

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.D P2A0 POST PARTUM  
SPONTAN HARI KE-1 DENGAN RUPTUR PARINEUM *GRADE 1*  
DI PONED UPT PUSKESMAS BAYONGBONG  
KABUPATEN GARUT**

**KARYA TULIS ILMIAH**

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

Disusun oleh:

**WINDI NOPIANTI AGUSTIN**  
**NIM : KHGA18170**



*STIKes Karsa Husada  
Makin Tinggi Ilmu Kesehatan Makin Berkarya*

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

## LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.D (P2A0) POST PARTUM SPONTAN HARI KE-1 DENGAN RUPTUR PARINEUM GRADE 1 DI RUANG PONED UPT PUSKESMAS BAYONGBONG KABUPATEN GARUT

NAMA : WINDI NOPIANTI AGUSTIN

NIM : KHGA18170

Garut, juli 2020

Karya Tulis Ilmiah ini disetujui untuk disidangkan di hadapan

Tim Penguji Program Studi Diploma III Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Menyetujui,

Pembimbing

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

**LEMBAR PENGESAHAN**

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.D (P2A0) POST  
PARTUM SPONTAN HARI KE-1 DENGAN RUPTUR  
PARINEUM GRADE 1 DI RUANG PONEK UPT PUSKESMAS  
BAYONGBONG KABUPATEN GARUT

NAMA : WINDI NOPIANTI AGUSTIN

NIM : KHGA18170

Garut, juli 2020

Menyetujui

Penguji I

Penguji II

-----

-----

Mengetahui,

Mengesahkan,

Pembimbing

Ketua Program Studi DIII Keperawatan  
STIKes KARSA HUSADA GARUT

K. Dewi Budiarti, M.Kep.M.pd.

Eva Daniati, S.Kep., Ners.,

-----

-----

## ABSTRAK

Terdiri dari IV BAB, 96 halaman, 18 tabel, 1 bagan.

Karya tulis ilmiah ini dilatar belakangi oleh tingginya angka persalinan, persalinan spontan beresiko terhadap salah satu penyebab dari tingginya Angka Kematian Ibu (AKI), Ibu setelah melahirkan akan langsung memasuki masa post partum atau masa nifas yang dapat berpengaruh pada proses masa nifas yaitu kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan aktivitas, kebutuhan istirahat tidur, kebutuhan eliminasi dan kebutuhan dasar psikologi. Dengan adanya karya tulis ilmiah ini, untuk mendapatkan pengalaman yang nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Dari hasil pengkajian di temukan diagnosa nyeri akut, menyusui tidak efektif, defisit perawatan diri dan resiko infeksi. Perencanaan dibuat berdasarkan masalah yang muncul sesuai dengan kebutuhan, berdasarkan diagnosa keperawatan yang mengacu pada sumber yang menjadi rujukan dan implementasi dilakukan berdasarkan rencana yang sudah ditetapkan. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa dari ke 4 diagnosa keperawatan terdapat 2 diagnosa yang teratasi yaitu menyusui tidak efektif, dan defisit perawatan diri. Adapun 2 diagnosa teratasi sebagian yaitu nyeri akut dan resiko infeksi. Kesimpulan dari karya tulis ilmiah ini adalah penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny.D P2A0 post partum spontan hari ke-1 dengan ruptur parineum *grade* 1 di ruang poned UPT Puskesmas Bayongbong Garut.

Kata kunci : Post partum spontan, ruptur parineum.

Daftar Pustaka : 25 buah (2011-2019)

## KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas segala nikmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.D P2A0 POST PARTUM SPONTAN HARI KE-1 DENGAN RUPTUR PARINEUM *GRADE 1* DI RUANG PONE D UPT PUSKESMAS BAYONGBONG KABUPATEN GARUT” dapat selesai tepat pada waktunya. Sholawat serta salam semoga tetap terlimpah curahkan kepada junjunan Nabi Besar Muhammad Shallallahu’alaihi wasallam, sebagai motivator terbaik bagi penulis dalam menuntut ilmu.

Karya tulis ilmiah ini disusun dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Selesainya karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan, pengarahan serta dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Allah Subhanahu wata’ala yang senantiasa memberikan perlindungan dan Rahmat-Nya.
2. Bapak Dr. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. Bapak H. D. Saepudin, S.Sos., MM.Kes, selaku Ketua Yayasan Dharma Husada Insani Garut

4. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep, M.Kes, selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
5. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep., selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
6. Ibu Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.pd, selaku Pembimbing karya tulis yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, saran, petunjuk dan bantuan kepada penulis dalam melakukan penulisan karya tulis ilmiah ini.
7. Seluruh staf dosen STIKes Karsa Husada Garut terutama prodi DIII Keperawatan penulis mengucapkan terimakasih atas segala dukungannya.
8. Terimakasih kepada Ayahanda Agus Nurjaman dan Ibunda Rostini yang telah memberikan semangat, memberikan motivasi, memberikan dukungan dan suport yang tiada henti, selalu memberikan dorongan kepada penulis baik secara moril maupun materil selama menempuh pendidikan di STIKes Karsa Husada Garut. Serta ayah mertua Bapak Adang dan Ibu mertua ibunda Erna, serta kaka tercinta Febri Yeka, serta adik tercinta, Dini, Silvi, Hisni, Faiza, dan keluarga besar yang selalu memberi semangat, dukungan motivasi, dan mendoakan secara tulus demi keberhasilan penulis.
9. Terimakasih kepada Suami tercinta Ihsan Pratama yang telah menemani, memberikan motivasi, semangat dan dukungan baik secara moril maupun materil dalam menempuh pendidikan.

10. Sahabat-sahabat seperjuangan penulis, Dea Fatimah, Yunisa, Solihatul, Syifa, Nurul, Astri, Riska yang telah memberikan semangat dan suport saat pembuatan karya tulis ilmiah.
11. Rekan-rekan kelas 3D yang selalu memberikan semangat dan mendoakan satu sama lain khususnya Rasti Nurlianti, terimakasih atas kebersamaan dan kenangan yang telah dilalui selama 3 tahun.
12. Seluruh teman seperjuangan DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu sehingga kita semua menjadi orang yang berhasil dan sukses di masa yang akan datang.
13. Semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah begitu banyak membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini memberikan manfaat khususnya bagi penulis dan umumnya bagi siapa saja yang membacanya, penulis pun mengharapkan saran dan kritik untuk kesempurnaan karya tulis ini.

Semoga Allah SWT senantiasa memberikan balasan kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan karya tulis ini sehingga selesai.

Garut , juli 2021

Penulis

Windi Nopianti Agustin

## DAFTAR ISI

### ABSTRAK

<b>KATA PENGANTAR</b> .....	i
<b>DAFTAR ISI</b> .....	iv
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	vi
<b>DAFTAR BAGAN</b> .....	vii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Metode Telaahan.....	5
D. Sistematika Penulisan .....	6
<b>BAB II TINJAUAN TEORI</b> .....	8
<b>A. Konsep Dasar Teori</b> .....	8
1. Konsep Ruptur Parineum .....	8
2. Konsep Post Partum .....	11
<b>B. Pendekatan Proses Keperawatan</b> .....	27
1. Pengkajian .....	27
2. Analisa data .....	40
3. Diagnosa keperawatan .....	42
4. Perencanaan .....	43
<b>BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN</b> .....	52
<b>A. TINJAUAN KASUS</b> .....	52
1. Pengkajian .....	52
2. Diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas masalah.....	65
3. Proses keperawatan .....	68
4. Catatan perkembangan .....	74
<b>B. PEMBAHASAN</b> .....	78
1. Tahap pengkajian .....	78
2. Diagnosa keperawatan .....	80
3. Tahap perencanaan .....	82
<b>BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMONDASI</b> .....	86
A. Kesimpulan .....	86
B. Rekomondasi .....	89
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	



## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Perbandingan post partum normal dengan kasus lainnya .....	3
Tabel 2.1 Tinggi fundus menurut masa involusi .....	16
Tabel 2.2 Perbedaan <i>Lochea</i> .....	18
Tabel 2.3 Analisa Data .....	40
Tabel 2.4 Perencanaan diagnosa keperawatan nyeri akut .....	44
Tabel 2.5 Perencanaan diagnosa keperawatan perubahan nutrisi .....	45
Tabel 2.6 Perencanaan diagnosa keperawatan konstipasi .....	47
Tabel 2.7 perencanaan diagnosa keperawatan menyusui tidak efektif .....	48
Tabel 2.8 perencanaan diagnosa keperawatan pola istirahat tidur .....	48
Tabel 2.9 perencanaan diagnosa keperawatan defisit perawatan diri .....	49
Tabel 2.1.0 Perencanaan diagnosa keperawatan resiko tinggi infeksi .....	50
Tabel 3.1 Riwayat persalinan .....	55
Tabel 3.2 Pola aktivitas sehari-hari .....	59
Tabel 3.3 Hasil pemeriksaan labolatorium.....	62
Tabel 3.4 Terapi medis .....	63
Tabel 3.5 Analisa data.....	63
Tabel 3.6 Proses keperawatan .....	68
Tabel 3.7 catatan perkembangan .....	74

## **DAFTAR BAGAN**

Bagan 2.1 Pathway post partum dengan ruptur parineum

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 : Satuan Acara Penyuluhan Perawatan Payudara (*Breast Care*)

Lampiran 2 : Leaflet Perawatan Payudara

Lampiran 3: Lembar Bimbingan

Lampiran 4: Daftar Riwayat Hidup

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator yang dapat menggambarkan kesejahteraan masyarakat di suatu negara. Menurut data *World Health Organization* (WHO), angka kematian ibu di dunia pada tahun 2017 adalah 295.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan (WHO, 2017). Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42), lahir spontan dengan persentse belakang kepala berlangsung dalam 18 sampai 24 jam tanpa komplikasi baik pada ibu atau janin (Prawirohardjo, 2014).

Wanita yang baru selesai melahirkan akan langsung memasuki masa nifas, masa nifas atau postpartum adalah masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari. Setelah masa nifas organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti sebelum hamil. Selama masa nifas perlu mendapat perhatian lebih dikarenakan angka kematian ibu 60 % terjadi pada masa nifas, dalam AKI adalah penyebab banyaknya wanita meninggal dari suatu penyebab adalah kurangnya perhatian pada wanita post partum (Martilia,2012). Sedangkan menurut WHO (2018) komplikasi utama yang menyebabkan hampir 70% dari semua kematian ibu adalah perdarahan hebat setelah melahirkan, infeksi, tekanan

darah tinggi selama kehamilan (pre-eklampsia dan eklampsia), komplikasi dan persalinan, dan aborsi yang tidak aman.

Kematian ibu yang diakibatkan oleh persalinan sesuai yang diungkapkan oleh WHO (2018) terjadi juga di Indonesia, hal ini didukung berdasarkan data profil kesehatan Indonesia tahun 2019 secara umum terjadi penurunan kematian ibu selama periode 1991-2015 dari 390 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup. Walaupun terjadi kecenderungan penurunan angka kematian ibu, namun tidak berhasil mencapai target *millennium Development Goals* (MDGs) yang harus dicapai yaitu sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUSPAS) tahun 2015 memperlihatkan angka kematian ibu tiga kali lipat dibandingkan target MDGs. Dari banyaknya penyebab kematian ibu di Indonesia salah satunya disebabkan oleh dua faktor yaitu perdarahan sebanyak (1.280 kasus) dan infeksi sebanyak (207 kasus).

Angka kematian ibu di Jawa Barat pada tahun 2018 sebanyak 700 kematian dan mengalami penurunan di tahun 2019 menjadi 684 kematian ibu (Kementerian Kesehatan Indonesia, 2019). Sedangkan AKI di Kabupaten Garut pada tahun 2013 sampai 2018 terus meningkat tetapi pada tahun 2017 mengalami penurunan dari tahun sebelumnya yaitu dari 74 kasus menjadi 51 kasus. Hal ini berkaitan dengan tingginya persalinan spontan berdasarkan data yang diperoleh hasil pencatatan UPT Puskesmas Bayongbong Kabupaten Garut terdapat perbandingan antara jumlah persalinan spontan dengan kasus lain periode perinatal.

**Tabel 1.1**  
**Persentasi jumlah ibu partus dengan kasus Ruptur**  
**parneum, Episotomi, Anemia, Hipertensi, dan Letak janin**  
**sungsang di UPT Puskesmas Bayongbong Tahun 2020**

No	Jenis kasus	Jumlah	Persentase
1	Ruptur parneum	421	62 %
2	Episotomi	110	16 %
3	Anemia	58	9 %
4	Hipertensi	49	7 %
5	Letak janin sungsang	36	5 %
	Total ibu partus	674	100 %

Sumber : Rekamedik UPT Puskesmas Bayongbong

Berdasarkan tabel 1.1 di atas dapat dilihat bahwa jumlah persentasi ruptur parneum lebih tinggi dengan persentasi 62% dibandingkan dengan jumlah kasus yang lainnya. Maka upaya pemerintah dalam penurunan AKI dilakukan dengan menjamin setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, seperti pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan, perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, dan pelayanan keluarga berencana termasuk KB pasca persalinan. (Profil Kesehatan Indonesia, 2019).

Jika ruptur parineum pada persalinan spontan tidak ditangani dengan benar dapat menyebabkan terjadinya komplikasi yang dapat menimbulkan perdarahan jika robekannya lebar dan dalam hingga sampai mengenai pembuluh darah, dapat menimbulkan perdarahan yang hebat dan akan mengalami infeksi jika robekan tidak ditangani dengan semestinya. Dampak tersebut dapat berpengaruh pada kebutuhan dasar manusia seperti kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan aktivitas,

kebutuhan istirahat tidur, kebutuhan eliminasi, dan kebutuhan dasar psikologi (Hidayat dkk, 2013). Hal tersebut yang menjadikan dasar bagi perawat untuk memberikan asuhan keperawatan dalam mengatasi masalah yang timbul secara komprehensif yang terdiri dari biologis, psikologis, sosial, dan spiritual melalui proses asuhan keperawatan maternitas.

Berdasarkan uraian diatas penulis merasa tertarik untuk mengambil kasus karya tulis ilmiah dengan judul ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.D P2A0 POST PARTUM SPONTAN HARI KE-1 DENGAN RUPTURE PARINEUM *GRADE 1* DI PONED UPT PUSKESMAS BAYONGBONG KABUPATEN GARUT.

#### A. **Tujuan penulisan**

##### 1. Tujuan Umum

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan penulis memperoleh wawasan, pengalaman dan mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan post partum spontan dengan ruptur parineum secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual melalui tahapan proses keperawatan dan mendokumentasikannya dalam bentuk laporan studi kasus.

##### 1. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melaksanakan pengkajian pada Ny.D P2A0 post partum spontan hari ke-1 dengan ruptur parineum di Poned UPT Puskesmas Bayongbong Kabupaten Garut.

- b. Penulis dapat merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny.D P2A0 post partum spontan hari ke-1 dengan ruptur parineum di
- c. Poned UPT Puskesmas Bayongbong Kabupaten Garut
- d. Penulis dapat menyusun rencana tindakan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan pada Ny.D P2A0 post partum spontan hari ke-1 dengan ruptur parineum di Poned UPT Puskesmas Bayongbong Kabupaten Garut
- e. Penulis dapat melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny.D P2A0 post partum spontan hari ke-1 dengan ruptur parineum di Poned UPT Puskesmas Bayongbong Kabupaten Garut
- f. Penulis dapat melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada Ny.D P2A0 post partum spontan hari ke-1 dengan ruptur parineum di Poned UPT Puskesmas Bayongbong Kabupaten Garut
- g. Penulis dapat mendokumentasikan pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny.D P2A0 post partum spontan hari ke-1 dengan ruptur parineum di Poned UPT Puskesmas Bayongbong Kabupaten Garut.

## **B. Metode Telaahan**

Metode yang digunakan dalam pembuatan karya tulis ini adalah metode deskriptif, yaitu suatu metode yang dilakukan untuk memperoleh gambaran mengenai kasus yang dipilih dalam bentuk laporan penerapan asuhan keperawatan secara komprehensif meliputi aspek biologis, psikologis, social, dan spiritual. Adapun teknik pengumpulan data menurut Sugiyono (2018:482) analisis data



adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh sebagai berikut:

1. Wawancara

Dilakukan dengan percakapan langsung dengan klien, keluarga dan bidan di poned untuk mendapatkan data yang diperlukan mengenai identitas klien, riwayat kesehatan, data psikologis, sosial dan spiritual serta data penunjang lainnya.

2. Pemeriksaan fisik

Metode pengumpulan data dikumpulkan melalui pengamatan visual, melalui pemeriksaan fisik yang meliputi inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

3. Dokumentasi

Penulis membaca dan mengumpulkan data dari status klien terdahulu yang menderita gangguan yang sama dan menerangkan kepada klien untuk memecahkan masalah.

4. Partisipasi aktif

Dalam observasi mengenai kasus ini penulis ikut melakukan dan terlibat dalam melakukan asuhan keperawatan terhadap klien dengan post partum spontan hari ke-1 dengan ruptur.

### **C. Sistematika penulisan**

Untuk memberikan gambaran yang jelas dalam penyusunan karya tulis ini, maka penulis uraikan sistematikanya sebagai berikut.

**BAB I Pendahuluan** : yang meliputi latar belakang, tujuan penulisan, metode telaah dan sistematika penulisan.

**BAB II Landasan Teori** : yang menguraikan tentang konsep dasar post partum normal. Selain itu juga membahas mengenai pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

**BAB III Tinjauan kasus dan pembahasannya** : yaitu menguraikan dokumentasi asuhan keperawatan meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi keperawatan dan catatan perkembangan.

**BAB IV Kesimpulan** : kesimpulan dan rekomendasi menguraikan tentang kesimpulan dan rekomendasi penulis terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan.

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN - LAMPIRAN**

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Konsep Dasar Teori**

##### **1. Konsep Ruptur Parineum**

###### **a. Pengertian ruptur parineum**

Menurut Wiknjosastro, (2005) dalam Rochmayati dan Kholifatul (2019), parineum merupakan bagian permukaan dari pintu bawah panggul yang terletak antara vulva dan anus, dengan panjang kira-kira 4 cm, parineum terdiri dari otot dan anus, dengan panjang kira-kira 4 cm.

Ruptur adalah luka pada parineum yang diakibatkan oleh rusaknya jaringan secara alamiah karena proses desakan kepala janin atau bahu pada saat persalinan. Bentuk ruptur biasanya tidak teratur sehingga jaringan yang robek sulit dilakukan penjahitan (Sukrisno dan Adi dalam Rohmayanti dan Kholifatul 2019).

Ruptur parineum adalah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan alat atau tindakan. Robekan parineum umumnya terjadi pada garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat, robekan terjadi pada hampir semua primipara. (Wiknjosastro dalam Rochmayanti dan Kholifatul 2019).

**b. Klasifikasi**

Menurut Prawirohardjo dalam Aspiani (2017)

Luka parineum dibagi atas 4 tingkatan :

- 1) Tingkat 1: robekan hanya pada selaput lender vagina dengan atau tanpa mengenai kulit parineum.
- 2) Tingkat II: Robekan mengenai selaput lender vagina dan otot parineum transversalis, tetapi tidak mengenai spingter ani.
- 3) Tingkat III: Robekan mengenai seluruh parineum dan otot spingter ani.
- 4) Tingkat IV: Robekan sampe mukosa *rectum*.

**c. Etiologi**

Robekan Parineum umumnya terjadi pada persalinan dalam Aspiani (2017)

- 1) Kepala janin terlalu cepat lahir
- 2) Persalinan tidak dipimpin sebagaimana mestinya
- 3) Jaringan parut pada parineum
- 4) Distosia bahu

**d. Tanda dan Gejala ruptur parineum**

- 1) Perdarahan segera
- 2) Darah segar yang mengalir sgera setelah bayi lahir
- 3) Oterus kontraksi baik
- 4) Plasenta baik
- 5) Pucat
- 6) Lemah
- 7) Menggigil

### e. **Komplikasi**

Menurut Damayanti, dkk (2014) komplikasi yang bisa ditimbulkan dari robekan parineum antara lain:

#### 1) Pendarahan

Pada umumnya pada luka robek yang kecil dan superfisial terjadi perdarahan yang banyak, akan tetapi jika robekan lebar dan dalam lebih-lebih jika mengenai pembuluh darah dapat menimbulkan perdarahan yang hebat.

#### 2). Infeksi

Jika robekan tidak ditangani dengan semestinya dapat terjadi infeksi bahkan dapat timbul septikami.

### f. **Penatalaksanaan**

Robekan parineum yang melebihi derajat 1 harus dijahit. Hal ini dapat dilakukan sebelum plasenta lahir, tetapi apabila ada kemungkinan plasenta dikeluarkan secara manual, lebih baik tindakan itu ditunda sampai menunggu plasenta lahir dengan klien terbaring secara litotomi dilakukan pembersihan luka dengan cairan *antiseptic* dan luas robekan ditentukan dengan seksama. (Nurasiah dkk, 2012).

Pada robekan parineum derajat 2, setelah diberi anastesi lokal otot-otot diafragma urogenetalis dihubungkan digaris tengah dengan jahitan dan kemudian luka pada vagina dan kulit parineum ditutup dengan mengikutsertakan jaringan-jaringan dibawahnya. Menjahit robekan

parineum derajat 3 harus dilakukan dengan teliti, mula-mula dinding depan rektum yang robek dijahit, kemudian selanjutnya dilakukan penutupan robekan parineum derajat 2. Untuk mendapatkan hasil yang baik pada robekan parineum total perlu diadakan penegangan pasca pembedahan yang sempurna (Nurasiah dkk, 2012).

## **2. Konsep Post Partum**

### **a. Definisi post partum**

Masa nifas (post partum) atau puerperineum dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai 6 minggu (42 hari) setelah itu. Pelayanan pasca persalinan harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, munisasi, dan nutrisi bagi ibu (Sarwono Prawirohardjo, 2013).

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pemulihan kembali mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil, lama masa nifas yaitu 6-8 minggu. (Amru, 2012).

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

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa post partum merupakan suatu masa yang terjadi secara alamiah dan dapat

terjadi pada kelahiran pertama atau kelahiran berikutnya yang dimulai sejak 1 jam lahirnya plasenta sampai 6 minggu pada saat itu organ reproduksi akan kembali normal seperti sebelum hamil. Sehingga pelayanan pada wanita post partum harus terselenggarakan guna untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi agar tidak terjadi komplikasi.

#### **b. Tahapan post partum**

Tahapan post partum menurut Sri Wahyuningsih, 2019 adalah sebagai berikut

1) *Immediate postpartum* (setelah plasenta lahir 24 jam)

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

2) *Early postpartum* (24 jam-1 minggu)

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

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

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

#### **c. Adaptasi psikologis ibu masa nifas**

Reva Rubin dalam Mansyur, Dahlan (2014) membagi priode ini menjadi 3 bagian, antara lain :

### 1) Periode *Taking In*

Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya. Ia mungkin akan mengulang-ngulang menceritakan pengalamannya waktu melahirkan, tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurang istirahat. Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta perisiapan proses laktasi aktif.

### 2) Periode *Taking Hold*

Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum, ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi, ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB, BAK, serta kekuatan dan ketahanan tubuhnya. Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatan bayi misalnya menggendong, memandikan, memasang popok dan sebagainya. Pada masa ini, biasanya ibu agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan/pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan emosionalnya.

### 3) Periode *Letting Go*



Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga. Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung padanya. Hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan dan hubungan sosial, depresi post partum biasanya terjadi pada periode ini.

**a. Perubahan fisiologi masa nifas**

Masa nifas (post partum/puerperium berasal dari bahasa lain yaitu "Puer" yang artinya bayi dan "Parous" yang berarti melahirkan. Masa nifas dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung 6 minggu atau 4 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan. Selama hamil, terjadi perubahan pada sistem tubuh wanita, diantaranya terjadi perubahan pada sistem reproduksi, sistem pencernaan, sistem perkemihan, sistem muskuloskeletal, sistem endokrin, sistem kardiovaskuler, sistem hematologi, dan perubahan pada tanda-tanda vital. Pada masa postpartum perubahan-perubahan tersebut akan kembali menjadi seperti saat sebelum hamil (Dalam Mansyur dan Dahlan 2014) antara lain :

1) Perubahan sistem reproduksi

Perubahan keseluruhan alat genitalia pada masa nifas biasa disebut dengan involusi. Involusi adalah suatu gejala pengecilan organ,

kembali kebentuk dan ukuran normalnya. Pada masa nifas perubahan sistem reproduksi yang ditemukan meliputi:

a) Uterus

Uterus merupakan organ reproduksi internal yang berongga dan berotot, berbentuk seperti buah alpukat yang sedikit gepeng dan berukuran sebesar telur ayam. Panjang uterus sekitar 7 sampai 8 cm, lebar sekitar 5 sampai 5,5 cm, dan tebal sekitar 2,5 cm. Letak uterus secara fisiologis adalah anteversiofleksio. Uterus terdiri dari tiga bagian yaitu fundus uteri, korpus uteri, dan serviks uteri.

Selama kehamilan, uterus berfungsi sebagai tempat tumbuh dan berkembangnya hasil konsepsi. Pada akhir kehamilan berat uterus mencapai 1000 gram sedangkan berat uterus pada wanita yang tidak hamil sekitar 30 gram. Perubahan berat ini terjadi karena pengaruh peningkatan hormon estrogen dan progesteron selama hamil yang menyebabkan hipertropi otot polos uterus 1 minggu setelah persalinan berat uterus menjadi 500 gram, 2 minggu setelah persalinan menjadi 300 gram dan menjadi 440 sampai 60 gram setelah 6 minggu persalinan. Perubahan ini terjadi karena segera setelah persalinan kadar hormon estrogen dan progesteron akan menurun dan mengakibatkan pretolisi pada dinding uterus.

Setelah mengalami proses kelahiran plasenta, uterus akan berkontraksi. Pada pemeriksaan fisik yang dilakukan secara palpasi di dapat bahwa tinggi fundus uteri akan berada setinggi pusat segera

setelah lahir janin, sekitar 2 jari dibawah pusat setelah plasenta lahir, pertengahan antara pusat dan simpisis pada hari ke-5 postpartum dan setelah 12 hari postpartum tidak dapat diraba lagi. Kembalinya uterus ke keadaan normal setelah melahirkan disebut dengan involusi uterus. Proses involusi dimulai segera setelah ekspulsi plasenta dengan kontraksi otot polos uterus.

**Tabel 2.1**  
**Tinggi fundus menurut masa involusi**

Involusi uteri	TFU	Berat Uterus	Diameter Uterus
plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari (minggu 1)	Pertengahan pusat dan simpisis pubis	500 gram	7,5 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

Sumber : Yanti dan Sundawati,201.

#### b) Vagina dan Parineum

Vagina merupakan saluran yang menghubungkan rongga uterus dengan tubuh bagian luar. Dinding depan dan belakang vagina berdekatan satu sama lain dengan ukuran panjang  $\pm 6,5$  cm dan  $\pm 9$  cm. Selama proses persalinan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar, terutama pada saat melahirkan bayi. Beberapa hari pertama setelah proses tersebut, vagina tetap berada

dalam keadaan kendur. Vagina dan lubang vagina pada permulaan *puerperium* merupakan salah satu aluran yang luas ber dinding tipis. Secara berangsur-angsur luas bagian tersebut berkurang dan jarang kembali seperti semula.

Berkurangnya sirkulasi progesteron akan memengaruhi otot-otot pada bagian panggul, parineum, vagina, dan vulva. Proses ini akan membantu pemulihan dari ligamentum otot rahim. Selain itu, progesteron juga meningkatkan tekanan pembuluh darah pada vagina dan vulva selama kehamilan maupun persalinan. Meningkatnya progesteron menimbulkan beberapa hematoma dan edema pada jaringan maupun parineum.

Sesuai dengan fungsinya sebagai bagian lunak jalan lahir dan merupakan saluran yang cavum uteri dengan tubuh bagian luar, vagina juga berfungsi sebagai saluran tempat dikeluarkannya sekret yang berasal dari cavum selama masa nifas yang disebut *lochea*. Secara fisiologis, lochea yang dikeluarkan dari cavum utri akan berbeda karakteristiknya dari hari ke hari. Hal ini disesuaikan dengan perubahan yang terjadi pada dinding uterus akibat penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron.

Karakteristik *Lochea* dalam masa nifas adalah sebagai berikut :

**Tabel 2.2**  
**Perbedaan *Lochea***

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari desidua verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan darah
Sanguiental	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah dan lender
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukodit dan robekan laserasi plasenta.
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukoit, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati.

Sumber : Yanti dan Sundawati, 2011.

## 2) Perubahan Sistem Pencernaan

Sistem gastrotinal selama hamil dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan 3-4 hari untuk kembali normal (Yanti dan Sundawati, 2011). Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan sistem pencernaan antara lain (Yanti dan Sundawati, 2011) :

### a) Nafsu makan

Pasca melahirkan ibu biasanya merasa lapar, dan diperbolehkan untuk makan. Pemulihan nafsu makan

dibutuhkan 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

b) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan mobilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anestesia bisa memperlambat pengambilan tonus dan motilitas ke keadaan normal.

c) Pengosongan usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa postpartum. Diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun lacerasi jalan lahir.

Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal. Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain:

Pemberian diet/makanan yang mengandung serat, pemberian cairan yang cukup, pengetahuan tentang pola eliminasi, pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir.

3) Perubahan sistem perkemihan

Pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitupun sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan, diperlukan kira-kira dua sampai 8 minggu supaya hipertonia pada kehamilan dan dilatasi ureter serta pelvis ginjal kembali ke keadaan sebelum hamil.

#### 4) Perubahan sistem muskuloskeletal

Ligamen, fascia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara bertahap menjadi kendur dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamen rotundum menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

Sebagai akibat putusannya serat-serat kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Pemulihan dibantu dengan latihan.

#### 5) Perubahan sistem endokrin

Perubahan sistem endokrin pada masa nifas, meliputi pada :

##### a) Hormon plasenta

Selama periode pascapartum akan terjadi perubahan hormon yang besar, pengeluaran plasenta dapat menyebabkan penurunan

signifikan hormon-hormon yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta akan menurun dengan cepat setelah proses persalinan.

b) Hormon pituitari

Hormon ini akan meningkat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, *Follicle Stimulating Hormone* (FSH) dan *luteinizing Hormone* (LH) meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke-3 untuk LH masih tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c) Hormon oksitosin

Dikeluarkan dari kelenjar bawah otak bagian belakang dan bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ketiga persalinan. Oksitosin menyebabkan pemisahan plasenta.

d) Hipotalamik pituitari ovarium

Akan memengaruhi lama tidaknya ibu mendapatkan menstruasi. Seringkali menstruasi pertama bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesteron.

6) Perubahan Tanda-Tanda Vital

Selama masa nifas, ada beberapa tanda tanda vital yang sering dijumpai pada ibu. Beberapa tanda vital tersebut yaitu :

- a) Suhu badan akan naik sedikit ( $37,5^{\circ}\text{C}$ - $38^{\circ}\text{C}$ ) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan.



- b) Denyut nadi akan lebih cepat setiap denyut nadi yang melebihi 100 adalah abnormal. Tingginya denyut nadi dapat disebabkan oleh infeksi atau perdarahan postpartum yang tertunda.
- c) Kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsi postpartum.
- d) Pernafasan akan terganggu karena adanya pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi.

#### 7) Perubahan sistem hematologi

Pada minggu akhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah akan meningkat. Di hari pertama, kadar fibrinogen dan plasma akan menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas dimana telah meningkatkan faktor pembekuan darah leukositosis. Jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama proses persalinan. Jumlah sel darah putih tersebut bisa naik lagi sampai 25.000-30.000 tanpa adanya kondisi patologis.

#### 8) Payudara

Konsentrasi hormon yang menstimulasi perkembangan payudara selama wanita hamil (estrogen, progesteron, *human chorionik*

*gonadotropin*, prolaktin, krotiosn, dan insulin) menurun dengan cepat setelah bayi lahir.

a) Ibu tidak menyusui

Kadar prolaktin akan menurun dengan cepat pada wanita yang tidak menyusui. Pada jaringan payudara beberapa wanita, saat palpasi dilakukan pada hari kedua dan ketiga. Pada hari ketiga atau keempat pasca partum bisa terjadi pembengkakan. Payudara tegang keras, nyeri bila ditekan, dan hangat jika diraba. Distensi payudara terutama disebabkan oleh kongesti vena dan pembuluh limfe sementara, bukan karena kumulasi susu. Susu da namun tidak keluar, jaringan payudara di ketiak (ekor spence) dan payudara atau putiing tambahan pada garis air susu juga dapat terpengaruh.

Pembengkakan akan menghilang spontan, dan rasa tidak nyaman akan berkurang biasanya dalam 24 jam sampai 36 jam. Pakaian dalam atau beha yang pas dan suportif, kompres es, daun kol segar, dan analgesik ringan dapat digunakan untk mengurangi rasa tidak nyaman. Stimulasi puting harus dihindari, jika air susu tidak pernah dihisap atau dihentikan, laktasi akan berhenti dalam beberapa hari atau minggu.

b) Ibu menyusui

Selama 27 jam pertama setelah melahirkan, terjadi sedikit perubahan di jaringan payudara. Kostrum, cairan kuning jernih,

dapat keluar dari payudara. Ketika kelenjar air susu dan salurannya penuh dengan susu, benjolan yang berhubungan dengan produksi air susu cenderung berpindah tempat. Beberapa ibu akan mengalami pembengkakan, namun dengan menyusui secara teratur dan perawatan yang tepat, kondisi ini bersifat sementara dan biasanya hanya berlangsung selama 24 jam sampai 48 jam.

**b. Dampak postpartum terhadap kebutuhan dasar manusia**

Beberapa dampak yang terjadi pada masa postpartum terhadap kebutuhan dasar manusia menurut Hidayat, dkk. (2013) diantaranya :

1) Kebutuhan rasa nyaman

Adanya ruptur dalam persalinan dapat menimbulkan nyeri akibat terputusnya kontinuitas jaringan dan syaraf. Syaraf neurotransmitter disampaikan ke syaraf pusat sehingga menimbulkan persepsi nyeri.

2) Kebutuhan aktivitas

Dampak dari proses persalinan menimbulkan kelelahan dan ketidaktahuan klien dalam mobilisasi dan melakukan aktivitas.

3) Kebutuhan istirahat tidur

Istirahat pada ibu selama masa nifas merupakan masalah yang penting sekalipun kadang-kadang tidak mudah dicapai. Kurang istirahat dapat mempengaruhi pengeluaran jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan ketidakmampuan merawat bayi dan dirinya sendiri.

4) Kebutuhan eliminasi buang air kecil

Diuresis yang nyata akan terjadi pada hari ke 1 sampai hari ke 2 pasca melahirkan dan kadang-kadang mengalami kesulitan untuk mengosongkan kandung kemihnya karena sakit memar atau gangguan pada tonus otot.

5) Kebutuhan eliminasi buang air besar

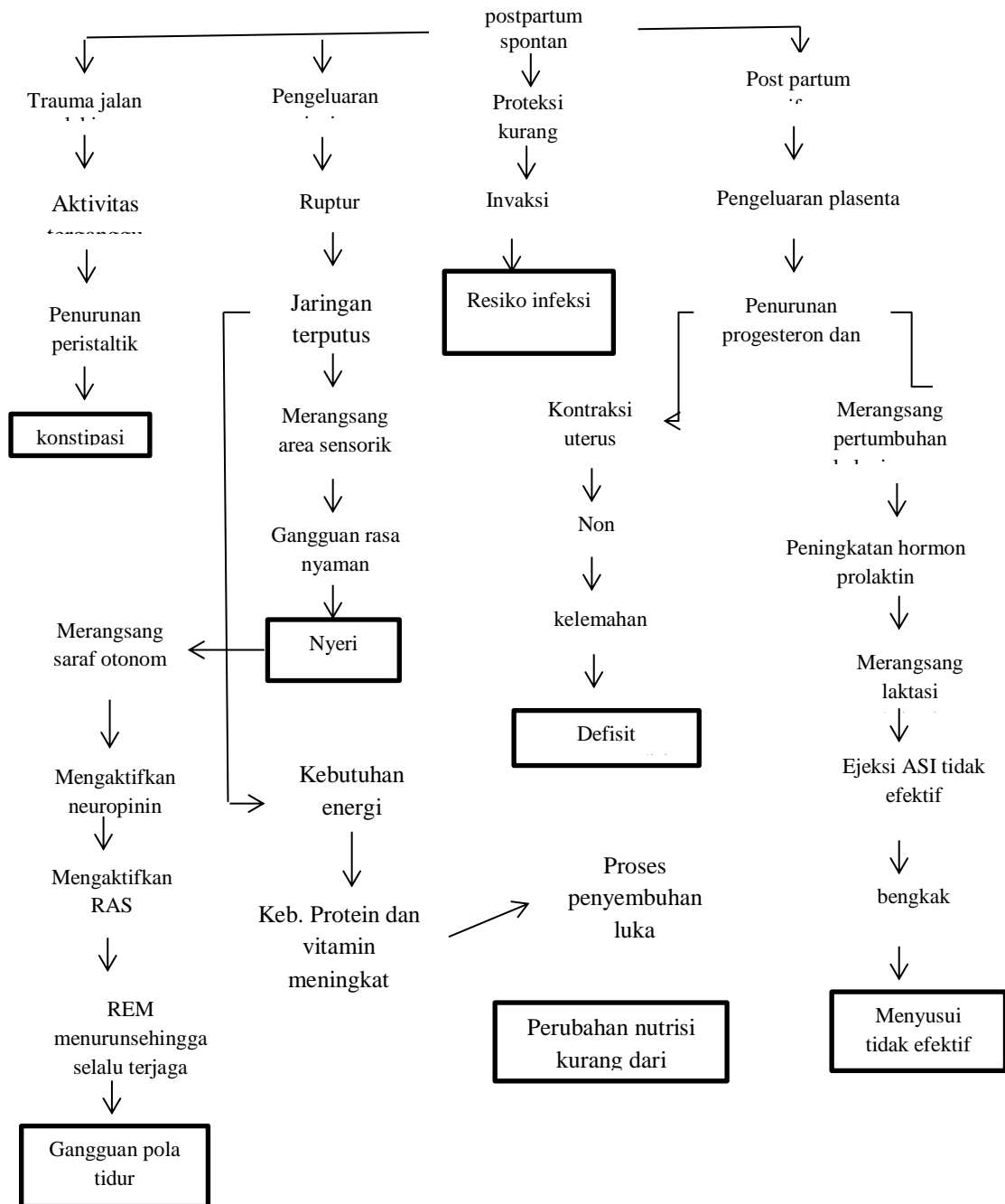
Bisanya ibu mengalami konstipasi setelah melahirkan anak. Hal ini disebabkan pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong.

6) Kebutuhan dasar psikologis

Macam-macam perasaan dapat timbul pada masa postpartum terhadap kelahiran bayinya yang dapat menimbulkan kebahagiaan, perasaan tidak percaya diri, dan takut tidak bisa merawat bayinya.

**Bagan 2.1 Pathway Pathaway post partum spontan**

**Dengan ruptur parineum**



Sumber : (Nuarif dan kusuma, 2015) (Aspiani, 2017)

## **1. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Tujuan anamnesa adalah pengumpulan beberapa informasi subyektif yang diperoleh dari apa yang telah dipaparkan oleh pasien terkait dengan masalah kesehatan yang menyebabkan pasien melakukan kunjungan ke pelayanan kesehatan. (Niman, 2013).

Langkah pertama dari proses keperawatan adalah pengkajian. Mengkaji berarti melakukan pengumpulan data yang lengkap untuk membantu perawat berfikir kritis dan menemukan data yang dibutuhkan untuk mengetahui masalah dan membuat keputusan asuhan keperawatan. Melakukan pengkajian adalah proses pertama yang dilakukan sebelum dapat melakukan asuhan keperawatan pada postpartum (Rutami dan Setiawan, 2012).

#### **a. Identitas**

Kaji identitas meliputi : nama, hal ini digunakan agar tidak keliru dalam memberikan penanganan, kaji umur, untuk mengetahui adanya resiko karena umur lebih dari 35 tahun lebih rentan terjadi pendarahan pada ibu post partum, kaji pendidikan klien, hal ini berpengaruh pada tindakan keperawatan sejauh mana tingkat intelektualnya untuk memberikan kemudahan konseling sesuai dengan pendidikannya, kaji agama, suku bangsa, pekerjaan dan alamat, beserta identitas bayi dan penanggung jawab.

b. Status kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan yang dirasakan paling menonjol oleh klien pada saat dikaji, pada klien dengan post partum spontan dengan ruptur parineum pada hari ke-1 masalah yang dihadapi adalah nyeri pada jalan lahir karena adanya luka.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Merupakan pengembangan dari nyeri yang dirasakan oleh klien. Pendekatan pengkajian karakteristik nyeri dengan menggunakan PQRST dapat mempermudah perawat dalam melakukan pengkajian nyeri yang dirasakan pasien (Muttaqin, 2011). Pendekatan dengan menggunakan PQRST tersebut adalah sebagai berikut :

- (a) *Provoking Incident* : faktor penyebab nyeri, apakah nyeri berkurang jika beristirahat, faktor-faktor yang dapat meredakan nyeri.
- (b) *Quality or Quantity of Pain* : seperti apa nyeri yang dirasakan atau digambarkan pasien, apakah seperti terbakar, berdenyut, tajam atau menusuk
- (c) *Region radiation, relief* : dimana lokasi nyeri, apakah rasa sakit itu menjalar atau menyebar dan dimana rasa sakit terjadi.

(d) *Severity (scale) of Pain* : seberapa jauh nyeri yang dirasakan mempengaruhi kemampuan fungsinya terhadap aktivitas kehidupan sehari-hari.

(e) *Time* : berapa lama nyeri berlangsung (bersifat akut atau kronis), kapan, apakah, ada waktu tertentu yang menambah rasa nyeri.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Kaji penyakit-penyakit terdahulu yang pernah dialami klien yang dapat mempengaruhi penyakit sekarang dan memperberat atau diperberat karena kehamilan misalnya jantung, hipertensi, diabetes melitus, infeksi kronik, obat-obatan, kebiasaan klien seperti merokok, minum alkohol yang dapat mempengaruhi pada masa post partum ini.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Kaji terhadap adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, kaji terhadap adanya kehamilan kembar, kaji apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya, kaji apakah ada riwayat penyakit menurun seperti asma, jantung, DM, hipertensi dan penyakit yang dapat ditularkan seperti Hepatitis dan TBC.



5) Riwayat obstetri ginekologi

a) Riwayat ginekologi

(1) Riwayat menstruasi

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

(2) Status perkawinan

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

(3) Riwayat keluarga berencana

Kaji jenis kontrasepsi yang digunakan sebelum hamil, waktu dan lamanya penggunaan, masalah yang dihadapi selama penggunaan, jenis kontrasepsi yang direncanakan setelah melahirkan dan jumlah anak yang direncanakan.

b) Riwayat obstetri

(1) Kaji riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu meliputi umur khamilan, tanggal melahirkan, jenis persalinan, tempat persalinan, berat badan anak waktu lahir, masalah yang terjadi, dan keadaan anak.

(2) Riwayat kehamilan sekarang

Kaji usia kehamilan, keluhan selama hamil, gerakan anak pertama yang dirasakan oleh klien. Apakah klien

mendapatkan imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan frekuensi memeriksakan kehamilannya.

(3) Riwayat persalinan sekarang

Kaji persalinan yang keberapa bagi klien, tanggal melahirkan, jenis persalinan, apakah terjadi pendarahan, banyaknya perdarahan, jenis kelamin bayi, berat badan bayi dan APGAR score serta keadaan masa nifas.

c. Pemeriksaan fisik (Wilkinson,2012)

1) Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan ibu secara umum post partum normal biasanya lemah.

2) Keadaan emosional

Kaji keadaan emosional stabil atau tidak, biasanya terdapat fase *taking in*. Fase *taking hold* dan fase *letting go*. Pada ibu post partum normal pada hari ke-1 kemungkinan berada di fase *taking in* (Mansyur dan Dahlan, 2014)

3) Tanda-tanda vital dalam Mansyur dan Dahlan (2014)

- a) Kaji tekanan darah, kemungkinan pada ibu post partum hari ke-1 tekanan darah akan rendah karena ada perdarahan setelah ibu melahirkan. Tekanan darah tinggi pada post partum dapat menandakan terjadinya

preeklampsi post partum. Tekanan darah pada ibu nifas normalnya 80/120 mmHg.

- b) Kaji pernafasan, keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi.
- c) Kaji suhu, Suhu normalnya 36,4°C sampai 37,4°C, pada ibu post partum hari ke-1 suhu badan akan naik sedikit (37,5°C-38°C) akibat kerja keras pada waktu melahirkan.
- d) Kaji Nadi, denyut nadi normal orang dewasa 60-100x/menit, sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat.

#### 4) Pemeriksaan fisik *head to toe*.

##### a) Kepala dan wajah

Kaji bentuk kepala apakah simetris, penyebaran rambut merata, ada benjolan yang abnormal, kaji terdapat nyeri tekan, kaji terdapat rontok, apakah muncul keluhan pusing. Kaji muka apakah ada *cloasma gravidarum*, kaji apakah ada perubahan ekspresi pada wajah.

##### b) Mata

Kaji bentuk mata simetris antara kiri dan kanan, kemungkinan konjungtiva anemis, warna sklera putih, kaji refleks pupil, fungsi penglihatan baik ditandai dengan klien dapat membaca papan nama perawat, kemungkinan tidak ada keluhan.

## c) Telinga

Kaji bentuk telinga simetris antara kiri dan kanan, apakah ada serumen, tidak ada nyeri tekan, fungsi pendengaran baik, biasanya tidak ada keluhan.

## d) Hidung

Kaji bentuk hidung simetris, apakah terdapat secret, Pernafasan cuping hidung (PCH), apakah fungsi-fungsi penciuman baik tau tidak.

## e) Mulut

Kaji bentuk bibir simetris, apakah mukosa bibir kering, jumlah gigi lengkap, tidak terdapat caries gigi, lidah nampak bersih, fungsi pengecapan baik

## f) Leher

Kaji apakah terdapat masa atau pembekakan, peningkatan *Jugular Venous Pressure* (JVP), pergerakan bebas dan lesi. Kaji apakah terdapat nyeri tekan atau tidak.

## g) Dada

Kaji kesimetrisan dada, kaji kebersihan dada.

## (1) Paru-paru

Kaji irama nafas, kaji vokal fremitus, kaji udara pernafasan apakah sonor, hipersonor, redup atau pekak. Kaji suara nafas apakah vesikuler atau tidak,

kaji terdapat nyeri tekan atau tidak. tidak terdengar suara tambahan *whezing* (-), *ronchi* (-).

(2) Jantung

Kaji bunyi jantung S1/S2 (lup/dup atau mur-mur dan tidak ada bunyi tambahan), tidak terdapat benjolan dan nyeri tekan.

(3) Payudara

Kaji payudara simetris atau tidak, kaji kebersihan payudara, kaji puting susu apakah terbenam atau menonjol, kaji kolostrum apakah sudah keluar atau belum, kemungkinan terdapat hiperpigmentasi aerola, kemungkinan terdapat tanda-tanda pembengkakan ASI, mammae tegang terdapat nyeri tekan.

h) Abdomen

Kaji apakah bentuk abdomen menonjol atau tidak, keadaan bersih atau tidak, terdapat striae livide yang menyebar dan terdapat linea nigra, distensi kandung kemih kaji apakah ada nyeri tekan, benjolan abnormal, pembesaran hepar, uterus teraba keras, bising usus 6-12 kali per menit, kontraksi uterus.

i) Genetalia

Kaji apakah terdapat oedema, penyebaran rambut pubis merata, tampak menetes lochea rubra, vulva nampak bersih, kaji bentuk luka ruptur masuk pada klasifikasi berapa, kemungkinan terdapat nyeri.

j) Ekstremitas

Kaji ekstremitas atas : bentuk simetris, biasanya tidak terdapat oedema, kemungkinan kekuatan otot lemah.

Kaji ekstremitas bawah : bentuk simetris, kemungkinan tidak terdapat oedema dan varises, kemungkinan kekuatan otot lemah, kemungkinan tidak terdapat tanda-tanda *homans sign*.

5) Pola aktivitas sehari-hari

1) Pola nutrisi

Kaji kebiasaan makan klien sebelum dan sesudah dirawat, ibu pasca melahirkan biasanya merasa lapar, tetapi ada juga pada ibu post partum hari ke-1 kemungkinan asupan makanan mengalami penurunan selama 1 atau dua hari karena kadar progesteron yang menurun setelah melahirkan (Yanti dan Sundawati, 2011) kaji mencakup frekuensi makan, jenis makan, nafsu makan, frekuensi minum, jenis serta jumlahnya.

## 2) Pola eliminasi

Kaji pola eliminasi BAB pada klien kemungkinan pada ibu post partum mengalami konstipasi dikarenakan otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa post partum, pada ibu post partum pemberian makanan yang mengandung serat, cairan yang cukup dan pola pengetahuan tentang eliminasi bisa membantu klien dalam proses eliminasi, adapun yang dikaji mencakup BAB (frekuensi, warna, bau, konsistensi, masalah dan keluhan masalah). (Yanti dan Sudawati, 2011). Kaji eliminasi BAK berupa retensi urine yang terdapat akibat distensi pada kandung kemih.

## 3) Pola istirahat tidur

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

## 4) Personal hygiene

Kaji mencakup kebersihan kulit, rambut, mulut dan gigi, pakaian dan vulva hygiene, kemungkinan pada ibu post partum keadaan personal ibu tidak rapih, karena ibu biasanya mengalami intoleransi aktivitas sehingga sulit bagi ibu untuk memenuhi kebutuhan personal hygienya secara mandiri.

5) Pola aktivitas

Kaji mencakup kegiatan klien sebelum dan sesudah melahirkan biasanya ibu mengalami intoleransi aktivitas pasca melahirkan karena akibat kelelahan yang dialami setelah persalinan. Sehingga perlu diperhatikan khusus dari keluarga dan tim medis untuk pemenuhan kebutuhan sehari-hari ibu.

6) Aspek psikologis, sosial dan spiritual.

1) Data psikologis

a) *Fase taking in* (1-3 hari) masa ketergantungan

b) *Fase taking hold* (1-10 hari) masa transisi antara ketergantungan dan kemandirian

c) *Fase letting go* (10 hari) ibu mulai mandiri dan bisa melakukan dengan sendirinya.

2) Aspek sosial

Kaji hubungan sosial klien dengan suami, keluarga, tetangga, tim kesehatan, dan lingkungan disekitarnya.

3) Aspek spiritual

Kaji tentang persepsi klien terhadap nyeri dan dihubungkan dengan kepercayaan yang dianut klien apakah klien sabar atau tidak.



#### 4) Konsep diri

##### a) Gambaran diri

Kaji apakah klien merasakan perubahan dirinya dan tubuhnya selama periode postpartum, apakah perubahan yang disadari tersebut mempengaruhi terhadap perilaku dan adaptasi terhadap bayinya.

##### b) Ideal diri

Kaji yang diharapkan klien setelah kelahiran bayi tersebut adalah upaya klien meningkatkan kemandirian dalam perawatan diri sendiri dan bayi.

##### c) Peran

Kaji bagaimana sikap ibu dengan kelahiran anaknya, maka perlu dikaji kesiapan untuk menjadi seorang ibu atau adanya perubahan peran dengan adanya penambahan anggota baru dikeluarganya.

##### d) Identitas diri

Kaji kepuasan klien menjadi seorang wanita yang telah melahirkan anak.

##### e) Harga diri

Kaji adakah rasa bangga pada diri klien, bagaimana kepuasan klien terhadap kelahiran tersebut, harga diri klien akan meningkat karena sudah mempunyai keturunan dan menjadi seorang ibu.

5) Hubungan komunitas

Kaji terhadap komunikasi klien dan kemampuan mengekspresikan atau mengerti orang lain dan bahasa yang digunakan sehari-hari.

6) Kebiasaan seksual

Kaji adakah gangguan dalam berhubungan suami istri bagaimana tentang cara klien dan suami mengenai berhubungan dengan ibu yang masih dalam masa nifas.

7) Sistem nilai dan kepercayaan

Siapa dan apa sumber kekuatan klien, kegiatan agama atau kepercayaan yang sering dilakukan, serta kegiatan agama atau kepercayaan yang sering dilakukan oleh klien agar klien merasa tenang.

8) Aspek pengetahuan ibu

Berisi pengetahuan ibu tentang perawatan bayi, perawatan tali pusat, dan perawatan payudara

f. Data penunjang

Hasil pemeriksaan diagnostik seperti memeriksa darah, urine, dan rontgen dapat memberikan informasi tentang hal-hal yang berkaitan dengan keadaan penyakit klien serta terapi medis untuk membantu proses penyembuhan. Biasanya pemeriksaan darah rutin seperti hematokrit, haemoglobin, eritrosit, trombosit yang biasanya

cenderung normal, akan tetapi haemoglobin dan leukosit mengalami sedikit peningkatan..

## 2. Analisa Data

Menurut Hidayat 2013, analisa data merupakan kegiatan akhir dalam tahap pengkajian setelah dilakukan validasi data. Melalui identifikasi pola atau masalah dapat diketahui gangguan/masalah keperawatan yang terdapat pada perspsi tatalaksana kesehatan, pola aktivitas latihan, pola nutrisi mtabolisme dll.

**Tabel 2.3**  
**Analisa data**

No	Data	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengungkapkan secara verbal atau melaporkan nyeri dengan isyarat</li> <li>- Perilaku ekspresif (misalnya: gelisah, merintih, menangis)</li> <li>- Bukti nyeri yang dapat diamati</li> </ul> <p>(wilkinson, 2012)</p>	partum spontan adanya proses pengeluaran janin, menyebabkan ruptur di (parineum) sehingga jaringan terputus, lalu merangsang reseptor nyeri yang akan Mengeluarkan neurotransmitter (bradikinin, serotin, histamin) Timbul persepsi nyeri	Nyeri akut
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melaporkan asupan makanan yang tidak adekuat</li> </ul> <p>(wilkinson, 2012)</p>	Proses persalinan spontan Menyebabkan kebutuhan energi meningkat, kebutuhan protein dan vitamin meningkat untuk Proses penyembuhan luka pasca persalinan	Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan

1	2	3	4
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peristaltik usus menurun</li> <li>- Kelelahan umum</li> <li>- Nyeri saat defekasi</li> <li>- Feses yang kering, keras, dan padat.</li> <li>- Bising usus hipoaktif atau hiperaktif</li> </ul> <p>(wilkinson, 2012)</p>	Waktu persalinan adanya proses pengeluaran janin, menyebabkan trauma jalan lahir, berpengaruh sehingga aktivitas terganggu menyebabkan peristaltik usus menurun, sehingga timbul susah BAB	Konstipasi
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat pembengkakan ASI</li> <li>- Terdapat hiperpigmentasi aerola</li> <li>- Kolostrum belum keluar</li> <li>- Payudara terlihat tegang</li> <li>- Puting susu terbenam</li> <li>- Terdapat nyeri tekan</li> </ul>	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, menyebabkan menyusui tidak efektif	Menyusui tidak efektif
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mata terlihat kuyu</li> <li>- Adanya perubahan pola tidur</li> <li>- Adanya perasaan kurang nyaman dengan luka</li> </ul>	Nyeri merangsang susunan syaraf otonom dan mengaktifkan neuropinin sehingga merangsang saraf simoatis untuk mengaktifkan RAS dan mengaktifkan kerja organ menyebabkan REM menurun sehingga akan selalu terjaga	Gangguan pola tidur
6.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum klien tampak tidak rapih</li> <li>- Keadaan umum ibu nifas normal biasanya lemah</li> <li>- kelemahan</li> </ul>	Proses persalinan normal menyebabkan kebutuhan energi meningkat menyebabkan kelemahan fisik pada ibu sehingga aktivitas terganggu dan menyebabkan kurangnya perawatan diri	Defisist perawatan diri

1	2	3	4
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adanya luka ruptur</li> <li>- Vulva hygiene kotor</li> <li>- Terdapat peningkatan jumlah leukosit</li> <li>- Adanya tanda-tanda               <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dolor</li> <li>b. Kalor</li> <li>c. Tumor</li> <li>d. Rubor</li> </ul> </li> </ul>	Adanya luka baik tanpa jahitan atau tidak di daerah parineum (jalan lahir) merupakan media yang baik bagi mikroorganisme untuk berkembangbiak ditambah vulva hygiene yang kurang baik atau kotor akan menyebabkan resiko infeksi.	Resiko infeksi

### 3. Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul

Diagnosa keperawatan adalah diagnosis yang paling logis ketika terdapat suatu kondisi medis tertentu, karena pasien mewakili respons manusia yang unik, diagnosis keperawatan tidak dapat diramalkan berdasarkan kondisi medis saja, diagnosis keperawatan harus ditegakkan berdasarkan data yang diperoleh dari pengkajian pasien. (dalam wilkinson dan Ahern, 2012). Menurut diagnosis NANDA dalam Wilkison (2012) diagnosa yang mungkin muncul pada klien post partum spontan dengan ruptur parineum sesuai dengan analisis diatas yaitu :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
- b. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan peningkatan kebutuhan protein dan vitamin untuk penyembuhan luka akibat persalinan
- c. Konstipasi berhubungan dengan tonus otot akibat proses persalinan

- d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan produksi ASI yang tidak adekuat
- e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan pngaktifan RAS
- f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan akibat persalinan.
- g. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya ruptur parineum

#### **4. Perencanaan keperawatan**

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

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan gangguan nyeri akut dapat teratasi.

Kriteria Hasil :

- 1) Klien dapat mengidentifikasi dan menggunakan intervensi untuk mengatasi ketidaknyamanan dengan tepat
- 2) Melaporkan nyeri dapat dikendalikan
- 3) Skala nyeri menurun
- 4) TTV dalam batas normal

**Tabel 2.4**  
**Perncanaan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut**

Intervensi	Rasional
1) Observasi TTV	1) Dengan mengkaji keadaan TTV maka dapat mengetahui keadaan umum klien.
2) Observasi ulang skala nyeri	2) Dengan mengkaji ulang skala nyeri maka dapat mengetahui perkembangan nyeri klien.
3) Manajemen nyeri (ajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi dan distraksi )	3) Dengan menganjurkan berlatih teknik relaksasi dengan cara nafas dalam dan teknik distraksi diharapkan tidak berfokus pada nyeri dan bisa teralihkan pada orang lain.
4) Atur posisi klien	4) Dengan mengatur posisi klien sesuai dengan kebutuhan dan kemungkinan klien terbebas dari rasa nyeri.
5) Kolaborasi pemberian analgetik	5) Dengan berkolaborasi pemberian analgtik dapat mengurangi rasa nyeri

Sumber : (Diagnosa NANDA dalam Wilkinson, 2012) (Doenges, 2015).

- b. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan peningkatan kebutuhan protein dan vitamin untuk penyembuhan luka akibat persalinan.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan gangguan perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan dapat teratasi

Kriteria Hasil :

- 1) Mempertahankan berat badan normal atau menunjukkan kemajuan kearah berat badan normal dengan normalisasi nilai labolatorium dan bebas dari tanda malnutrisi

- 2) Menunjukkan pola makan/perilaku untuk mempertahankan berat badan yang tepat

**Tabel 2.5**  
**Perencanaan Diagnosa Keperawatan Perubahan Nutrisi**

Intervensi	Rasional
1) Kaji penyebab kehilangan/ peningkatan berat badan	1) Membantu menciptakan rencana peraan/pilihan intervensi.
2) Periksa status kesehatan gigi pasien secara periodik, meliputi ketepatan dan kondisi gigi palsu jika ada	2) Infeksi oral atau masalah dental, penyusutan gusi dan gigi palsu yang longgar akan memrlukan kemampuan mengunyah.
3) Timbang pasien pada interval yang tepat	3) Memantau status nutrisi dan efeetivitas intervensi
4) Observasi kondisi kulit ; cacat pelisutan otot, kuku yang rapuh, kering, rambut yang mati, dan tanda-tanda penyembuhan yang lambat.	4) Menunjukkan kurang nutrisi yang adekuat
5) Ketahui makanan kesukaan pasien	5) Membantu dalam mempertahankan pemasukan, terutama pada saat terjadi masalah mulut dan dental.
6) Tingkatkan lingkungan yang menyenangkan untuk makan, dengan teman jika memungkinkan.	6) Makan adalah bagian dari peristiwa sosial, dan nafsu makan dapat meningkat dengan sosialisasi.
7) Berikan makanan selingan yang tersedia dalam 24 jam.	7) Membantu untuk memenuhi kebutuhan dan meningkatkan pemasukan.
8) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang diit pasien.	8) Menambahkan dalam menetapkan program nutrisi spsifik untuk memenuhi kebutuhan individual pasien.

Sumber : (Diagnosa NANDA dalam Wilkinson, 2012) (Doenges, 2015).

- c. Konstipasi berhubungan dengan pnurunan tonus otot akibat proses persalinan.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawata gangguan konstipasi tidak terjadi.



Kriteria Hasil :

- 1) Klien dapat BAB dengan lancar
- 2) Bising usus normal (7-12x/menit)

**Tabel 2.6**

**Perencanaan Diagnosa Keperawatan Konstipasi**

Intervensi	Rasional
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kaji tanda dan gejala konstipasi</li> <li>2) Monitor bising usus</li> <li>3) Anjurkan klien banyak minum dan diet tinggi serat</li> <li>4) Anjurkan klien melakukan aktivitas</li> <li>5) Kolaborasi untuk pemberian obat lasatif, pelunak feses, supositoria dan enema.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menentukan intervensi yang tepat</li> <li>2) Untuk mengetahui apakah peristaltik usus sudah kembali normal</li> <li>3) Banyak minum dan diet serat akan membantu melunakan feses sehingga mudah BAB.</li> <li>4) Aktivitas akan meningkatkan motilitas usus sehingga klien mudah untuk BAB</li> <li>5) Dapat memudahkan untuk BAB</li> </ol>

Sumber : (Diagnosa NANDA dalam Wilkinson, 2012)

(Doenges, 2015).

d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan produksi ASI tidak adekuat.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan proses menyusui aktif

Kriteria Hasil :

- 1) Payudara tidak bengkak
- 2) ASI keluar banyak
- 3) Mengungkapkan pemahaman tentang proses menyusui
- 4) Mendemonstrasikan teknik efektif dari menyusui

**Tabel 2.7**

**Prencanaan Diagnosa Keperawatan Menyusui Tidak Efektif**

Intervensi	Rasional
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kaji puting susu klien, anjurkan klien memelihara puting setiap habis menyusui</li> <li>2) Lakukan pijat oksitoksin</li> <li>3) Lakukan perawatan payudara (breast care)</li> <li>4) Demonstrasikan dan tinjau ulang teknik-teknik menyusui.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi dan intervensi dini dapat mencegah terjadinya luka/pecah puting yang dapat merusak proses menyusui</li> <li>2) pijat ini berfungsi untuk meningkatkan oksitoksin yang dapat menenangkan ibu, sehingga ASI pun keluar dengan sendirinya.</li> <li>3) Membantu melancarkan pengeluaran ASI</li> <li>4) Demonstrasi dilakukan supaya klien paham dan mengingat tentang demonstrasi yang dilakukan.</li> </ol>

Sumber : (Diagnosa NANDA dalam Wilkinson, 2012) (Doenges, 2015).

- e. Gangguan pola istirahat tidur berhubungan dengan pengaktifan RAS.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan gangguan istirahat tidur terpenuhi.

Kriteria Hasil :

- 1) Kebutuhan tidur terpenuhi
- 2) Klien tampak segar

**Tabel 2.8**  
**Perncanaan Diagnosa Keperawatan Pola Istirahat Tidur**

Intervensi	Rasional
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang</li> <li>2) Kurangi cahaya lampu yang terlalu terang pada malam hari</li> <li>3) Atur posisi senyaman mungkin untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Dengan menciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang klien diharapkan dapat tidur dengan nyaman, tidak ada yang mengganggu proses tidur klin.</li> <li>2) Dengan lampu yang terlalu terang dapat membuat mata silau dan mata berakomodasi secara terus menerus dan merangsang RAS diplomation retikulasi sebagai akibat klien untuk tidur dengan mengurangi cahaya agar klien bisa tertidur.</li> <li>3) Dengan mengatur posisi klien dengan semi fowler diharapkan akan membuat rasa nyaman dan reflex sehingga mnndukung untuk istirahat.</li> </ol>

Sumber : (Diagnosa NANDA dalam Wilkinson, 2012) (Doenges, 2015).

- f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan akibat persalinan.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan defisit perawatan diri terpenuhi.

Kriteria Hasil :

- 1) Klien tampak bersih dan rapih
- 2) Klien dapat merawat diri secara mandiri

**Tabel 2.9**  
**Perencanaan Diagnosa Keperawatan Defisit Perawatan Diri**

Intervensi	Rasional
1) Kaji pengetahuan klien ttntan perawatan diri  2) Jelaskan pentingnya kebersihan  3) Bantu klien dalam melakukan prawatan diri	1) Dapat diketahui dengan wawasan klien sehingga memudahkan pembrian informasi.  2) Klien dapat mengerti dan mengetahui perawatan dirinya sehingga klien terbiasa menjaga kebersihan dirinya.  3) Kebutuhan personal hygiene klien dapat terpenuhi.

Sumber : (Diagnosa NANDA dalam Wilkinson, 2012) (Doenges, 2015).

g. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya ruptur parineum

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan resiko tinggi infeksi tidak terjadi.

Kriteria Hasil :

- 1) Penyembuhan ruptur berjalan sesuai dengan tahapannya
- 2) Tidak ada tanda-tanda infeksi merah, panas, bengkak, dan nyeri.

**Tabel 2.10**  
**Perencanaan Diagnosa Keperawatan Resiko Tinggi Infeksi**

Intervensi	Rasional
1) Perhatikan frekuensi atau jumlah berkemih.	1) Status urinarius meningkatkan terjadinya resiko terhadap infeksi
2) Rawat luka dan kompres dengan antiseptik (Betadin 50%)	2) Perawatan luka dengan antiseptik akan mempercepat proses penyembuhan luka pasca persalinan
3) Kaji bau lochea	3) Normalnya lochea berbau amis seperti darah menstruasi, bila terdapat perubahan bau pada lochea dicurigai adanya infeksi.
4) Ciptakan lingkungan yang bersih	4) Lingkungan yang bersih dapat menghambat pertumbuhan mikroorganisme penyebab infeksi.
5) Kolaborasi pemberian antibiotik	5) Mencegah infeksi dan penyebaran ke jaringan sekitar atau aliran darah.

Sumber : (Diagnosa NANDA dalam Wilkinson, 2012) (Doenges, 2015).

## 5. Implementasi

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

## 6. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahapan terakhir proses keperawatan dengan cara melihat sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memenuhi respons terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang ingin dicapai, serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil.

Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah mengimplementasi rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi keempat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif (data berupa keluhan pasien), objektif (Data hasil pemeriksaan), analisa data (perbandingan dengan teori), dan perencanaan.

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

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **A. TINJAUAN KASUS**

##### **1. Pengkajian**

###### **a. Identitas**

###### **1) Identitas Pasien**

Nama	: Ny. D
Umur	: 29 Tahun
Alamat	: Rancamidi
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Agama	: Islam
Suku Bangsa	: Sunda
Tanggal Masuk	: 22 April 2021 Jam : 03.00 WIB
Tanggal Pengkajian	: 22 April 2021 Jam : 07.30 WIB
Diagnosa Medis	: G2P1A0
NO RM	184-433-74

###### **2) Identitas Penanggung Jawab**

Nama	: Tn. A
Umur	: 32 Tahun

Jenis Kelamin	: Laki-laki
Alamat	: Rancamidi
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Wiraswasta
Agama	: Islam
Hubungan dengan klien	: Suami

#### **b. Riwayat Kesehatan**

##### 1) Keluhan utama

Klien mengeluh nyeri pada luka di daerah parineum

##### 2) Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 22 April 2021 jam 07.30 WIB. Klien mengeluh nyeri pada luka daerah parineum. Nyeri dirasakan meningkat apabila klien banyak bergerak dan beraktivitas. Nyerinya menjadi berkurang ketika klien beristirahat atau tidur, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk jarum di bagian parineum dan menyebar ke anus dengan skala 5 (0-10) nyeri yang dirasakan hilang timbul dan klien tampak meringis.

##### 3) Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan tidak pernah mengalami kehamilan kembar, klien mengatakan tidak pernah menderita penyakit yang dapat memperberat keadaanya seperti penyakit hipertensi, asma, diabetes melitus maupun penyakit yang menular seperti Hepatitis, TBC, HIV/AIDS, dan lain-lain.



#### 4) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan di dalam anggota keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti diabetes melitus, hipertensi, asma atau penyakit yang dapat menular seperti TBC, hepatitis, HIV/AIDS.

#### 5) Riwayat obstetri dan ginekologi

##### a) Riwayat obstetri

##### (1) Riwayat kehamilan sekarang

Klien mengatakan ini merupakan kehamilan yang kedua, pada saat trimester I klien mengeluh sedikit mual muntah tetapi tidak berlebih. Pada saat trimester 2 klien merasakan mulai terasa nyeri pinggang, dan pada saat trimester 3 klien tidak ada keluhan selama kehamilan dan klien rajin memeriksakan kandungannya pada saat Posyandu.

##### (2) Riwayat persalinan yang sekarang

Klien mengatakan perutnya sudah mulai terasa mules serta keluar cairan dan lendir pada sekitar jam 23.00 malam, Pada tanggal 22 April 2021 jam 03.00 WIB klien di bawa ke Poned Puskesmas Bayongbong Kab. Garut, lalu pada jam 03.30 klien dalam kondisi pembukaan lengkap dan melahirkan bayi dengan jenis kelamin laki-laki dengan berat badan 3400 gr dan tinggi badan 48 cm. Sejak lahir klien mengatakan bayinya belum dikasih ASI karena ASI belum keluar.

## (3) Riwayat persalinan yang lalu

**Tabel 3.1**

No	Kehamilan ke	Tempat	penolong	Cara persalinan	BB lahir	J K	Usia	Hidup/ Mati
1	2012	Rumah	Dukun beranak	Normal	2800 gr	L	9 tahun	Hidup

## b) Riwayat ginekologi

## (1) Riwayat menstruasi atau haid

Menurut penuturan klien, klien menstruasi pada saat usia 12 tahun, siklus haid teratur setiap 28 hari dengan lama haid 5 - 7 hari, sifat darah berwarna merah, tidak ada keluhan selama haid, HPHT 23 Juli 2020. TP  $(23 + 7) (7 - 3) = (30) (4)$  Taksiran persalinan 30 April 2021.

## (2) Riwayat perkawinan

Klien mengatakan, ini perkawinan yang pertama klien menikah di saat usia 17 tahun dan suaminya menikah di usia 23 tahun lama perkawinan sudah 12 tahun.

## (3) Riwayat keluarga berencana

Menurut penuturan klien, klien pernah menggunakan alat kontrasepsi sesudah menikah selama 1 tahun dan pada tahun 2011 klien lepas KB, setelah memiliki anak yang ke 1 klien menggunakan KB kembali, kurang lebih 5 tahun dengan menggunakan KB suntik 3 bulan sekali.

**c. Pemeriksaan fisik**

## 1) Keadaan umum

Kesadaran umum : Composmentis

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

Keadaan : Klien tampak lemas dan terlihat kusut

## 2) Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 83 x/menit

Respirasi : 21 x/menit

Suhu : 36,8 °C

## 3) Pemeriksaan antropometri

Tinggi badan : 158 cm

Berat badan sebelum hamil : 60 kg

Berat badan sekarang : 70 kg

4) Pemeriksaan *head to toe*

## a) Kepala dan wajah

Bentuk kepala bulat, wajah terlihat pucat, tidak ada *chlasma* pada wajah. Rambut hitam merata terlihat berminyak dan kusut, tidak terdapat nyeri tekan, kulit kepala lengket, tidak mudah patah dan bercabang.

## b) Mata

Kedua mata simetris, sklera putih, konjungtiva terlihat pucat, palpebra tidak ada edema, kornea jernih, refleks cahaya (+), pupil isokor, tidak ada nyeri tekan.

## c) Telinga

Kedua telinga simetris kanan dan kiri, tidak ada serumen, tidak ada nyeri tekan, fungsi pendengaran baik.

## d) Hidung

Bentuk hidung simetris, Tidak ada pernafasan cuping hidung, lubang hidung bersih, tidak ada secret, fungsi pnciuman baik, tidak ada nyeri tekan

## e) Mulut

Bentuk bibir simetris, bibir terlihat pucat, mukosa bibir sedikit kering, gigi rapih terlihat sedikit kuning. Lidah merah muda keputihan, pengecapan baik.

## f) Leher

Pergerakan leher bebas dan tidak ada lesi, tidak ada peningkatan JVP, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak teraba benjolan dan tidak ada nyeri tekan.

## g) Dada

Bentuk dada kiri dan kanan simetris,dada terlihat bersih.

(1) Paru-paru

Irama nafas teratur, vokal fremitus baik, suara nafas vaskuler, tidak terdapat nyeri tekan.

(2) Jantung

Bunyi jantung reguler, irama teratur, saat palpasi tidak ada nyeri tekan.

(3) Payudara

Bentuk payudara kiri dan kanan simetris, payudara nampak bersih, kolostrum belum keluar, puting terlihat menonjol, terdapat hiperpigmentasi pada areola, payudara terlihat besar, pada saat di palpasi mammae terdapat nyeri dan tegang.

h) Abdomen

Bentuk abdomen cembung, warna kulit sawo matang, tidak terdapat luka operasi, terdapat striae livide dan linea nigra. bising usus 9x/menit, pada saat di palpasi uterus teraba keras dengan TFU 2 jari dibawah pusat, tidak teraba distensi kandung kemih, terdapat nyeri tekan saat dilakukan palpasi, perkusi abdomen timpani.

i) Genetalia

Penyebaran rambut pubis merata, tampak menetes lochea rubra, vulva nampak bersih, terdapat ruptur derajat 1 di daerah parineum, tidak dilakukan jahitan, tampak luka basah, tidak ada hemoroid.

j) kulit

Warna kulit sawo matang, turgor kulit baik, kulit teraba lengket, tidak ada nyeri tekan.

## k) Ekstremitas

## (1) Atas

Letak tangan kiri dan kanan simetris, jumlah jari tangan lengkap, keadaan kuku sedikit panjang tetapi bersih, CRT <2 detik, tidak terdapat oedema, tidak ada nyeri tekan, tangan dapat digerakan ke segala arah kekuatan otot baik 5/5.

## (2) Bawah

Kaki simetris antara kiri dan kanan, jumlah jari lengkap, tidak ada oedema, keadaan kuku pendek dan bersih, tidak ada nyeri tekan, pergerakan kaki keduanya baik, tidak ada varises, *refleks patella* (+), *homan sign* (-), kekuatan otot baik 5/5.

## 5) Pola aktivitas sehari-hari

**Tabel 3.2**  
**Pola aktivitas sehari-hari**

No	Jenis aktivitas	Di rumah	Di puskesmas
1	Nutrisi a) Makan Frekuensi Jenis Porsi b) Minum Frekuensi Jumlah Jenis Keluhan	4x sehari Lauk pauk, sayuran, nasi. 1 porsi  ± 1 liter/ sehari ± liter Air putih, susu. Tidak ada	1 kali Nasi, lauk pauk, sayur. ½ porsi  ± 1 liter ± 1 liter Air putih dan teh manis Tidak ada
2	Eliminasi a) BAB Frekuensi Konsistensi Warna Bau keluhan b) BAK Frekuensi Warna Bau keluhan	1x sehari Padat Kuning khas Bau khas Tidak ada  5-6 x/hari Kuning jernih Khas urine Tidak ada	Belum BAB   Tidak ada keluhan  3 kali Kuning jernih Khas urine Sedikit perih ketika BAK

No	Jenis aktivitas	Di rumah	Di puskesmas
3	Istirahat tidur a) Siang b) Malam Keluhan	1-2 jam/hari 7-8 jam/hari Tidak ada	Tidak tidur siang 3 jam Tidak ada
4	Personal hygiene Mandi Gosok gigi Keramas Ganti pakaian Keluhan	2x/hari 2x/ hari 3 hari 1 kali 1x/hari Tidak ada	Belum mandi Belum gosok gigi Belum keramas Belum ganti Masih lemas dan perlu bantuan

#### d. Riwayat Psikososial dan Spiritual

##### 1) Aspek psikologis

##### a) Konsep diri

##### (1) Identitas diri

Klien merasa sebagai seorang perempuan yang sempurna yang bisa mengandung dan melahirkan seorang anak.

##### (2) Peran diri

Klien berperan sebagai seorang istri dari Tn. A, dan sebagai ibu dari anak-anaknya, tetapi untuk sementara ini klien berperan sebagai pasien di Puskesmas yang mendapatkan perawatan.

##### (3) Ideal diri

Klien ingin cepat pulih dari keadaanya agar bisa pulang ke rumah

##### (4) Harga diri

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

(5) Cita diri/gambaran diri

Klien mengatakan bahwa klien tidak malu dengan tubuhnya yang sekarang yang terlihat gendut, dan klien menyukai setiap bagian tubuhnya. Klien mengatakan bersyukur dengan apa yang dimilikinya dan menerima penampilan tubuhnya yang sekarang.

b) Psikologi post partum

Klien berada pada fase *taking in* dimana klien masih berfokus pada dirinya dan masih bergantung pada suami dan keluarganya, respon klien dan keluarga terhadap bayinya baik.

1) Aspek sosial

a) Pendidikan

Pendidikan klien terakhir SMP

b) Hubungan sosial

Lingkungan klien dan petugas kesehatan baik

c) Interaksi

Klien dapat berkomunikasi dengan baik dengan perawat, bidan dan lingkungan sekitarnya.

d) Koping

Apabila klien mempunyai masalah klien selalu bermusyawarah bersama suaminya.

2) Data pengetahuan

Ibu mengatakan belum tahu cara melakukan perawatan payudara, ibu tahu sedikit cara menyusui yang benar, inu mengatakan



sudah tahu cara melakukan perawatan tali pusat, cara memandikan bayi dan nutrisi untuk bayi.

3) Aspek spiritual

Klien beragama islam, klien selalu melaksanakan sholat 5 waktu, tetapi untuk sekarang klien mengalami kesulitan karena masih lemas, klien selalu berdoa untuk bisa melewati apa yang sedang klien alami.

**e. Data penunjang**

Hasil pemeriksaan laboratorium

Tanggal : 23 April 2021

Jam : 08. 20 WIB

**Tabel 3.3**  
**Hasil pemeriksaan laboratorium**

No	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Satuan
1	Hematologi			
	Haemoglobin	13,0	13,0 – 18,0	g/dl
	Hematokrit	43	35-45	%
	Leukosit	9,560	4000-10.000	/mm <sup>3</sup>
	Trombosit	237,000	150.000-	/mm <sup>3</sup>
	Eritrosit	3.12	450.000	Juta/mm <sup>3</sup>
			4,89	

**f. Terapi medis**

**Tabel 3.4**  
**Terapi medis**

Nama obat	Dosis	Cara pemberian	Waktu pemberian	Indikasi	Kontra indikasi
Amoxilin	500mg	Oral	3 x 1 hari	Infeksi saluran nafas, saluran genitourinaria	Hipersensitif terhadap penisilin

Nama obat	Dosis	Cara pemberian	Waktu pemberian	Indikasi	Kontra indikasi
Paracetamol	500mg	Oral	3x 1 hari	Untuk meredakan nyeri ringan menurunkan demam	Jangan diberikan kepada penderita hipersensitifitas
Asam mefenamat	500mg	Oral	3 x 1 hari	Mengatasi nyeri	

### g. Analisa data

**Tabel 3.5**  
**Analisa data**

No	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri pada luka di daerah parineum.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka ruptur derajat 1</li> <li>- Skala nyeri 5 (0-10)</li> <li>- Klien tampak meringis kesakitan</li> <li>- TTV</li> </ul> <p>TD : 120/70 mmHg N : 80x/menit R : 21x/m</p>	<p>partum spontan adanya proses pengeluaran janin, menyebabkan ruptur di (parineum) sehingga jaringan terputus, lalu merangsang reseptor nyeri yang akan Mengeluarkan neurotransmitter (bradikinin, serotin, histamin) Timbul persepsi nyeri</p>	Nyeri akut
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan ASI nya belum keluar semenjak bayinya lahir</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Post partum hari ke-1</li> <li>- Payudara tampak membesar</li> <li>- Puting susu tampak menonjol</li> <li>- Kolostrum belum keluar</li> <li>- Terdapat hiperpigmentasi pada aerola</li> <li>- Terdapat nyeri dan tegang pada saat di palpasi</li> </ul>	<p>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, menyebabkan menyusui tidak efektif</p>	Menyusui tidak efektif

No	Data	Etiologi	Masalah
3	DS : - Klien mengatakan belum mandi  DO : - klien tampak belum mandi - Klien tampak belum ganti pakaian - Rambut tampak kusut - Klien belum keramas - Kulit klien teraba lengket	Proses persalinan normal menyebabkan kebutuhan energi meningkat menyebabkan kelemahan fisik pada ibu, sehingga aktivitas terganggu dan menyebabkan kurangnya perawatan diri	Defisit perawatan diri
4	DS : Klien mengatakan nyeri pada luka di daerah parineum DO : - Terdapat ruptur parineum derajat 1 - Luka tampak basah - Tampak menetes <i>lochea rubra</i>	Adanya luka baik tanpa jahitan atau tidak di daerah parineum (jalan lahir) merupakan media yang baik bagi mikroorganisme untuk berkembangbiak ditambah vulva hygiene yang kurang baik atau kotor akan menyebabkan resiko infeksi.	Resiko infeksi

## 2. Diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas masalah

### a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik ditandai dengan :

DS :

- Klien mengatakan nyeri pada luka di daerah parineum
- Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk jarum
- Nyeri dirasakan apabila banyak bergerak dan ketika duduk
- Nyeri hilang timbul
- Nyeri menyebar ke daerah anus

DO :

- Terdapat luka ruptur derajat
- Skala nyeri 5 (0-10)

- Klien tampak meringis kesakitan
- TTV :
- TD : 120/70 mmHg
- N : 80x/menit
- R : 2x/menit
- S :36,8°

b. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan produksi tidak adekuat, ditandai dengan :

DS : Klien mengatakan ASI belum keluar sejak bayinya lahir

DO :

- Post partum hari ke-1
- Payudara tampak bengkak
- Puting susu sedikit menonjol
- Kolostrum belum keluar
- terdapat hiperpigmentasi pada aerola
- Terdapat nyeri dan tegang pada saat di palpasi

c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan akibat persalinan, ditandai dengan :

DS : klien mengatakan belum mandi

DO :

- Klien tampak belum mandi
- Klien tampak belum ganti pakaian
- Rambut tampak kusut

- Klien belum keramas
- Kulit klien teraba lengket

d. Resiko berhubungan dengan adanya ruptur parineum ditandai dengan :

DS:

Klien mengatakan nyeri pada luka di daerah parineum

DO : - terdapat ruptur parineum derajat 1

- Luka tampak basah
- Tampak menetes *lochea rubra*

## 3. Proses keperawatan

Tabel 3.6

## Proses keperawatan

No	Diagosa medis	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
1	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik ditandai dengan :</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri pada luka di daerah parineum</li> <li>- Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk jarum</li> <li>- Nyeri</li> </ul>	<p>Jangka panjang :</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 7 hari nyeri dapat teratasi.</p> <p>Jangka pendek :</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x 8 jam nyeri dapat teratasi dengan kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien dapat mengidentifikasi dan menggunakan intervensi untuk mengatasi ketidaknyamanan dengan tepat</li> <li>- Mengungkapkan berkurangnya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Observasi TTV</li> <li>2) Kaji skala nyeri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Dengan mengkaji TTV klien, maka dapat mengetahui keadaan umum klien.</li> <li>2) Dengan mengkaji skala nyeri klien dapat mengetahui perkembangan nyeri yang dirasakan klien</li> </ul>	<p>Tgl. 22 April 2021 Jam : 08.10 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Mengobservasi TTV TD : 120/80 mmHg N : 90x/m R : 19x/m S : 36,9°C</li> </ul> <p>Jam : 08.20 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2) Mengobservasi ulang skala nyeri Hasil : skala nyeri 5 (0-10)</li> </ul>	<p>Tgl : 22 April 2021 Jam : 12.00 WIB</p> <p>S:</p> <p>Klien mengatakan luka jalan lahir masih nyeri tetapi sedikit berkurang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka ruptur derajat 1 di parineum</li> <li>- Skala nyeri 4 (0-10)</li> <li>- klien tampak meringis</li> <li>- TTV :</li> <li>- TD : 120/80 mmHg</li> <li>- N : 85x/m R: 18x/m</li> </ul> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: lanjutkan intervensi 1,2,3,5.</p>

	<p>dirasakan apabila banyak bergerak dan ketika duduk</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyeri hilang timbul</li> <li>- Nyeri menyebar ke daerah anus</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka ruptur derajat 1</li> <li>- Skala nyeri 5 (0-10)</li> <li>- Klien tampak meringis kesakitan</li> <li>- TTV TD : 120/70 mmHg N : 80x/menit R : 21x/m</li> </ul>	<p>ketidaknyamanannya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri menurun menjadi 3 (0-10)</li> <li>- TTV dalam batas normal</li> </ul>	<p>3) Anjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi dengan cara teknik nafas dalam dan teknik diktraksi dengan mengalihkan rasa nyeri</p> <p>4) Atur posisi nyaman klien</p> <p>5) Kolaborasi pemberian analgetik</p>	<p>3) Dengan mengajarkan berlatih teknik relaksasi dengan cara tarik nafas dalam dan teknik distraksi diharapkan tidak berfokus pada nyeri dan bisa teralihkan pada hal lain.</p> <p>4) Dengan mengatur posisi nyaman klien sesuai dengan kebutuhan dan kemungkinan klien terbebas dari rasa nyeri</p> <p>5) Dengan berkolaborasi pemberian analgetik dapat mengurangi rasa nyeri</p>	<p>3) Mengajarkan klien teknik relaksasi dengan menarik nafas dalam</p> <p>Jam : 08.45</p> <p>4) Mengatur posisi nyaman klien dengan posisi supinasi Hasil : klien tampak sedikit tenang dan nyaman</p> <p>Jam : 08.55</p> <p>5) Berkolaborasi dalam pemberian obat analgesik dan antipiretik sesuai advice dokter dengan</p>	<p>(Windi Nopianti Agustin)</p>
--	--	--	---	---	---	---------------------------------

					memberikan asamfenamat 500/ mg/ oral, Paracetamol 500 mg/oral	
2	<p>Menyusui tidak efektif berhubungan dengan produksi ASI tidak adekuat ditandai dengan :</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan ASI nya belum keluar semenjak lahir</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Post partum hari ke-1</li> <li>- Payudara tampak bengkak</li> <li>- Puting susu sedikit menonjol</li> <li>- Kolostrum</li> </ul>	<p>Jangka panjang : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2-3 hari menyusui tidak efektif dapat teratasi.</p> <p>Jangka pendek : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Payudara tidak bengkak</li> <li>- ASI keluar banyak</li> <li>- Mengungkapkan pemahaman tentang proses menyusui</li> <li>- Mendemonstrasikan teknik efektif</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kaji puting susu klien, anjurkan klien memelihara puting setiap habis menyusui.</li> <li>2) Lakukan perawatan payudara (breast care)</li> <li>3) Demonstrasikan dan tinjau ulang teknik-</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi dan intervensi dini dapat mencegah terjadinya luka/pecah puting yang dapat merusak proses menyusui.</li> <li>2) Membantu melancarkan pengeluaran ASI.</li> <li>3) Memberikan penkes tentang perawatan payudara</li> </ol>	<p>tgl : 22 April 2021 jam :10.30 WIB</p> <p>1) Mengobservasi ulang puting susu ibu Hasil : terlihat puting susu ibu sedikit menonjol</p> <p>Jam :10 .30 WIB</p> <p>2) Membantu melakukan perawatan payudara (<i>breast care</i>) jam :09.40</p> <p>3) Melakukan penkes tentang perawatan payudara</p>	<p>Tgl 22 April 2021 Jam : 12.10 WIB</p> <p>S :</p> <p>Klien mengatakan ASI nya keluar tapi hanya beberapa tetes, klien mengatakan mampu melakukan perawatan payudara.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-puting susu klien terlihat sedikit menonjol.</li> <li>- kolostrum terlihat keluar sedikit</li> <li>-areola terlihat hitam</li> <li>-ASI terlihat bengkak</li> <li>- klien tampak memahami mengenai penkes yang diberikan</li> <li>- klien dapat mengulang kembali materi yang telah dijelaskan</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian</p>



	<p>belum keluar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat hiperpigmentasi pada areola</li> <li>- Terdapat nyeri dan tegang pada saat di palpasi</li> </ul>	menyusui	teknik menyusui.			<p>P : Lanjutkan intervensi I : anjurkan klien untuk melakukan perawatan payudara (<i>breast care</i>)</p> <p>(Windi Nopianti Agustin)</p>
3	<p>Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan akibat persalinan ditandai dengan :</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan belum mandi</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak belum mandi</li> <li>- Klien tampak belum ganti</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 1 x 1 jam, diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien nampak bersih dan segar</li> <li>- Rambut rapih</li> <li>- Kuku pendek</li> <li>- Klien tampak bersih dan rapih</li> <li>- Klien dapat merawat diri secara mandiri</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kaji pengetahuan klien tentang perawatan diri</li> <li>2) Jelaskan tentang pentingnya</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Dapat diketahui dengan wawasan klien sehingga memudahkan memberikan informasi</li> <li>2) Klien dapat mengerti dan mengetahui</li> </ol>	<p>Tgl 22 April 2021 Jam : 09.55 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mengkaji sejauh mana klien dapat melakukan perawatan diri</li> </ol> <p>Respon : Klien, mampu menyisir rambut sendiri, klien mampu menggosok gigi secara mandiri, klien mampu mengganti baju sendiri.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) Menjelaskan pentingnya perawatan diri bagi</li> </ol>	<p>Tgl 22 April 2021 Jam : 10.30</p> <p>S : klien mengatakan belum mandi tetapi sudah menyisir rambut, mengganti pakaian, menggosok gigi secara mandiri.</p> <p>O: Klin tampak sedikit lebih segar dan rapih</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>I : - Anjurkan klien mandi</p>

	<p>pakaian</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rambut tampak kusut</li> <li>- Klien belum keramas</li> <li>- Kulit klien teraba lengket</li> </ul>		<p>perawatan diri</p> <p>3) Bantu klien dalam melakukan perawatan diri</p>	<p>perawatan dirinya sehingga klien terbiasa menjaga kebersihan dirinya</p> <p>3) Kebutuhan perawatan diri klien dapat terpenuhi</p>	<p>klien</p> <p>Respon : klien tampak memahami apa yang disampaikan</p> <p>3) Membantu memfasilitasi klien dalam melakukan perawatan diri</p> <p>Respon : klien terlihat senang</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan klien menggunting kuku</li> <li>- Anjurkan klien untuk keramas</li> </ul> <p>(Windi Nopianti Agustin)</p>
4	<p>Resiko infeksi berhubungan dengan adanya ruptur parineum ditandai dengan :</p> <p>DS: klien mengatakan nyeri pada luka di daerah parineum</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat ruptur derajat 1 di daerah parineum</li> <li>- Luka nampak basah</li> <li>- Terdapat</li> </ul>	<p>Jangka panjang: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6x24 jam resiko infeksi tidak terjadi</p> <p>Jangka pendek Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan masalah resiko infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada tanda tanda infeksi</li> <li>- Klien merasa nyaman</li> </ul>	<p>1) Perhatikan frekuensi atau jumlah berkemih</p> <p>2) Rawat luka dan kompres dengan antiseptik (betadin 50%)</p> <p>3) Kaji bau <i>lochea</i></p>	<p>1) Status urinarius meningkatkan terjadinya resiko infeksi</p> <p>2) Perawatan luka dengan antisptik akan memprcepat proses penyembuhan luka pasca bersalin</p> <p>3) Normalnya <i>lochea</i> berbau amis seperti darah menstruasi, bila terdapat</p>	<p>Tanggal 22 April 2021 Jam : 10.00 WIB</p> <p>1) Menanyakan frekuensi BAK klien</p> <p>Hasil : klien mengatakan sudah BAK 3 kali</p> <p>2) Melakukan perawatan luka menggunakan betadin 50 %</p> <p>3) Mengkaji bau <i>lochea</i></p> <p>Hasil : <i>lochea</i> tercium bau amis dengan warna merah kehitaman.</p>	<p>Tanggal 22 April 2021 Jam : 12.30 WIB</p> <p>S : klien mengatakan masih nyeri pada luka daerah parineum</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adanya luka ruptur parineum derajat 1</li> <li>- Tampak <i>lochea</i> rubra menetes</li> <li>- Luka tampak basah</li> </ul> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan interpersi</p> <p>1) Perhatikan frekuensi atau jumlah berkemih</p> <p>2) Rawat luka dan kompres dengan</p>

	ruptur parineum derajat 1		<p>4) Ciptakan lingkungan yang bersih</p> <p>5) Kolaborasi pemberian antibiotik</p>	<p>perubahan bau pada <i>lochea</i> dicurigai adanya infeksi</p> <p>4) Lingkungan yang bersih dapat menghambat pertumbuhan mikroorganisme penyebab infeksi</p> <p>5) Mencegah infeksi dan penyebaran ke jaringan sekitar atau aliran darah</p>	<p>Jam 10. 30 WIB</p> <p>4) Menganjurkan klien/keluarga klien untuk selalu menjaga lingkungan bersih</p> <p>5) Berkolaborasi pemberian antibiotik Amoxicillin 500 mg/oral</p>	<p>antiseptik (betadin 50%)</p> <p>3) Kaji bau <i>lochea</i></p> <p>4) Kolaborasi pemberian antibiotik</p> <p>(Windi Nopianti Agustin)</p>
--	---------------------------	--	---	--	---	--

## 4. Catatan perkembangan

Nama :Ny.D

Umur : 29 Tahun

Alamat : Rancamidi

**Tabel 3.7**  
**Catatan perkembangan**

<b>No</b>	<b>Tanggal</b>	<b>Dx</b>	<b>Catatan perkembangan</b>	<b>Pelaksana</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1	Jumat, 23 April 2021. Jam 08.00 WIB	1	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan nyeri mulai berkurang</p> <p>O : TD : 120/80 mmHg N : 83x/ menit R : 20x/menit S : 36.8°C</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 3 (0-10)</li> <li>- Terdapat ruptur di parineum</li> <li>- Klien tampak lebih tenang</li> </ul> <p>A :</p> <p>Nyeri akut berhubungan dengan agenn cedera fisik post partum spontan teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi ulang skla nyeri</li> <li>2. Lakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika timbul nyeri</li> <li>3. Atur posisi yang nyaman untu klien</li> <li>4. Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ol> <p>I:</p> <p>Jam :08.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengobservasi ulang skala nyeri</li> <li>2. menganjurkan klien untuk teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>3. mengatur posisi nyaman bagi klien</li> </ol> <p>Berkolaborasi pemberian obat Paracetamol (3x500 gram)</p> <p>E : nyeri teratasi sebagian</p>	Windi nopianti agustin

1	2	3	4	5
2	23 April 2021 Jam : 08.30 WIB	2	<p>S : Klien mengatakan ASI nya sedikit keluar</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Puting susu terlihat lebih menonjol</li> <li>- Terlihat rembesan kolostrum sedikit</li> <li>- Areola terlihat hitam</li> <li>- Mamae terlihat bengkak dan keras</li> <li>- Bayi terlihat menangis saat menyusui</li> </ul> <p>A : Menyusui tidak efektif berhubungan dengan produksi ASI tidak adekuat teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pijat oksitosin</li> </ol> <p>I : Jam 08.30</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pijat oksitoksin</li> </ol> <p>E : Masalah teratasi sebagian</p>	Windi nopianti agustin
3	23 April 2021 Jam 08. 40 WIB	3	<p>S : Klien mengatakan sudah gosok gigi, mandi, mengganti pakaian, menyisir rambut, menggunting kuku.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak lebih segar</li> <li>- Klien lebih wangi</li> </ul> <p>A : Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan akibat persalinan teratasi</p> <p>P : Masalah teratasi</p>	Windi nopianti agustin

1	2	3	4	5
4	23 April 2021 Jam 09.00 WIB	4	<p>S : Klien mengatakan nyeri pada luka daerah parineum</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat ruptur parineum derajat 1</li> <li>- Luka masih tampak basah</li> <li>- Tampak sedikit menetes <i>lochea rubra</i></li> <li>- <i>Lochea rubra</i> tercium bau amis</li> <li>- Tidak ada kemerahan tidak ada bengkak di daerah parineum</li> </ul> <p>A: Resiko infeksi berhubungan dengan adanya ruptur parineum belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>I : jam 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengobservasi suhu tubuh Hasil : 36.8 °C</li> <li>2. Merawat luka dengan betadin 50 %</li> <li>3. Menganjurkan klien untuk mengkonsumsi makanan tinggi protein</li> <li>4. Melanjutkan pemberian terapi obat Amoxillin 500 mg/oral</li> </ol> <p>E : Masalah teratasi sebagian</p>	Windi nopianti agusti
5	24 April 2021 Jam :09.00 WIB	1	<p>S : Klien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 120//80 mmHg</li> <li>- R : 18x/menit</li> <li>- N :90x/menit</li> <li>- Skala nyeri 2 (0-10)</li> <li>- Klien tampak lebih tenang</li> </ul> <p>A: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera disik post partum spontan teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	

			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ingatkan kembali pada klien untuk melakukan teknik relaksasi jika nyeri timbul</li> <li>2. kolaborasi pemberian analgetik</li> </ol> <p>I :</p> <p>Jam 09. 10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengingatkan kembali pada klien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>2. melanjutkan pemberian obat asam mefenamat (500 mg)</li> </ol> <p>E : Nyeri teratasi sebagian</p>	
5	24 April 2021 Jam 09. 30	2	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan ASI nya sudah mulai keluar</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- puting susu lebih menonjol</li> <li>- payudara terlihat lebih berisi</li> <li>- sudah nampak rembesan ASI berwarna putih</li> </ul> <p>A :</p> <p>Menyusui tidak efektif berhubungan dengan produksi ASI tidak adekuat teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p>	
6	24 April 2021 Jam : 10.00 WIB	4	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan nyeri mulai berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat ruptur parineum derajat 1</li> <li>- Luka tampak sedikit mengering</li> <li>- Tampak sedikit menetes <i>lochea</i> rubra</li> <li>- <i>Lochea</i> rubra tercium bau amis</li> <li>- Tidak ada kemerahan, tidak ada bengkak di sekitar parineum.</li> </ul> <p>A: Resiko infeksi berhubungan dengan adanya ruptur parineum belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>I : jam 10.10 WIB</p>	

			5. Mengobservasi suhu tubuh Hasil : 37.1 °C 6. Merawat luka dengan betadin 50 % 7. Menganjurkan klien untuk mengonsumsi makanan tinggi protein 8. Melanjutkan pemberian terapi obat Amoxillin 500 mg/oral E : Masalah teratasi sebagian	
--	--	--	---	--

## B. PEMBAHASAN

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan kepada Ny.D P2A0 post partum spontan hari ke-1 dengan ruptur parineum derajat 1 di poned Puskesmas Bayongbong yang dilaksanakan pada tanggal 22 April 2021 s.d 24 April 2021 dari mulai melakukan pengkajian kepada klien, merumuskan diagnosa keperawatan dari hasil pengkajian melalui wawancara dan observasi kepada klien, merencanakan intervensi, melakukan intervensi yang telah direncanakan, hingga kepada tahap evaluasi pada klien yang telah dilakukan asuhan keperawatan. Selama melakukan proses asuhan keperawatan pada Ny.D ada beberapa hal yang penulis temukan mengenai kesenjangan antara teori dengan praktik dilapangan, kesenjangan dibahas berdasarkan tahapan proses keperawatan yaitu :

### 1. Tahap pengkajian

Tahap pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan, dari mulai tahap ini penulis mendapatkan data pada Ny.D bahwa ada luka ruptur pada daerah parineum, pada saat di kaji ditemukan data-data pada



klien dengan hasil tanda-tanda vital tekanan darah 120/70 mmHg, respirasi 21x/menit, nadi 83x/menit, suhu 36,8°C, terdapat ruptur parineum derajat 1, klien tampak meringis kesakitan, nyeri seperti tertusuk tusuk jarum dengan skala nyeri 5(0-10), nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri bertambah berat apabila klien banyak bergerak atau berpindah posisi duduk, dan nyeri terasa berkurang ketika klien beristirahat atau tidur. Data ini sesuai dengan teori bahwa ibu post partum hari ke-1 dengan adanya luka parineum akan merasakan nyeri karena adanya perubahan fisiologi yang disebabkan oleh ruptur sehingga merangsang reseptor neurotransmitter yang menimbulkan persepsi nyeri, adapun batasan karakteristik menurut Wilkinson (2012) yang muncul pada klien dengan keluhan nyeri akan ditemukan data mengungkapkan secara verbal atau melaporkan nyeri dengan isyarat, perilaku ekspresif (misalnya : gelisah, merintih, menangis) dan bukti nyeri yang dapat diamati. Data tersebut sesuai dengan yang di ungkapkan klien pada saat dilakukan pengkajian, pada saat pengkajian klien tidak menemukan hambatan karena klien mau ber kooperatif pada saat pengkajian.

Pada saat pengkajian klien mengeluh ASI nya belum keluar, payudara klien terlihat keras dan bengkak, areola hitam, puting susu nampak sedikit menonjol, kolostrum tidak ada dan terdapat nyeri pada saat palpasi. Hal ini sesuai dengan teori bahwa klien dengan post partum spontan pada hari pertama tidak akan langsung bisa menyusui bayinya dikarenakan proses partum menyebabkan hormon prolaktif aktif tetapi kelenjar alveoli mammae

belum mengeluarkan ASI (kolostrum) yang menyebabkan payudara menjadi bengkak sehingga ASI tidak keluar sehingga dari data tersebut munculah diagnosa ketidakefektifan ASI (Wilkison, 2012).

Pada saat di kaji klien mengatakan belum mandi, menggosok gigi, menyisir rambut, menggunting kuku, mengganti baju sejak dari hari kemarin sampai hari dilakukan pengkajian, kulit klien teraba lengket dan klien terlihat kotor. Menurut teori pada post partum hari ke-1 klien akan terlihat lemah dikarenakan energi yang dikeluarkan pada saat melahirkan banyak menyebabkan klien sedikit beraktivitas ditambah dengan adanya luka ruptur pada daerah perineum, Maka dari data tersebut munculah masalah defisit perawatan diri pada klien (Wilkison, 2012).

Pada saat di kaji di temukan data yaitu terdapat ruptur derajat 1 pada daerah perineum, luka nampak basah, tampak menetes *lochea rubra*. Dalam teori post partum bahwa ketika ada luka baik tanpa jahitan atau tidak di daerah perineum merupakan media yang baik bagi mikroorganisme untuk berkembang biak di tambah vulva hygiene yang kurang baik atau kotor akan menyebabkan resiko infeksi (Aspiani, 2017)

## 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah diagnosis yang paling logis ketika terdapat suatu kondisi medis tertentu, karena pasien mewakili respons manusia yang unik, diagnosis keperawatan tidak dapat diramalkan berdasarkan kondisi medis saja, diagnosis keperawatan harus ditegaskan

berdasarkan data yang diperoleh dari pengkajian pasien. (dalam wilkinson dan Ahern, 2012).

Pada kasus post partum spontan dengan ruptur parineum tidak semua diagnosa keperawatan akan muncul adapun diagnosa keperawatan yang didapatkan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan adalah sebagai berikut beserta pembahasannya :

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik.

Nyeri pada ruptur di daerah parineum trjadinya karena terputusnya kontinuitas jaringan yang dihantarkan ke syaraf tepi merangsang pembentukan zat kimia, baridikinin, histamin, prostaglandin merangsang pelepasan rasa nyeri. Dari data yang diperoleh oleh pada Ny.D terdapat luka ruptur parineum derajat 1 dengan skala nyeri 5(0-10), klien tampak meringis kesakitan.

2) Menyusui tidak efektif berhubungan dengan produksi ASI tidak adekuat terjadi karena proses partum menyebabkan hormon prolaktif aktif tetapi kelenjar alveoli mammae belum mengeluarkan ASI (kolostrum) yang menyebabkan adanya pembendungan pada *duktus laktoferus* sehingga menyusui tidak efektif, puting susu yang sedikit menonjol membuat bayi kessulitan untuk menghisap puting susu ibu sehingga rangsangan hormon oksitoksin dan prolaktin tidak bekerja.

3) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan akibat persalinan, terjadi karena adanya proses persalinan normal dan

meningkatkan kebutuhan energi yang membuat klien menjadi lemas sehingga sebagian aktivitas terganggu yang menyebabkan kemampuan beraktivitas menjadi terbatas termasuk personal hygiene didapatkan data klien rambut terlihat kusut, kulit teraba lengket, kuku sedikit panjang, klien mengatakan belum ganti pakaian.

- 4) Resiko infeksi berhubungan dengan adanya ruptur parineum, terjadi karena adanya luka baik tanpa jahitan atau tidak di daerah parineum merupakan media yang baik bagi mikroorganisme untuk berkembang biak di tambah vulva hygiene yang kurang baik atau kotor akan menyebabkan resiko infeksi

Adapun diagnosa yang tidak muncul yang pertama adalah perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan. Hal ini dikarenakan pada saat pengkajian tidak ditemukan data klien yang melaporkan asupan makanan yang tidak adekuat, yang kedua adalah konstipasi pada saat pengkajian tidak ditemukan data klien mengeluh susah BAB atau nyeri saat defekasi, dan ketiga gangguan pola tidur. Hal ini tentunya tidak sesuai berdasarkan teori yang ada, karena di dalam teori di jelaskan bahwa ibu dengan post partum spontan akan timbul masalah-masalah yang telah disebutkan. Hal ini dikarenakan dalam menentukan diagnosa keperawatan harus berdasarkan keluhan-keluhan yang dirasakan oleh klien.

### 3. Tahap perencanaan

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

- a. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya agen cedera fisik post partum spontan. Sesuai dengan teori yang dijelaskan bahwa klien dengan nyeri akut direncanakan untuk mengkaji tanda-tanda vital, kaji kualitas skala nyeri pada klien, ajarkan klien untuk melakukan teknik relaksasi ketika nyeri timbul, dan kolaborasi pemberian terapi obat analgesik sesuai anjuran dokter, hal ini dimaksudkan untuk mengetahui intensitas nyeri pada klien dan dapat mengurangi nyeri yang dirasakan oleh klien.
- b. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan produksi ASI tidak adekuat sesuai dengan teori yang di jelaskan bahwa untuk intervensi diagnosa ketidakefektifan pemberian ASI yang dilakukan adalah : kaji puting susu klin, anjurkan klien memelihara puting susu setiap habis menyusui, anjurkan klien agar melakukan perawatan payudara (*breast care*) dan memberikan penkes tentang cara perawatan payudara.

- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan akibat persalinan sesuai dengan teori yang dijelaskan bahwa untuk intervensi defisit perawatan diri pada klien diantaranya : kaji sejauhmana klien dapat melakukan *personal hygiene* secara mandiri, jelaskan pentingnya kebersihan diri, bimbing dan fasilitasi klien dalam kebersihan diri.
- d. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya ruptur parineum sesuai dengan teori yang dijelaskan bahwa klien dengan potensial/kemungkinan resiko infeksi untuk kaji tanda-tanda vital, lakukan perawatan luka dengan antiseptik dan berikan antibiotik sesuai anjuran, hal ini dimaksudkan untuk mengurangi terjadinya kontaminasi dengan bakteri.

#### 4. Tahap implementasi

Implementasi merupakan langkah ke empat dari proses keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat untuk dikerjakan dalam rangka membantu klien untuk mencegah, mengurangi, dan menghilangkan dampak atau respons yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan dan kesehatan (Zaidin,2014) Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi,2012).

Pada tahap ini penulis melaksanakan asuhan keperawatan dengan perencanaan yang telah dibuat sesuai dengan situasi dan kondisi klien serta sarana dan prasarana yang tersedia pada ruangan saat itu. Dalam mengaplikasikan asuhan keperawatan penulis tidak menemukan kesulitan

pada saat melakukan pelaksanaan perencanaan. Sebelum melakukan tindakan penulis selalu menjelaskan terlebih dahulu kepada klien maupun kepada keluarga klien yang ada disamping klien. Selama pelaksanaan penulis dibantu oleh perawat ruangan sehingga dapat terlaksana dengan lancar sesuai dengan rencana tindakan yang telah disusun sebelumnya.

#### 5. Tahap Evaluasi

Menurut Doenges dalam wahyuningsih (2019) evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan bertujuan untuk menilai hasil akhir dari seluruh tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny.D pada ibu post partum penulis menentukan 3 masalah keperawatan. Dari ketiga masalah tersebut tidak semuanya dapat teratasi, adapun masalah yang dapat teratasi yaitu defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan akibat persalinan dan menyusui tidak efektif berhubungan dengan produksi ASI yang tidak adekuat. Sedangkan masalah yang hanya teratasi sebagian yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik dan resiko infeksi berhubungan dengan adanya ruptur parineum. Hal ini disebabkan karena dalam proses penyembuhan luka parineum di butuhkan waktu antara 6-7 hari dan dikatakan lambat apabila lebih dari 7 hari. (Jurnal kebidanan, Volume 4, Nomor 1, Januari 2018).

## BAB IV

### KESIMPULAN DAN REKOMONDASI

#### A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny.D P2A0 post partum spontan hari ke-1 dengan ruptur parineum *Grade* 1 di ruang Poned Puskesmas Bayongbong Kabupaten Garut pada tanggal 22 April 2021 sampai dengan tanggal 23 April 2021, maka penulis dapat menyimpulkan sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny.D P2A0 post partum spontan dengan ruptur parineum *Grade* 1 hari ke-1 di ruang Poned Puskesmas Bayongbong.

Adapun data yang ditemukan yaitu tanda nyeri yang di observasi, perilaku behati-hati, menutupi wajah, perilaku ekspresif (misalnya, gelisah, merintih, menangis, kewaspadaan, mengeluh), perilaku distraksi, perubahan tonus otot, diaforesis, perubahan tekanan darah, frekuensi jantung, atau frekuensi pernafasan, dilatasi pupil.

2. Penulis mampu menegakkan diagnosa keperawatan pada Ny.D P2A0 post partum sponta dengan ruptur parineum *Grade* 1 hari ke-1 di ruang Poned Puskesmas Bayongbong. Adapun diagnosa yang muncul pada klien yaitu :
  - a. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan post partum spontan.



Nyeri pada ruptur di daerah parineum trjadinya karena terputusnya kontinuita jaringan yang dihantarkan ke syaraf tepi merangsang pembentukan zat kimia, baridikinin, histamin, prostaglandin merangsang pelepasan rasa nyeri. Dari data yang diperoleh oleh pada Ny.D terdapat luka ruptur parineum derajat 1 dengan skala nyeri 5(0-10), klien tampak meringis kesakitan.

b. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan produksi ASI tidak adekuat terjadi karena proses partum menyebabkan hormon prolaktif aktif tetapi kelenjar alveoli mammae belum mengeluarkan ASI (kolostrum) yang menyebabkan adanya pembendungan pada *duktus laktoferus* sehingga menyusui tidak efektif, puting susu yang sedikit menonjol membuat bayi kesulitan untuk menghisap puting susu ibu sehingga rangsangan hormon oksitoksin dan prolaktin tidak bekerja.

c. Defisit perawatan diri

Terjadi karena adanya proses persalinan normal dan meningkatkan kebutuhan energi yang membuat klien menjadi lemas sehingga sebagian aktivitas terganggu yang menyebabkan kemampuan beraktivitas menjadi terbatas termasuk personal hygiene didapatkan data klien rambut terlihat kusut, kulit teraba lengket, kuku sedikit panjang, klien mengatakan belum ganti pakaian.

3. Penulis mampu membuat rencana keperawatan pada Ny.D P2A0 post partum spontan dengan ruptur parineum *Grade* 1 hari ke-1 di ruang Poned Puskesmas Bayongbong. Adapun rencana keperawatan yang dilakukan

yaitu lakukan pengkajian skala nyeri, secara komprehensif termasuk karakteristik, lokasi, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri, pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, nonfarmakologi, dan interpersonal). Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi, berikan analgetik untuk mengurangi nyeri.

4. Penulis mampu melakukan tindakan keperawatan pada Ny.D P2A0 post partum spontan dengan ruptur parineum *Grade* 1 hari ke-1 di ruang Poned Puskesmas Bayongbong sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan.

Adapun implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk karakteristik, lokasi, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, mengkaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri, pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, nonfarmakologi, dan interpersonal), mengajarkan tentang teknik nonfarmakologi, memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri.

5. Penulis mampu melakukan evaluasi pada Ny.D P2A0 post partum spontan dengan ruptur parineum *Grade* 1 hari ke-1 di ruang Poned Puskesmas Bayongbong. Dari ketiga masalah yang muncul, hanya defisit perawatan diri yang sudah teratasi, sedangkan nyeri akut dan ketidakefektifan ASI teratasi sebagian.

6. Penulis mampu membuat dokumentasi keperawatan pada Ny.D P2A0 post partum spontan dengan ruptur parineum *Grade 1* hari ke-1 di ruang Poned Puskesmas Bayongbong.

## **B. Rekomendasi**

1. Untuk perawat

Diharapkan perawat dapat memberi asuhan keperawatan, sehingga masalah yang dialami klien dapat teratasi khususnya pada klien post partum spontan dengan ruptur ataupun kasus lainnya untuk menghindari komplikasi yang mungkin terjadi sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak.

2. Untuk institusi pendidikan

Study kasus ini dapat digunakan sebagai data dasar untuk penelitian lanjut khususnya tentang perawatan post partum spontan dengan ruptur

3. Untuk klien dan keluarga

Klien dapat memahami terkait pengetahuan yang telah disampaikan oleh penulis dan perawat, serta dapat melakukan perawatannya di rumah, begitupun keluarga klien diharapkan dapat membantu dan meningkatkan dukungan kepada klien dalam proses penyembuhan baik fisiologis maupun psikologis dalam masa post partum untuk mencegah komplikasi yang mungkin terjadi.

#### 4. Untuk Puskesmas

Untuk puskesmas akan lebih bagus jika pada klien post partum meningkatkan perawatan payudara (*Breast Care*) untuk menjaga kebersihan payudara ibu dan meningkatkan pemahaman ibu serta untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu yang lebih optimal baik secara fisik maupun intelektual pada ibu dan melakukan kunjungan ke rumah pada ibu post partum untuk memantau perkembangan kesehatan ibu pada masa post partum agar tidak terjadi kasus infeksi atau komplikasi yang dapat terjadi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aspiani. (2017). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta : CV. Trans Info Media.
- Damayanti, Ika Putri, dkk. (2014). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Koperenshif Pada Ibu Bersalin Dan Bayi Baru Lahir*. Ed. 1. Cet. 1. Yogyakarta : Depublish.
- Doenges, M. E. (2015). *Manual Diagnosis Keperawatan Rencana, Intervensi, & Dokumentasi Asuhan Keperawatan*. (Edisi 3). Jakarta:EGC.
- Fauziah, S., & Sutejo. (2015). *Keperawatan Maternitas Kehamilan*. Jakarta : Kencana Prenada Media Group.
- Hidayat, A. Aziz Alimul, Uliyah, Musrifatul. 2013. *Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta : EGC
- <http://diskes.jabarprov.go.id>
- Kementerian Kesehatan RI. Sekretariat Jenderal. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI 2020.
- Jurnal kebidanan, Volume 4, Nomor 1, Januari 2018
- Mansyur, Dahlan. (2014). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Jakarta: Selaksa Penerbit Intrans Wisma Kalimetro
- Martilia. (2012). *Asuhan Kebidanan Nifas Dan Menyusui*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Muttaqin, A. (2011). *Pengkajian Keperawatan Aplikasi pada Praktik Klinik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Niman, S. (2013). *Pengkajian Kesehatan Untuk Perawat*. (A.W. Arrasyid, Ed.). Jakarta: Trans Info Media.
- North American Nursing Diagnosis Association 2015 & Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas Aplikasi NANDA, NIC, dan NOC 2017*.
- Nurasiah, Ani dan Dewi. (2012). *Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan*. Bandung : PT Refika Aditama.
- Prawirohardjo, Sarwono. (2013). *Ilmu Kebidanan Edisi 4 cetakan 4*. Jakarta: in Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

- Prawirohardjo, Sarwono. (2014). *Ilmu Kandungan*. Jakarta : PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prawirohardjo.(2016). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prof. Dr. Sugiyono.(2018). *Metode penelitian Kuantitatif, kualitatif, dan R&D*.bandung:Alfabeta.
- Rochmayanti, Shinta Nur dan Ummah.2019. *Pijat Perineum Selama Masa Kehamilan : Kejadian Ruptur Perineum Spontan*.Surabaya : CV Jakad Publishing.books.google.co.id
- Setiawan, rutami. (2012). *Jurnal Keperawatan Holistik*.vol.1, No2.
- Sofian, Amru.(2012).Sinopsis Obstetri Edisi 3. Jakarta:EGC
- Wahyuningsih, mahasiswa D3 Keperawatan. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum*.Yogyakarta : Daepublish
- Wilkinson J,M dan Ahern, N,R. (2012).*Buku Saku Diagnosis Keperawatan Aplikasi NANDA, NIC, NOC*. Jakarta:EGC.
- Wirakusumah, F, Firman, Widya, T., (2015) *Obstetri Fisiologi Ilmu Kesehatan Reproduksi*. Jakarta : EGC.
- WHO.2017
- WHO.2018
- Yanti, D dan Sundawati, D. (2011). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Bandung:Refika aditama

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

Pokok bahasan	: Pendidikan kesehatan pada ibu nifas
Topik	: Cara Perawatan Payudara
Sasaran	: Ibu menyusui
Tempat	: Ruang Poned Puskesmas Bayongbong Garut
Hari/tanggal	: Kamis, 22 April 2021.
Waktu	: 30 menit
Penyuluh	: Windi Nopianti Agustin

**A. Tujuan Umum**

Setelah melaksanakan kegiatan penyuluhan diharapkan ibu mengetahui dan mengerti langkah perawatan payudara pada ibu nifas yang mengalami bendungan ASI.

**B. Tujuan Khusus**

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan ibu dapat menjelaskan kembali :

- a. Pengertian perawatan payudara
- b. Tujuan perawatan payudara
- c. Manfaat perawatan payudara
- d. Alat yang digunakan dalam perawatan payudara
- e. Cara perawatan payudara pada ibu nifas

### C. Metode

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

### D. Media

- a. Leaflet
- b. Peralatan perawatan payudara

### E. Kegiatan penyuluhan

Tahap	Waktu	Kegiatan perawat	Kegiatan klien	Metode
Pembukaan	5 menit	<ul style="list-style-type: none"><li>- Memberi salam</li><li>- Memperkenalkan diri</li><li>- Menjelaskan tujuan penyuluhan dan pokok materi yang akan disampaikan.</li><li>- Kontrak waktu</li><li>- Menggali pengetahuan pasien dan keluarga pasien mengenai perawatan payudara</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mendengarkan dan menjawab salam</li><li>- Membalas salam</li><li>- Mendengarkan</li><li>- Memberi respon mendengarkan dan memberikan umpan balik terhadap materi yang disampaikan</li></ul>	ceramah
Penyajian		<ul style="list-style-type: none"><li>- Pengertian perawatan payudara</li><li>- Tujuan perawatan payudara</li><li>- Manfaat perawatan payudara</li><li>- Alat yang digunakan dalam perawatan payudara</li><li>- Cara perawatan payudara pada ibu nifas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mengajukan pertanyaan mengenai materi yang kurang dipahami</li><li>- Menjawab pertanyaan yang diajukan</li></ul>	Ceramah
Penutup		<ul style="list-style-type: none"><li>- Tanya jawab</li><li>- Menyimpulkan hasil penyuluhan</li><li>- Memberikan salam</li></ul>		Tanya jawab



		penutup - Menanyakan hal-hal yang kurang jelas - Feedback dari ibu - Membalas salam		
--	--	--	--	--

## **F. Evaluasi**

1. Penyuluh dan peserta mampu menjalankan fungsi dan perannya dengan baik
2. Peserta antusias dalam mendengarkan penyuluhan dengan kriteria : menyimak penyaji dalam menyampaikan materi, peserta aktif dalam diskusi dengan bertanya dan menjawab pertanyaan yang diajukan penyaji.
3. Peserta mendengarkan penjelasan yang disampaikan penyaji dan bertanya tentang hal-hal yang belum dimengerti.
4. Peserta dapat menjawab pertanyaan yang diberikan penyaji.

## **MATERI PENYULUHAN**

### **PERAWATAN PAYUDARA PADA IBU POST PARTUM**

#### **A. Pengertian perawatan payudara**

Perawatan payudara adalah suatu cara yang dilakukan untuk merawat payudara agar air susu keluar dengan lancar.

#### **B. Tujuan perawatan payudara**

Peraatan yang dilakukan terhadap payudara bertujuan untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya saluran susu sehingga memperlancar pengeluaran ASI, untuk menjaga kebersihan payudara sehingga terhindar dari infeksi, untuk mengenyalkan puting susu supaya tidak mudah lecet, untuk menonjolkan puting susu, menjafa bentuk buah dada tetap bagus, dan untuk mencegah adanya kelainan.

#### **C. Manfaat perawatan payudara**

Perawatan payudara hendaknya dilakukan sedini mungkin selama kehamilan dalam upaya mempersiapkan bentuk dan fungsi bayudara sebelum ibu menyusui bayinya kelak. Berikut ini manfaat perawatan payudara, antara lain:

1. Menjga kebersihan payudara terutama kebersihan puting susu
2. Melenturkan dan menguatkan puting susu sehingga memudahkan bayi untuk menyusu.
3. Merangsang kelenjar-kelenjar air susu sehingga produksi ASI banyak dan lancar

4. Dapat mendeteksi kelainan-kelainan payudara secara dini dan melakukan upaya untuk mengatasinya.
5. Mempersiapkan mental (psikis) ibu untuk menyusui.

#### **D. Alat yang digunakan**

1. Handuk
2. Kipas secukupnya
3. Baby oil atau secukupnya
4. Waslap
5. 2 baskom (masing-masing berisi air hangat dan air dingin)

#### **E. Cara perawatan payudara pada ibu post partum**

1. Langkah-langkah pengurutan payudara

- a. Pengurutan pertama

Terdiri dari empat gerakan yang dilakukan pada kedua payudara selama lima menit. Berikut ini tahap-tahap yang dilakukan pada pengurutan pertama :

- 1) Licinkan kedua tangan dengan minyak
- 2) Tempatkan kedua telapak tangan diantara kedua payudara
- 3) Lakukan pengurutan, dimulai ke arah atas, lalu telapak tangan kiri ke arah sisi kiri dan telapak tangan kanan ke arah sisi kanan.
- 4) Lakukan terus pengurutan ke bawah/ke samping. Selanjutnya, pengurutan melintang. Telapak tangan mengurut ke depan, lalu kedua tangan dilepas dari payudara.

5) Ulang gerakan 20-30 kali tiap satu payudara.

b. Pengurutan kedua

Sokong payudara dengan satu tangan, sedangkan tangan lain mengurut payudara dengan sisi kelingking dari arah ke tepi arah puting susu. Lakukan gerakan ini sekitar 30 kali.

c. Pengurutan ketiga

Sokong payudara kiri dengan tangan kiri, kemudian dua atau tiga jari tangan kanan membuat gerakan memutar sambil menekan mulai dari pangkal payudara dan berakhir pada puting susu. Lakukan tahap yang sama pada payudara kanan, lakukan dua kali gerakan pada setiap payudara.

2. Pengompresan

Lakukan tahap pengompresan. Sebelumnya siapkan alat berupa dua buah wadah/baskom kecil yang masing masing diisi dengan air hangat dan air dingin serta dua buah waslap. Selanjutnya, kompres kedua payudara dengan waslap hangat selama dua menit, lalu ganti dengan kompres waslap dingin selama satu menit. Kompres bergantian selama tiga kali berturut-turut dan akhiri dengan kompres air hangat.

3. Perawatan puting susu

Berikut ini langkah-langkah yang perlu dilakukan untuk merawat puting susu :

- 1) Kompres kedua puting susu dengan kapas yang telah dibasahi minyak selama lima menit agar kotoran disekitar puting mudah terangkat.
- 2) Jika puting susu normal, lakukan perawatan berikut. Oleskan minyak pada ibu jari dan telunjuk, lalu letakan keduanya pada puting susu. Lakukan gerakan memutar kearah dalam sebanyak 30 kali putaran untuk kedua puting susu gerakan ini untuk meningkatkan elastisitas otot puting susu.
- 3) Jika puting susu datar atau masuk ke dalam, lakukan tahap berikut ini :
  - a. Letakkan kedua ibu jari di sebelah kiri dan kanan puting susu, kemudian tekan dan hentakkan ke arah luar menjauhi puting susu secara perlahan.
  - b. Letakkan kedua ibu jari diatas dan bawah puting susu, lalu tekan serta hentakan ke arah luar menjauhi puting susu secara perlahan.

**Catatan :**

1. Hindari gerakan yang dapat memarkan puting susu
2. hindari penarikan puting susu dan payudara keluar karena dapat merusak jaringan-jaringan payudara.
3. hindari penggesekan diatas payudara karena dapat meimbulkan rasa panas pada kulit payudara.

4. selesai melakukan perawatan payudara, pakaikan bra atau BH yang menyangga payudara dengan sempurna. Diharapkan dengan melakukan perawatan payudara, proses menyusui nantinya dapat berjalan dengan lancar.

## PENGERTIAN

Perawatan payudara adalah adalah suatu cara yang dilakukan untuk merawat payudara agar air susu keluar dengan lancar.

### Manfaat perawatan payudara

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

### PERSIAPAN ALAT

- Baskom berisi air hangat dan air dingin
- Handuk kecil
- Baby oil/minyak kelapa



## CARA PERAWATAN

### CARA PERTAMA

- Basahi kedua telapak tangan dengan baby oil/ minyak kelapa
- Tempatkan tangan pada payudara kemudian lakukan gerakan memutar mengelilingi payudara ke arah luar
- Ketika tangan kiri berada di bawah payudara dan kemudian angkat payudara sebentar dan lepaskan secara perlahan



Lakukan gerakan 255 s/d 30 kali

## CARA KEDUA

- Tangan kanan membentuk kepalan tangan dengan buku-buku jari
- Lakukan pengurutan dari pangkal ke ujung atau ke arah puting susu dan merata keseluruh payudara
- Lakukan secara bergantian untuk payudara yang lain



Lakukan gerakan 25 s/d 30 kali

## CARA KETIGA

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



#### CARA KEEMPAT

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

#### PERAWATAN TERAKHIR

- Terakhir lakukan gerakan melintir puting susu sampai puting susu elastis dan kenyal.
- Kemudian cuci payudara dengan air hangat dan kompres payudara dengan handuk kecil yang sudah dibasahi dengan air hangat secara bergantian pada payudara yang lain selama lima menit



- Kemudian lanjutkan dengan kompres dingin dan akhiri dengan air dingin
- Ulangi secara bergantian sebanyak 3 kali pada setiap payudara
- Kemudian lakukan pengeluaran ASI dan keringkan
- Lakukan perawatan payudara setiap hari terutama sebelum mandi



## PERAWATAN PAYUDARA (*BREAST CARE*)



STIKes Karsa Husada  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Garut

di susun oleh :

Windi Nopianti Agustin

KHGA18170

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
STIKes KARSa HUSADA GARUT TAHUN  
20211



## Daftar Pustaka

- Marliandiani, dan Nyna, 2015. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas dan Menyusui*. Jakarta: Salemba Medika.
- Suraji, S. 2011. *Panduan Menyusui pada Ibu*. Bandung: Salemba Medika.

## LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Windi Nopianti Agustin

NIM : KHGA18170

Pembimbing : Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.Pd.				
No	Tanggal	Catatan pembimbing	Tanda tangan	
1	8 Juni 2021	Penjelasan penyusunan KTI, penyusunan BAB 1.	Pembimbing	Mahasiswa
2	12 Juni 2021	Evaluasi mengenai BAB 1, diperbaiki dan dirapihkan, ditambahkan sumber yang kurang dan tahun yang terbaru, lanjutkan penyusunan BAB 2, BAB 3, dan BAB 4.		
3	24 Juni 2021	Evaluasi mengenai penyusunan BAB1, 2, 3, 4, : penulisan kalimat diperbaiki data lebih difokuskan, sumber di lengkapi.		
4	27 Juni 2021	Isi diperbaki, penulisan, meyusun draf KTI lengkap beserta SAP, leaflet.		
5	4 Juli 2021	Perbaiki isi dan penulisan		
6	5 Juli 2021	Perbaiki yang kurang , penulisan, tambahkan sumber di leaflet.		
7	6 Juli 2021	Perbaiki yang kurang dari keseluruhan KTI.		
8	8 Juli 2021	Lanjut sidang		

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

### A. Data diri

Nama : Wind nopianti agustin  
Tempat/ tanggal lahir : Garut, 05 November 1999  
Jenis kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Alamat : Kp. Warung

### B. Riwayat Pendidikan

Tahun 2005-2011 : SDN 1 Pasirlangu  
Tahun 2011-2014 : SMPN 1 Pakenjeng  
Tahun 2014-2017 : SMKN 1 Garut  
Tahun 2018 - sekarang : STIKes Karsa Husada