

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M (P1A0) POST PARTUM
SPONTAN HARI KE-1 DENGAN INDIKASI KETUBAN PECAH DINI
DI RUANG DELIMA RSUD CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

Di Susun Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan
Program Diploma III Keperawatan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Di Susun Oleh :

AI TIA NURHASANAH

NIM. KHGA23045



**PROGRAM STUDI DIPLOMA D III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT**

2026

**LEMBAR PERSETUJUAN
PERBAIKAN KARYA TULIS ILMIAH**

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NYM (PIA0) POST
PARTUM SPONTAN HARI KE-1 DENGAN INDIKASI
KETUBAN PECAH DINI DI RUANG DELIMA RSUD
CIAMIS

NAMA : AI TIA NURHASANAH

NIM : KHGA23045

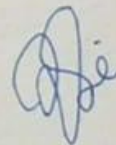
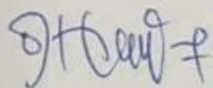
**Menyatakan Bahwa Mahasiswa Tersebut Sudah Melaksanakan Sidang Dan
Perbaikan Karya Tulis Ilmiah**

Garut, Juli 2026

Menyetujui,

Penelaah I

Penelaah II



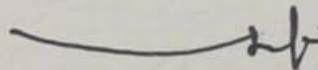
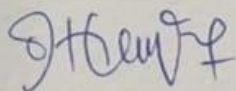
Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.Pd.

Wieda Widvatry Q., S.Kep.,Ns.,M,Kep

Mengetahui,

Ketua Program Studi
D-III keperawatan

Pembimbing



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

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

LEMBAR PENGESAHAN
ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.M (P1A0) POST PARTUM
SPONTAN HARI KE-1 DENGAN INDIKASI KETUBAN PECAH DINI DI
RUANG DELIMA RSUD CIAMIS

Disusun oleh :

AI TIA NURHASANAH

KHGA23045

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini telah disidangkan dihadapkan tim penguji program
studi D3 keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Mengetahui,

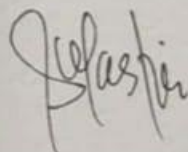
Pembimbing



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

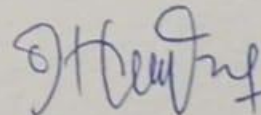
Tugas Akhir ini telah diterima dan disahkan sebagai salah satu persyaratan
untuk memperbolehkan gelar Ahli Madya Keperawatan

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Dan Kebidanan



Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep

Mengetahui,
Ketua program Studi
D-III Keperawatan



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

ABSTRAK

IV BAB, 90 halaman, 13 Tabel, 1 bagan, 4 lampiran

Asuhan keperawatan pada pasien post partum spontan atas indikasi ketuban pecah dini (KPD) memerlukan pendekatan yang menyeluruh dan sistematis. Prevelensi post partum spontan di RSUD Ciamis atas indikasi ketuban pecah dini berada pada urutan ke satu dengan jumlah 22 kasus dengan presentasi 48,89%. Karya tulis ilmiah ini bertujuan untuk memberikan gambaran nyata pelaksanaan proses keperawatan pada Ny. M, P1A0, Hari ke-1, yang menjalani persalinan secara normal di ruang VK RSUD Ciamis. Metode yang digunakan dalam studi kasus ini meliputi wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi, serta studi kepustakaan. Hasil pengkajian menunjukkan masalah utama meliputi nyeri akut, menyusui tidak efektif, dan risiko infeksi. Intervensi keperawatan difokuskan pada manajemen nyeri, edukasi menyusui, pencegahan infeksi. Implementasi dilakukan secara bertahap sesuai dengan kebutuhan klien dan kondisi klinis harian. Evaluasi menunjukkan adanya penurunan intensitas nyeri, ibu mengerti perihal metode menyusui dan memposisikan bayi yang benar. Kesimpulan dari studi ini menunjukkan pentingnya pendekatan holistik dan pendokumentasian yang tepat dalam proses keperawatan untuk meningkatkan hasil keperawatan dan kualitas hidup pasien pasca post partum spontan atas indikasi ketuban pecah dini.

Kata kunci: Asuhan keperawatan, post partum spontan, ketuban pecah dini.

Daftar pustaka : 46 buah (2018 – 2025)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, sholawat serta salam terlimpah surah kepada Nabi Muhamad SAW, yang mana atas segala rahmat dan karunia-Nya akhirnya penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan lancar dan tepat waktunya. Adapun judul dari Karya tulis ilmiah ini adalah “ Asuhan Keperawatan Pada Ny. M (P1A0) Post Partum Spontan Hari Ke-1 Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Delima RSUD Ciamis”. Karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan Program Studi Diploma D III keperawatan di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut. Terlepas dari segala kekurangan yang ada semoga Karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat dan memberikan pengetahuan pada pembaca khususnya mahasiswa mahasiswi di kampus Institut Kesehatan Karsa Husaada Garut. Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar- besarnya kepada

1. Bapak Dr. H. Hadiat MA selaku ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani
2. Bapak Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep.,Ns., M.Kep, selaku ketua Institut Kesehatan Karsa Husada Garut
3. Ibu Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut
4. Ibu Eva Daniati, S.Kep., Ns., M.Pd, selaku ketua Prodi D III Keperawatan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut
5. Ibu Eti Suliyawati,S.Kep.,M.Si, selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, saran, dan bantuan kepada penulis dalam melakukan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Kepada Staf Dosen Institut Kesehatan Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga dan mendidik penulis selama 3 tahun
7. Kepala ruangan beserta staf ruangan dan CI di Ruang Delima di RSUD Ciamis yang telah memberikan kesempatan dalam melakukan asuhan keperawatan
8. Kepada klien Ny. M dan keluarganya selaku klien yang telah memberikan bantuan dan kerja sama selama melakukan asuhan keperawatan.

9. Kepada kedua orang tua tercinta, support system terbaik Ibu Enung Rodiah dan Bapak Jajang Dedi. Yang senantiasa mengusahakan anak pertamanya ini menempuh pendidikan setinggi-tingginya terimakasih selalu memberikan dukungan baik moral maupun material, serta selalu memanjatkan do'a untuk kelancaran dan kemudahan penulis, selalu menjadi penyemangat penulis sebagai sandaran terkuat dari kerasnya dunia. Yang tidak hentinya memberikan kasih sayang dengan penuh cinta sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir Karya Tulis Ilmiah ini, semoga Allah SWT selalu memberikan kesehatan dan keberkahan kepada beliau karna sudah menjadi orang tua terbaik bagi penulis.
10. Kepada kedua adikku tersayang Fitria Tri Handayani dan Intan Nurul Fauziah yang selalu menyemangati penulis tiada henti, dan sudah menjadi alasan untuk terus semangat, mendengarkan keluh kesah penulis, terima kasih untuk setiap do'a yang diberikan sehingga penulis menyelesaikan studi ini.
11. Teruntuk keluarga besar, saudara-saudara penulis ucapkan terimakasih atas do'a dan dukungan yang telah diberikan, sehingga penulis dapat menyelesaikan studi ini.
12. Kepada sahabat kecilku yang sudah seperti adik sendiri Siti nurhalisah, terimakasih selalu menemani, mendengarkan keluh kesah penulis, semoga setiap kebaikan yang telah diberikan mendapat balasan terbaik, dan terima kasih selalu memberikan dukungan do'a kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
13. Untuk teman-teman seperjuangan, Fadilah Nuriah, Revi Virginia, Rahma Thahura, Sri Rahmanisya, Yuni Yulianti, Camila Siti Sadih, Natasha Maferfia. Terimakasih karna telah menemani penulis sejak awal semester sampai pada semester akhir ini. Terima Kasih atas kebersamaan, dukungan, bantuan, serta segala cerita yang telah dilalui bersama selama masa perkuliahan. Terima Kasih karena selalu hadir dan bersedia direpotkan dalam berbagai hal, baik dalam urusan perkuliahan maupun di luar itu.

14. Kepada teman yang sudah seperti kaka sendiri Iwang Triyanti , terimakasih mengisi ruang kosong untuk menjadi kaka bagi anak pertama ini, terimakasih sudah selalu mendengarkan keluh kesah selama perkuliahan, dan saling menguatkan satu sama lain.
15. Seluruh teman kelas 3A D III keperawatan yang menjadi keluarga kedua di masa perkuliahan, teman seperjuangan yang mempunyai kegigihan dan semangat yang selalu di salurkan satu sama lain untuk mencapai ilmu dan gelar bersama.
16. Kepada diri saya sendiri Ai Tia Nurhasanah Terimakasih telah kuat sampai detik ini, dan mampu menyelesaikan perjalanan ini , setiap lelah, ketakutan dan do'a yang tidak pernah berhenti di setiap perjalanan perkuliahan.
17. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna baik secara penyajian maupun isinya, penulis menyambut baik terhadap kritik dan saran dari semua pihak. Semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi penulis umumnya bagi pembaca.

Garut, Juli 2026

Penulis,

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN DAN PERBAIKAN KTI

LEMBAR PENGESAHAN

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR BAGAN.....	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. latar belakang.....	1
B. Tujuan penulisan	3
C. Metode telaah	4
D. Sistematika penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN TEORI.....	7
A. Konsep dasar KPD	7
1. Definisi.....	7
2. Anatomi fisiologi ketuban.....	7
3. Etiologi ketuban pecah dini.....	8
4. Tanda dan gejala ketuban pecah dini	10
5. Klasifikasi ketuban pecah dini	11
6. Patofisiologi ketuban pecah dini	11
7. Komplikasi ketuban pecah dini.....	14
8. Pemeriksaan penunjang.....	15
9. Penatalaksanaan medis ketuban pecah dini.....	15
B. Konsep dasar post partum	18
1. Definisi post partum.....	18
2. Anatomi sistem reproduksi	19
3. Periode masa post partum	22
4. Adaptasi fisiologis post partum.....	23
5. Adaptasi psikologis post partum	27
6. Kebutuhan masa post partum	27

7. Komplikasi	28
8. Penatalaksanaan	29
9. Dampak post partum terhadap kebutuhan dasar manusia	29
C. Konsep asuhan keperawatan	30
1. Tahap pengkajian	30
2. Analisa data	39
3. Diagnosa keperawatan	42
4. Intervensi keperawatan.....	42
5. Implementasi keperawatan.....	48
6. Evaluasi keperawatan.....	48
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	49
A. Tinjauan Kasus.....	49
1. Pengkajian.....	49
2. Analisa data.....	59
3. Diagnosa keperawatan	61
4. Proses asuhan keperawatan.....	62
5. Catatan perkembangan.....	72
B. Pembahasan.....	79
1. Tahap pengkajian	79
2. Tahap diagnosa keperawatan	80
3. Tahap Perencanaan.....	82
4. Tahap Pelaksanaan	83
5. Tahap evaluasi.....	84
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	85
A. Kesimpulan	85
B. Rekomendasi	86
DAFTAR PUSTAKA	88
Lampiran – lampiran.....	Error! Bookmark not defined.

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Pathway KPD (ketuban pecah dini).....	13
--	----

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Data kasus post partum spontan dengan penyulit di RSUD Ciamis dari bulan Januari - April 2026.....	2
Tabel 2. 1 TFU Menurut Masa Involusi.....	23
Tabel 2. 2 Analisa data	39
Tabel 2. 3 Perencanaan keperawatan diagnosa ke 1	43
Tabel 2. 4 Perencanaan keperawatan diagnosa ke-2	44
Tabel 2. 5 Perencanaan keperawatan diagnosa ke- 3	45
Tabel 2. 6 Perencanaan keperawatan diagnosa ke -4	46
Tabel 3. 1 Pola aktivitas sehari – hari	57
Tabel 3. 2 Hasil laboratorium.....	58
Tabel 3. 3 Therapy medis	58
Tabel 3. 4 Analisa Data	59
Tabel 3. 5 Proses keperawatan	62
Tabel 3. 6 Catatan perkembangan	72

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN I	: SAP
LAMPIRAN II	: LEAFLET
LAMPIRAN III	: LEMBAR BIMBINGAN
LAMPIRAN IV	: RIWAYAT HIDUP

BAB I

PENDAHULUAN

A. latar belakang

Menurut *World health organization* (WHO) memperkirakan 800 perempuan meninggal setiap harinya akibat komplikasi kehamilan dan persalinan. Sekitar 99% dari seluruh kematian ibu terjadi di negara berkembang. Sekitar 80% kematian maternal akibat meningkatnya komplikasi selama kehamilan, persalinan dan setelah persalinan (WHO, 2024). Menurut riset kementerian kesehatan (2018), pelayanan persalinan normal atau post partum difasilitas kesehatan tahun 2018 di Indonesia mencapai 83,39% dan pada 2018 pelayanan KF (kunjungan nifas) lengkap pada perempuan 10-54 di Jawa Barat 50.45%. komplikasi persalinan yang terjadi sebesar 24,56%, diantara-Nya; akibat posisi melintang/sungsang (3,57%), pendarahan (2,85%) kejang (0,17%) ketuban pecah dini (6,31%), partus lama (4,08%), lilitan tali pusat (3,35%), plasenta Praevia (0,84%), plasenta tertinggal (0,96%), hipertensi (3,09%), lainnya (4,63%).

Ketuban pecah dini (KPD) merupakan salah satu masalah dalam kasus kegawat daruratan *obstetri*. Ketuban pecah dini atau *premature rupture of membrane* (PROM) adalah pecahnya ketuban pada pasien dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu. Ketuban pecah dini adalah keluarnya cairan dari jalan lahir sebelum proses persalinan. (Roma & Coop, 2018). Komplikasi utama yang terjadi pada KPD yaitu peningkatan morbiditas neonatal oleh karena prematuritas, komplikasi selama persalinan dan kelahiran, dan risiko infeksi baik pada ibu maupun janin. Risiko infeksi karena ketuban yang utuh merupakan penghalang penyebab infeksi (Widyaningrum & Emha, 2020). Menurut BKKBN (2018), insiden ketuban pecah dini di Jawa barat berkisaran antara 8-10% dari semua kehamilan pada kehamilan aterm insidensinya bervariasi antara 6-9%. Sedangkan pada kehamilan preterm insidensinya 2% dari semua kehamilan. Hampir semua ketuban pecah dini. Persalinan akan terjadi dalam satu minggu setelah selaput ketuban pecah. Sekitar 85% morbiditas dan mortalitas prenatal disebabkan oleh prematuritas.

Post partum adalah suatu periode dalam minggu-minggu pertama setelah kelahiran. Ibu post partum mengalami banyak perubahan baik secara fisik maupun psikologi dan apabila tidak ditangani dengan tepat akan menjadi kondisi patologis yang dapat mengancam kesehatan ibu bahkan menyebabkan kematian seperti infeksi masa nifas pendarahan pasca persalinan, tromboemboli, dan masih banyak lagi (Widyaningrum & Emha, 2020). Risiko komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu post partum spontan yaitu pendarahan dan infeksi yang tentunya dengan komplikasi tersebut kan mengganggu kebutuhan dasar seperti kebutuhan rasa nyaman nyeri, aktivitas, kekurangan cairan, gangguan istirahat tidur yang dapat menyebabkan kematian (Kementerian kesehatan, 2018)

Penyebab kematian ibu di Jawa Barat menurut SDKI 2018 yaitu perdarahan sebanyak 248 orang (31%), hipertensi dalam kehamilan 229 orang (29,3%), partus lama 5 orang (0,64%) abortus 1 orang (0.12%), dan penyebab lain-lain sebanyak 254 orang (32,5%), termasuk penyebabnya adalah infeksi akibat ketuban pecah dini. (Rifiana & Hasanah, 2018). Menurut data rekam medis yang di peroleh di RSUD Ciamis, jumlah kasus ketuban pecah dini dari Januari 2026 sampai April 2026 dapat di ketahui bahwa kasus ketuban pecah dini sebanyak 22 kasus dengan rincian sebagai berikut :

Tabel 1. 1 Data kasus post partum spontan dengan penyulit di RSUD Ciamis dari bulan Januari - April 2026

No.	Kasus	Jumlah	Persentase
1.	Indikasi KPD	22	48,89%
2.	Indikasi kala II lama	9	20,00%
3.	Indikasi riwayat SC	4	8,89%
4.	Indikasi PEB	4	8,89%
5.	Indikasi sungsang	3	6,67%
6.	Indikasi gemeli	3	6,67%
Total		45	100%

Sumber : buku bidang pencatatan dan pelaporan RSUD Ciamis 2026

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa post partum spontan dengan ketuban pecah dini dalam satu tahun menduduki peringkat ke 1 dari 5 kasus yang terjadi dengan persentase 48,89% ,sehingga perlu penanganan yang tepat untuk menghindari infeksi masa nifas dan pendarahan post partum yang dapat menyebabkan kematian. Dampak terhadap janin sering terjadi pada KPD yaitu hipoksia, asfiksia, penurunan tali pusat, sindrom deformitas janin, dan meningkatkan morbiditas dan mortalitas prenatal. Dampak yang terjadi ketika adanya gawat janin salah satunya adalah terjadinya kematian janin, diakibatkan karena tidak adanya asupan oksigen sehingga janin mengalami hipoksia (Rifiana & Hasanah, 2018)

Hal -hal yang berkaitan dengan kejadian KPD adalah umur, parises, infeksi, anemia, kehamilan ganda, peningkatan tekanan intraterin dan faktor keturunan (Rifiana & Hasanah, 2018) Untuk mencegah terjadinya infeksi masa nifas adalah melakukan mobilisasi dini sehingga darah lochea keluar, memperhatikan diet ibu seperti TKTP (tinggi kalori tinggi protein), memonitor tanda-tanda vital ibu terutama suhu dan memperhatikan adanya tanda tanda infeksi. Apabila telah terjadi infeksi masa nifas pada ibu post partum lakukan uji kultur Secret vagina dan kolaborasikan dengan dokter untuk pemberian antibiotika spertum luas, ibu post partum dengan infeksi sebaiknya diisolasi dalam 3 ruangan khusus dan tidak bercampur dengan ibu nifas yang sehat. (Malawat, 2022).

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. P1A0 POST PARTUM SPONTAN HARI KE-1 DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RUANG DELIMA RSUD CIAMIS”.

B. Tujuan penulisan

1. Tujuan umum

Untuk memperoleh pengalaman secara nyata tentang pelaksanaan keperawatan komprehensif meliputi bio-psiko-sosial-spiritual klien dengan post partum dengan pendekatan proses keperawatan

2. Tujuan khusus

Adapun tujuan khusus dalam penulisan ini adalah penulis mampu :

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada kasus Ny.M P1A0 dengan post partum spontan hari ke-1 dengan indikasi ketuban pecah dini (KPD) di ruang Delima RSUD Ciamis
- b. Penulis mampu membuat diagnosa keperawatan pada kasus Ny.M P1A0 dengan post partum spontan hari ke-1 dengan indikasi ketuban pecah dini (KPD) di ruang Delima RSUD Ciamis
- c. Penulis mampu menyusun rencana tindakan keperawatan pada kasus Ny.M P1A0 dengan post partum spontan hari ke-1 dengan indikasi ketuban pecah dini (KPD) di ruang Delima RSUD Ciamis
- d. Penulis mampu melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah ditentukan pada kasus Ny.M P1A0 dengan post partum spontan hari ke-1 dengan indikasi ketuban pecah dini (KPD) di ruang Delima RSUD Ciamis
- e. Penulis mampu mengevaluasi hasil asuhan keperawatan pada kasus Ny.M P1A0 dengan post partum spontan hari ke-1 dengan indikasi ketuban pecah dini (KPD) di ruang Delima RSUD Ciamis
- f. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada kasus Ny.M P1A0 dengan post partum spontan hari ke-1 dengan indikasi ketuban pecah dini (KPD) di ruang Delima RSUD Ciamis

C. Metode telaah

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, metode yang digunakan adalah metode deskriptif dengan teknik studi kasus dan menerapkan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan pada Ny.M yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan dokumentasi. Sedangkan teknik pengumpulan data yang digunakan adalah sebagai berikut :

1. Wawancara

Penulis mengumpulkan data melalui komunikasi secara lisan yaitu menanyakan atau tanya jawab yang berkaitan dengan masalah yang

dihadapi Ny.M atau disebut dengan pengkajian anamnesis, yang bertujuan untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan masalah keperawatan pada pasien Ny.M (RI, 2021).

2. Observasi

Penulis mengamati keadaan Ny.M dengan melakukan pemeriksaan fisik yaitu dengan melaksanakan pemeriksaan langsung kepada Ny.M dengan metode per sistem dan teknik pemeriksaan secara inspeksi, palpasi, dan auskultasi untuk mendapatkan data objektif tentang keadaan fisik Ny.M dan pemeriksaan terfokus. (RI, 2021)

3. Pemeriksaan fisik

Dilakukan dengan metode per sistem dan dengan teknik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi sehingga didapatkan data objektif tentang data kesehatan klien. (RI, 2021)

4. Studi dokumentasi

Pengumpulan data yang didapatkan dari 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. (RI, 2021)

5. Studi kepustakaan

Hal ini dilakukan dalam rangka mendapatkan landasan teori yang berkaitan dengan kasus yang di hadapi, sehingga dapat membandingkan teori yang didapat dengan fakta yang ada di lahan praktik, diperoleh kesenjangan, mencari penyebab dan memperoleh masalah (RI, 2021)

D. Sistematika penulisan

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis membagi dalam empat bab yang terdiri dari :

BAB I : PENDAHULUAN

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

BAB II : TINJAUAN TEORI

Tinjauan teori yang meliputi konsep dasar post partum dan konsep ketuban pecah dini yang meliputi pengertian, anatomi dan fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, penatalaksanaan, dampak post partum terhadap kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan.

BAB III : TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

Tinjauan kasus meliputi pengkajian diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi yang dilakukan secara berkesinambungan dan komprehensif, serta pembahasan mengenai kesenjangan antara teori dan praktik di lapangan dalam memberikan asuhan keperawatan.

BAB IV : KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Kesimpulan dan rekomendasi dari seluruh kegiatan asuhan keperawatan sehingga untuk masa yang akan datang menjadi lebih baik.

LAMPIRAN

DAFTAR PUSTAKA

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep dasar KPD

1. Definisi

Ketuban pecah dini (KPD) adalah keadaan penyebab pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan, bila KPD terjadi sebelum usia 37 minggu disebut KPD pada kehamilan prematur. Dalam keadaan normal perempuan hamil aterm akan mengalami KPD (Supriyanti, 2022). Ketuban pecah dini (KPD) atau *premature rupture of membrane* (PROM) adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum terjadinya proses persalinan pada kehamilan aterm. Sedangkan *preterm premature rupture of membrane* (PROM) adalah pecahnya ketuban dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu. (Herma, 2019)

Ketuban pecah dini dapat berpengaruh terhadap kehamilan dan persalinan. Jarak antara pecahnya ketuban dan permulaan persalinan disebut periode laten atau dengan sebutan lag periode. Ada beberapa perhitungan yang mengukur lag periode, diantara-Nya 1 jam atau 6 jam sebelum intrapartum, dan diatasi 6 jam setelah ketuban pecah maka dapat terjadinya infeksi pada ibu dan juga bayi. (Nathasya, 2024)

Dapat disimpulkan bahwa KPD adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum inpartu. KPD dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan.

2. Anatomi fisiologi ketuban

Anatomi fisiologi ketuban menurut (Ma'rifat, R.A 2024)

a. Air ketuban (*Liquar Amnio*) atau tiris

Dalam amnio yang diliputi oleh sebagian selaput janin yang terdiri dari lapisan selaput ketuban (*amnion*) dan selaput pembungkus (*chorion*) terdapat sir ketuban (*liquor amnio*). Volume air ketuban pada hamil cukup bulan 1000-1500 ml. Warna agak keruh, serta mempunyai bau khas, agak amis, cairan ini dengan berat jenis 1.007-1.008 terdiri atas 97-

98% air, sisanya terdiri dari atas garam anorganik serta bahan *organic* dan bila di teliti benar protein ini ditemukan rata-rata 2,6% perliter, sebagian besar sebagai albumin. Warna air ketuban ini menjadi kehijau-hijauan karena tercampur *meonium* (kotoran pertama yang dikeluarkan Bayi dan mengeluarkan empedu).

b. Fungsi air ketuban

- 1) Melindungi janin terhadap trauma luar
- 2) Memungkinkan janin bergerak dengan bebas
- 3) Melindungi suhu tubuh janin
- 4) Meratakan tekanan di dalam uterus pada saat partus, sehingga servik membuka
- 5) Membersihkan jalan lahir jika ketuban pecah dengan cairan steril, dan akan mempengaruhi keadaan di dalam vagina sehingga bayi tidak mengalami infeksi
- 6) Untuk menambah suplai cairan janin, dengan cara ditelan atau diminum yang kemudian dikeluarkan melalui kencing

3. Etiologi ketuban pecah dini

Faktor yang menyebabkan kejadian ketuban pecah dini antara lain :
(Aspiani & Reny, 2017)

- a. Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban pecah dini maupun dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban yang bisa menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini.
- b. Servik yang inkompetensia, kanalis *servikalis* yang selalu terbuka karena kelainan pada servik uteri akibat persalinan atau *curettage*.
- c. Tekanan intra uterin yang meningkat secara berlebihan tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini, misalnya :
 - 1) Trauma : saat berhubungan badan, pemeriksaan yang dilakukan saat kehamilan untuk memeriksa sampel air ketuban untuk mengetahui ada atau tidaknya kelainan pada janin (*amniosistesis, trauma* saat berkendara).

- 2) Gemeli : kehamilan kembar adalah suatu kehamilan dua janin atau lebih. Pada kehamilan gemeli terjadinya *distensi uterus* yang berlebihan sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan, hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahim yang besar dan kantung (selaput ketuban) relatif kecil sedangkan dibagikan bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah.

d. Kelainan letak

Hubungan kelainan letak adalah lebih dominan pada kelainan letak sungsang karna pada letak sungsang posisi janin berbalik, kepala berada dalam ruangan yang besar yaitu di fundus uteri sedangkan bokong dengan kedua tungkai yang terlibat lebih besar dipaksa untuk menempati ruang yang kecil yaitu disegmen bawah rahim, sehingga dapat membuat ketuban bagian terendah langsung menerima tekanan intrauteri dan ketegangan rahim meningkat, sedangkan letak lintang bagian terendah adalah bahu sehingga tidak dapat menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membrane bagian bawah maupun pembukaan servik (Arif & Kurnia, 2021)

e. Faktor golongan darah

Inkompatibilitas rhesus dapat terjadi jika ibu yang bergolongan darah *rhesus negative* mengandung janin yang bergolongan darah *rhesus positif*, perbedaan golongan darah ini terjadi akibat ayah memiliki golongan darah *rhesus positif*. *Inkompatibilitas rhesus* jarang terjadi pada kehamilan pertama. Hal ini karena ibu hamil dengan *rhesus negative* baru membentuk antibody terhadap rhesus positif setelah kehamilan pertama. Oleh karena itu, anak pertama ibu dengan kondisi ini umumnya terlahir normal. Sedangkan pada kehamilan kedua dan seterusnya, *antibody* yang sudah terbentuk dalam tubuh ibu akan menyebabkan sel-sel darah bayi hancur (Kids Health,2018)

- f. Infeksi lokal pada saluran kemih : infeksi saluran kemih (Arif & Kurnia 2021)
- g. Faktor sosial : peminum-minuman keras dan keadaan sosial ekonomi-ekonomi rendah (Arif & kurnia, 2021)
- h. Terdapat *selfalopevik isproporsi* : kepala janin belum masuk pintu panggul atas kelainan letak lintang janin, sehingga ketuban bagian rendah langsung menerima tekanan *intauteri* yang dominan (Arif & Kurnia, 2021).

4. Tanda dan gejala ketuban pecah dini

Menurut Manuaba (2018) manifestasi klinis ketuban pecah dini, antara lain :

- a. Terjadinya pembukaan prematur servik
- b. Membran terkait dengan pembukaan terjadi :
 - 1) *Devaskularisasi*
 - 2) *Ekrosis* dan dapat diikuti pecah ketuban
 - 3) Jaringan ikat yang menyangga membran ketuban, makin berkurang
 - 4) Melemahnya daya tahan ketuban dipercepat dengan infeksi yang mengeluarkan enzim *preteolitik* dan *kolagenase*

Tanda dan gejala ketuban pecah dini menurut Tahir, S., dkk (2018)

- a. Keluarnya cairan yang berisi *meconium*. Cairan dapat keluar saat tidur, duduk, berdiri atau saat berjalan. Cairan berwarna putih, keruh, jernih, dan hijau
- b. Demam. Apabila telah lama pecah dan terjadi infeksi, maka pasien akan demam
- c. Bercak darah vagina yang banyak.

Plasenta previa: kondisi ini terjadi apabila plasenta berada di bagian bawah saluran vagina dan menyebabkan jalan lahir bayi terhalang.

Pelepasan plasenta: kondisi ini terjadi apabila plasenta terlepas dari dinding uterus sebelum atau pada saat melahirkan dan darah mengumpul di antara plasenta dan uterus

- d. Nyeri perut. Ketuban pecah dini menyebabkan kontraksi yang mengakibatkan nyeri atau kram perut.
- e. Denyut jantung janin bertambah cepat. DJJ bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi

5. Klasifikasi ketuban pecah dini

Klasifikasi ketuban pecah dini dibagi atas usia kehamilan yaitu : (Ernawati, E.W 2020)

- a. Ketuban pecah dini atau disebut juga *premature rupture of membrane* atau *prelabour rupture of membrane* (PROM), adalah pecahnya selaput ketuban pada saat usia kehamilan aterm.
- b. Ketuban pecah dini *premature* yaitu pecahnya *membrane karioamniotik* sebelum usia kehamilan yaitu kurang dari 27 minggu atau disebut juga *preterem premature rupture of membrane* atau *preterm prelabour rupture of membrane* (PPROM).

6. Patofisiologi ketuban pecah dini

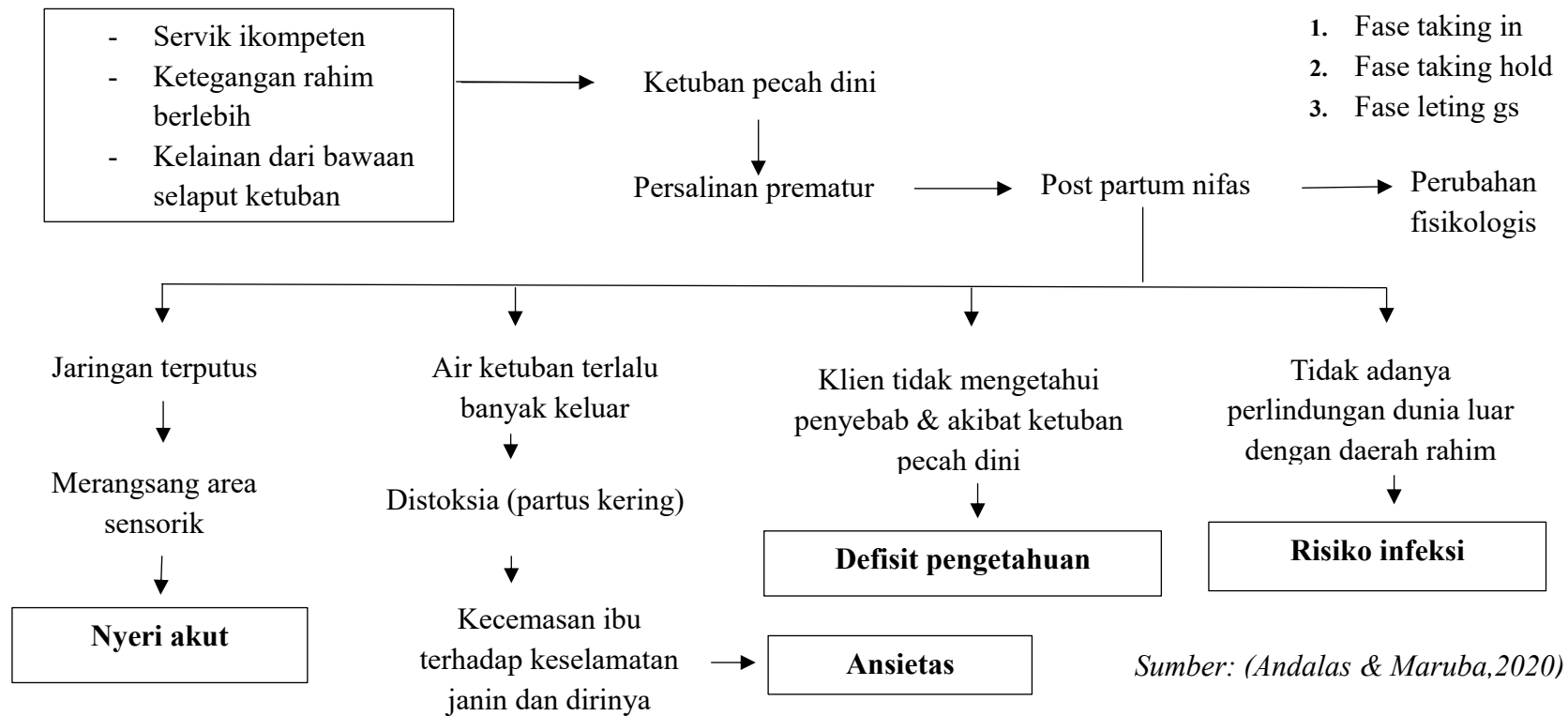
Mekanisme terjadinya KPD dimulai dengan terjadinya pembukaan *premature servik*, lalu kulit ketuban mengalami devaskularisasi. Setelah kulit ketuban mengalami devaskularisasi selanjutnya kulit ketuban mengalami *nekrosis* sehingga jaringan ikat yang menyangga ketuban makin berkurang, melemahnya daya tahan ketuban dipercepat dengan adanya infeksi yang mengeluarkan enzim *proteolitik* dan *kolagenase* yang diikuti oleh ketuban pecah spontan. (Nurhastuti, 2019)

Selaput ketuban yang tadinya kuat pada kehamilan muda akan semakin menurun seiring bertambah usia kehamilan, dan puncaknya pada trimester ketiga. Selain yang telah disebutkan di atas, melemahnya kekuatan selaput ketuban juga sering dihubungkan dengan gerak janin yang berlebihan. Pecahnya ketuban pada kehamilan aterm merupakan hal yang fisiologis.

Setelah ketuban pecah maka kuman yang berada dalam serviks mengadakan invasi ke dalam *saccus amnion* dalam waktu 24 jam cairan amnion akan terinfeksi. Akibat dari infeksi cairan amnion maka akan dapat terjadi infeksi pada ibu. Infeksi yang dapat ditimbulkan yaitu infeksi *puerperalis* (nifas), *peritonitis*, *septicemia* dan *dry-labor* (Ii & Teori, 2022)

Pathway

Bagan 2. 1 Pathway KPD (ketuban pecah dini)



7. Komplikasi ketuban pecah dini

Menurut Nugroho,(2019) komplikasi yang dapat terjadi pada kasus ketuban pecah dini antara lain sebagai berikut :

- a. Komplikasi paling sering terjadi pada ketuban pecah dini sebelum usia kehamilan 37 minggu adalah sindrom distress pernafasan (RDS =*Respiratory Distress Sindrom*) yang terjadi 10-40% bayi baru lahir.
- b. Resiko infeksi meningkatkan pada kejadian ketuban pecah dini.
- c. Semua ibu hamil dengan ketuban pecah dini premature sebaiknya dievaluasi untuk kemungkinan terjadi korioamniotitis (radang pada korion dan amnion)
- d. Kejadian prolapse atau keluarnya tali pusat terjadinya pada ketuban pecah dini
- e. Resiko kecacatan dan kematian janin meningkat pada ketuban pecah dini preterm
- f. Hipoplasia paru merupakan komplikasi fatal yang terjadi pada ketuban pecah dini preterm. Kejadian mencapai hampir 100% apabila KPD preterm ini terjadi pada usia kehamilan kurang 23 minggu.

Komplikasi ketuban pecah dini terhadap ibu dan janin yaitu :
(Tahir,.S., dkk 2018)

a. Prognosis ibu

Komplikasi yang dapat disebabkan ketuban pecah dini pada ibu yaitu infeksi pada saat persalinan, infeksi masa nifas, cairan ketuban sedikit atau kering, persalinan lama, pendarahan post partum, meningkatnya tindakan *operatif obdtetric* (Khususnya *section caesarea*), meningkatnya angka kematian pada ibu.

b. Prognosis janin

Komplikasi yang dapat disebabkan ketuban pecah dini pada janin yaitu *prematuritas* (sindrom distes pernafasan, hipotermia, masalah pemberian makan neonatal), *retinopati premature*, pendarahan *intraventikuler*, *enterocolitis necrotizing*, gangguan otak dan resiko *cerebral palsy*, *hiperbilirubinemia*, *anemia*, sepsis, *prolapse funiculi* atau penurunan tali pusat, hipoksia dan asfiksia sekunder pusat, *prolapse uteri*, persalinan lama, skor APGAR rendah, *ensefalopati*, pendarahan intracranial, gagal ginjal, distress pernafasan, *oligohidromnion* (sindrom deformitas janin terhambat), dan meningkatnya angka kematian janin.

8. Pemeriksaan penunjang

- a. Dengan tes lakmus, cairan amnion akan mengubah kertas lakmus menjadi biru
- b. Pemeriksaan leukosit darah, bila meningkat $> 15.000 /mm^3$ kemungkinan ada infeksi
- c. USG untuk menentukan indeks cairan amnion, usia kehamilan, letak janin, letak plasenta serta jumlah air ketuban
- d. *Kardiotokografi* untuk menentukan ada tidaknya kegawatan janin dini atau memantau kesejahteraan janin. Jika ada infeksi *intrauterine* atau peningkatan suhu, denyut jantung janin akan meningkat.
- e. *Amniosintesis* digunakan untuk mengetahui rasio lesitin *sphingomelin* dan *fosfatidisterol* yang digunakan untuk mengevaluasi kematangan janin.

9. Penatalaksanaan medis ketuban pecah dini

Manajemen terapi pada ketuban pecah dini menurut Manuaba (2018):

- a. Konservatif
 - 1) Rawat rumah sakit dengan tirah baring
 - 2) Tidak ada tanda-tanda infeksi dan gawat janin
 - 3) Umur kehamilan kurang 37 minggu

- 4) Antibiotik profilaksis dengan amoksilin 3 x 500 mg selama 5 hari.
- 5) Memberikan tokolitik bila ada kontraksi uterus dan memberikan kortikosteroid untuk mematangkan fungsi paru janin.
- 6) Jangan melakukan pemeriksaan dalam vagina kecuali ada tanda-tanda persalinan
- 7) Melakukan terminasi kehamilan dalam vagina kecuali ada tanda-tanda infeksi dan gawat janin
- 8) Bila dalam 3x 24 jam tidak ada pelepasan air dan tidak ada kontraksi uterus maka lakukan mobilisasi bertahap. Apabila pelepasan air berlangsung terus, lakukan terminasi kehamilan.

b. Aktif

Bila didapatkan infeksi berat maka berikan antibiotik dosis tinggi. Bila ditemukan tanda - tanda inpartu, infeksi dan gawat janin maka lakukan terminasi kehamilan.

- 1) Induksi atau akselerasi persalinan
- 2) Lakukan *seksioeria* bila induksi atau akselerasi persalinan mengalami kegagalan
- 3) Lakukan *seksio histerektomi* bila tanda-tanda infeksi uterus berat ditemukan.

Hal- hal yang harus diperhatikan saat terjadi pecah ketuban yang harus secara langsung:

- 1) Pakai pembalut tipe keluar banyak atau handuk yang bersih
- 2) Tenangkan diri jangan bergerak terlalu banyak pada saat ini. Ambil nafas dan tenangkan diri

Yang tidak boleh digunakan:

- 1) Tidak boleh berendam dalam bathh tub, karena bayi ada risiko terinfeksi kuman.
- 2) Jangan bergerak mondar-mandir atau berlari kesana kemari, karena air ketuban akan terus keluar. Berbaringlah dengan pinggang diganjal supaya lebih tinggi.

Penatalaksanaan medis ketuban pecah dini, yaitu (Ratnawati,2018):

- a. Ketuban pecah dini pada kehamilan aterm atau preterm dengan atau tanpa komplikasi harus dirujuk ke rumah sakit
- b. Bila janin hidup dan terdapat *prolapse* di tali pusat, ibu dirujuk dengan posisi panggul lebih tinggi dari badannya, bila mungkin dengan posisi bersujud.
- c. Jika perlu kepala janin didorong ke atas dengan dua jari agar tali pusat tidak tertekan pada kepala janin.
- d. Jika ada demam atau dikhawatirkan terjadi infeksi saat rujukan atau KPD lebih dari 6 jam, berikan antibiotik.
- e. Bila keluarga ibu menolak dirujuk, ibu diharuskan beristirahat dengan posisi berbaring miring, berikan antibiotik.
- f. Pada kehamilan kurang dari 32 minggu dilakukan tindakan konservatif, yaitu tirah baring dan berikan sadatif, antibiotik tokolisis.
- g. Pada kehamilan 33-35 minggu dilakukan terapi konservatif selama 24 jam lalu induksi persalinan
- h. Pada kehamilan lebih dari 36 minggu, bila ada his, pimpin meneran dan akselerasi bila ada inersia uteri.
- i. Bila tidak ada his, lakukan tindakan induksi persalinan bila ketuban pecah kurang dari 6 jam dan skor pelvik kurang dari 5 atau ketuban pecah dini lebih dari 6 jam dan skor pelvik lebih dari 5.

j. Bila terjadi infeksi. Akhir kehamilan. Mengakhiri kehamilan dapat dilakukan 3 cara yaitu:

1) Induksi

Induksi adalah proses stimulasi untuk merangsang kontraksi rahim sebelum kontraksi alami terjadi, dengan tujuan mempercepat proses persalinan

2) Persalinan secara normal/pervagina

Persalinan normal adalah proses persalinan melalui kejadian secara alami dengan adanya kontraksi rahim ibu dan dilalui dengan pembukaan untuk mengeluarkan bayi

3) *Section caesarea*

Section caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut untuk melahirkan janin dari dalam rahim.

B. Konsep dasar post partum

1. Definisi post partum

Post partum adalah selang waktu antara kelahiran bayi sampai dengan pulihnya organ reproduksi seperti sebelum hamil. Periode ini sering disebut masa nifas (*puerperium*), atau trimester keempat kehamilan, masa nifas ini biasanya berkisar antara 6 minggu atau lebih bervariasi antara ibu satu dengan ibu yang lainnya. (Fatimah & Nuryaningsih, 2018).

Partus dianggap spontan atau normal jika ibu hamil berada dalam masa aterm, tidak terjadi komplikasi, terdapat satu janin presentasi puncak kepala dan persalinan selesai dalam 24 jam. Setelah masa nifas organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti sebelum hamil, selama nifas perlu mendapatkan perhatian lebih dikarenakan angka kematian ibu 60 % terjadi pada masa nifas. Dalam angka kematian ibu (AKI) adalah penyebab pada wanita post partum (Maritalia, 2019).

Masa nifas adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula atau sebelum hamil, masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu. Masa ini

merupakan masa yang cukup penting bagi tenaga kesehatan untuk selalu melakukan pemantauan karena pelaksanaan yang kurang maksimal dapat menyebabkan ibu mengalami berbagai masalah, bahkan dapat berlangsung pada komplikasi masa nifas, seperti sepsis *puerperalis*. Jika ditinjau dari penyebab kematian ibu, infeksi merupakan penyebab kematian terbanyak nomor 2 setelah pendarahan sehingga sangat tepat jika para tenaga kesehatan memberikan perhatian yang tinggi pada masa ini.

2. Anatomi sistem reproduksi

Secara anatomi, sistem reproduksi wanita terdiri dari genetalia eksternal dan genetalia internal. Genetalia eksternal terdiri dari mons pubis, labia mayora, labia minora, klitoris, glandula vestibularis mayor, glandula vestibularis minor. Sedangkan genetalia internal terdiri dari vagina, hymen, tuba uterine, uterus, ovarium. (Lindo & Wildan, 2023)

a. Genetalia eksternal

1) Mons pubis

Mons pubis adalah penonjolan berlemak di sebelah ventral simfisis dan daerah supra pubis. Sebagian besar mons pubis terisi oleh lemak, jumlah jaringan lemak bertambah pada pubertas dan berkurang setelah menopause. Setelah dewasa, mons pubis tertutup oleh rambut kemaluan yang kasar.

2) Labia mayora

Labia mayora merupakan organ yang terdiri atas dua lipatan yang memanjang jalan ke kaudal dan dorsal dari mons pubis dan keduanya menutup rima pudenda (Pudendal cleft) permukaan dalamnya licin dan tidak mengandung rambut. Kedua labia mayora dibagian ventral menyatu dan terbentuk komisura anterior. Jika dilihat dari luar, labia mayora dilapisi kulit yang mengandung banyak kelenjar lemak dan tertutup oleh rambut setelah pubertas.

3) Labia minora

Labia minora merupakan organ yang terdiri atas dua lipatan kulit terletak di antara kedua labia mayora pada kedua sisi *intuitus*

vaginae. Kedua labium minus membatasi suatu celah yang di sebut sebagai vestibulum baginae. Labia minora kearah mayora dan sini pada garis mereka berhubungan satu sama lain berupa liputan transversal yang disebut frenulum labil. Sementara itu, ke depan masing-masing minus terbagi menjadi bagian lateral dan medial. Pars lateralis kiri dan kanan bertemu membentuk sebuah lipatan atas (menutup) glans klitoris disebut *preputium klitoridis*. Kedua pars medialis kiri dan kanan bergabung di bagian kaudal klitoris membentuk frenumul klitoris. Labia minora tidak mengandung lemak dan kulit yang mempunyai berciri halus, basah dan agak kemerahan.

4) *Klitoris*

Teletak dorsal dari komisura anterior bila labia mayora dan hampir keseluruhannya tertutup oleh labia minora. *Klitoris* mempunyai tiga bagian *krura klitoris*, *korups klitor* dan *glas klitoris*.

5) *Glandula vestibularis mayor*

Sering disebut juga kelenjar bartholini, merupakan kelenjar yang bentuknya bulat/ovoid yang ada sepanjang dan terletak dorsal dari *bulbus vestibule* atau tertutup oleh bagian posterior *bulbus vestibule*

6) *Glandula vestibularis minor*

Glandula vestibularis minor mengeluarkan lendir kedalam *vestibulum vagina* untuk melembabkan labia minora dan mayora serta *vestibulum vagina*. Organ ini adalah daerah dengan peninggian di daerah median membulat terletak ventral dari simfisis pubis. Sebagian besar terdiri terisi oleh lemak. Setelah pubertas, kulit di atas tertutup rambut kasar.

b. Genetalia internal

1) *Vagina*

Secara anatomi, vagina merupakan organ yang berbentuk tabung dan membentuk sudut kurang lebih 60 derajat dengan bidang horizontal. Namun, posisi ini berubah sesuai dengan isi vesika

urinaria. Dinding ventral vagina yang ditembus serviks panjangnya 7,5 cm, sedangkan panjang dinding posterior kurang lebih 9 cm. Dinding lateralnya di bagian cranial melekat pada *ligament cranial*, dan di vagina kaudal melekat pada diafragma pelvis sehingga lebih rigid dan terfiksasi. Vagina ke bagian atas berhubungan dengan uterus, sedangkan bagian kaudal membuka pada *vestibulum* vagina pada lubang yang disebut introitus vagina.

2) Hymen

Hymen adalah lipatan mukosa yang menutupi sebagian dari introitus vagina. Hymen tidak dapat robek disebut hymen imperforatus. Terdapat beberapa bentuk hymen diantaranya: hymen anular, hymen sepial, hymen kribiformis, hymen partus.

3) Tuba uterina / tuba fallopi

Tuba uterine atau falopi memiliki panjang masing-masing tuba kurang lebih 10 cm. Dibagi atas 4 bagian (dari uterus ke arah ovarium) yaitu pars uterine tubae (pars intramuralis), isthamus tubae, ampulla tubae, dan infrundibulum tubae.

4) Uterus

Uterus merupakan organ berongga dengan dinding muscular tebal, terletak di dalam kavum pelvis minor (true pelvis) antara vesika urinaria dan rectum. Ke arah kaudal, kavum uteri berhubungan dengan vagina. Uterus berbentuk seperti buah pir (pyriformis) terbalik dengan apeks mengarah ke kaudal dorsal, yang membentuk sudut dengan vagina sedikit lebih 90 derajat uterus seluruhnya terletak di dalam pelvis sehingga basisnya terletak kaudal aperture pelvis kranialis. Organ ini tidak selalu terletak tepat di garis median, sering terletak lebih kanan. Posisi yang tidak tepat bisa berubah tergantung pada isi vesika urinaria yang terletak ventro kaudal dan isi rectum yang terletak dorso cranial. Panjang uterus kurang lebih 7,5 cm. Lebarnya kurang lebih 5 cm, tebalnya kurang 2,5 cm,

beratnya 30-40 gram. Uterus dibagi menjadi tiga bagian yaitu fundus uteri, korpus uteri dan serviks uteri.

5) Ovarium

Ukuran dan bentuk ovarium tergantung umur dan stadium siklus menstruasi. Bentuk ovarium sebelum ovulasi sebelum ovulasi adalah ovoid dengan permukaan licin dan berwarna merah muda keabu-abuan. Setelah berkali-kali mengalami ovulasi, maka permukaan ovarium tidak rata/licin karena banyaknya jaringan parut dan warnanya berubah menjadi abu-abu. Pada dewasa muda ovarium berbentuk ovoid pipih dengan panjang kurang 4 cm, lebar kurang lebih 2 cm, tebal kurang lebih 7 gram. Posisi ovarium tergantung pada posisi uterus karena keduanya dihubungkan oleh ligament-ligament.

3. Periode masa post partum

Menurut Wahyuningsih, (2019) terdapat 3 tahapan pada masa post partum yaitu sebagai berikut :

a. *Immediate* post partum

Masa setelah plasenta lahir sampai 24 jam pertama setelah melahirkan. Perlu dilakukan pemeriksaan kondisi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah, serta suhu tubuh karena masalah yang sering terjadi pada tahap ini adalah pendarahan yang diakibatkan oleh atonia uteri.

b. *Early* post partum

Masa yang dimulai dari 24 jam – 1 minggu setelah melahirkan. Pada tahap ini harus diperhatikannya involusi uteri normal, tidak ada pendarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak terjadi demam, ibu cukup mendapatkan asupan nutrisi dan cairan sehingga ibu dapat menyusui dengan baik.

c. *Late post partum*

Masa yang di mulai dari 1 minggu- 6 minggu setelah melahirkan. Pada tahap ini merupakan tahap ini dimana dilakukannya perawatan dan pemeriksaan sehari-hari dan juga dilakukannya pendidikan kesehatan mengenai keluarga

4. **Adaptasi fisiologis post partum**

Adaptasi fisiologi post partum menurut Aspiani 2018, adalah sebagai berikut:

a. Sistem reproduksi

1) Uterus

Involusi uterus adalah pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan palpasi untuk meraba tinggi fundus uteri. Lahirnya plasenta uterus merupakan alat yang keras dari kontraksi dan letaksi otot-ototnya.

Tabel 2. 1 TFU Menurut Masa Involusi

Involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	100 gram
Plasenta lahir	Kurang lebih 2 cm dibawah umbilikus dengan bagian fundus bersandar pada promontorium sakralis	Kurang lebih 1000 gram
1 minggu	Pertengahan antara umbilicus dan simfisis pubis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50-60 gram

2) *Lochea*

Lochea merupakan pengeluaran cairan yang di keluarkan dari uterus melalui vagina yang terjadi selama masa nifas. Lochea bersifat alkalis, jumlahnya lebih banyak dari darah menstruasi, berbau amis dalam keadaan normal tetapi tidak busuk. Adapun pengeluaran lochea dapat di bagi berdasarkan jumlah dan warnanya, yaitu :

a) *Lochea rubra*

Lochea ini muncul pada hari ke -1 sampai hri ke-3 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah dengan ciri-ciri terdiri dari sel desidua, vemkis caseosa, rambut lanugo, sisa meconium dan sisa darah

b) *Lochea sangiolenia*

Cairan yang keluar berwarna putih bercampur merah berlangsung dihari ke -4 sampai hari ke-7 dengan ciri-ciri sisa darah bercampur lendir

c) *Lochea serosa*

Lechea ini berwarna kekuningan/ kecoklatan berlangsung pada hari ke- 7 sampai hari ke-14 dengan ciri-ciri sedikit darah dan lebih banyak serum juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta

d) *Lochea alba*

Lochea laba berlangsung pada setelah hari ke- 14 dengan warna cairan putih dan mengandung lekousit, selaput lendir serviks dan serabut mati.

3) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna serviks adalah merah kehitaman karena dipenuhi oleh pembulu darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi/ perlukaan kecil.

4) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu

5) Perineum

Setelah persalinan, perineum menjadi kendur karena tegang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Masa pemulihan tonus otot perineum terjadi sekitar 5-6 minggu post partum

b. Sistem kardiovaskuler

Setelah melahirkan denyut jantung secukupnya dan curah jantung meningkat, kondisi tersebut akan meningkat lebih tinggi selama 30-60 menit karena darah yang biasanya melintasi sirkulasi uteri/plasenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum.

c. Sistem pencernaan

Pada perubahan sistem pencernaan buang air besar spontan bisa tertunda selama 2-3 hari setelah ibu melahirkan. Pasca melahirkan ibu sering mengalami konstipasi yang disebabkan oleh tonus otot menurun selama proses persalinan, klien takut jahitan robek, serta kurangnya intake menjelang partus

d. Sistem perkemihan

Setelah melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal, fungsi ginjal akan kembali normal dalam 1 bulan setelah ibu melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam pasca melahirkan.

e. Sistem endokrin

1) Hormon oksitosin

Hormon oksitosin berperan untuk kestabilan kontraksi uterus, memperkecil bekas tempat peletakan plasenta dan mencegah pendarahan, pada ibu menyusui terjadi eksresi oksitosin yang dapat membantu kelanjutan involusi uterus dan pengeluaran air susu

2) Hormon prolactin

Prolactin darah akan meningkat dengan cepat. Pada tidak menyusui, prolactin akan menurun dalam 2 minggu.

3) Kadar estrogen

Terjadinya penurunan kadar estrogen yang bermakna setelah persalinan sehingga aktivitas prolactin juga sedang meningkat dapat mempengaruhi pada kadar kelenjar mammae dalam menghasilkan asi

f. Sistem muskuloskeletal

1) Peningkatan ukuran uterus menyebabkan distasis rektus abdominis

2) Sensasi ekstremitas bawah mengalami penurunan

3) Tromboplebitis terjadi akibat penurunan aktifitas dan peningkatan protomnin

4) Edema terjadi pada periode post partum

g. Perubahan tanda-tanda vital

1) Suhu tubuh

Pasca melahirkan suhu tubuh mengalami peningkatan dalam 24 jam pertama $> 38^{\circ}\text{C}$

2) Nadi

Denyut nadi ibu post partum bisa bradikardi atau takikardi yang diakibatkan oleh persalinan lama dan adanya pendarahan yang berat

3) Tekanan darah

Tekanan darah stabil/ tidak ada perubahan. Kemungkinan akan lebih setelah melahirkan karena diakibatkan adanya pendarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya pre-eklamsi istirahat.

4) Pernapasan

Frekuensi nafas pada ibu post partum umumnya lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat

h. Laktasi

Pada hari ke-3 post partum payudara menjadi besar, keras dan nyeri. Ini menandai permulaan sekresi air susu, dan jika areola mammae dipijat keluarlah cairan dari puting susu.

5. Adaptasi psikologis post partum

Adaptasi psikologi post partum menurut Widya khoirotun nisa (2022) terbagi menjadi 3 tahap yaitu sebagai berikut :

1) Perubahan *Taking In*

Merupakan periode terjadi setelah 1 sampai 2 hari persalinan, masa terjadi interaksi dan kontak yang lama antara ayah, ibu dan bayi.

2) Periode *Taking Hold*

Merupakan berlangsung pada hari ke 3 sampai hari ke 4 post partum, ibu berusaha bertanggung jawab terhadap bayinya dengan berusaha untuk menguasai perawatan bayi

3) Periode *Letting Go*

Merupakan terjadi setelah ibu pulang ke rumah, pada masa ibu hamil mengambil tanggung jawab terhadap bayi.

6. Kebutuhan masa post partum

Menurut Parsian (2017) kebutuhan yang harus diperhatikan pada masa post partum adalah sebagai berikut:

a. Nutrisi dan cairan

Kebutuhan nutrisi dan cairan pada saat post partum sangat penting dan perlu diperhatikan karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat proses penyembuhan luka dan sangat mempengaruhi susunan air susu. Kebutuhan gizi saat menyusui adalah sebagai berikut

- 1) Konsumsi tambahan kalori sebesar 500 kalori setiap hari
- 2) Gunakan diet seimbang, protein, mineral, dan vitamin
- 3) Perbanyak minum setidaknya 2 liter perhari
- 4) Konsumsi Fe / tablet tambah darah 40 hari pasca persalinan
- 5) Dan kapsul Vit. A 200.000 unit

b. Ambulasi

Ambulasi disini atau *early ambulation* merupakan kebijakan agar membimbing ibu post partum bangun dari tempat tidur membimbing secepat mungkin untuk berjalan. Adapun keuntungan dari ambulasi dini yaitu :

- 1) Ibu merasa lebih sehat
- 2) Fungsi usus dan kandung kemih menjadi lebih baik
- 3) Memungkinkan kita untuk mengajarkan ibu bagaimana cara merawat bayinya.
- 4) Tidak mempengaruhi penyembuhan luka, tidak menyebabkan perdarahan, tidak memperbesar kemungkinan buruk yang dapat terjadi.

c. Eliminasi

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

- 1) Otot-otot perut masih lemah
- 2) Edema dan uretra
- 3) Dinding kandung kemih yang kurang sensitif

Diharapkan ibu post partum bisa defekasi atau buang air besar pada hari kedua post partum . jika ibu post partum masih belum defekasi di hari ke 3 bisa diberi obat pencahar oral atau rektal.

7. Komplikasi

Menurut Novitasari (2018), komplikasi pada masa post partum adalah sebagai berikut:

- a. Pembekakan pada payudara
- b. Mastitis (peradangan payudara)
- c. Endometritis (peradangan pada endometrium)
- d. Post partum bluse

- e. Infeksi puerperalis ditandai dengan pembengkakan, rasa nyeri, kemerahan pada jaringan terinfeksi atau penularan cairan berbau dari jalan lahir selama persalinan atau setelah persalinan.

8. Penatalaksanaan

Menurut Jayanti, N. D., & Mayasari, S. I (2022) penatalaksanaan yang diperlukan untuk klien dengan post partum adalah sebagai berikut:

- a. Observasi ketat 2 jam post partum (adanya komplikasi pendarahan)
- b. 6-8 pasca persalinan : istirahat dan tidur tenang, usahakan mirin kanan kiri.
- c. Hari 1-2 memberikan edukasi mengenai kebersihan diri, cara menyusui yang benar dan perawatan payudara, perubahan- perubahan yang terjadi pada masa nifas, pemberian informasi senam nifas.
- d. Hari ke 2 : mulai latihan duduk
- e. Hari ke 3 : diperkenankan latihan berdiri dan jalan

9. Dampak post partum terhadap kebutuhan dasar manusia

Beberapa dampak yang terjadi pada masa post partum terhadap kebutuhan dasar manusia menurut Saadah & Siti Haryani (2022)

- a. Kebutuhan rasa nyaman

Nyeri yang ditimbulkan oleh tindakan persalinan akibat terputusnya kontinuitas jaringan yang di sampaikan ke system saraf pusat sehingga menimbulkan persepsi nyeri

- b. Kebutuhan aktivitas

Dampak dari proses persalinan menimbulkan adanya kelemahan pada ibu post partum, dan adanya rasa takut untuk melakukan aktivitas akibat adanya luka jahitan pada perinium

- c. Kebutuhan istirahat dan tidur

Ibu post partum hari ke 1 dapat mengalami istirahat yang dapat mempengaruhi pengeluaran asi yang di produksi, dan memperlambat proses involusi uterus.

d. Kebutuhan eliminasi

Ibu post partum mengalami gangguan eliminasi BAK karena sfinger uretra mengalami tekanan oleh kepala janin dan spasme selama persalinan. Dan ibu mengalami gangguan eliminasi BAB, berupa konstipasi yang disebabkan oleh penurunan peristaltik usus

C. Konsep asuhan keperawatan

Asuhan keperawatan adalah proses atau tahapan kegiatan dalam perawatan yang diberikan langsung kepada pasien dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan (M. Asnawi, S.E. et al., 2024)

1. Tahap pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses penyelesaian. Suatu proses kolaborasi melibatkan perawat dan tim kesehatan lainnya. Pemeriksaan dilakukan melalui wawancara dan pemeriksaan fisik. Dalam pengkajian diperlakukan kecemasan dan ketelitian agar data yang dikumpulkan lebih akurat, sehingga dapat dikumpulkan dan dianalisis untuk mengetahui masalah dan kebutuhan ibu terhadap perawatan. Adapun pengkajian yang dilakukan pada ibu KPD sebagai berikut. (Emha, 2019)

a. Identitas pasien dan identitas penanggung jawab

Mengumpulkan data-data yang berhubungan dengan identitas pasien. Pada kasus ibu post partum spontan dengan KPD. Seperti berisikan latar belakang pendidikan, pekerjaan suku dan agama serta alamat lengkap. Hal ini berguna agar pemberian asuhan keperawatan dapat diberikan dengan memperhatikan sosial budaya dan ekonomi. Pencantuman alamat lengkap dan kondisi yang mengharuskan tidak lanjut di rumah pasien.

Identitas pasien : nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/ras, dan alamat.

Suami : nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/ras, dan alamat

b. Keluhan utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas kesehatan. Kaji apa yang menjadikan keluhan saat ini, sejak

kapan dan bagaimana pengaruhnya pada ibu. Seperti : ibu merasa nyeri pada perineum akibat jahitan luka jalan lahir, keluar darah segar dan banyak dan infeksi luka jahitan (yanti,dkk,2020)

c. Riwayat kesehatan sekarang

Menjelaskan tentang perjalanan penyakit yang dirasakan oleh klien post partum dengan PQRSST, yaitu :

P : *Paliatif/Provokatif*, yaitu kualitas dan kuantitas keluhan yang dirasakan klien yang memperberat dan meningkatkan keluhan klien.

Q : *Quality/Quantity*, yaitu kualitas atau kuantitas atau kualitas keluhan yang dirasakan klien yang memberatkan dan meringankan keluhan klien.

R : *Region*, yaitu daerah dimana yang mengalami gangguan dan apakah ada penyebaran ke daerah lain.

S : *Skala*, intensitas nyeri yang dirasakan dari rentang 1-10

T : *Time*, kapan mulai timbulnya rasa nyeri, bisa kadang-kadang, terus-menerus, bahkan sampai beberapa lama keluhan bisa berlangsung, bisa hilang timbul.

d. Riwayat kesehatan yang dulu

Kaji apakah ibu pernah atau sedang menderita penyakit yang di anggap berpengaruh pada kondisi kesehatan ibu saat ini. Misalnya penyakit-penyakit *degenerative* (DM,Jantung,Dll) atau infeksi saluran kemih

e. Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya. Yaitu ada penyakit keluarga yang menyertainya.

f. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas sekarang

Terutama apabila ibu sudah pernah hamil dan atau melahirkan sebelumnya.

g. Riwayat kelahiran, persalinan dan nifas yang lalu

Kaji riwayat persalinan secara lengkap dengan menyertai durasi setiap kala dalam persalinan serta masalah yang ditemui pada setiap kala, dan tindakan yang dilakukan dalam mengatasi setiap masalah. Untuk mengetahui jumlah kehamilan dan kelahiran, lamanya melahirkan dan cara melahirkan. masalah yang timbul sewaktu hamil dan melahirkan. Riwayat kelahiran anak yang mencakup berat badan bayi sewaktu lahir, adakah kelainan pada bayi, jenis kelamin bayi, keadaan bayi hidup/mati saat persalinan.

h. Riwayat *obstetric* dan ginekologi

1) Riwayat haid

Data ini memang tidak secara langsung berhubungan dengan masa nifas, tetapi dari data ini dapat diperoleh gambaran tentang keadaan dasar dari organ reproduksi. Adapun data yang diperoleh:

a) *Menarche*

Adalah usia pertama kali mengalami menstruasi, pada umumnya sekitar 12-16 tahun.

b) Siklus

Siklus merupakan jarak antara menstruasi yang di alami dengan menstruasi berikutnya dalam hitungan hari. Biasanya sekitar 23-32 hari

c) Volume

Data ini menjelaskan seberapa banyak darah menstruasi yang dikeluarkan, sebagai acuan, biasanya menggunakan kriteria banyak, sedang dan sedikit. Namun jawaban pasien biasanya bersifat subjektif misal sampai berapa kali ganti pembalut dalam sehari.

2) Status perkawinan

Hal ini sangat penting untuk dikaji karena dari data ini akan mendapatkan gambaran mengenai suasana rumah tangga pasangan. Beberapa pertanyaan yang biasanya diajukan:

- a) Usia nikah pertama kali
- b) Status perkawinan
- c) Lama perkawinan
- d) Ini adalah suami ke berapa

3) Riwayat KB

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

i. Pola kesehatan sehari-hari

a. Nutrisi

Menggambarkan tentang gambaran bagaimana pasien mencukupi gizinya selama hamil. Pada saat ini dapat diketahui makanan yang disukai dan tidak disukai oleh pasien serta seberapa banyak mengkonsumsinya. Pertanyaan yang perlu ditanyakan :

- 1) Menu : hal ini dikaitkan dengan pola diet berimbang bagi ibu post partum. Jika pengetahuan menu makan yang dilakukan oleh pasien kurang seimbang sehingga ada kemungkinan beberapa komponen gizi tidak akan terpenuhi maka dapat memberikan pendidikan kesehatan mengenai penyusunan menu seimbang.
- 2) Frekuensi : data ini akan memberikan petunjuk seberapa banyak asupan makanan yang dikonsumsi.
- 3) Banyaknya : data ini memberikan informasi tentang seberapa banyak makanan yang dimakan dalam satu kali waktu makan
- 4) Pantangan : hal ini juga sangat penting ditanyakan karena ada kemungkinan pasien berpantangan makan yang justru sangat mendukung pemulihan fisiknya, misal daging, ikan atau telur.

b. Minuman

Untuk menggambarkan kebiasaan pasien dalam pemenuhan kebutuhan cairannya, apalagi masa nifas ini take, sangat dibutuhkan cairan yang cukup. Hal yang harus diperhatikan yaitu frekuensi, jumlah perhari dan jenis minuman.

c. Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi setelah dan sebelum melahirkan yaitu kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi, dan bau serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, warna dan jumlah.

d. Istirahat

Istirahat sangat diperlukan oleh ibu post partum. Oleh karena itu, perlu menggali informasi mengenai kebiasaan istirahat pada ibu supaya mengetahui hambatan yang mungkin muncul pada ibu. Pertanyaan yang dinyatakan yaitu berapa lama tidur di siang dan malam hari.

e. *Personal hygiene*

Data ini sangat lucu dikaji karena akan mempengaruhi sistem kesehatan pasien dan bayinya. Beberapa kebiasaan yang dilakukan dalam perawatan diri yaitu: mandi, keramas, ganti baju dan celana dalam.

f. Aktivitas

Pada aktivitas sehari-hari perlu dikaji karena data ini memberikan gambaran tentang seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan pasien dirumah. Karena jika aktivitas terlalu berat bisa menimbulkan perdarahan pervagina.

g. Seksual

Hal ini merupakan hal yang cukup privasi bagi pasien namun data dari kebiasaan ini harus digali karena pernah terjadi beberapa kasus keluhan dalam aktivitas seksual yang cukup mengganggu. Adapun hal-hal yang berkaitan dengan frekuensi yaitu

berapa kali pasien melakukan hubungan seksual dalam seminggu, dan apakah ada gangguan yang dialami oleh pasien ketika melakukan hubungan seksual, seperti nyeri saat berhubungan, adanya ketidakpuasan dengan suami, kurangnya keinginan untuk melakukan hubungan dan lain sebagainya.

j. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah melakukan pemeriksaan fisik pasien untuk menentukan masalah kesehatan pasien menurut Ma'rifat, R. A. (2024)

a. Keadaan umum dan kesadaran

Keadaan umum klien mulai saat pertama kali bertemu dengan klien dilanjutkan mengukur tanda-tanda vital. Kesadaran klien juga diamati apakah kompos mentis, apatis, somnolen, delirium, semi koma atau koma.

1) Tanda- tanda vital

a) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik, yang kembali secara spontan tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari.

b) Suhu

Suhu maternal kembali dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intrapartum dan stabil dalam 24 jam pertama pascapartum. Perhatikan adanya kenaikan suhu sampai 38 derajat pada hari kedua sampai hari kesepuluh yang menunjukkan adanya morbiditas puerpelis.

c) Nadi

Nadi berkisar antara 60-80 x/menit. Denyut nadi diatas 100x/menit pada masa nifas adalah mengindikasikan adanya suatu infeksi, hal ini salah satunya bisa diaktifkan oleh proses persalinan sulit atau karena kehilangan darah yang berlebihan. Beberapa ibu post partum kadang-kadang

mengalami bradikardi puerperal, yang denyut aslinya mencapai serendah- rendahnya 40-50x/menit.

d) Respirasi

Pada ibu post partum umumnya pernafasan akan mejadi lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Bila suhu nadi tidak normal maka pernafasan juga akan meningkat.

2) Kepala

Rambut : meliputi warna, kebersihan dan keadaan rambut yang mudah rontok atau tidak. Bentuk kepala simetris atau tidak, ada benjolan abnormal atau tidak.

3) Telinga

Pada telinga kaji kebersihan dan gangguan pendengaran.

4) Mata

Meliputi kelainan bentuk atau tidak, konjungtiva anemis atau tidak, selera ikterik atau tidak, keadaan pupil isokor atau anisokor, palpebral dan reflex cahaya tidak ada gangguan penglihatan.

5) Hidung

Mengkaji kebersihan hidung, ada polip atau tidak dan ada tidaknya gangguan penciuman.

6) Mulut

Meliputi warna bibir, keadaan bibir lembab atau kering atau pecah-pecah. Mengkaji keadaan lidah yaitu meliputi warna dan kebersihan dan mengkaji keadaan gigi dengan melihat kebersihan gigi, ada karies gigi atau tidak.

7) Leher

Meliputi apakah ada pembesaran kelenjar limfe atau tidak, ada atau tidaknya pembesaran kelenjar tyroid.

8) Dada

- a) Paru-paru

Inspeksi warna kulit dada, bentuk dada, pola nafas, frekuensi nafas dan lei. Saat diauskultasi suara paru vesikuler, palpasi ekspansi paru, nyeri tekan dan pembengkakan.
 - b) Jantung

Apakah terdapat pembengkakan pada daerah apex jantung, auskultasi irama jantung, bunyi jantung, frekuensi jantung, palpasi arteri icus cordis.
 - c) Payudara

Inspeksi kesimetrisan payudara, warna payudara, warna aerola, kebersihan payudara, apakah ada pembengkakan, puting menonjol keluar atau tidak. Pada saat di palpasi apakah ada nyeri tekan, benjolan dan apakah sudah keluar kolostrum.
- 9) Abdomen
- Inspeksi warna kulit abdomen, bentuk abdomen, apakah ada luka bekas operasi, asites, kelainan pada umbilical, tinggi fundus uteri, bising usus, apakah ada diastasis abdominalis, linea nigra, dan terdapat stiac livide pada perut.
- 10) Ekstremitas atas
- Kesimetrisannya, ujung-ujung jari sianosis ada atau tidaknya edema, kekuatan ototnya
- 11) Ekstremitas bawah
- Kesimetrisannya ada tidaknya edema, sianosis, bagaimana pergerakannya, reflek patella , kekuatan ototnya
- 12) Genetalia
- Adakah pengeluaran lochea, bagaimana warna, banyaknya, bau serta adanya edema pada vulva. Pemeriksaan perinium dilakukan dengan menempatkan ibu pada posisi senyaman mungkin dan tetap menjaga privasi, kaji infeksi dengan melihat adanya tanda-

tanda “REEDA” (*Redness*/ kemerahan, *crcchymosis*/ perdarahan bawah kulit, *edema*/ bengkak, *discharge*/ perubahan *lochea*, *approximation*/ pertautan jaringan).

k. Aspek psikologi, sosial dan spritual

1. Aspek psikologi

Pada klien hari 0 biasanya klien mengalami fase *taaking in*, fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua melahirkan. Pada saat ini, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakan kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung.

2. Aspek sosial

Klien dengan *post partum spontan* akan merasakan adanya rasa nyeri yang menghambat aktivitasnya sehari-hari. Sehingga perlu di kaji akibat penyakitnya terhadap proses sosialisasi klien. Kaji juga terhadap hubungan interpersonal klien dengan keluarganya selama klien dirawat.

3. Aspek spritual

Dikaji bagaimana klien akan kesembuhannya berhubungan dengan agama yang di anut, bagaimana aktivitas keagamaannya klien selama perawatan di rumah sakit.

l. Pemeriksaan penunjang

a. Laboratorium

Pada *post partum* yang biasa di ukur yaitu kadar hemoglobin, hematocrit, kadar leukosit, golongan darah.

b. Pemeriksaan urine

Pengambilan sampel urie dilakukan dengan menggunakan cateter atau dengan teknik pengambilan bersih, specimen ini dikirim ke laboratorium untuk dilakukan urinalisis rutin atau kultur dan sensitivitas terutama jika kateter *1 dwelling* dipakai selama pasca

inpartum. Selain itu, catatat prenatal ibu harus dikaji untuk menentukan status dan rhesus dan kebutuhan therapy yang mungkin.

2. Analisa daata

Data yang dikumpulkan dari data subjektif dan data objektif kemudian dianalisis untuk menentukan masalah klien. Analisa data merupakan proses intelektual yang meliputi kegiatan menyeleksi data, mengklarifikasi, mengelompokan data, mengenai dan menentukan kesenjangan informasi, membandingkan dengan standar, menginterpretasikan serta akhirnya membuat diagnosa.(SDKI,2017).

Tabel 2. 2 Analisa data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	Gejala dan tanda mayor Subjektif : Mengeluh nyeri Objektif : 1) Tampak meringis 2) Bersikap protektif (waspada posisi menghindari nyeri) 3) Gelisah 4) Frekuensi nadi meningkat 5) Sulit tidur Gejala dan tanda minor Subjektif : - Objektif : 1) Tekanan darah meningkat 2) Pola nafas berubah 3) Nafsu makan berubah	- Agen pencedera fisiologis (mis. Infflamasi,iskemia, neoplasma) - Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan) - Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengakat berat, prosedur operasi, trauma latihan fisik berlebihan)	Nyeri akut (D.0077)

No	Data	Etiologi	Masalah
	4) Proses berpikir terganggu 5) Menarik diri 6) Berfokus pada diri sendiri 7) Diaforesis		
2.	Gejala dan tanda mayor Subjektif : 1) Merasa bingung 2) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang di hadapi 3) Sulit berkonsentrasi Objektif : 1) Tampak gelisah 2) Tampak tegang 3) Sulit tidur Gejala dan tanda minor Subjektif : 1) Mengeluh pusing 2) Anoreksia 3) Palpitasi 4) Merasa tidak berdaya	- Krisis situasional - Kebutuhan tidak terpenuhi - Krisis maturasional - Ancaman terhadap konsep diri - Ancaman terhadap kematian - Kekhawatiran mengalami kegagalan - Disfungsi system keluarga - Hubungan orang tua dan anak tidak memuaskan	Ansietas (D. 0080)
3.	Gejala dan tanda mayor Subjektif : 1) Menanyakan masalah yang di hadapi Objektif : 1) Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran 2) Menunjukkan presepsi yang keliru terhadap masalah	- Keterbatasan kognitif - Gangguan fungsi kognitif - Kekeliruan mengikuti anjuran - Kurang terpapar informasi - Kurang minat dalam belajar	Defisit pengetahuan (D.0111)

No	Data	Etiologi	Masalah
	Gejala dan tanda minor Subjektif : - Objektif : 1) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat 2) Menunjukkan perilaku berlebihan (mis, apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)	- kurang mampu mengingat - ketidaktahuan menentukan sumber informasi	
4.	Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik Faktor resiko 1) Penyakit kronik 2) Efek prosedur invasive 3) Malnutrisi 4) Peningkatan paparan organisme patogenik lingkungan 5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer 6) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder	Post partum spontan dapat menyebabkan adanya luka yang merupakan media yang baik untuk tubuh dan berkembang bakteri sehingga menimbulkan infeksi	Risiko infeksi (D.0142)

Sumber : Tim pokja SDKI DPP PPNI (2017)

3. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan(PPNI, 2016).

Kemungkinan diagnosa yang muncul pada pasien post partum spontan adalah :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
2. Ansietas berhubungan dengan kondisi kehamilan perinatal
3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan menentukan sumber informasi
4. Risiko infeksi dibuktikan dengan adanya luka jahitan.

4. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang di harapkan. Tindakan keperawatan merupakan perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (SIKI,2018).

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)

Tujuan : setelah di lakukan tindakan selama 1x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun

Kriteria Hasil : Tingkat nyeri (L.08066)

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Gelisah menurun
- 4) Sikap protektif menurun
- 5) Frekuensi nadi membaik
- 6) Pola nafas membaik
- 7) Tekanan darah membaik

8) Kesulitan tidur menurun

Tabel 2. 3 Perencanaan keperawatan diagnosa ke 1

Intervensi	Rasional
Manajemen nyeri (I.08238) Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri secara verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 5) Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 6) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 7) Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 8) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 9) Jelaskan strategi meredakan nyeri 10) Anjurkan teknik nonfarmakologis Kolaborasi 11) Pemberian analgetik	Observasi 1) Dengan mengidentifikasi tingkat nyeri diharapkan dapat mengetahui sejauh mana rasa nyeri menyebar 2) Mengetahui skala nyeri 3) Mengetahui respon non-verbal 4) Untuk menghindari faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 5) Untuk membantu mengurangi komplikasi 6) Lingkungan dapat mempengaruhi derajat tingkat nyeri 7) Meningkatkan rasa nyaman pada pasien Edukasi 8) Untuk membantu mengurangi faktor pemicu nyeri 9) Untuk mengontrol nyeri ketika muncul 10) Untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 11) Untuk membantu proses penyembuhan

b. Ansietas berhubungan dengan kondisi kehamilan perinatal (D.0080)

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pemahaman makna situasi meningkat

Kriteria hasil : pemahaman makna situasi meningkat

- 1) Orientasi kognitif meningkat
- 2) Proses informasi meningkat
- 3) Pertimbangan alternatif saat memutuskan meningkat

Tabel 2. 4 Perencanaan keperawatan diagnosa ke-2

Intervensi	Rasional
Reduksi ansietas (I.09314) Observasi 1) Identifikasi tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stresor) 2) Identifikasi tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal Terapeutik 3) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4) Pahami situasi yang membuat ansietas 5) Dengarkan dengan penuh perhatian 6) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 7) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan Edukasi 8) Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin di alami	Observasi 1) Untuk mengetahui perubahan pada tingkat ansietas klien 2) Untuk mengetahui tanda ansietas pada klien Terapeutik 3) Untuk dapat menumbuhkan kepercayaan klien 4) Untuk dapat mengetahui situasi yang menyebabkan ansietas 5) Untuk dapat mengetahui keluhan klien 6) Untuk dapat mengetahui keluhan klien 7) Untuk dapat memberikan kepercayaan pada klien Edukasi 8) Untuk dapat mengetahui situasi apa saja yang menyebabkan atau pemicu ansietas

Intervensi	Rasional
9) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan protogenis 10) Anjurkan keluarga tetap bersama klien 11) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 12) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi	9) Agar perawat dapat mengetahui perasaan klien 10) Untuk dapat menghilangkan ketegangan dari klien mengenai masalah yang sedang dihadapi

- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidaktauhan menentukan sumber informasi (D.0111)

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan perilaku menjalankan anjuran membaik

Kriteria hasil : perilaku menjalankan anjuran membaik

- 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat
- 2) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun
- 3) Persepsi keliru tentang masalah menurun
- 4) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun

Tabel 2. 5 Perencanaan keperawatan diagnosa ke- 3

Intervensi	Rasional
Edukasi kesehatan (I.12383) Observasi 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi faktor- faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 3) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan	Observasi 1) Mengetahui tingkat pengetahuan pasien 2) Untuk tindakan selanjutnya Terapeutik 3) Meningkatkan kemampuan pasien

Intervensi	Rasional
4) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5) Berikan kesempatan bertanya Edukasi 6) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 7) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 8) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	4) Mengetahui pemahaman klien tentang materi Edukasi 5) Motivasi klien 6) Klien dapat memanfaatkan sumber-sumber yang ada dalam keluarga

d. Risiko infeksi dibuktikan dengan adanya luka jahitan (D.0142)

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun

Kriteria hasil : Tingkat infeksi menurun

- 1) Demam menurun
- 2) Kemerahan menurun
- 3) Nyeri menurun
- 4) Bengkak menurun

Tabel 2. 6 Perencanaan keperawatan diagnosa ke -4

Intervensi	Rasional
Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 2) Batasi jumlah pengunjung 3) Berikan perawatan kulit pada daerah edema 4) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien 5) Pertahankan teknik aseptik pada pasien risiko tinggi	Observasi 1) Untuk mengetahui ada tidaknya infeksi yang terjadi Terapeutik 2) Untuk mencegah penyebaran infeksi 3) Agar luka terawat 4) Untuk menghindari terjadinya infeksi 5) Agar tidak terjadi infeksi

Intervensi	Rasional
Edukasi 6) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7) Ajarkan cara mencuci tangan yang benar 8) Ajarkan etika batuk 9) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 10) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11) Anjurkan meningkatkan asupan cairan	Edukasi 6) Agar pasien mengetahui tandanya 7) Untuk menghindari infeksi 8) Untuk menghindari infeksi 9) Agar pasien tahu cara memeriksa kondisi luka 10) Untuk menunjang kesehatan 11) Untuk menunjang kesehatan

Sumber : SIKI (2017)

5. Implementasi keperawatan

Setelah rencana keperawatan tersusun, selanjutnya diterapkan tindakan yang nyata untuk mencapai hasil yang di harapkan berupa kekurangannya atau hilangnya masalah klien. Tahap implemntasi ini terdiri dari beberapa kegiatan, yaitu validasi rencana keperawatan, menuliskan atau mendokumentasikan rencana keperawatan, serta melanjutkan pengumpulan data

Saat melakukan implemtasi keperawatan, tindakan harus mendetail dan jelas supaya semua tenaga keperawatan dapat menjalankannya dengan baik dalam waktu yang ditentukan. Perawat dapat melaksanakan langsung atau bekerja sama dengan para tenaga pelaksana lainnya (Ratnawati,2018).

6. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan bagian kegiatan akhir dari proses keperawatan, dimana perawat menilai hasil yang diharapkan terhadap perubahan klien dan menilai sejauh mana masalah klien dapat diatasi. Di samping itu, perawat juga memberikan umpan balik atau pengkajian ulang, seandainya tujuan yang ditetapkan belum tercapai, maka dala hal ini proses keperawatan dapat di modifikasikan(Ratnawati,2018).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Pasien

Nama	: Ny. M
Tanggal Lahir	: 25-06-2003
Umur	: 22 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Status Pernikahan	: Kawin
Suku/Bangsa	: Sunda/Indonesia
Tanggal Masuk RS	: 08-05-2026
Tanggal Pengkajian	: 08-05-2026 Jam : 19.55
NO.RM	: 100-86-97-66
Diagnosa Medis	: P1A0 post partum spontan atas indikasi ketuban pecah dini
Alamat	: Kp. Cikacang – Ciamis

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. S
Umur	: 37 Tahun
Agama	: Islam
Pendidikan pekerjaan	: SMP
Hubungan dengan klien	: Suami pasien
Alamat	: Kp. Cikacang – Ciamis

b. Riwayat Kesehatan

1) Alasan Masuk Ke Rumah Sakit

Pada tanggal 08-05-2026 pukul 07.32 WIB pasien datang dengan mules-mules disertai keluar cairan (pecah ketuban).

2) Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka jahitan di perinium.

3) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat pengkajian tanggal 08-05-2026 pukul 19.55 WIB Ny. M terdapat luka jahitan pada perinium dengan jahitan kurang lebih 3 cm dengan luka ke arah medial (bawah/ garis tengah). Saat di kaji pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan, nyeri terasa meningkat apabila pasien bergerak, duduk dan berkurang ketika istirahat, rasa nyeri terasa seperti tersayat-sayat, nyeri hanya terasa di area luka jahitan di perinium dengan skala nyeri 5 (0-10) , rasa nyeri hilang timbul ,dan aktivitas di bantu suaminya.

4) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan sebelumnya belum pernah di rawat di RS, tidak pernah menderita penyakit parah yang memerlukan perawatan khusus, dan pasien tidak memiliki penyakit menular ataupun penyakit genetik/keturunan yang dapat memperberat masa kehamilan dan nifas.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan bahwa keluarganya tidak ada yang pernah melahirkan dengan riwayat ketuban pecah dini, tidak mengandung kembar, dan tidak ada yang mempunyai penyakit menular gangguan mental dan tidak ada keluarga yang mempunyai penyakit yang diturunkan

6) Riwayat Obsetri Dan Ginekologi

a) Riwayat Menstruasi

Menarche	: Kelas 7 SMP, kurang lebih 13 tahun
Lama	: 6-7 Hari
Siklus	: 28 Hari
Disminore	: Tidak
Banyaknya	: mengganti pembalut 2-3 x / hari
Sifat darah	: Darah cair
Teratur atau tidak	: Teratur
HPHT	: 19 – 08 - 2025
TP	: 26 – 05 - 2026

b) Riwayat Perkawinan

Pasien mengatakan ini pernikahan yang pertama

Usia suami	: 37 Tahun
Usia istri	: 22 Tahun
Lama perkawinan	: 1 Tahun

c) Riwayat Kehamilan Sekarang

Riwayat kehamilan sekarang P1A0 usia kehamilan 37 minggu, BB sebelum hamil 48kg BB saat hamil 56kg, pasien mengalami kenaikan BB 8kg. TB 160cm. Dengan IMT : 18,75

d) Keadaan Saat Hamil

- (1) Trimester I : pada saat trimester I pasien kadang- kadang mengalami mual
- (2) Trimester II : pada saat trimester II pasien tidak mengeluh mual muntah
- (3) Trimester III : pada saat trimester III pasien mengeluh sakit pinggang.
- (4) Riwayat antenatal care (ANC) : pasien mengatakan rutin memeriksa kehamilannya ke bidan.

e) Riwayat KB

Pasien mengatakan sebelumnya belum pernah memasang jenis KB apapun.

f) Riwayat Persalinan Sekarang

Data kelahiran : pada tanggal 08-05-2026 pasien di bawa ke ruang VK untuk dilakukan lahiran secara spontan. Bayi lahir dengan jenis kelamin laki-laki dengan berat 2135 gram dan panjang badan 44 cm. Sejak lahir pasien sudah memberikan bayinya ASI (IMD). Tetapi bayi tidak menghisap ASI terus-menerus. Bayi tampak tidak mau menyusui.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Kesadaran	: Compos Mentis
GCS	: 15 (E4 V5 M6)
Keadaan Umum	: tampak lemah
BB sebelum hamil	: 48kg
BB saat hamil	: 56kg
TB	: 160 cm
IMT	: 18,75

2) Tanda-tanda vital

TD	: 95/75 mmHg
N	: 74x/ menit
RR	: 20x/ menit
S	: 36,7°C

3) Kepala

a) Kepala, rambut dan wajah

Warna rambut hitam, rambut pendek dan tampak kusut, penyebaran rambut merata, kulit kepala tampak bersih, kepala pasien simetris antara bahu kanan dan kiri, bentuk kepala bulat, tidak ada benjolan ataupun nyeri tekan pada kepala.

b) Mata

Kedua mata simetris antara kanan dan kiri, konjungtiva merah muda, selera putih, bola mata dapat di gerakan ke segala arah, reflex pupil baik terbukti ketika mata pasien diberi rangsangan cahaya pupil mengecil, fungsi penglihatan berfungsi dapat melihat objek yang jauh dan dekat atau melihat kondisi di sekitar, keadaan mata bersih tidak ada kotoran.

c) Hidung

Lubang hidung simetris antara kanan dan kiri, hidung bersih tidak ada secret, fungsi penciuman berfungsi dapat mendeteksi bau dan aroma kayu putih, tidak ada pernafasan cuping hidung. Saat di palpasi tidak ada nyeri tekan.

d) Telinga

Letak telinga simetris antara kanan dan kiri, tidak ada serumen, fungsi pendengaran berfungsi terbukti pasien dapat menjawab pertanyaan yang di lontarkan perawat, tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

e) Mulut dan gigi

Mukosa bibir merah muda dan lembab, gigi tampak bersih, tidak ada karang gigi, tidak memakai gigi palsu, reflek menelan dan mengunyah baik.

f) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada tumor, fungsi menelan berfungsi terbukti pasien dapat menelan. Saat di palpasi tidak ada nyeri tekan.

4) Dada

a) Paru-paru

Pengembangan dada simetris kanan dan kiri, tidak ada benjolan. Bunyi paru-paru sonor, bunyi nafas vesikuler, frekuensi nafas 20x/ menit.

b) Jantung

Irama jantung reguler, terdengar bunyi jantung S1 dan S2

c) Payudara

Bentuk payudara simetris antara kanan dan kiri, puting menonjol, payudara tampak bersih, payudara pasien tampak tegang, bengkak. Aerola berwarna hitam, ASI sudah keluar sedikit. Kolostrum sudah keluar, terdapat sedikit nyeri dan Asi tidak menetes saat dipalpasi.

5) Abdomen

Bentuk perut cembung, terdapat striae linea nigra dan stretch mark atau striae gravidarum, tidak terdapat lesi. Saat di auskultasi bising usus 10x/ menit, saat di palpasi terdapat TFU 1 jari di atas pusat, terdapat nyeri tekan, uterus teraba keras, tidak terdapat distensi kandung kemih. Pasien tampak protektif dan ketika dipegang bagian perutnya.

6) Genetalia

Penyebaran rambut pubis merata, tampak menetes lochea rubra dengan darah merah kecoklatan, vulva tampak bersih, terdapat luka ruptur derajat 2 di area perinium terdapat kurang lebih 3 cm dengan luka kearah medial (Bawah/garis tengah) di perinium dengan terdapat sebanyak 6 jahitan dengan luka tampak kemerahan edema disekitar jahitan, lebam, tidak mengeluarkan cairan nanah dan kerapatan jahitan bagus, terdapat nyeri, tidak ada hemoroid dengan nilai REEDA 3. Dan pasien hanya mengganti pembalut 1x dalam sehari dan meringis ketika berubah posisi.

7) Ekstremitas

a) Ekstremitas atas

Pasien tampak terbaring, pergerakan tangan dapat digerakan, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan dan tangan terpasang infus RL. 20tpm, kulit tampak berwarna sawo matang turgor kulit saat dicubit kembali <3 detik. Kekuatan otot 5/5.

b) Ekstremitas bawah

Pada ekstremitas bawah tidak ada edema, tidak ada varises, reflex patella (-), human sign (-), kaki tampak bisa digerakan.

Kekuatan otot 5/5.

d. Konsep diri

1) Identitas diri

Pasien seorang perempuan dengan usia 22 tahun, pasien beragama islam.

2) Peran diri

Pasien berperan sebagai istri dari suaminya dan seorang ibu dari anaknya.

3) Ideal diri

Pasien mengatakan ingin segera pulang dari Rumah sakit dan merawat anaknya di rumah bersama suaminya.

4) Harga diri

Pasien merasa sangat dihargai oleh suaminya, keluarga dan ingin segera pulang

5) Gambaran diri

Pasien merasa terdapat perubahan baru pada dirinya seperti peran baru pasien memiliki 1 orang anak laki-laki dan perubahan pada tubuhnya seperti peningkatan BB, perubahan pada tubuhnya dan lain-lain selama periode post partum spontan. Namun perubahan tersebut tidak berpengaruh pada prilaku dan adaptasinya terhadap pengasuhan bayi.

e. Aspek psikologi

1) Pada fase talking in aktivitas pasien bergantung pada suaminya dan keluarga dan perhatian pasien masih tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.

2) Presepsi diri, pasien berharap agar segera sembuh dan segera pulang kerumah.

- 3) Respon ibu terhadap kelahiran bayinya, pasien mengatakan sangat bahagia atas kelahiran anak laki-lakinya dan ingin segera merawat di rumah,.
- 4) Respon ibu bertanya kepada perawat kenapa ASI nya masih sedikit dan kesulitan memberikan ASI-nya kepada bayinya ketika di tekan payudaranya hanya meneteskan sedikit ASI nya.
- 5) Respon keluarga terhadap kelahiran bayi, keluarga mengatakan bahagia pasien bisa melahirkan dengan selamat dan bayinya yang sehat. .

f. Aspek sosial

Hubungan pasien dengan keluarganya baik, terbukti banyak keluarga yang menjenguk dan menjaga pasien, pola komunikasi pasien baik, terbukti pasien dapat berkomunikasi dengan baik dengan keluarga dan suaminya.

g. Aspek spiritual

Pasien adalah seorang muslim dan pasien selalu berdo'a untuk kesembuhannya.

h. Pola koping

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

i. Kebiasaan seksual

Hubungan seksual sebelum masa nifas pasien tidak memiliki gangguan dalam berhubungan suami istri. Setelah masa nifas pasien dan suami sepakat tidak melakukan hubungan suami istri setelah masa nifas selesai dan pasien beserta suami sepakat merencanakan akan menggunakan alat kontrasepsi KB suntik tiap 3 bulan sekali.

j. Pola aktivitas sehari-hari

Tabel 3. 1 Pola aktivitas sehari – hari

No	Jenis aktivitas	Di rumah	Di rumah sakit
1.	Nutrisi : a. Makanan Frekuensi Jenis Porsi Cara Keluhan b. Minuman Jenis Frekuensi Cara	3x/ hari Nasi + lauk pauk 1 porsi Mandiri Tidak ada Air putih 6-8 gelas Mandiri	3x/ hari Nasi + lauk pauk 1 porsi Mandiri Tidak ada Air putih 7-9 gelas Mandiri
2.	Eliminasi : a. BAB Frekuensi Konsistensi Warna Bau b. BAK Frekuensi Warna Bau	1x/ hari Padat Khas veses Khas veses 5-6x/ hari Kuning jernih Khas urine	Belum BAB - - - - Kuning pekat Khas urine
3.	Pola istirahat : a. Tidur siang Kualitas b. Tidur malam Kualitas Keluhan	1-2 jam/ hari Baik 6-7 jam/ hari Baik Tidak ada keluhan	Tidak tidur siang - 5 jam - Bangun karna mengASI
4.	Personal hygiene : a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Ganti baju e. Cara	2x/ hari 2x/ hari 1 minggu 3x 2x/ hari Mandiri	Pasien mengatakan belum mandi setelah masuk RS 1x ganti baju Di bantu suami

c. Data penunjang

Nama	: Ny. M	Alamat	: KP. Cikacang
Umur	: 22 tahun	Ruang	: Delima
Tanggal	: 08-05-2026	No. RM	: 100-86-97-66

Tabel 3. 2 Hasil laboratorium

No.	Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai normal
1.	HEMATOLOGY			
	Darah rutin			
	Hemoglobin	11,9	g/dl	10-16
	Hematokrit	35,4	%	32-42 %
	Leukosit	12,1	/mm	7000-21.0
	Trombosit	248	/mm	
	Golongan darah	A/RH (+)		

d. Therapy medis

Tabel 3. 3 Therapy medis

Nama obat	Dosis	Cara pemberian	Waktu pemberian	Indikasi
Cefodroxil	500 mg	Oral	3x1	Untuk membunuh bakteri akibat infeksi
Asam mefenamat	500 mg	Oral	3x1	Digunakan untuk meredakan nyeri
Hemafort	500 mg	Oral	2x1	Suplemen zat besi mengatasi anemia selama kehamilan/ setelah melahirkan

2. Analisa data

Tabel 3. 4 Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	Ds : Pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan perinium Do : - Tampak meringis ketika bergerak berubah posisi - Skla nyeri 5 (0-10) - Terdapat luka ruptur dengan 6 jahitan - Pasien tampak bersikap protektif	Post partum spontan adanya proses pengeluaran janin, menyebabkan ruptur di (Perinium) sehingga jaringan terputus, lalu merangsang reseptor nyeri yang akan mengeluarkan neurotransmitter (brandikinin, serotonin, histamin) timbul presepsi nyeri.	Nyeri Akut (D.0077)
2.	Ds : Pasien mengatakan merasa kesulitan karna ASInya tidak lancar dan merasa kesulitan untuk menyusui bayinya Do : - Bayi tampak tidak mau menyusu - Saat di palpasi asi tidak menetes	Setelah persalinan ibu akan memasuki masa post partum sehingga mengalami penurunan hormon progesteron dan estrogen merangsang pertumbuhan kelenjar susu, sehingga terjadi peningkatan pada hormon prolaktin, merangsang laktasi oksitosin, ejeksi ASI tidak efektif, sehingga menimbulkan bengkak pada kelenjar mammae	Menyusui tidak efektif (D. 0029)

No.	Data	Etiologi	Masalah
	- Payudara tampak tegang dan bengkak - Bayi tidak mengisap ASI terus menerus	menyebabkan menyusui tidak efektif	
3.	Ds : Pasien mengatakan terdapat luka jahitan di perinium Do : - Tampak terlihat luka ruptur dengan 6 jahitan - Panjang luka 3 cm - Daerah luka masih terdapat kemerahan - Ganti pembalut 1x / hari	Adanya luka jahitan di daerah perinium merupakan media yang baik bagi mikroorganisme untuk berkembangbiak ditambah vulva hygen yang kurang baik atau kotor akan menyebabkan risiko infeksi	Risiko infeksi (D.0142)

3. Diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan :

DS :

Pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan di perinium

DO :

- Tampak meringis saat berpindah dan berubah posisi
- Skala nyeri 5 (0-10)
- Terdapat luka ruptur dengan 6 jahitan
- Pasien tampak bersikap protektif

- b. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang metode menyusui dibuktikan dengan :

DS :

Pasien mengatakan merasa kesulitan karna asinya tidak lancar dan merasa kesulitan untuk menyusui bayinya.

DO :

- Bayi tampak tidak mau menyusu
- Saat di palpasi ASI tidak menetes
- Bayi tidak menghisap ASI terus menerus
- Payudara tampak tegang dan bengkak

- c. Risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit)

DS :

Pasien mengatakan terdapat luka jahitan di perinium

DO :

- Tampak terlihat luka ruptur dengan 6 jahitan
- Daerah luka masih terdapat kemerahan
- Ganti pembalut 1x/hari

4. Proses asuhan keperawatan

Nama	: Ny. M	Alamat	: Kp. Cikacang
Umur	: 22 Tahun	Ruang	: Delima
Tanggal masuk RS	: 08 -05 – 2026	NO.RM	: 100-86-97-66

Tabel 3. 5 Proses keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4	5	6	7
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan DS : - Pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan perinium DO : - Tampak meringis ketika	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri yang dirasakan pasien menurun dengan kriteria hasil : 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) Sikap protektif menurun	Manajemen nyeri (I.08238) Tindakan Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	1) Mengetahui karakteristik, lokasi, frekuensi, durasi, intensitas nyeri	Tanggal : 08 mei 2026 Pukul 21.00 WIB 1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Respon : - Nyeri dirasakan diluka ruptur	Tanggal : 09 mei 2026 Pukul 05.00 WIB S : - Pasien mengatakan masih nyeri pada luka ruptur di perinium dengan jahitan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			Kolaborasi 6) Pemberian obat analgetik, jika perlu	6) Untuk membantu mengurangi nyeri pasien	nyeri dengan teknik nafas dalam 6) Berkolaborasi pemberian obat antinyeri Respon : - Asam mefenamat 500 mg (oral, 3x1)	
2.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang metode menyusui dibuktikan dengan DS : - Pasien mengatakan merasa kesulitan	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x8 jam di harapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil : 1) Peletakan bayi pada payudara ibu meningkat	Edukasi menyusui (I.12393) Tindakan Observasi : 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	1) Mengetahui kesiapan menerima informasi	Tanggal 08 mei 2026 Pukul 21.22 WIB 1) Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Respon : - Pasien mengatakan	Tanggal 09 mei 2026 Pukul 07.00 S : - Pasien mengatakan masih kesulitan karna ASInya tidak lancar

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
	karna ASInya tidak lancar dan merasa kesulitan untuk menyusui bayinya DO : - Bayi tampak tidak mau menyusu - Saat di palpasi ASI menetes sedikit - Bayi tidak menghisap terus-menerus	2) Suplai ASI meningkat 3) Tetesan / pancaran ASI meningkat	2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik : 3) Sediakan materi/ media penyuluhan	2) Mengetahui tujuan dari menyusui 3) Mengetahui materi penkes	siap untuk menerima informasi Pukul 21.23 WIB 2) Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui Respon : - Pasien mengatakan sangat ingin menyusui anaknya dengan benar Pukul 21.22 WIB 3) Menyediakan materi / media penyuluhan Respon : - Mahasiswa menyiapkan penkes untuk edukasi Pukul 21.25 WIB	dan masih kesulitan menyusui bayinya O : - Bayi masih tidak mau menyusu - Peletakan bayi pada payudara belum meningkat - Suplai ASI belum meningkat A : masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Anjurkan pasien melakukan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			4) Jadwalkan penkes sesuai kesepakatan 5) berikan kesempatan bertanya 6) Libatkan sistem pendukung (suami, keluarga)	4) Agar pasien menyiapkan diri 5) Agar pasien lebih mengerti 6) Agar pasien lebih bersemangat	4) Menjadwalkan penkes sesuai kesepakatan Respon : - Pasien setuju untuk penkes pada tanggal 09 mei 2026 Pukul 21.26 WIB 5) Memberikan kesempatan bertanya Respon : - Pasien dan keluarga tidak mengajukan pertanyaan Pukul 21.27 WIB 6) Melibatkan sistem pendukung Respon :	perawatan payudara (breast care)

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			Edukasi 7) Ajarkan 4 posisi menyusui / peletakan yang benar 8) Ajarkan perawatan payudara post partum	7) Agar pasien bisa memberikan ASI dengan maksimal 8) Agar ASI bisa lancar	- Suami dan keluarga siap untuk menemani pasien Pukul 21. 28 WIB 7) Mengajarkan 4 posisi menyusui/ peletakan yang benar Respon : - Pasien paham tetapi belum bisa melakukan peletakan langsung kepada bayi Pukul 21.29 WIB 8) Mengajarkan perawatan payudara Respon : - Pasien bersedia untuk	

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
					menerima tindakan Pukul 21.29 9) Berkolaborasi pemberian obat Respon : - Hemafor (oral,2x1)	
3.	Risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1) Nyeri menurun 2) Kebersihan badan meningkat 3) Kadar sel darah putih membaik	Pencegahan infeksi (I.14539) Tindakan Observasi : 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	1) Mengetahui tanda dan gejala infeksi lokal	Tanggal 08 mei 2026 Pukul 21.30 WIB 1) Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal Respon : - Nyeri pada luka perinium - Terdapat 6 jahitan - Terdapat kemerahan di area luka	Tanggal 9 mei 2026 Pukul 07.00 WIB S : - Pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan O : - Nyeri belum menurun - Daerah luka masih

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			Terapeutik : 2) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi : 3) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka	2) Mempertahankan kebersihan untuk pasien 3) Mengetahui gejala infeksi 4) Agar pasien bisa tahu kondisi lukanya	Pukul 21.32 WIB 2) Mempertahankan teknik aseptik Respon : - perawat melakukan vulva hygiene dengan menggunakan sarung tangan pukul 21.34 WIB 3) Mengajarkan tanda gejala infeksi Respon : - Pasien mengatakan mengerti Pukul 21.37 WIB 4) Mengajarkan cara memeriksa luka Respon ;	tampak kemerahan - Leukosit 12,1 - Kebersihan badan belum meningkat A : - Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan - Kolaborasi pemberian antibiotik

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			5) Anjurkan meningkatkan nutrisi Kolaborasi 6) Kolaborasi pemberian antibiotik	5) Untuk membantu percepatan kesembuhan luka 6) Untuk membantu proses penyembuhan	- Pasien masih belum memahaminya Pukul 21.28 WIB 5) Menganjurkan meningkatkan nutrisi Respon : - Pasien menghabiskan makanan yang diberikan oleh RS (p,s,m) Pukul 21.40 WIB 6) Berkolaborasi pemberian antibiotik Respon : - cefodroxil 500 mg (oral,3x1)	

5. Catatan perkembangan

Nama : Ny.M Alamat : Kp. Cikacang
 Umur : 22 tahun Ruangan : Delima
 Tanggal masuk RS : 08-05-2026 NO.RM : 100-86-97-66

Tabel 3. 6 Catatan perkembangan

No.	Hari & tanggal	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
1.	Sabtu 09 mei 2026	1	19.30 WIB S : Pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan masih terasa tetapi berkurang O : 1) Pasien masih tampak meringis ketika bergerak dan duduk 2) Dengan skala nyeri 4 (0-10) 3) Sikap protektif pasien belum menurun A : Nyeri Akut P : lanjutkan intervensi 1) Jelaskan strategi meredakan nyeri 2) Kolaborasi pemberian obat nyeri 19.45 WIB I : 1) Mengkaji TTV - Td : 123/90 mmHg - N : 89x/mnt - Spo : 98 % 2) Menjelaskan strategi meredakan nyeri	Aitiah

No.	Hari & tanggal	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
			Respon : - Pasien mengerti dan melakukan teknik nafas dalam ketika ingin berpindah tempat 3) Berkolaborasi pemberian obat antinyeri Respon : - Asam mefenamat (500 mg, oral, 3x1) 19.58 WIB E : masalah teratasi sebagian	
2.	Sabtu 09 mei 2026	2	20.00 WIB S : pasien mengatakan masih kesulitan karna asinya tidak lancar, dan kesulitan menyusui bayinya O : 1) Bayi sudah mau sedikit mengasi 2) Peletakan bayi belum tepat 3) Suplai asi sudah sedikit meningkat 4) Tetesan asi masih sedikit A : menyusui tidak efektif P : lanjutkan intervensi 1) Penkes mengenai “metode menyusui yang benar” 2) Libatkan suami dan keluarga 3) Kolaborasi pemberian obat	AitiaNh

No.	Hari & tanggal	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
			20.15 WIB I : 1) Melakukan penkes Respon : - Pasien mendengarkan, melihat apa yang sedang dijelaskan 2) Melibatkan sistem pendukung Respon : - suami dan keluarga sama juga mendengarkan dan mendukung pasien 3) Berkolaborasi pemberian obat Respon : - Hemafor (oral, 2x1) 20.20 WIB E : masalah teratasi sebagian	
3.	Sabtu 09 Mei 2026	3	20.20 WIB S : pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan perinium O : 1) Terdapat luka ruptur perinium dengan 6 jahitan 2) Luka masih tampak basah 3) Terdapat lochea menetes dan tercium bau amis A : risiko infeksi P : lanjutkan intervensi 1) Observasi suhu tubuh	AitiaNh

No.	Hari & tanggal	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
			2) Anjurkan pasien vulva hygiene ke kamar mandi 3) Kolaborasi pemberian obat 20.25 WIB I : 1) Mengobservasi suhu tubuh Respon : 36,6 c 2) Menganjurkan pasien vulva hygiene ke kamar mandi Respon : - Pasien melakukan vulva hygiene di kamar mandi 3) Berkolaborasi pemberian obat Respon : - Cefadroxil 500 mg (oral 3x1) 20.45 WIB E : intervensi teratasi sebagian	
4	Minggu 10 mei 2026	1	08.30 WIB S : pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan sudah berkurang O : 1) Pasien sudah lebih leluasa ketika bergerak dan mau duduk 2) Dengan skala nyeri 3 (0-10) 3) Sikap protektif pasien sudah menurun Ttv Td : 124/94 mmHg N : 90x/mnt	AitiaNh

No.	Hari & tanggal	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
			R : 20x/ mnt A : Nyeri akut P : lanjutkan intervensi 1) Ingatkan kembali pada pasien jika nyeri timbul bisa lakukan relaksasi nafas dalam 2) kolaborasi pemberian obat anti nyeri Pukul 09.12 I : 1) Mengingatkan kepada pasien jika nyeri timbul bisa lakukan relaksasi nafas dalam Respon : pasien mengatakan iya 2) Berkolaborasi pemberian obat Respon : - Asam mefenamat (500 mg 3x1) E : masalah teratasi sebagian (pasien pulang pada pukul 14. 05 WIB)	
5.	Minggu 10 mei 2026	2	08.45 WIB S : 1) pasien mengatakan sudah tidak khawatir karna ASI sudah mulai banyak 2) pasien mengatakan sudah mencoba metode menyusui yang benar O : 1) peletakan bayi sudah sedikit baik	AitiaNh

No.	Hari & tanggal	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
			2) suplai asi sudah cukup meningkat 3) tetesan ASI sudah mulai banyak A : Menyusui tidak efektif P : lanjutkan intervensi 1) beri pertanyaan kepada pasien tentang metode menyusui yang benar yang sudah di ajarkan 09.15 WIB I : 1) menanyakan tentang metode menyusui yang benar yang sudah di ajarkan respon : - pasien bisa menjawab sambil melihat kertas sesekali 09. 25 WIB E : Hentikan intervensi	
6.	Minggu 10 mei 2026	3	09.45 WIB S : Pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan perinium O : 1) terdapat ruptur perinium dengan jahitan 2) luka masih tampak basah 3) terdapat lochea rubra menetes dan tercium bau amis 4) tidak ada kemerahan dan bengkak pada area luka	AitiaNh

No.	Hari & tanggal	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
			A : risiko infeksi P : lanjutkan intervensi 1) anjurkan pasien melakukan vulva hygiene ke kamar mandi 2) anjurkan mengganti pembalut 4x dalam sehari 09.50 WIB I : 1) menganjurkan pasien melakukan vulva hygiene di kamar mandi respon : - pasien mengatakan iya 2) menganjurkan mengganti pembalut 4x dalam sehari respon : - pasien mengatakan iya akan melakukannya 10.15 WIB E : masalah teratasi sebagian	

B. Pembahasan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny.M, dengan post partum spontan hari ke1 atas indikasi ketuban pecah dini di ruang Delima RSUD Ciamis. Asuhan keperawatan dilaksanakan mulai tanggal 08 mei 2026 sampai tanggal 10 mei 2026. Penulis menemukan masalah-masalah berupa kesenjangan antara teori yang di dapatkan dengan tindakan keperawatan yang dilakukan. Adapun pembahasan ini dibagi berdasarkan tahap proses berdasarkan tahap proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Tahap pengkajian

Pada saat pengumpulan data, penulis tidak menemukan banyak kendala karena Ny. M dan keluarga cukup kooperatif yang ditunjang dengan terbinanya kepercayaan antara penulis dan Ny. M serta keluarga Ny. M menjawab pertanyaan yang dilontarkan penulis tanpa terlihat adanya perasaan ragu dari mulai data identitas sampai data psikologinya dan bersedia untuk dilakukan pemeriksaan fisik secara sistematis serta keluarganya pun membantu untuk memberikan data-data yang diperlukan. Data pengkajian asuhan keperawatan yang ada pada teori post partum dengan indikasi ketuban pecah dini didapatkan bahwa pasien mengeluh nyeri pada luka jahitan di perinium dengan skala nyeri 5 (0-10) terdapat luka jahitan sebanyak 6 jahitan, nyeri dirasakan semakin meningkat ketika bergerak dan duduk dan berkurang ketika beristirahat, nyeri seperti tersayat-sayat , nyeri dirasakan hilang timbul. Hal ini disebabkan karena persalinan dan mengakibatkan adanya robekan pada perinium yang mengakibatkan terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang saraf perifer mengeluarkan reseptor nyeri (bradikinin, histamin, prostaglandin) sehingga sensori nyeri ditangkap oleh reseptor nyeri disampaikan ke cortex cerebri dan dipersepsikan sebagai nyeri.

Penulis juga menemukan pada Ny. M terdapat luka jahitan kurang lebih 3 cm di perinium dengan 6 jahitan, luka tampak basah dan merah karena ini hari-1 pasca persalinan. Menurut teori pada fase ini penyembuhan

luka ini merupakan fase 1 (24 jam pertama -48 jam) yaitu segera setelah cedera, respon peradangan menyebabkan peningkatan aliran darah ke area luka, meningkatkan cairan dalam jaringan ini yang mengalami cedera (walsh ,2019).

Sehingga pada Ny. M luka masih basah dan berwarna agak kemerahan, tanda REEDA bernilai 3 (luka tampak merah, terdapat bengkak, terdapat memar, tidak ada pengeluaran cairan didarah sekitar luka, kerekatan jahitan kuat pada perinium) yang berarti penyembuhan luka kurang baik, leukosit 12.1 /mm. Pada pasien persalinan spontan menyebabkan luka robekan perinium dan luka tampak basah, tempat yang lembab merupakan tempat yang kurang baik untuk pertembuhan mikroorganisme sehingga dapat menyebabkan risiko infeksi.

Pada tahap ini penulis tidak menemukan faktor penghambat, penulis mendapatkan bantuan dan dukungan serta arahan dari perawat ruangan dan juga partisipasi aktif dari keluarga pasien sehingga penulis dapat melakukan pengkajian pada pasien.

2. Tahap diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah cara umum yang di pakai untuk mengidentifikasi, memfokuskan, dan menghadapi masalah serta respon khusus pasien. Dari teori ditemukan diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan post partum spontan adalah sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- b. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang metode menyusui
- c. Ansietas berhubungan dengan kondisi kehamilan perinatal
- d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan menentukan sumber informasi
- e. Risiko infeksi dibuktikan dengan kerusakan integritas kulit

Setelah dilakukan pengkajian secara bertahap, diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny,M dengan post partum spontan dengan ketuban pecah dini, adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (adanya luka jahitan pada perinium), sensasi dan pengalaman yang tidak menyenangkan serta muncul secara aktual maupun potensial terhadap kerusakan jaringan, dengan rentan waktu tertentu dengan skala nyeri yang berbeda- berbeda. Alasan diagnosa tersebut diangkat karena saat pengkajian didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan, nyeri terasa meningkat apabila pasien bergerak, duduk dan berkurang ketika istirahat, rasa nyeri terasa seperti tersayat-sayat, nyeri hanya terasa di area luka jahitan di perinium dengan skala nyeri 5 (0-10) , rasa nyeri hilang timbul. Data objektif yang didapat pasien tampak meringis ketika bergerak dan saat duduk terdapat luka ruptur dengan 6 jahitan di perinium. Diagnosa tersebut penulis prioritas karena keluhan yang dirasakan pasien saat itu dan apabila masalah ini tidak segera ditangani akan menimbulkan ketidaknyamanan bagi pasien dan bisa mengganggu aktivitas pasien sehingga rasa kekuatan untuk melakukan gerak (SDKI,2018).
- b. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang metode menyusui. Adalah kondisi dimana ibu dan bayi mengalami tidakpuasan atau kesukaran, pada proses menyusui. Alasan diagnosa diangkat karena saat pengkajian didapatkan data subjektif pasien mengeluh merasa kesulitan karna asinya tidak lancar dan merasa kesulitan untuk menyusui bayinya. Dan data objektif bayi tampak tidak mau menyusu, dan saat dipalpasi asi tidak menetes. Ketika di tanyakan ibu merupakan kelahiran anak pertamanya sehingga belum ada pengalaman dalam menyusui sehingga mengangkat diagnosa menyusui tidak efektif.
- c. Risiko infeksi adalah berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Dengan penyebab yang ada pada pasien adalah ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer kerusakan integritas kulit akibat dari ruptur ketika persalinan. Ditemukan data faktor pendukung risiko infeksi yaitu objektif terdapat luka ruptur dengan 6 jahitan di

perinium, luka tampak basah, tanda REEDA bernilai 3 (luka tampak merah, bengkak, dan memar, tidak ada pengeluaran cairan di daerah sekitar luka, kerekatan jahitan kuat pada perinium).

Diagnosa yang terdapat pada teori namun tidak ditemukan pada kasus yaitu:

d. **Ansietas**

Ansietas didefinisikan kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Ny.M tidak ditemukan tanda mayor dan minor sehingga diagnosa ansietas tidak muncul pada kasus ini.

e. **Defisit pengetahuan**

Defisit pengetahuan didefinisikan ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Ny.M sudah tercakup pada diagnosa menyusui tidak efektif dengan intervensi yang dilakukan dengan melakukan edukasi menyusui, sehingga penanganan masalah ini dilakukan secara tidak langsung melalui penyelesaian diagnosa utama lainnya.

3. **Tahap Perencanaan**

Pada saat merencanakan penulis menggunakan standar yang sudah ditetapkan oleh (persatuan perawat nasional indonesia) (PPNI) yaitu berdasarkan buku referensi Standar intervensi keperawatan indonesia (SIKI). Sehingga tahap perencanaan, penulis tidak mendapatkan kesulitan didukung juga dengan adanya kerjasama, bantuan dari pihak keluarga pasien dan juga petugas kesehatan dalam ruangan sehingga terlaksananya tahap perencanaan.

a. Nyeri akut

Pada perencanaan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik berdasarkan kriteria hasil yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri akut dapat di atasi dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun dan sikap protektif menurun, menggunakan manajemen nyeri, skala nyeri jadi 1-3 rencana diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik meliputi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.

b. Menyusui tidak efektif

Pada perencanaan intervensi yang dilakukan adalah perawatan payudara dan edukasi metode menyusui yang benar. Perawatan ini berupa membersihkan payudara breast care dengan lembut untuk mengurangi risiko pembengkakan, mencegah sumbatan asi. Dan dengan dilakukan edukasi agar ibu tahu bagaimana cara menyusui bayinya dengan benar.

c. Risiko infeksi

Pada perencanaan risiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit berdasarkan kriteria hasil 3x24 jam diharapkan risiko infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil : nyeri menurun, kemerahan menurun. Adapun tanda tanda inflamasi seperti kemerahan, panas, bengkak, dan nyeri. Rencana diagnosa risiko infeksi dengan memonitor tanda dan gejala infeksi.

4. Tahap Pelaksanaan

Pada diagnosa pertama, penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yang dibuat yaitu pada intervensi utama untuk masalah nyeri akut adalah dengan manajemen nyeri dengan melakukan observasi karakteristik nyeri pasien kemudian mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi untuk meredakan nyeri serta memberikan analgetik asam mefenamat 500 mg secara oral.

Pada diagnosa

Pada diagnosa kedua , penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yaitu pada intervensi utama edukasi menyusui dengan melakukan breast care dan mengajarkan kepada pasien dan keluarganya tentang metode menyusui yang benar untuk membantu pengetahuan pasien tentang menyusui dengan benar .

Pada diagnosa ketiga, penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yaitu intervensi utama risiko infeksi dengan tingkat infeksi monitor tanda-tanda infeksi didapatkan merasa nyeri, dan terdapat luka ruptur dengan 6 jahitan. Penulis juga melakukan perawatan perinium dengan melakukan vulva hygiene dan memberikan obat cefodroxil 500 mg oral.

5. Tahap evaluasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari dirumah sakit, penulis mengevaluasi pasien dan di dapatkan hasil :

Hasil evaluasi pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 3x8 jam pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 3 (0-10) yang berarti nyeri pada pasien berkurang yang tadinya berada pada skala 5 (0-10) sehingga masalah teratasi sebagian.

Hasil evaluasi diagnosa menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi metode menyusui yang benar didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 3x8 jam asi sudah keluar dan ibu sudah mengetahui bagaimana cara menyusui dengan benar dan bagaimana peletakan bayi dengan benar. Sehingga masalah teratasi

Hasil evaluasi pada risiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam pasien masih merasa nyeri pada luka jahitan di perinium sehingga masalah teratasi sebagian

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. M (P1A0) post partum spontan hari-1 dengan indikasi ketuban pecah dini di ruang Delima RSUD Ciamis dari tanggal 08 mei 2026 sampai 10 mei 2026, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian terhadap status kesehatan pasien secara lengkap dan mampu menganalisis data yang timbul pada Ny. M (P1A0) dengan post partum spontan hari-1 atas indikasi ketuban pecah dini. Dalam tahap pengkajian ini, penulis tidak menemukan kesulitan dikarenakan Ny. M bersikap kooperatif
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan berdasarkan data yang muncul pada Ny. M (P1A0) dengan post partum spontan hari-1 dengan indikasi ketuban pecah dini. Adapun diagnosa keperawatan yang ditemukan adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidaktauhan metode menyusui dengan benar, risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit.
3. Penulis mampu menyusun rencana tindakan keperawatan NY. M (P1A0) post partum spontan hari-1 dengan indikasi ketuban pecah dini sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul dari hasil pengkajian perencanaan ditujukan untuk mengatasi nyeri akut, menyusui tidak efektif, dan risiko infeksi.
4. Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan masalah keperawatan yang muncul pada Ny.M (P1A0) post partum spontan hari-1 dengan indikasi ketuban pecah dini dan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat.
5. Penulis dapat melakukan evaluasi dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny.M (P1A0) post partum spontan hari-1 dengan indikasi ketuban pecah dini. Setelah di evaluasi, penulis dapat menyimpulkan dari

masalah – masalah yang muncul, diagnosa keperawatan semua dapat teratasi mulai dari nyeri akut, menyusui tidak efektif, dan risiko infeksi

6. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny.M (P1A0) post partum spontan hari-1 dengan indikasi ketuban pecah dini dalam bentuk karya tulis ilmiah.

B. Rekomendasi

Setelah penulis memberikan asuhan keperawatan pada Ny.M (P1A0) post partum spontan hari-1 dengan indikasi ketuban pecah dini secara sistematis dan komprehensif, maka penulis akan mengemukakan beberapa saran yang bisa dijadikan pertimbangan dan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan. Adapun saran -saran tersebut diantaranya sebagai berikut :

1. Bagi institusi pendidikan

Bagi institusi pendidikan diharapkan pengajaran tidak hanya dilakukan oleh pengajar atau dosen tetapi melibatkan perawat profesional untuk memberikan ilmu kepada mahasiswa karena pada saat dilahan praktik sering terjadi beberapa kesenjangan antara teori dan fakta dilapangan sehingga mahasiswa mampu menyesuaikan dan mampu melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan standar operasional. Serta untuk menunjang dalam hal proses belajar bagi mahasiswa diharapkan perpustakaan memiliki referensi sumber yang lengkap dan update untuk dijadikan bahan kajian dalam pembuatan karya tulis ilmiah ataupun penelitian.

2. Bagi rumah sakit

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan sarana dan prasarana bagi pasien post partum spontan, hal ini pentingnya sarana dan prasarana yang menunjang. Rumah sakit diharapkan sebagai pemberi pelayanan kesehatan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sesuai standar operasional prosedur (SOP).

3. Bagi perawat

Bagi perawat diharapkan mampu meningkatkan kinerja melalui pelatihan-pelatihan sehingga mampu meningkatkan asuhan keperawatan. Dan mampu memberikan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu.

4. Bagi pasien dan keluarga

Pasien diharapkan mampu mengetahui tanda-tanda infeksi dan menyusui dan peletakan bayi dengan benar. Dan bagi keluarga mampu tertib dalam mendampingi ibu post partum spontan.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, D. (2017). Gambaran Kejadian Ketuban Pecah Dini di rumah sakit surya husadha denpasar 2020
- Aspiani, R. Y. (2018). *Buku ajar asuhan keperawatan maternitas: Aplikasi NANDA, NIC dan NOC*. Trans Info Media. [1, 2, 3]
- Alief, A. (2023). Edukasi Manajemen Nyeri Non Farmakologi Untuk Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien. *Jurnal Aplikasi Hiperkes*, % (1).
- Arif, A., & Kurnia, E. (2021). Hubungan letak janin dengan kejadian ketuban pecah sebelum waktunya pada ibu bersalin. *Journal of Health Science*, 1(2), 29–37. [1, 2, 3]
- Andalas, M., & Maruba, R. (2020). Pathway dan tatalaksana ketuban pecah dini. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*, 16(2), 142-150.
- Berman, M., & P, D. P (2018). *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis* . Edisi 5 Jakarta : EGC
- Badan Kependudukan Dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). (2018) Profil data kesehatan keluarga dan kependudukan provinsi Jawa Barat. BKKBN.
- Danur Jayanti, N., & Indah Mayasari, S. (2022). Asuhan Komplementer Tatalaksana Afterpain pada Ibu Postpartum : Literature Review. *Jurnal MID-Z (Midwifery Zigot) Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 5(1), 22–28. <https://doi.org/10.56013/jurnalmidz.v5i1.1369>
- Elyasari. (2023). Masa nifas dalam berbagai perspektif
- Ernawati, E. W. (2020). Analisis faktor yang berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini di Rumah Sakit Umum Daerah Siti Fatimah Provinsi Sumatera Selatan tahun 2020. Universitas Bina Husada.
- Emha, M. R. (2019). Tinjauan Pustaka Tinjauan Pustaka. *Convention Center Di Kota Tegal*, 4(80), 4.
- Fatimah, & Nuryaningsih. (2018). *Buku ajar asuhan kebidanan nifas*. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.
- Herma, Y. D. (2019). Tinjauan Pustaka Tinjauan Pustaka. *Convention Center Di Kota Tegal*, 4(80), 4.
- Ii, B. A. B., & Teori, A. T. (2022). *Sumber : Ibualam, 2022 Gambar 2.1 Ketuban Pecah Dini*. 7–25.
- Jayanti, N. D., & Mayasari, S. I. (2022). Asuhan komplementer tatalaksana afterpain pada ibu postpartum: Literature review. *Jurnal MID-Z (Midwifery Zigot): Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 5(1), 22–28.
- KEMENTERIAN KES. (2018). Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf. In *Lembaga Penerbit Balitbangkes* (p. hal 156). <https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/3514/1/Laporan>

Riskesdas 2018 Nasional.pdf

- Lindo, M., & Wildan, D. R. (2023). Ketuban Pecah Dini pada Kehamilan Preterm. *J MedulaUnila*, 1(2), 97–101.
- Maritalia, D. (2019). Asuhan kebidanan pada ibu nifas. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- M. Asnawi, S.E., M. ., Sri Wahyuni, S.Kom., M. K., & Rafiqah yusna Siregar, S.I.Kom., M. I. K. (2024). *Tahta Media Group v.research*.
- Malawat, R. L. (2022). Pentingnya Asuhan Kebidanan Komprehensif untuk Mencegah Nyeri dan Infeksi Perineum. *Jurnal Kebidanan (JBd)*, 2(2), 123–124.
- Ma'rifat, R. A. (2024). *Anatomi dan fisiologi ketuban dalam kehamilan*. Penerbit Medika.
- Manuaba, I. B. G., Manuaba, I. A. C., & Manuaba, I. B. G. F. (2018). Pengantar kuliah obstetri. Jakarta: EGC.
- Nemours KidsHealth. (2018). *Understanding blood types*. KidsHealth. <https://kidshealth.org/en/teens/blood-types.html>
- Nurhastuti, N. (2019). Patofisiologi ketuban pecah dini. *Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 7(2), 115-122.
- Nathasya, H. (2024). No TitleEΛENH. *Edu Research Indonesian Institute For Corporate Learning And Studies (IICLS)*, 5(1), 70–80.
- Novitasari, A., & Ambarwati, A., A.L,. (2019). Komplikasi masa kehamilan, persalinan dan nifas. *Keb. Jurnal KesMaDaSka*, 10(2), 166–172.
- Nugroho, T. (2019). Buku ajar asuhan kebidanan patologi. Yogyakarta: Nuha Medika.
- PPNI (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tirane Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- Parsian, S. (2018). Gambaran Pengetahuan Ibu Post Partum Tentang Kebutuhan Dasar Selama Masa Nifas di Rumah Bersalin Srikaban Binjar Tahun 2016. *Ilmiah Kohesi*, 1(1), 95–103.
- RI, K. (2021). Proses Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan. *Menentukan Proses Keperawatan Dalam Asuhan Keperawatan*, 1.
- Rifiana, A. J., & Hasanah. (2018). Faktor-faktor yang berhubungan dengan ketuban pecah dini pada ibu bersalin di Puskesmas Tanggeung Cianjur. *Jurnal Ilmu Dan Budaya*, 41(60), 7001–7018.

Roma, D. I., & Coop, S. O. C. (2018). *KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR HK.01.07/MENKES/91/2017*. 1–59.

Rekam Medis RSUD Ciamis, Data Tahun 2026

Ratnawati, R. (2018). Determinan kejadian ketuban pecah dini (KPD) di Ruang Cempaka RSUD DR Doris Sylvanus Palangkaraya. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 6(2), 85-92.

Roslianti et al. (2022). Menunjukkan teknik relaksasi nafas dalam efektif menurunkan intensitas nyeri pasca melahirkan

Saadah, L., & Siti Haryani. (2022). Pengelolaan Ketidaknyamanan Pasca Partum pada Ibu Post Partum Spontan dengan Episiotomy. *Journal of Holistics and Health Science*, 4(2), 246–260. <https://doi.org/10.35473/jhhs.v4i2.167>

Supriyanti, M. (2022). Jenis Persalinan, Kesiapan Ibu dan Komplikasi/Penyulit Persalinan berhubungan dengan Pospartum Blues di Desa Sukawening. *Open Access Jakarta Journal of Health Sciences*, 1(11), 380–386. <https://doi.org/10.53801/oajjhs.v1i11.80>

Tahir, S., dkk. (2018). Faktor determinan kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin. *Jurnal Kesehatan*, 5(2), 134–138.

Yanti, Y., dkk. (2020). Pengetahuan perawat tentang pendokumentasian proses asuhan keperawatan. *Jurnal Health Technology and Medicine*, 9(2), 120-128.

Widya khoirotun nisa. (2022). ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GANGGUAN RASA NYAMAN PADA KASUS POST PARTUM TERHADAP Ny. N. *Articel*, xv + 62 halaman. <https://repository.poltekkes-tjk.ac.id/id/eprint/2218/>

Widyaningrum, R., & Emha, M. R. (2020). the Relationship of Premature Rupture of Membranes With the Incidence of Asphyxia Neonatorum in Pku Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta'S Hospital. *Jurnal Kesehatan Madani Medika*, 11(1), 54–62. <https://doi.org/10.36569/jmm.v11i1.100>

Wayuningsih, H.P 2019. Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

WHO. Maternal Mortality : World Health Organization ; 2024

Yuliana. W., & Hakim. B.N. (2020). Perubahan Tanda-tanda Vital Ibu Postpartum *Media Husada Journal Of Nursing Science*, 1(1), 79-84

lampiran

**SATUAN ACARA PENYULUHAN
METODE MENYUSUI DENGAN BENAR**



Di susun oleh :

Ai tia Nurhasanah

KHGA23045

3A

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
2026**

SATUAN ACARA PENYULUHAH

Topik : Kelompok Ibu Nifas dan Menyusui
 Sub Topik : Teknik Menyusui dengan Benar
 Sasaran : Ibu Menyusui
 Hari/Tanggal : 9 mei 2026
 Waktu : 15 menit
 Tempat : Ruang Delima (Nifas) RSUD Ciamis
 Jumlah Peserta : 1 orang pasien dan 2 keluarga

A. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mendapatkan penyuluhan diharapkan peserta dapat mempraktekan cara menyusui dengan benar.

B. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah selesai mengikuti penyuluhan peserta diharapkan mampu :

- a) Menjelaskan pengertian cara menyusui yang benar
- b) Mengetahui posisi dan perlekatan menyusui yang benar
- c) Mengetahui tentang persiapan memperlancar pengeluaran ASI
- d) Mengetahui langkah-langkah menyusui yang benar
- e) Mengetahui tanda-tanda bayi telah mendapat cukup asi.
- f) Mengetahui hal-hal yang perlu diingat dalam menyusui.
- g) Mengetahui dan memahami manfaat dari cara menyusui yang benar.

C. Isi Materi

1. Pengertian teknik menyusui yang benar.
2. Posisi dan perlekatan menyusui.
3. Persiapan memperlancar pengeluaran ASI.
4. Langkah –langkah menyusui yang benar.
5. Tanda-tanda bayi telah mendapat cukup asi.
6. Hal-hal yang perlu diingat dalam menyusui.
7. Manfaat dari cara menyusui yang benar.

D. Metode

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

E. Media dan Alat

Payudara ibu

F. Rencana Evaluasi

Review materi

G. Rencana Kegiatan

No.	Tahapan Kegiatan	Pelaksanaan	Kegiatan Sasaran	Waktu
1.	Pembukaan	a. Memberikan salam b. Memperkenalkan diri c. Kontrak waktu d. Menyampaikan Tujuan Umum dan Tujuan Khusus	a. Menjawab salam b. Menerima kehadiran penyuluh c. Memperhatikan saat penyuluh menyampaikan tujuannya	3 menit
2.	Isi	Pelaksaaan materi penyuluhan secara berurutan dan teratur. Isi Materi: 1. Pengertian teknik menyusui yang benar. 2. Posisi dan perlekatan menyusui.	Menyimak dan memperhatikan.	7 menit

No.	Tahapan Kegiatan	Pelaksanaan	Kegiatan Sasaran	Waktu
		3. Persiapan memperlancar pengeluaran ASI. 4. Langkah –langkah menyusui yang benar. 5. Tanda-tanda bayi telah mendapat cukup asi. 6. Hal-hal yang perlu diingat dalam menyusui. 7. Manfaat dari cara menyusui yang benar.		
3.	Evaluasi	Tanya jawab	a. Memberikan kesempatan pada peserta untuk bertanya jika terdapat hal-hal yang belum jelas. b. Memberi kesempatan kepada peserta untuk mempraktekan kembali. c. Peserta mengerti	5 menit

No.	Tahapan Kegiatan	Pelaksanaan	Kegiatan Sasaran	Waktu
			seluruh materi penyuluhan yang telah disampaikan	
4.	Penutup	a. Kesimpulan b. Memberikan salam	a. Menjawab pertanyaan yang diberikan penyuluh b. Mendengarkan kesimpulan c. Menjawab salam	3 menit

Materi penyuluhan

Cara menyusui dengan benar:

Posisi, upaya memperbanyak, dan tanda bayi cukup ASI

1. Pengertian Teknik Menyusui dengan Benar

Teknik menyusui dengan benar adalah kegiatan yang menyenangkan bagi ibu sekaligus memberikan manfaat yang tidak terhingga pada anak dengan cara yang benar (Yuliarti, 2010).

Memberi ASI dalam suasana yang santai bagi ibu dan bayi. Buat kondisi ibu nyaman mungkin. Selama beberapa minggu pertama, bayi perlu diberi ASI setiap 2,5-3 jam sekali. Menjelang akhir minggu ke enam, sebagian besar kebutuhan bayi akan ASI setiap 4 jam sekali. Jadwal ini baik sampai berumur antara 10-12 bulan. Pada usia ini sebagian besar bayi tidur sepanjang malam sehingga tidak perlu lagi memberi makan di malam hari. (Suryono, 2008; h.30).

Tujuan menyusui dengan benar adalah untuk merangsang produksi susu dan memperkuat refleks menghisap bayi. Jadi, Teknik Menyusui dengan Benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan posisi ibu yang benar, sehingga memudahkan bayi untuk menyusu.

2. Posisi dan Perlekatan Menyusui

Terdapat berbagai macam posisi menyusui. Cara menyusui yang tergolong biasa dilakukan adalah dengan duduk, berdiri atau berbaring.



Gambar 1. Posisi menyusui sambil berdiri yang benar



Gambar 2. Posisi menyusui sambil duduk yang benar



Gambar 3. Posisi menyusui sambil rebahan yang benar

Ada posisi khusus yang berkaitan dengan situasi tertentu seperti ibu pasca operasi sesar. Bayi diletakkan disamping kepala ibu dengan posisi kaki diatas. Menyusui bayi kembar dilakukan dengan cara seperti memegang bola bila disusui bersamaan, dipayudara kiri dan kanan. Pada ASI yang memancar (penuh), bayi ditengkurapkan diatas dada ibu, tangan ibu sedikit menahan kepala bayi, dengan posisi ini bayi tidak tersedak.



Gambar 5. Posisi menyusui bayi baru lahir yang benar di ruang perawatan



Gambar 6. Posisi menyusui bayi baru lahir yang benar di rumah



Gambar 7. Posisi menyusui bayi bila ASI penuh



Gambar 8. Posisi menyusui bayi kembar secara bersamaan

3. Persiapan Memperlancar Pengeluaran ASI

Persiapan memperlancar pengeluaran ASI dilaksanakan dengan jalan :

1. Membersihkan puting susu dengan air atau minyak , sehingga epital yang lepas tidak menumpuk.
2. Puting susu di tarik-tarik setiap mandi, sehingga menonjol untuk memudahkan isapan bayi.
3. Bila puting susu belum menonjol dapat memakai pompa susu.

4. Langkah –Langkah Menyusui yang Benar

1. Cuci tangan dengan air bersih dan menggunakan sabun.
2. Peras sedikit ASI dan oleskan disekitar puting .
3. Duduk atau berbaring sesuai posisi yang nyaman untuk ibu. Jangan hanya leher dan bahunya saja, kepala dan tubuh bayi harus lurus dan hadapkan bayi kedada ibu, sehingga hidung bayi berhadapan dengan puting susu, biarkan bibir bayi menyentuh puting susu ibu dan tunggu sampai terbuka lebar .
4. Segera dekatkan bayi ke payudara sedemikian rupa sehingga bibir bawah bayi terletak dibawah puting susu. Cara meletakkan mulut bayi dengan benar yaitu dagu menempel pada payudara ibu, mulut bayi terbuka lebar dan bibir bayi membuka lebar.
5. Bayi disusui secara bergantian dari payudara sebelah kiri lalu kesebelah kanan sampai bayi merasa kenyang.
6. Setelah selesai menyusui, mulut bayi dan kedua pipi bayi dibersihkan dengan lap bersih yang telah direndam dengan air hangat.
7. Bila kedua payudara masih ada sisa ASI tahan puting susu dengan kain supaya ASI berhenti keluar.



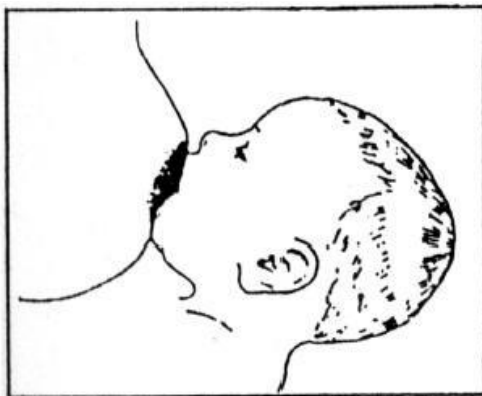
Gambar 9. Cara meletakkan bayi



Gambar 10. Cara memegang payudara



Gambar 11. Cara merangsang mulut bayi



Gambar 12. Perlekatan benar



Gambar 13. Perlekatan salah

5. Tanda-Tanda Bayi Telah Mendapat Cukup ASI

Menyusui dengan teknik yang tidak benar dapat mengakibatkan puting susu menjadi lecet dan asi tidak keluar secara optimal sehingga mempengaruhi produksi ASI selanjut nya atau bayi enggan menyusui. Apabila bayi telah menyusui dengan benar, maka akan memperlihatkan tanda-tanda sebagai berikut:

1. Bayi tampak tenang.
2. Badan bayi menempel pada perut ibu.
3. Mulut bayi terbuka lebar.
4. Dagu bayi menempel pada payudara ibu.
5. Hidung bayi mendekati dan kadang-kadang menyentuh payudara ibu.
6. Mulut bayi mencakup sebanyak mungkin aerola (tidak hanya puting saja), lingkaran aerola atas terlihat lebih banyak bila dibandingkan dengan lingkaran aerola bawah.
7. Lidah bayi menopang puting dan aerola bagian bawah .
8. Bibir bawah bayi melengkung keluar.
9. Bayi tampak menghisap kuat dengan irama perlahan.
10. Puting susu tidak terasa nyeri.
11. Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
12. Kepala bayi agak menengadah.
13. Bayi menghisap kuat dan dalam secara perlahan dan kadang disertai dengan berhenti sesaat.



Images used with Permission of Fit Pregnancy Magazine ©2001

6. Hal-Hal yang Perlu Diingat dalam Menyusui

Sebaiknya tindakan menyusui bayi dilakukan disetiap bayi membutuhkan karena bayi akan menentukan sendiri kebutuhannya. Ibu harus menyusui bayinya bila bayi menangis bukan karena penyebab lain (BAK, kepanasan/kedinginan, atau sekedar ingin didekap) atau ibu sudah merasa perlu menyusui bayinya. Bayi yang sehat dapat mengosongkan satu payudara sekitar 5-7 menit dan ASI dalam lambung bayi akan kosong dalam waktu 2 jam. Pada awalnya, bayi tidak memiliki pola yang teratur dalam menyusui dan akan mempunyai pola tertentu setelah 1-2 minggu kemudian.

Menyusui yang dijadwal akan berakibat kurang baik karena isapan bayi sangat berpengaruh pada rangsangan produksi ASI selanjutnya. Dengan menyusui tanpa jadwal dan sesuai kebutuhan bayi, akan mencegah timbulnya masalah menyusui. Ibu yang bekerja dianjurkan agar lebih sering menyusui pada malam hari. Bila sering disusukan pada malam hari akan memicu produksi ASI.

Untuk menjaga keseimbangan ukuran kedua payudara, maka sebaiknya setiap kali menyusui harus dengan kedua payudara. Pesankan kepada ibu agar berusaha menyusui sampai payudara terasa kosong, agar produksi ASI menjadi lebih baik. Setiap kali menyusui, dimulai dengan payudara yang terakhir disusukan. Selama masa menyusui sebaiknya ibu menggunakan bra yang dapat menyangga payudara, tetapi tidak terlalu ketat.

7. Manfaat dari Cara Menyusui yang Benar

1. Puting susu ibu tidak lecet.
2. Ibu tidak terlalu merasa lelah.
3. ASI keluar dengan optimal.
4. Refleks hisap yang baik.
5. Adanya ikatan cinta.

DAFTAR PUSTAKA

- Imron, Riyanti, Diana, Metty. Hubungan berat badan lahir rendah dengan kejadian hiperbilirubinemia pada bayi di ruang perinatologi. 2018;XI(1):47–51.
- Hiperbilirubinemia D, Ruang DI. Asuhan kebidanan pada by r. usia 7 hari dengan hiperbilirubinemia di ruang perinatologi rsud leuwiliang kabupaten bogor. 2018.
- Maryunani Anik. Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal. Jakarta Timur; 2018.
- Heelen Varney, Jan M.kriebs. Buku Ajar Asuhan Kebidanan. 4th ed. Esty Wahyuningsih, editor. Jakarta: EGC; 2007.
- WHO. Pelayanan Kesehatan Anak di Rumah Sakit. Jakarta: Gedung Bina Mulya; 2018.
- Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan, hal Ketuban Pecah Dini, 2013 2010;6-41.

Lampiran II

ASI EKSKLUSIF

Cinta Pertama,
Nutrisi Terbaik untuk Si Kecil



Disusun Oleh:
Ai Tia Nurhasanah
KHGA23045

Program Studi:
D3 KEPERAWATAN

Institusi:
INSTITUT KESEHATAN
KARSA HUSADA GARUT

Tahun:
2026

APA ITU ASI EKSKLUSIF?

Pengertian ASI Eksklusif

Pemberian Air Susu Ibu kepada bayi hingga usia **6 bulan** tanpa tambahan cairan lain seperti air putih, madu, susu formula, jeruk, serta **tanpa tambahan makanan padat** seperti bubur, pisang, biskuit ataupun nasi, kecuali obat dan vitamin.

Manfaat ASI & Menyusui

1. Memenuhi kebutuhan gizi bayi
2. Menurunkan risiko asma, alergi, dan penyakit infeksi
3. Mempererat ikatan ibu dan bayi
4. Meningkatkan kecerdasan anak

POSISI MENYUSUI YANG TEPAT

Posisi Menyusui yang Tepat Membantu Bayi Melekat pada Payudara dengan Benar

1. Bahu dan telinga bayi sejajar
2. Perut bayi menyentuh perut ibu
3. Seluruh tubuh bayi ditopang lengan ibu
4. Kepala bayi berada di ibu jari
5. Telapak tangan ibu berada di pantat bayi
6. Tangan bayi memeluk tubuh ibu

Tips Singkat:
Pastikan ibu merasa nyaman dan bayi menghadap langsung ke payudara agar proses menyusui lebih efektif dan tidak menyebabkan nyeri puting.



TEKNIK PELEKATAN MENYUSUI DENGAN RUMUS "AMUBIDA"

Cara Melakukan Pelekatan Menyusui yang Benar

A : Areola
Memasukkan sebagian besar areola bagian bawah ke mulut bayi.

Mu : Mulut Terbuka Lebar
Pastikan mulut bayi terbuka lebar, bukan mengetrapkan mulut ke arah dalam atau merapatkan ke arah dalam.

Bi : Bibir Harus "Dower"
Saat menghisap puting, bibir bayi harus terbuka dower ke bawah, sehingga areola sebagian besar bagian bawahnya masuk ke dalam mulut bayi.

Da : Dagunya Menempel ke Payudara
Pentingnya memposisikan dagu bayi menempel ke payudara ibu agar hidung bayi tidak tertutup.

Pelekatan yang benar membuat bayi nyaman, ASI keluar optimal, dan mencegah puting lecet atau nyeri.

VARIASI POSISI MENYUSUI

1. **Cradle Position**
Bayi digendong berbaring menyamping dengan wajah, perut, dan lutut menempel ke dalam dada dan perut ibu.
2. **Cross Cradle Position**
Posisi menggendong silang dimana ibu menyangga kepala bayi dengan telapak tangan.
3. **Football Hold**
Posisi menyangga kepala bayi dengan telapak tangan dan tubuh bayi berada di bawah ketiak ibu.
4. **Laid Back Position**
Posisi bersandar dengan ibu duduk atau tidur lalu tinggal proses menyusui bayi dengan posisi bayi tengkurap di atas perut ibu.
5. **Side Lying**
Ibu berbaring miring menghadap bayi lalu posisikan kepala bayi menghadap ke puting.

Pilih posisi yang paling nyaman untuk ibu dan bayi. Kenyamanan Ibu membantu kelancaran ASI.

DURASI IDEAL MENYUSUI

Durasi ideal ibu menyusui di salah satu payudara adalah **20-30 menit**. Setelah itu, Anda boleh mengganti sisi lain.

Saat menyusui, ada baiknya Anda tidak langsung mengganti payudara sebelum menyusui selama 20 menit.

Yuk, berikan ASI Eksklusif untuk masa depan terbaik buah hati Anda!

Ingat!

- Melindungi kesehatan bayi
- Mempererat ikatan ibu dan bayi
- Mendukung pertumbuhan & kecerdasan anak
- Hemat, praktis, dan selalu ada

ASI Eksklusif, Investasi Cinta Terbaik untuk Generasi Hebat

Lampiran III



Lampiran IV

Riwayat Hidup**A. Identitas**

Nama : Ai tia Nurhasanah
NIM : KHGA23045
Tempat Tanggal Lahir : Bandung, 30 November 2005
Agama : Islam
Alamat : Kp. Pisitan
Email : aitianurhasanah956@gmail.com

B. Riwayat pendidikan

1. SDN Padasirna (2012 – 2017)
2. SMP Negri 3 Paseh (2018 – 2020)
3. SMK Muhamadiyah Majalaya (2021 – 2023)
4. Institut Kesehatan Karsa Husada Garut (2023 – sekarang)