria hasil : - Klien dapat melakukan aktivitas tanpa dibantu orang lain - Klien tidak kesulitan berjalan - Klien dapat mendemonstrasikan kemampuan mobilisasi dengan baik - klien mengatakan tidak lemas lagi - klien mengerti tentang mobilisasi dini ibu pos partum	1) Kaji masalah mobilisasi klien 2) Latih relaksasi nafas dalam dan pergerakan ringan seperti mengencangkan dahi, bahu dan ekstremitas 3) Latih gerak klien secara bertahap, miring, duduk dan berdiri 4) Anjurkan klien makan makanan yang bergizi 5) Edukasi tentang pentingnya mobilisasi dini bagi ibu post partum	1) Mengetahui masalah dan dapat merumuskan intervensi yang sesuai 2) Melatih agar otot-otot bisa lemas dan mencegah kekakuan sendi 3) Mengembalikan fungsi kemampuan gerak klien secara bertahap 4) Makan-makanan yang bergizi dapat mempercepat pemulihan keadaan umum dan meningkatkan produksi ASI 5) Meningkatkan pengetahuan klien yang diharapkan akan meningkatkan motivasi klien untuk berlatih mobilisasi dini dan mengurangi kecemasan akibat kurangnya pengetahuan

(Sumber : NIC, 2013)

- e. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya perawatan payudara

Tabel 2.7

Perencanaan Keperawatan 5

Tujuan	Intervensi	Rasional
Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x 24 jam diharapkan masalah kurangnya pengetahuan teratasi dengan kriteria hasil : - Klien mengetahui cara perawatan payudara dengan baik dan benar - Pengetahuan pemberian ASI : bertambahnya tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI - Kemantapan pemberian ASI : perlekatan bayi yang sesuai pada proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI	1) Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan klien 2) Jelaskan cara perawatan payudara dengan <i>breast care</i> 3) Berikan penjelasan tentang tujuan perawatan payudara 4) Berikan informasi tentang laktasi dan memompa ASI 5) Demonstrasikan cara perawatan payudara 6) Beri kesempatan klien untuk mempraktekkan kembali setiap langkah perawatan payudara	1) Mengetahui tingkat pengetahuan klien 2) Memberikan informasi sehingga menambah pengetahuan klien 3) Mengetahui dan mengerti tentang tujuan perawatan payudara 4) Memberikan informasi teknik memompa ASI agar ASI tidak menggumpal di payudara 5) Agar mengetahui dan mengerti tentang perawatan payudara 6) Dapat mengevaluasi sejauh mana pengetahuan klien tentang perawatan payudara

(Sumber : NIC, 2013)

- f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan respon hormonal psikologis, proses persalinan dan proses melelahkan.

Tabel 2.8

Perencanaan Keperawatan 6

Tujuan	Intervensi	Rasional
Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x24 jam diharapkan istirahat dan tidur terpenuhi dengan kriteria hasil : - Mengidentifikasi penilaian untuk mengakomodasi perubahan yang diperlukan dengan kebutuhan terhadap anggota keluarga baru. Melaporkan peningkatan rasa sejahtera istirahat	1) Kaji tingkat kelelahan dan kebutuhan untuk istirahat. Catat lama persalinan dan jenis kelahiran 2) Kaji faktor-faktor bila ada yang mempengaruhi istirahat 3) Berikan informasi tentang kebutuhan tidur/istirahat setelah kembali ke rumah	1) Persalinan/kelahiran yang lama dan sulit khususnya bila terjadi malam meningkatkan tingkat kelelahan 2) Membantu meningkatkan istirahat, tidur dan relaksasi, menurunkan rangsang 3) Rencana kreatif yang memperoleh untuk tidur dengan bayi lebih awal serta tidur lebih siang membantu untuk memenuhi kebutuhan tubuh serta menyadari kelelahan berlebih, kelelahan dapat mempengaruhi penilaian psikologis, suplai ASI dan penurunan reflek secara psikologis

(Sumber : NIC, 2013)

4. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan adalah pelaksanaan tindakan yang telah ditentukan, dengan maksud agar kebutuhan pasien terpeuhi secara optimal. (Basri dkk, 2020)

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses penilaian pencapaian tujuan serta pengkajian ulang rencana keperawatan. Evaluasi menilai respon pasien yang meliputi subyek, obyek, pengkajian kembali (*assessment*), rencana tindakan (*planning*) (Basri dkk, 2020)

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas Klien

Nama	: Ny. L
Umur	: 27 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Alamat	: Andir Bayongbong
No RM	: 154735
Tanggal masuk PKM	: 25 April 2021
Tanggal pengkajian	: 26 April 2021
Riwayat Obstetri	: P1A0

b. Identitas penanggung jawab

Nama	: Tn. Y
Umur	: 30 Tahun
Jenis kelamin	: Laki-laki
Pekerjaan	: Wiraswasta

Alamat : Andir Bayongbong

Hubungan dengan klien : Suami

c. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Klien mengeluh nyeri pada daerah genitalia

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 26 April 2021 pukul 08.00 klien mengeluh nyeri pada area jalan lahir, nyeri bertambah ketika klien banyak bergerak/jalan dan nyeri berkurang ketika klien duduk dan tidur, klien tampak meringis pada saat bergerak atau berjalan. Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 5 dari 0-10, dan nyeri hilang timbul

3) Riwayat kesehatan dahulu

Menurut penuturan klien, klien tidak pernah menderita penyakit genetic seperti DM (Diabetes Melitus) dan hipertensi, klien juga mengatakan tidak mempunyai penyakit yang memperberat kehamilannya.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Didalam anggota keluarga Ny. L tidak ada yang mempunyai penyakit berat apapun seperti penyakit jantung, hipertensi, maupun penyakit menular.

5) Riwayat obstetrik dan ginekologi

a) Riwayat menstruasi

Menarche : 15 tahun

Siklus : 28 hari

Durasi : 7 hari

HPHT : 23 Juli 2020

HPL : 29 April 2021

Keluhan : Selalu mengalami nyeri perut saat haid

b) Riwayat perkawinan

Status : menikah

Umur menikah : 25 tahun

Lamanya menikah : 2 tahun

c) Riwayat Keluarga Berencana

Klien mengatakan menggunakan KB suntik

d) Riwayat penyakit Ginekologi

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

e) Riwayat Kehamilan

Kehamilan : pertama

Tempat melahirkan : di Puskesmas

Penolong : bidan

Lama kehamilan : 9 bulan

Cara persalinan : persalinan normal (post partumspontan)

BB bayi : 2800 gram

f) Riwayat persalinan sekarang

Tanggal : 25 April 2021

Hari : Minggu

JenisKelamin : Perempuan

Lama Persalinan : 2 jam

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Kesadaran umum : Composmentis, E:4, M:6, v:5

Penampilan umum : klien tampak lemah

2) Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 130/80 mmHg,

Respirasi : 22x/menit

Nadi : 85x/menit, suhu : 37,2°C

3) Kepala

Warna rambut hitam panjang sepunggung, keadaan rambut terlihat tidak rapih, tidak terdapat benjolan, dan tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat odema pada wajah.

4) Mata

Posisi mata kanan dan kiri simetris, sclera putih, konjungtiva merah muda, bola mata dapat digerakkan ke segala arah, refleks pupil

normal terbukti pada saat diberi rangsangan cahaya pupil mengecil, fungsi penglihatan baik terbukti pada klien dapat membaca papan nama

5) Telinga

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

6) Hidung

Posisi antara lubang kanan dan kiri simetris, tidak tampak adanya kotoran, tidak terdapat lesi, fungsi penciuman baik pada saat diberi aroma kayu putih dan parfum klien dapat membedakan aroma bau tersebut.

7) Mulut

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

8) Leher

Posisi simetris antara bahu kanan dan kiri, tidak ada peningkatan JVP (Jugular Venous Pressure), tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, pergerakan leher baik dapat menengok ke kanan dan kiri.

9) Dada

Jantung : Bunyi jantung lup dup, irama jantung regular, tidak ada kelainan atau suara tambahan pada bunyi jantung, tidak ada cyanosis.

Paru-paru : Pengembangan dada simetris antara kiri dan kanan, bunyi paru-paru vesikuler, respirasi 22x/menit.

Payudara : Bentuk payudara kanan dan kiri simetris, ada nyeri tekan, puting susu menonjol, areola mammae hiperpigmentasi, terdapat pengeluaran colostrum, pengeluaran ASI sedikit.

10) Abdomen

Bentuk abdomen cembung, bising usus 8x/ menit, TFU 2 jari dibawah pusat, tidak ada distensi abdomen, ada nyeri tekan, terdapat striae, dan terdapat linea nigra.

11) Genitalia

Terdapat lochea rubra, tidak ada luka jahitan pada jalan lahir, tidak terpasang kateter dan genitalia tampak kotor

12) Kulit

Warna kulit sawo matang, tekstur kulit halus, turgor kulit baik terbukti kulit saat dicubit/ditarik kembali dalam <2 detik.

13) Kuku

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

14) Ekstremitas

Ekstremitas atas : bentuk simetris antara kiri dan kanan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkan, tidak terpasang infuse, mampu digerakkan ke segala arah.

Ekstremitas bawah : bentuk simetris antara kiri dan kanan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkan, refleks patella (+), mampu digerakkan tapi lemah.

Kekuatan Otot

5	5	:
4	4	

e. Aspek Psikososial Spiritual

1) Konsep diri

a) Identitas diri

Klien merasa sebagai perempuan yang sempurna karena bisa hamil dan mempunyai anak.

b) Peran diri

Klien berperan sebagai istri dari suaminya, sebagai ibu dari anaknya, tapi sementara ini klien berperan sebagai pasien yang sedang mendapatkan perawatan

c) Ideal diri

Klien ingin cepat sembuh dan ingin segera pulang ke rumah

d) Harga diri

Klien merasa sangat dihargai suaminya, keluarganya dan juga oleh tetangganya

e) Citra diri

Klien bersyukur dan menerima dengan penampilan tubuhnya.

2) Aspek Sosial

a) Pendidikan

Pendidikan terakhir klien SMA

b) Hubungan social

Hubungan klien dengan perawat dan lingkungan sekitar baik

c) Pola interaksi

Klien dapat berinteraksi dengan baik, baik dengan perawat maupun dengan orang di lingkungan sekitar

d) Pola koping

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

3) Aspek Spiritual

Klien beragama islma, klien selalu berdo'a untuk kesembuhannya dank lien yakin sakit yang dirasakan merupakan cobaan dari Alloh SWT

f. Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3.1

Pola Aktivitas Sehari-hari

No.	Aktivitas	Di rumah	Di puskesmas
1	Pola nutrisi a. Jenis Makanan Frekuensi Cara Porsi Keluhan b. Jenis Minum Frekuensi Cara	Nasi, sayur, daging 3x/hari Mandiri 1 porsi habis Tidak ada keluhan Air putih 8-9 gelas/hari Mandiri	Nasi, sayur, daging 3x/hari Mandiri 1 porsi habis Tidak ada keluhan Air putih 6-7 gelas/hari Dibantu
2	Pola Eliminasi a. BAB Frekuensi Warna Konsistensi Bau Cara Keluhan b. BAK Frekuensi Warna Bau Cara	1x/hari Kuning khas feses Padat Khas feses Mandiri Tidak ada 4-5x/hari Khas urine Khas urine Mandiri	1x/hari Kuning khas feses Padat Khas feses Mandiri Tidak ada 6-7x/hari Khas urine Khas urine Dibantu
3	Pola Istirahat Tidur a. Tidur siang Keluhan b. Tidur malam Keluhan	1-2 jam/hari Tidak ada 6-7 jam/hari Tidak ada	1 jam/hari Tidak ada 6 jam/hari Tidak ada
4	Personal Hygiene Mandi Gosok gigi Ganti pakaian Perawatan vulva Cara Keluhan	2x/hari 2x/hari 2x/hari Pada saat mandi Mandiri Tidak ada	1x/hari 1x/hari 2x/hari Pada saat ganti pembalut Dibantu Aktivitas dibantu

g. Data Penunjang

Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal : 26 April 2021

Tabel 3.2

Hasil Pemeriksaan Laboratorium

No	Laboratorium	Hasil	Nilai normal
1	Pemeriksaan Darah		
	Haemoglobin	11 g/dl	P : 12-16
	Hematokrit	40%	P : 37-43
	Leukosit	9,510/mm ³	4.000-10.000
	Trombosit	350 ribu/mm ³	150-450
	Eritrosit	4,5 juta/mm ³	4,0-5,5

h. Terapi Medis

Amoxilin 3x1 500mg (oral)

Paracetamol 3x1 500mg (oral)

i. Analisa Data

Tabel 3.3

Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Ds : - Klien mengeluh nyeri pada daerah vagina - Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dan nyeri dirasakan ketika bergerak. Do : - Tekanan darah 130/80 mmHg - Klien tampak meringis - Skala nyeri 5 dari (0-10)	Post partum normal menyebabkan perubahan fisiologi pada vagina dan perineum terjadi rupture jaringan dan menyebabkan nyeri akut	Nyeri akut

2	Ds : - Klien mengatakan sulit untuk bergerak karena nyeri pada daerah vagina Klien mengatakan nyeri dirasakan ketika bergerak, dan apabila diistirahatkan nyeri berkurang Do : - Aktivitas klien dibantu - Kekuatan otot pada ekstremitas bawah 4	Post partum normal menyebabkan perubahan fisiologi pada vagina dan perineum adanya trauma mekanis dan terjadi keterbatasan akibat rasa nyeri menyebabkan hambatan mobilitas fisik	Hambatan mobilitas fisik
3	Ds : -Klien mengatakan tidak tahu bagaimana cara perawatan payudara agar ASI nya keluar dengan lancar - Klien mengatakan ASI nya keluar tapi sedikit-sedikit Do : - Terdapat pengeluaran colostrum dan pengeluaran ASI sedikit	Post partum normal terjadi perubahan psikologi dan taking hold (ketergantungan kemandirin) sehingga perlu belajar mengenai perawatan diri dan bayi dan membutuh informasi menyebabkan kurang pengetahuan	Kurang pengetahuan

(Sumber : Nanda, 2015)

2. Diagnosa Keperawatan berdasarkan prioritas

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

Ds :

- 1) Klien mengatakan nyeri pada daerah vagina
- 2) Klien mengatakan nyeri pada daerah vagina, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan saat bergerak

Do :

- 1) Wajah klien tampak meringis
- 2) Tekanan darah : 130/90 mmHg
- 3) Skala nyeri yang dirasakan 5 (0-10)

b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan, keterbatasan gerak, ditandai dengan :

Ds :

- 1) Klien mengatakan sulit untuk bergerak karena nyeri pada daerah vagina
- 2) Klien mengatakan nyeri dirasakan ketika bergerak, dan apabila diistirahatkan nyeri berkurang

Do :

- 1) Aktivitas klien dibantu
- 2) Kekuatan otot pada ekstremitas bawah 4

c. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya perawatan payudara, ditandai dengan :

Ds :

- 1) Klien mengatakan tidak tahu bagaimana cara perawatan payudara agar ASI nya keluar dengan lancar
- 2) Klien mengatakan ASI nya keluar tapi sedikit-sedikit

Do :

- 1) Terdapat pengeluaran colostrum dan pengeluaran ASI sedikit

3. Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi

Nama : Ny. L

Umur : 27 Tahun

Tanggal pengkajian : 26 April 2021

Tabel 3.4

Proses Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan				Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, ditandai dengan : Ds : a. Klien mengatakan nyeri pada daerah vagina b. Klien mengatakan nyeri pada daerah vagina, nyeri dirasakan seperti ditusuk-	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam. Nyeri berkurang dengan kriteria hasil : a. Klien mengatakan nyeri berkurang b. Klien terlihat rileks, ekspresi wajah tidak tegang, klien	a. Lakukan pengkajian secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi b. Observasi tanda-tanda vital	a. Mengidentifikasi kebutuhan dan menentukan intervensi yang tepat b. Mengetahui keadaan umum klien	Tanggal 26 April 2021 Jam 08. 30 - Melakukan pengkajian nyeri pada klien dengan skala nyeri 5 dari rentang nyeri 0-10 Jam 08. 35 - Mengobservasi tanda-tanda vital klien	Tanggal 26 April 2021 Jam 12. 30 S : klien mengatakan masih ada nyeri pada daerah vagina. O : - Klien tampak meringis - Skala nyeri 5 (0-10) - Tekanan darah 130/80 mmHg Nadi 80x/menit

	tusuk, nyeri dirasakan saat bergerak Do : - Wajah klien tampak meringis - Tekanan darah : 130/90 mmHg - Skala nyeri yang dirasakan 5 (0-10)	bisa tidur nyaman c. Tanda-tanda vital dalam batas normal: Suhu 36-37 °C, nadi 60-100x/menit, respirasi 16-24x/menit, tekanan darah 12/80 mmHg	c. Ajarkan teknik relaksasi dan distraksi untuk mengurangi nyeri d. Kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri	c. Dengan menganjurkan teknik pengalihan diharapkan klien tidak berfokus pada nyeri dan bisa teralihkan pada hal lain d. Dengan memberikan analgetik dapat mengurangi nyeri	Hasil : Tekanan darah : 130/80 mmHg Nadi : 85x/menit Respirasi : 22x/menit Suhu : 37,2°C Jam 08. 45 - Melakukan teknik relaksasi atau nafas dalam dan distraksi dengan mengajak bicara klien - Berkolaborasi pemberian obat sesuai advice dokter dengan memberikan paracetamol 1x500gram	Respirasi : 19x/menit Suhu 37°C A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi - Lakukan pengkajian secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi - Observasi tanda-tanda vital - Ajarkan teknik relaksasi dan distraksi
--	---	--	---	---	---	--

						seperti napas dalam dan mengeluarkan nya lewat mulut d. Kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri Syifa Fauziah Latifah
2	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan, keterbatasan gerak, ditandai dengan : Ds : a. Klien mengatakan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan hambatan mobilitas fisik klien terpenuhi teratasi dengan kriteria hasil :	a. Kaji masalah mobilisasi klien b. Latih relaksasi nafas dalam dan	a. Mengetahui masalah dan dapat merumuskan intervensi yang sesuai b. Melatih agar otot-otot bisa	Syifa Fauziah Latifah Tanggal 26 April 2021 Jam 09. 30 - Mengkaji masalah mobilisasi klien Jam 09. 35	Tanggal 26 April 2021 Jam 13. 15 S : Klien mengatakan sudah bisa melakukan latihan gerak meskipun sedikit-

	sulit untuk bergerak karena nyeri pada daerah vagina b. Klien mengatakan nyeri dirasakan ketika bergerak, dan apabila diistirahatkan nyeri berkurang Do : a. Aktivitas klien dibantu b. Kekuatan otot pada tungkai 4	- Klien dapat melakukan aktivitas tanpa dibantu orang lain - Klien tidak kesulitan berjalan - Klien dapat mendemonstrasikan kemampuan mobilisasi dengan baik - klien mengatakan tidak lemas lagi - klien mengerti tentang mobilisasi dini ibu pos partum	pergerakan ringan seperti mengencangkan dahi, bahu dan ekstremitas c. Latih gerak klien secara bertahap, miring, duduk dan berdiri d. Anjurkan klien makan makanan yang bergizi	lemas dan mencegah kekakuan sendi c. Mengembalikan fungsi gerak klien secara bertahap d. Makan-makanan yang bergizi dapat mempercepat pemulihan keadaan umum dan meningkatkan produksi ASI	- Melatih relaksasi nafas dalam dan pergerakan ringan seperti mengencangkan dahi, bahu, dan ekstremitas Jam 09. 45 - Melatih gerak klien secara bertahap, miring, duduk dan berdiri Jam 09. 55 - menganjurkan klien makan makanan yang bergizi	sedikit karena nyeri pada daerah vagina dan dibantu orang lain O : - Aktivitas klien masih dibantu - Kekuatan otot 4 A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi a. Kaji masalah mobilisasi klien b. Latih relaksasi nafas dalam dan pergerakan ringan seperti mengencangkan dahi, bahu dan ekstremitas
--	---	---	--	---	---	--

						c. Latih gerak klien secara bertahap, miring, duduk dan berdiri d. Anjurkan klien makan-makanan yang bergizi
					Syifa Fauziah Latifah	Syifa Fauziah Latifah
3	Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya perawatan payudara, ditandai dengan : Ds : a. Klien mengatakan tidak tahu bagaimana cara perawatan payudara agar ASI nya keluar dengan lancar	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan masalah kurangnya pengetahuan teratasi dengan kriteria hasil : - Klien mengetahui cara perawatan payudara dengan baik dan benar - Pengetahuan pemberian ASI : bertambahnya tingkat pemahaman yang ditunjukkan	a. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan klien b. Jelaskan cara perawatan payudara dengan <i>breast care</i> c. Berikan penjelasan tentang tujuan perawatan payudara	a. Mengetahui tingkat pengetahuan klien b. Memberikan informasi sehingga menambah pengetahuan klien c. Mengetahui dan mengerti tentang tujuan perawatan payudara	Tanggal 26 April 2021 Jam 11. 00 Mengkaji tingkat pengetahuan klien tentang perawatan payudara Jam 11. 10 Menjelaskan cara perawatan payudara (breast care) 11. 20 Memberikan penjelasan tentang	Tanggal 26 April 2021 Jam 14. 30 S : klien mengatakan mengerti cara perawatan payudara dengan teknik breast care O : - Klien tampak memahami dan mengerti cara

	b. Klien mengatakan ASI nya keluar tapi sedikit-sedikit Do : a. Terdapat pengeluaran colostrum dan pengeluaran ASI sedikit	mengenai laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI - Kemantapan pemberian ASI : perlekatan bayi yang sesuai pada proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI	d. Berikan informasi tentang laktasi dan memompa ASI e. Demonstrasikan cara perawatan payudara f. Beri kesempatan klien untuk mempraktekkan kembali setiap langkah perawatan payudara	d. Memberikan informasi teknik memompa ASI agar ASI tidak menggumpal di payudara e. Agar mengetahui dan mengerti tentang perawatan payudara f. Dapat mengevaluasi sejauh mana pengetahuan klien tentang perawatan payudara	tujuan perawatan payudara (breast care) 11. 30 Memberikan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI secara manual 12. 00 Mendemonstrasikan cara perawatan payudara (breast care) 12. 15 Memberikan kesempatan klien untuk mempraktekkan kembali tentang perawatan payudara (breast care)	perawatan payudara - ASI keluar sedikit A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi a. Kaji tingkat pengetahuan klien tentang perawatan payudara b. Jelaskan cara perawatan payudara c. Berikan penjelasan tentang tujuan perawatan payudara d. Berikan informasi tentang laktasi dan teknik
--	---	--	--	---	---	---

						memompa ASI e. Demonstrasik an cara perawatan payudara f. Berikan kesempatan untuk mempraktekk an kembali cara perawatan payudara
					Syifa Fauziah Latifah	Syifa Fauziah Latifah

4. Catatan Perkembangan

Nama : Ny. L
 Umur : 27 Tahun
 Ruang : Poned

Tabel 3.5

Catatan Perkembangan

No	Tanggal	Dx	Catatan perkembangan	Pelaksana
1	27 April 2021 Jam 10.00	1	S : Klien masih mengeluh nyeri pada daerah vagina O : - Skala nyeri 4 (0-10) - Tekanan darah 120/80 mmHg - Nadi 85x/menit - Respirasi : 21x/menit - Suhu 37⁰C A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Lakukan pengkajian secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi - Observasi tanda-tanda vital - Ajarkan teknik relaksasi distraksi untuk mengurangi nyeri - Kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri I : Jam 08.30 - Melakukan pengkajian nyeri pada klien dengan skala nyeri 5 dari rentang nyeri 0-10 Jam 08.35 - Mengobservasi tanda-tanda vital klien Hasil : Tekanan darah :130/80 mmHg Nadi : 85x/menit Respirasi : 22x/menit Suhu : 37,2⁰C Jam 08.45 - Melakukan teknik relaksasi atau nafas dalam dan distraksi dengan mengajak bicara klien - Berkolaborasi pemberian obat sesuai advice dokter dengan memberikan paracetamol 1x500gram	Syifa Fauziah Latifah

			E : Masalah teratasi sebagian	
2	27 April 2021 Jam 10. 45	2	S : a. Klien mengatakan sudah bisa melakukan latihan gerak meskipun sedikit-sedikit kaena nyeri pada daerah vagina dan dibantu orang lain O : b. Aktivitas klien masih dibantu c. Kekuatan otot 4 A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi a. Kaji masalah mobilisasi klien b. Latih relaksasi nafas dalam dan pergerakan ringan seperti mengencangkan dahi, bahu dan ekstremitas c. Latih gerak klien secara bertahap, miring, duduk dan berdiri d. Anjurkan klien makan makanan yang bergizi I : Jam 09. 30 - Mengkaji masalah mobilisasi klien Jam 09. 35 - Melatih relaksasi nafas dalam dan pergerakan ringan seperti mengencangkan dahi, bahu, dan ekstremitas Jam 09. 45 - Melatih gerak klien secara bertahap, miring, duduk dan berdiri 10. 00 - Menganjurkan klien makan makanan yang bergizi E : Masalah Teratasi Sebagian	Syifa Fauziah Latifah
3	27 April 2021 Jam 12. 00	3	S : Klien mengatakan mengerti tentang cara perawatan payudara dengan breast care O : - Klien tampak memahami dan mengerti cara perawatan payudara - ASI keluar masih sedikit A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi a. Kaji tingkat pengetahuan klien tentang perawatan payudara	Syifa Fauziah Latifah

			b. Jelaskan cara perawatan payudara c. Berikan penjelasan tentang tujuan perawatan payudara d. Berikan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI e. Demonstrasikan cara perawatan payudara f. Berikan kesempatan untuk mempraktekkan kembali cara perawatan payudara I : Jam 11. 00 Mengkaji tingkat pengetahuan klien tentang perawatan payudara Jam 11. 10 Menjelaskan cara perawatan payudara (breast care) 11. 20 Memberikan penjelasan tentang tujuan perawatan payudara (breast care) 11. 30 Memberikan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI secara manual 12. 00 Mendemonstrasikan cara perawatan payudara (breast care) 12. 15 Memberikan kesempatan klien untuk mempraktekkan kembali tentang perawatan payudara (breast care) E : masalah teratasi sebagian	
1	28 April 2021 Jam 10. 00	1	S : klien mengatakan nyeri sudah berkurang O : - Klien terlihat tenang - Skala nyeri 3 (0-10) - Tekanan darah 120/80 mmHg Nadi 83x/menit Respirasi : 22x/menit Suhu 37⁰C A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi a. Lakukan pengkajian secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi b. Observasi tanda-tanda vital	Syifa Fauziah Latifah

			c. Ajarkan teknik relaksasi distraksi untuk mengurangi nyeri d. Kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri I : Jam 08. 30 - Melakukan pengkajian nyeri pada klien dengan skala nyeri 3 dari rentang nyeri 0-10 Jam 08. 35 - Mengobservasi tanda-tanda vital klien Hasil : Tekanan darah :120/80 mmHg Nadi : 83x/menit Respirasi : 22x/menit Suhu : 37⁰C Jam 08. 45 - Melakukan teknik relaksasi atau nafas dalam dan distraksi dengan mengajak bicara klien - Bekerjasama pemberian obat sesuai advice dokter dengan memberikan paracetamol 1x500gram E : Masalah teratasi sebagian	
2	27 April 2021 Jam 10. 30	2	S : - Klien mengatakan sudah bisa melakukan latihan gerak meskipun sedikit-sedikit karena nyeri pada daerah vagina dan dibantu orang lain O : - Aktivitas klien masih dibantu - Kekuatan otot 4 A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Kaji masalah mobilisasi klien - Latih relaksasi nafas dalam dan pergerakan ringan seperti mengencangkan dahi, bahu dan ekstremitas - Latih gerak klien secara bertahap, miring, duduk dan berdiri - Menganjurkan klien makan-makanan yang bergizi I : Jam 09. 10 - Mengkaji masalah mobilisasi klien Jam 09. 20	Syifa Fauziah Latifah

			- Melatih relaksasi nafas dalam dan pergerakan ringan seperti mengencangkan dahi, bahu, dan ekstremitas Jam 09. 30 - Melatih gerak klien secara bertahap, miring, duduk dan berdiri Jam 09. 45 - Menganjurkan klien makan- makanan yang bergizi E : Masalah Teratasi Sebagian	
3	28 April 2021 Jam 11. 45	3	S : Klien mengatakan mengerti tentang cara perawatan payudara dengan breast care O : - Klien tampak memahami dan mengerti cara perawatan payudara - ASI keluar masih sedikit A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi - Kaji tingkat pengetahuan klien tentang perawatan payudara - Jelaskan cara perawatan payudara - Berikan penjelasan tentang tujuan perawatan payudara - Berikan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI - Demonstrasikan cara perawatan payudara - Berikan kesempatan untuk mempraktekkan kembali cara perawatan payudara I : Jam 11. 00 Mengkaji tingkat pengetahuan klien tentang perawatan payudara Jam 11. 10 Menjelaskan cara perawatan payudara (breast care) 11. 20 Memberikan penjelasan tentang tujuan perawatan payudara (breast care) 11. 30 Memberikan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI secara manual 12. 00 Mendemonstrasikan cara perawatan payudara (breast care) 12. 15	Syifa Fauziah Latifah

			Memberikan kesempatan klien untuk mempraktekkan kembali tentang perawatan payudara (breast care) E : masalah teratasi sebagian	
--	--	--	---	--

B. Pembahasan

Dalam pembahasan ini penulis akan membahas tentang hal-hal yang mendukung dan menghambat serta kesenjangan antara teori dan konsep serta kenyataan yang penulis dapatkan selama melakukan asuhan keperawatan maternitas Ny. L di Puskesmas Bayongbong Kabupaten Garut. Dalam memberikan asuhan keperawatan penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terbagi dalam lima tahapan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Tahapan-tahapan tersebut yaitu :

1. Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Effendy, 1995 dalam Dermawan, 2012)

- a. Sesuai dengan teori pada tahap pengkajian ini, penulis melakukan pengkajian pada Ny. L dengan menggunakan metode wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik untuk menambah data yang diperlukan. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 26 April 2021 pukul 10. 00 WIB Ny. L mengeluh nyeri pada kemaluannya. Nyeri

bertambah ketika klien banyak bergerak/jalan dan nyeri berkurang ketika klien duduk dan tidur. Klien tampak meringis pada saat bergerak atau berjalan. Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 5 dari 0-10, dan nyeri hilang timbul, tekanan darah 130/80 mmHg, respirasi 22x/menit, nadi 85x/menit, suhu 37,2°C dari data tersebut maka muncullah masalah nyeri akut.

- b. Pada post partum spontan hari ke -1 klien mengatakan sulit untuk bergerak karena nyeri pada daerah vagina sehingga aktivitas klien terhambat, maka dari data tersebut muncullah masalah hambatan mobilitas fisik.
- c. Pada post partum normal hari ke-1 klien mengatakan Klien mengatakan tidak tahu bagaimana cara perawatan payudara agar ASI nya keluar dengan lancar dan klien mengatakan ASI nya keluar tapi sedikit-sedikit maka dari data tersebut muncullah masalah kurang pengetahuan tentang perawatan payudara.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas, singkat dan pasti tentang masalah pasien yang nyata serta penyebabnya dapat dipecahkan atau diubah melalui tindakan keperawatan (Gordon, 1982 dalam Dermawan, 2012)

Adapun diagnose yang ditegakkan penulis pada Ny. L diantaranya adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, karena pada saat dikaji klien mengatakan nyeri pada daerah vagina, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan saat bergerak, skala nyeri yang dirasakan 5 (0-10)
- b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan, keterbatasan gerak, karena pada saat dikaji klien mengatakan sulit untuk bergerak karena nyeri pada daerah vagina dan klien mengatakan nyeri dirasakan ketika bergerak, dan apabila diistirahatkan nyeri berkurang seta Aktivitas klien dibantu.
- c. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya perawatan payudara, karena pada saat dikaji klien mengatakan tidak tahu bagaimana cara perawatan payudara agar ASI nya keluar dengan lancar, dan klien mengatakan ASI nya keluar tapi sedikit-sedikit

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan kesehatan pasien, hasil yang akan diharapkan dan kemajuan pasien secara spesifik (Manurung, 2011)

Pada tahap perencanaan ini, penulis menyusun rencana tindakan keperawatan yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi saat pengkajian. Upaya mengatasi perencanaan nyeri akut dilakukan intervensi seperti : kaji tingkat nyeri, observasi tanda-tanda vital, ajarkan teknik relaksasi dan distraksi yaitu mengalihkan perhatian klien terhadap nyeri dan klien tidak berfokus pada rasa nyerinya

serta melaksanakan hasil kolaborasi tim medis dalam memberikan terapi analgetik. Untuk diagnosa hambatan mobilitas fisik adalah : kaji masalah mobilisasi klien, latih relaksasi nafas dalam dan pergerakkan ringan seperti mengencangkan dahi, bahu dan ekstremitas, latih gerak klien secara bertahap, miring, duduk dan berdiri. Untuk diagnosa kurang pengetahuan yang dilakukan adalah : Kaji tingkat pengetahuan klien tentang perawatan payudara, jelaskan cara perawatan payudara, berikan penjelasan tentang tujuan perawatan payudara, berikan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI, demonstrasikan cara perawatan payudara, berikan kesempatan klien untuk mempraktekkan kembali cara perawatan payudara.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran implementasi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien dan keluarga, atau tindakan untuk mencegah kesehatan masalah yang muncul dikemudian hari, semua implementasi keperawatan harus terdokumentasi dengan baik (Yustiana & Abdul, 2016).

Perencanaan dalam proses keperawatan dimulai setelah data terkumpul, analisa data sudah teridentifikasi serta telah ditegaskan suatu diagnose keperawatan. Tahap perencanaan ini penulis menyusun rencana tindakan keperawatan yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi klien saat pengkajian. Dalam tahap ini penulis tidak mengalami hambatan yang cukup sulit. Pada tahap ini juga penulis menjelaskan mengenai rencana tindakan yang dilakukan kepada klien, sehingga klien mau dan mendukung rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan. Untuk setiap perencanaan tindakan pada dasarnya sesuai teori

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan (Mubarak, dkk., 2011).

Tahap evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang berguna untuk menilai kemajuan kondisi klien, yang telah mendapatkan asuhan keperawatan. Setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. L, penulis menemukan tiga masalah keperawatan, diantaranya : Nyeri akut, hambatan mobilitas fisik dan

kurang pengetahuan. Dari ketiga masalah keperawatan itu semuanya teratasi sebagian.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. L P1A0 dengan post partum spontan hari ke-1 di ruang poned UPT Puskesmas Bayongbong Kabupaten Garut, pada tanggal 26 April 2021 dengan menggunakan proses keperawatan. Penulis telah mendapatkan pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. L P1A0 dengan post partum normal di ruang PONED Puskesmas Bayongbong Kabupaten Garut
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. L P1A0 dengan post partum normal di ruang PONED Puskesmas Bayongbong Kabupaten Garut
3. Penulis mampu menyusun intervensi keperawatan pada Ny. L P1A0 dengan post partum normal di ruang PONED Puskesmas Bayongbong Kabupaten Garut
4. Penulis mampu melakukan tindakan keperawatan pada Ny. L P1A0 dengan post partum normal di ruang PONED Puskesmas Bayongbong Kabupaten Garut

5. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. L P1A0 dengan post partum normal di ruang PONED Puskesmas Bayongbong Kabupaten Garut Kabupaten Garut
6. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. L P1A0 dengan post partum normal di ruang PONED Puskesmas Bayongbong Kabupaten Garut

B. Rekomendasi

1. Bagi perawat

Perawat merupakan komponen yang sangat penting dalam menciptakan pelayanan yang bermutu terhadap klien. Oleh karena itu perawat harus memahami dan menguasai konsep pelayanan keperawatan yang maksimal.

2. Bagi pasien dan keluarga

Keterlibatan dan dukungan pasien dan keluarga merupakan faktor pendukung yang sangat diperlukan dalam proses penyembuhan. 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

Dengan mengetahui permasalahan yang dapat timbul pada ibu post partum diharapkan institusi dapat meningkatkan mutu dan kualitas serta perkembangan sesuai prosedur dalam memberikan asuhan

dalam pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan dalam memecahkan suatu masalah

4. Bagi pelayanan kesehatan

Perlu meningkatkan pelayanan keperawatan dan meningkatkan kerja sama antara perawat serta seluruh komponen yang terlibat dalam melakukan asuhan keperawatan, dengan demikian diharapkan dapat terjalin kerja sama yang baik dengan keluarga klien dalam membantu proses penyembuhan klien.

DAFTAR PUSTAKA

- Abidin, MZ. 2011. *Asuhan Postnatal Care*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Aspiani, Reni Yuli. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Trans Info Media
- Baharudin Basri. Egi mulyadi. Tri Utami. 2020. *Konsep dasar dokumentasi keperawatan*. Bandung: Penerbit Media Sains Indonesia
- Bahiyatun. 2016. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal*. Jakarta: EGC
- Bickley lynn S. (2015). *Buku Ajar Pemeriksaan Fisik dan Riwayat Kesehatan* (Ed. 11) Jakarta: EGC
- Budiono, Sumirah. 2016. *Konsep Dasar Keperawatan*. Bumi Medika
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2020. *Profil Dinas Kesehatan Republik Indonesia tahun 2020* (diakses pada tanggal 08 Juni 2021)
- Dermawan, D. (2012). *Proses Keperawatan Penerapan Konsep & Kerangka Kerja* (1st ed.). Yogyakarta: Gosyen Publishing
- Dewi, Vivian Nanny Lia Tri Sunarsih. 2014. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Jakarta: Salemba Medika
- Dinas Kesehatan Kabupaten Garut. 2019. *Profil Kesehatan Kabupaten Garut*. 2019 (diakses pada tanggal 08 Juni 2021)
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat 2020. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat*. 2020 (diakses pada tanggal 08 Juni 2021)
- Green, Carol. 2012. *Rencana Asuhan Keperawatan Maternal dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: EGC
- Herdman, T.H. (2018). *NANDA International Nursing Diagnoses: definitions and classification 2018-2020*. Jakarta: EGC
- Manurung, S. (2011). *Buku ajar keperawatan maternitas asuhan keperawatan intranatal*. Jakarta : Trans Info Medika
- Mubarak, W. 2011. *Promosi Kesehatan Masyarakat untuk Kebidanan*. Jakarta. Salemba Medika.

- Nurjanah, S.N., Siti, A. M., & Laelatul, D. B (2013). *Asuhan Kebidanan Post Partum Dilengkapi dengan Asuhan Kebidanan Post Sectio Caesarea*. Bandung: PT Refrika Aditama
- Olfah, Yustiana, Ghofur, A. (2016) *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta Selatan
- Pitriani Risa & Andriyani Rika, 2014. *Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Normal (ASKEB III)*. Yogtakarta: Deepublish 2014
- Prawiroharjo, S. 2012 *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Sarwono Prawirohardjo
- Saleha S. *Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas*. Jakarta: SalembaMedika: 2013
- Wahyuningsih Sri, 2019. *Asuhan Keperawatan Post Partum*. Yogtakarta: Deepublish (Grup Penerbitan CV Budi Utama) 2019
- Walyani, E. S. (2015). *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan*. *Yogyakarta: Pustaka Baru*
- WHO (World Health Organization). 2019. *Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi*. 2019 (diakses pada tanggal 08 Juni 2021)
- Yanti, Damai & Dian Sundawati. 2011. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas Belajar Menjadi Bidan Profesional*. Bandung: PT Refika Aditama.

**SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)
PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG PERAWATAN PAYUDARA
(BREAST CARE) PADA NY. L DI RUANG PONED PUSKESMAS
BAYONGBONG
KABUPATEN GARUT**



Disusun Oleh :

**Syifa Fauziah Latifah
KHGA 18167**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
TAHUN AJARAN 2019/2020**

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)
PERAWATAN PAYUDARA (BREAST CARE)

Pokok Bahasan : Post Natal Care (PNC)
Sub Pokok Bahasan : Perawatan Payudara Pada Masa Nifas
Sasaran : Ny. L
Waktu : 26 April 2021
Tempat : Ruang Poned
Hari : Senin

A. Tujuan Umum

Setelah mendapat penyuluhan ini, diharapkan ibu nifas dapat mengetahui tentang perawatan payudara yang baik dan dapat dilakukan sendiri dirumah.

B. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan tentang perawatan payudara, diharapkan ibu dapat:

1. Mengetahui pengertian perawatan payudara
2. Mengetahui manfaat dan tujuan perawatan payudara
3. Mengetahui akibat jika tidak dilakukan perawatan payudara
4. Mengetahui waktu pelaksanaan perawatan payudara
5. Mengetahui hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan perawatan payudara
6. Mengetahui langkah-langkah perawatan payudara
7. Mengetahui teknik perawatan payudara
8. Mengetahui perawatan payudara dengan masalah

C. Metode :

- a. Ceramah
- b. Tanya jawab

D. Media

- a. Leaflet

E. Kegiatan Penyuluhan

No	Waktu	Tahap kegiatan	Kegiatan	
			Penyuluh	Sasaran
1	5 menit	Pembukaan	Memberi salam Pembuka Memperkenalkan diri Kontrak waktu	Menjawab salam Mendengarkan Memberi respon
2	15 menit	Kegiatan inti	Penjelasan : - Menjelaskan Pengertian perawatan payudara - Menjelaskan manfaat dan tujuan perawatan payudara - Menjelaskan akibat jika tidak dilakukan perawatan payudara - Menjelaskan waktu pelaksanaan perawatan payudara - Menjelaskan hal-hal yang Perlu diperhatikan dalam melakukan perawatan payudara - Menjelaskan langkah-langkah perawatan payudara - Menjelaskan teknik perawatan payudara - Menjelaskan perawatan Payudara dengan masalah	Mendengarkan Memperhatikan
3	10 menit	Penutup	Tanya jawab Menyimpulkan hasil penyuluhan Penutup	Mengajukan pertanyaan Memahami Menjawab salam

F. Evaluasi

Prosedur : Post Test

Bentuk : Lisan

Jenis : Tanya Jawab

Jenis pertanyaan:

1. Sebutkan pengertian perawatan payudara ?
2. Jelaskan bagaimana cara merawat payudara yang baik pada masa nifas?
3. Sebutkan akibat jika tidak dilakukan perawatan pada payudara?

MATERI PENYULUHAN
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. (Saleha, 2009). Perawatan payudara adalah perawatan yang dilakukan pada payudara ibu setelah melahirkan dan menyusui yang merupakan suatu cara yang dilakukan saat merawat payudara agar ASI keluar dengan lancar (Suririnah,2007).

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 terjadi 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. Di pihak ibu, akibat perawatan yang 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 payudaranya akan cepat berubah sehingga kurang menarik.
5. Dengan perawatan payudara yang baik puting susu tidak akan lecet sewaktu dihisap oleh bayi.
6. Melancarkan aliran ASI
7. Mengatasi puting susu datar atau terbenam supaya dapat dikeluarkan sehingga siap untuk disusukan kepada bayinya

C. Akibat jika tidak dilakukan perawatan payudara

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

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

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 Payu

1. Potong kuku tangan sependek mungkin,serta kikir agar halus dan tidak melukai payudara.
2. Cuci bersih tangan dan terutama jari tangan.
3. Lakukan pada suasana santai,misalnya pada waktu mandi sore atau sebelum berangkat tidur.

F. Langkah-langkah perawatan payudara

1. Persiapan alat untuk perawatan payudara
 - a. Handuk 2 buah

- b. Washlap 2 buah
- c. Waskom berisi air dingin 1 buah
- d. Waskom berisi air hangat 1 buah
- e. Minyak kelapa/baby oil
- f. Waskom kecil 1 buah berisi kapas/kasa secukupnya
- g. 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 peraga supaya mudah dijangkau
- d. Cuci tangan sebelum dilaksanakan perawatan payudara
- e. Pasang handuk di pinggang klien satu dan yang satu dipundak

G. Teknik Perawatan Payudara

1. Tempelkan kapas yang sudah diberi minyak kelapa atau baby oil selama $\pm$ 5 menit, kemudian puting susu dibersihkan
2. Tempelkan kedua telapak tangan diantara kedua payudara.
 - a. Pengurutan dimulai kearah atas, kesamping, lalu kearah bawah. Dalam pengurutan posisi tangan kiri kearah sisi kiri, telapak tangan kanan kearah sisi kanan.
 - b. Pengurutan diteruskan kebawah, kesamping 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 di bagian tengah atau antara payudara, gerakan tangan ke arah atas pusat ke samping, ke bawah kemudian payudara diangkat 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 ke puting susu, dilakukan 20-30 kali dilakukan pada kedua payudara secara bergantian.

3) Gerakan Ketiga

Satu tangan menahan payudara di bagian 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 ± 5 menit, keringkan payudara dengan handuk bersih kemudian gunakan BH yang bersih dan menopang.
- e. Bersihkan payudara terutama bekas minyak
- f. Pakailah BH yang terbuka bagian depannya (untuk Ibu menyusui) dan yang menyangga buah dada atau langsung susui bayi. (Saryono, 2009)

H. Perawatan Payudara Dengan Masalah

1. Cara Mengatasi Bila Putting Tenggelm

Lakukan gerakan menggunakan kedua ibu jari dengan menekan kedua sisi puting dan setelah puting tampak menonjol keluar lakukan tarikan pada puting menggunakan ibu jari dan telunjuk lalu lanjutkan dengan gerakan memutar puting ke satu arah. Ulangi sampai beberapa kali dan dilakukan secara rutin.

2. Jika Asi Belum Keluar

Walaupun asi belum keluar ibu harus tetap menyusui. Mulailah segera menyusui sejak bayi baru lahir, yakni dengan inisiasi menyusui dini, Dengan teratur menyusui bayi maka hisapan bayi pada saat menyusui ke ibu akan merangsang produksi hormon oksitosin dan prolaktin yang akan membantu kelancaran ASI. Jadi biarkan bayi terus menghisap maka akan

keluar ASI. Jangan berpikir sebaliknya yakni menunggu ASI keluar baru menyusui.

3. Penanganan puting susu lecet

Bagi ibu yang mengalami lecet pada puting susu, ibu bisa mengistirahatkan 24 jam pada payudara yang lecet dan memerah ASI secara manual dan di tampung pada botol steril lalu di suapkan menggunakan sendok kecil .Olesi dengan krim untuk payudara yang lecet. Bila ada madu, cukup di olesi madu pada puting yang lecet.

4. Penanganan pada payudara yang terasa keras sekali dan nyeri, asi menetes pelan dan badan terasa demam.

Pada hari ke empat masa nifas kadang payudara terasa penuh dan keras, juga sedikit nyeri.Justru ini pertanda baik. Berarti kelenjar air susu ibu mulai memproduksi. Tak jarang diikuti pembesaran kelenjar di ketiak, jangan cemas ini bukan penyakit dan masih dalam batas wajar.Dengan adanya reaksi alamiah tubuh seorang ibu dalam masa menyusui untuk meningkatkan produksi ASI, maka tubuh memerlukan cairan lebih banyak.Inilah pentingnya minum air putih 8 sampai dengan 10 gelas sehari. (Mellyna, 2009)

PENUTUP

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 susu sehingga memperlancar pengeluaran ASI. Pelaksanaan perawatan payudara dimulai sedini mungkin, yaitu 1-2 hari setelah bayi dilahirkan dan dilakukan 2 kali sehari. Perawatan payudara untuk ibu nifas yang menyusui merupakan salah satu upaya dukungan terhadap pemberian ASI bagi buah hati.

Perawatan payudara pasca persalinan merupakan kelanjutan perawatan payudara semasa hamil, yang mempunyai tujuan perawatan sebagai berikut :

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

Diharapkan setelah melakukan penyuluhan ini ibu bisa menerapkan perawatan payudara di rumah sehingga pemberian ASI akan lancar.

DAFTAR PUSTAKA

- Bobak, dkk. 2008. *Keperawatan Maternitas*. Hal 460. Jakarta : EGC
- Mellyna, H. 2009. *Perawatan Ibu Pasca Melahirkan*. Hal 29. Jakarta : Puspa Swara.
- Saleha, sitti. 2009. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Saryono dyah pramitasari poischa. (2009). *Perawatan payudara*. Jogjakarta: mitra cendikia.
- Suririnah, 2007. ASI menyelamatkan Jiwa Bayi. Online

PERAWATAN PAYUDARA (BREAST CARE)



Oleh :

Syifa Fauziah Latifah

KHGA 18167

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKES KARSA HUSADA
GARUT

PENGERTIAN

Melakukan perawatan payudara pada Ibu sesudah melahirkan untuk melancarkan proses laktasi

MANFAAT

- Menjaga kebersihan Payudara
- Melancarkan sirkulasi di payudara
- Merangsang produksi ASI
- Mencegah pembengkakan payudara

PERSIAPAN ALAT

- Waskom berisi air hangat dan air dingin
- Handuk kecil
- Minyak kelapa / Baby oil



CARA PERAWATAN

CARA PERTAMA

- Basahi kedua telapak tangan dengan Baby oil atau minyak kelapa
- Tempatkan tangan pada Payudara kemudian lakukan gerakan memutar mengelilingi payudara ke arah luar
- Ketika tangan kiri berada dibawah payudara dan kemudian angkat payudara sebentar dan lepaskan secara perlahan



Lakukan gerakan 25 s/d 30 kali

CARA KEDUA

- Jangan kaku membentuk kepalan tangan dengan buku-buku jari
- Lakukan pengurutan dari pangkal ke ujung atau ke arah putting susu dan merata keseluruhan payudara
- Lakukan secara bergantian untuk payudara yang lain



Lakukan gerakan 25 s/d 30 kali

CARA KETIGA

- Lanjutkan dengan sisi tangan dan lakukan pengurutan dari pangkal ke ujung atau ke arah puting susu
- Lakukan secara bergantian untuk payudara yang lain



Lakukan gerakan 25 s/d 30 kali

CARA KEEMPAT

- Cara yang lain dapat dilakukan dengan kedua tangan ke arah puting susu
- Kedua Ibu jari di atas payudara dan jari(jari yang lain menopang payudara
- Lakukan massage/memijat berulang-ulang 25 s/d 30 kali

PERAWATAN TERAKHIR

- Terakhir lakukan gerakan memelintir puting susu sampai puting susu elastis dan kenyal



- Kemudian cuci payudara dengan air hangat dan kompres payudara dengan handuk kecil yang sudah dibasahi dengan air hangat secara bergantian pada payudara yang lain selama 5 menit



- Kemudian lanjutkan dengan kompres dingin dan diakhiri dengan air dingin
- Ulangi secara bergantian sebanyak 3 kali pada setiap payudara
- Kemudian lakukan pengeluaran ASI dan keringkan

IBU SIAP UNTUK MENYUSUI

Lakukan perawatan payudara setiap hari terutama sebelum mandi



RAWATLAH PAYUDARA ANDA GUNA KESEHATAN BAYI ANDA

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas

Nama : Syifa Fauziah Latifah

TTL : Garut, 06 Maret 2001

Agama : Islam

Alamat : Kp.Negla Rt/Rw 03/02 Desa Caringin Kecamatan
Karangtengah

B. Riwayat Pendidikan

1. TK Aba Nur Hakam Tahun 2005-2006
2. SDN Caringin 01 Tahun 2006-2011
3. MTs Tjokroaminoto Karangtengah Tahun 2012-2015
4. SMA YASTIC Karangtengah Tahun 2016-2018
5. STIKes Karsa Husada Garut Tahun 2018-2021