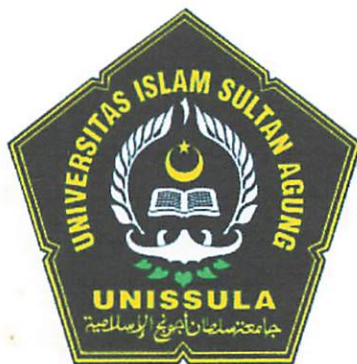


**ASUHAN KEPERAWATAN POST PARTUM  
PADA NY. A DENGAN EPISIOTOMI  
DI RUANG FLAMBOYAN  
RSUD UNGARAN**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

**Mila Luthfiana**  
NIM. 89.33.12877

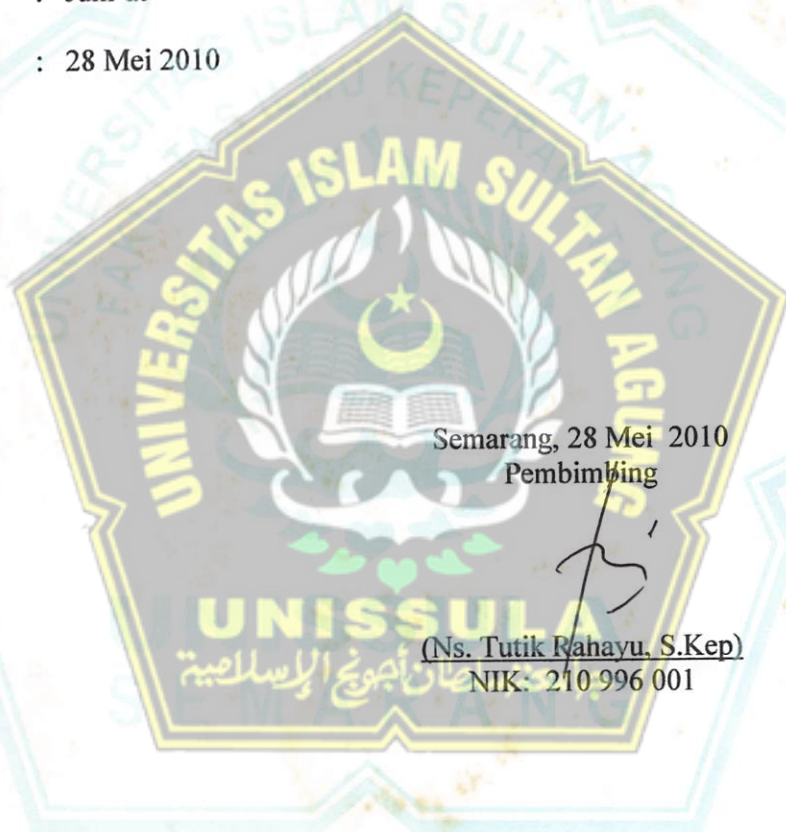
**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2010**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disahkan dan disetujui untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Jum'at

Tanggal : 28 Mei 2010



Semarang, 28 Mei 2010  
Pembimbing

(Ns. Tutik Rahayu, S.Kep)  
NIK: 210 996 001


## LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan di hadapan Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Selasa tanggal 01 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 01 Juni 2010


Tim Penguji,

Penguji I




(Ns. Sri Wahyuni, S.Kep.)  
NIK : 210 998 007

Penguji II



(Ns. Tutik Rahayu, S.Kep.)  
NIK : 210 996 001

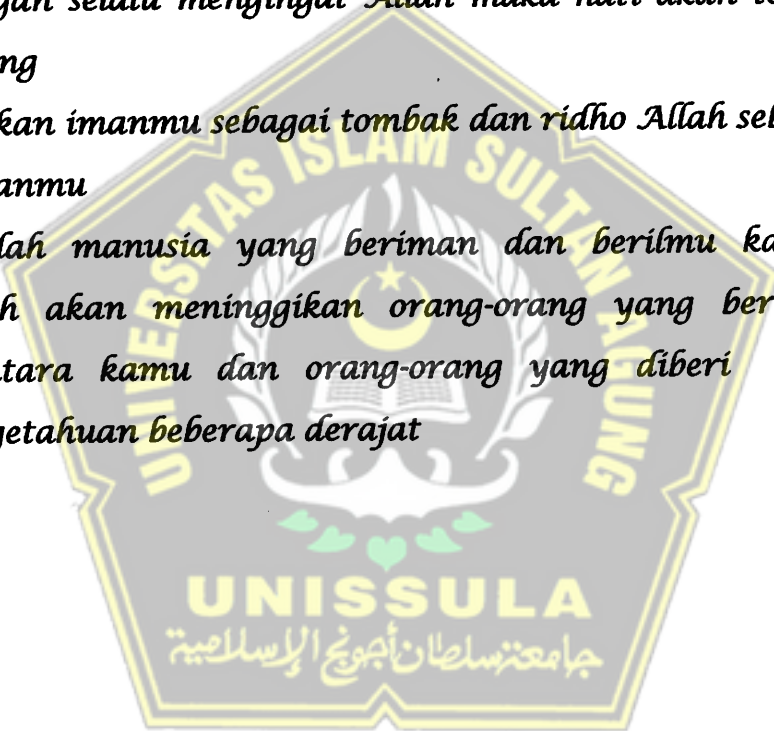
Penguji III



(Farida Nur Ifada, S.Kep., Ns.)  
NIK : 04. 03. 708

## MOTTO

- ❧ *Tiada hari tanpa do'a, tiada hasil tanpa usaha*
- ❧ *Optimis adalah do'a dan semangat kita dalam menuju keberhasilan*
- ❧ *Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan*
- ❧ *Kegagalan adalah awal dari keberhasilan*
- ❧ *Dengan selalu mengingat Allah maka hati akan terasa tenang*
- ❧ *Jadikan imanmu sebagai tombak dan ridho Allah sebagai tujuanmu*
- ❧ *Jadilah manusia yang beriman dan berilmu karena Allah akan meninggikan orang-orang yang beriman diantara kamu dan orang-orang yang diberi ilmu pengetahuan beberapa derajat*



## KATA PENGANTAR

*Assalamu'alaikum Wr.Wb*

Puji syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN POST PARTUM PADA NY. A DENGAN EPISIOTOMI DI RUANG FLAMBOYAN RSUD UNGARAN".

Dalam penyusunan Karya Tulis ini, penulis banyak menemukan hambatan dan kesulitan. Berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, maka penulisan karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan. Dalam kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sangat besar kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.Sc., M.Eng, selaku Rektor Universitas Islam Agung Semarang.
2. Bapak Iwan Ardian, SKM, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menuntut ilmu di Fakultas Ilmu Keperawatan, dan terima kasih atas bimbingan yang telah diberikan selama ini.
3. Ibu Wahyu Endang Setyowati, SKM, selaku Kaprodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang yang telah sabar mendidik dan memberikan pengarahan yang positif dan semangat yang telah ibu berikan selama ini.
4. Ibu Hj. Dwi Heppy Rochmawati, S. Kep, Ns, selaku dosen wali yang telah sabar dan selalu memberikan motivasi kepada penulis selama ini.



5. Ibu Tutik Rahayu, S.Kep., Ns, selaku pembimbing yang telah sabar membimbing dan memberikan petunjuk serta meluangkan waktu kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen serta seluruh Staff pengajar Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang yang sudah membantu dalam melaksanakan proses belajar mengajar.
7. Bapak dan Ibu tercinta dengan segala kasih sayang, do'a dan pengorbanannya yang telah mendidik penulis untuk menjadi insan yang lebih baik serta terima kasih atas dukungan materi, moril, maupun spiritual yang diberikan kepada penulis selama ini.
8. Buat kedua adik aku yang tersayang terima kasih atas do'a dan motivasinya.
9. Teman-teman seperjuangan : ike, hana, veri, dyah, isna, herwin, dan lainnya yang tidak bisa disebutkan satu persatu, terima kasih atas dukungannya.

Dengan kerendahan hati, penulis hanya dapat memanjatkan doa kepada Allah SWT. Semoga segala amal kebaikan Beliau mendapatkan imbalan yang sesuai. Penulis hanyalah seorang insan biasa yang tiada pernah sempurna . Dengan segala keterbatasan pengetahuan dan kemampuan. Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari kata sempurna. Untuk itu kritik dan saran demi peningkatan pengetahuan dan perbaikan sangat penulis harapkan.

*Wassalamu 'alaikum Wr.Wb*

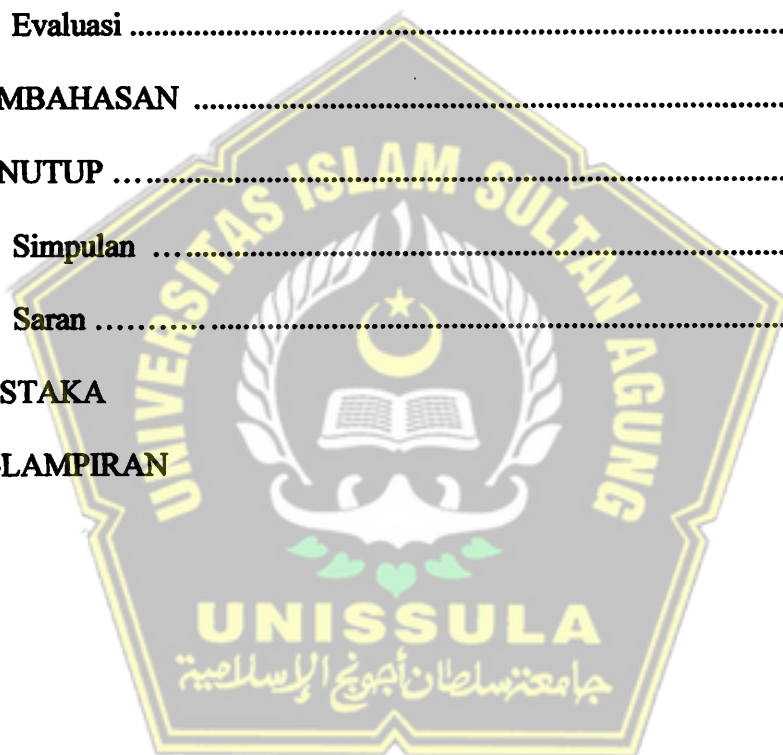
Semarang, Mei 2010

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI.....	iii
MOTTO. ....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI .....	vii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	2
C. Manfaat Penulisan .....	3
<b>BAB II KONSEP DASAR</b> .....	
A. Pengertian .....	5
B. Tahapan Masa Nifas .....	5
C. Perubahan Fisiologis Post Partum .....	6
D. Adaptasi Psikologis .....	10
E. Fisiologiways .....	14
F. Pengkajian Dasar Data Klien .....	15
1. Pengkajian Keperawatan .....	15
2. Fokus Intervensi .....	18

<b>BAB III RESUME KEPERAWATAN .....</b>	<b>25</b>
<b>A. Pengkajian .....</b>	<b>25</b>
<b>B. Analisa Data .....</b>	<b>30</b>
<b>C. Diagnosa Keperawatan .....</b>	<b>31</b>
<b>D. Intervensi Keperawatan .....</b>	<b>31</b>
<b>E. Implementasi Keperawatan .....</b>	<b>32</b>
<b>F. Evaluasi .....</b>	<b>34</b>
<b>BAB IV PEMBAHASAN .....</b>	<b>35</b>
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>46</b>
<b>A. Simpulan .....</b>	<b>46</b>
<b>B. Saran .....</b>	<b>47</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN-LAMPIRAN</b>	





# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Dalam rangka mencapai derajat kesehatan optimal seorang ibu, perlu dilakukan pemantauan kesejahteraan ibu dan bayi dari masa hamil, bersalin dan nifas.

Masa nifas merupakan salah satu bagian penting dari proses kelahiran. Karena masa ini merupakan proses memasuki peran baru sebagai ibu. Tindak lanjut dilakukan demi kesejahteraan ibu dan bayi yang dilahirkan dengan melibatkan peran serta keluarga. Mengingat pentingnya masa nifas dan pertimbangan banyaknya kematian ibu yang terjadi pada masa nifas, maka diperlukan asuhan keperawatan yang optimal.

Hal yang menyebabkan kematian pada ibu post partum salah satunya adalah terjadinya perdarahan. Perdarahan setelah melahirkan atau *post partum hemorrhagic* (PPH) adalah konsekuensi perdarahan berlebihan dari tempat implantasi plasenta, trauma di traktus genitalia dan struktur sekitarnya, atau keduanya.

Diperkirakan ada 14 juta kasus perdarahan dalam kehamilan setiap tahunnya paling sedikit 128.000 wanita mengalami perdarahan sampai meninggal. Sebagian besar kematian tersebut terjadi dalam waktu 4 jam setelah melahirkan. Di Inggris (2000), separuh kematian ibu hamil akibat perdarahan disebabkan oleh perdarahan post partum.

Di Indonesia, Sebagian besar persalinan terjadi tidak di rumah sakit, sehingga sering pasien yang bersalin di luar kemudian terjadi perdarahan post partum terlambat sampai ke rumah sakit, saat datang keadaan umum/hemodinamiknya sudah memburuk, akibatnya mortalitas tinggi. Menurut Depkes RI, kematian ibu di Indonesia (2002) adalah 650 ibu tiap 100.000 kelahiran hidup dan 43% dari angka tersebut disebabkan oleh perdarahan post partum.

Apabila terjadi perdarahan yang berlebihan pasca persalinan harus dicari etiologi yang spesifik. Atonia uteri, retensio plasenta (termasuk plasenta akreta dan variannya), sisa plasenta, dan laserasi traktus genitalia merupakan penyebab sebagian besar perdarahan post partum. Dalam 20 tahun terakhir, plasenta akreta mengalahkan atonia uteri sebagai penyebab tersering perdarahan post partum yang keparahannya mengharuskan dilakukan tindakan histerektomi. Laserasi traktus genitalia yang dapat terjadi sebagai penyebab perdarahan post partum antara lain laserasi perineum, laserasi vagina, cedera levator ani dan cedera pada serviks uteri.

Dari fenomena di atas, maka penulis tertarik untuk mengambil kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Post Partum pada Ny. A dengan Episiotomi” di ruang Flamboyan RSUD Ungaran.

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Dapat memberikan asuhan keperawatan post partum pada Ny. A dengan episiotomi.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui konsep dasar dari post partum yang meliputi pengertian, tahapan masa nifas, penyebab, perubahan fisiologis dan psikologis serta dan fokus intervensi keperawatan.
- b. Mengetahui resume keperawatan dari studi kasus yang dilakukan penulis yang meliputi pengkajian, analisa data (daftar masalah), rencana keperawatan, implementasi, dan evaluasi dari implementasi yang telah dilakukan.
- c. Mengetahui permasalahan yang ada atau juga merupakan kesenjangan antara pandangan secara teoritik dan kenyataan di lapangan.

## C. Manfaat Penulisan

Karya Tulis Ilmiah yang disusun Penulis diharapkan bermanfaat bagi pihak-pihak terkait, antara lain:

1. Rumah Sakit/ Rumah Bersalin/ Pusat Pelayanan Kesehatan Masyarakat  
Dapat digunakan sebagai acuan dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien post partum dengan episiotomi.
2. Institusi Pendidikan  
Dapat digunakan sebagai kepastakaan bagi mahasiswa dalam menyusun asuhan keperawatan pada klien post partum dengan episiotomi.
3. Pasien  
Sebagai pedoman untuk peningkatan pengetahuan klien post partum dengan episiotomi.

#### 4. Penulis

Sebagai pedoman bagi penulis untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan penulis, baik dari segi konsep dasar penyakit maupun konsep dasar keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien post partum dengan episiotomi.



## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. Pengertian**

Masa nifas adalah masa pulih kembali ,mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra-hamil. Lama masa nifas ini 6-8 minggu (Ambarwati, Eny Retna, 2009: 1).

Periode pasca partum ialah masa 6 minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan normal (Irene M, Bobak, 2004:492 ).

Periode pasca partum adalah masa dari kelahiran plasenta, dan selaput janin (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya traktus reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil (Varney, Helen , 2007: 958).

Masa nifas atau (puerperium) adalah dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil (Sarwono, Prawirohardjo, 2002: 122).

Jadi, masa nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti keadaan sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6-8 minggu.

#### **B. Tahapan Masa Nifas**

Nifas dibagi menjadi 3 tahap :

##### **1. Puerpurium dini**

Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

## 2. Puerperium intermedial

Kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6 – 8 minggu.

## 3. Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi (Ambarwati, Eny Retna, 2009: 3).

### C. Perubahan Fisiologi Post Partum

#### 1. Alat-alat Reproduksi

##### a. Uterus

Pemulihan uterus pada ukuran dan kondisi normal setelah kelahiran bayi. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Proses tersebut dapat diamati dengan pemeriksaan TFU :

- 1) Dalam 12 jam setelah persalinan, fundus berada kurang lebih 1 cm diatas umbilikus. Fundus turun kira-kira 1 – 2 cm setiap 24 jam.
- 2) Pada hari ke-6, fundus normal akan teraba di pertengahan antara umbilikus dan simpisis pubis
- 3) Pada hari ke-9 uterus tidak bisa dipalpasi pada abdomen (Ambarwati, Eny Retna, 2009: 73-77).

##### b. Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh



darah. Pada 4 – 6 hari pertama masih bisa dimasukkan 2 jari. Dalam 18 jam setelah persalinan serviks telah memendek, mempunyai konsistensi yang kuat dan bentuknya telah kembali lagi. Pada minggu akhir pertama pemulihan hampir sempurna.

c. Vagina dan perineum

Setelah pasca persalinan vagina yang sangat meregang, lambat laun mencapai ukurannya yang normal. Ukurannya berkurang kembali oleh vaginal rubae sekitar postpartal minggu ketiga. Abrasi dan laserasi vulva perineum sembuh segera, mencakup perbaikan. Setelah melahirkan perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh karena tekanan kepala bayi yang bergerak maju pada post natal hari kelima (Varney, Helen; 2007: 960).

d. Lochea

Adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Proses keluarnya darah nifas atau lochea terdiri dari:

1) Lochea Rubra

Lochea ini muncul pada hari 1 sampai hari ke 4 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan mekonium.

2) Lochea Sanguinol

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke 4 sampai hari ke 7 postpartum.

### 3) Lochea Serosa

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit dan robekan / laserasi plasenta muncul pada hari ke 7 sampai hari ke 14 post partum.

### 4) Lochea Alba

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba bisa berlangsung selama 2 sampai 6 minggu post partum (Ambarwati, Eny Retna, 2009: 78-79).

#### e. Laktasi

Segera setelah persalinan besar sel alveolus makin bertambah dan disertai peningkatan organ sekresinya. Dalam 48 jam sel menjadi lebih lebar, penuh dengan retikulum endoplasmik, sel golgi, terdapat mikrovilli pada ujungnya. Alveoli penuh dengan ASI sehingga sel alveoli menjadi datar dan tertekan. Bila ASI tidak diisap maka sel alveolus akan mengalami nekrosis dan dapat menimbulkan masalah. Peredaran darah akan meningkat segera setelah persalinan sehingga pembentukan ASI dapat berlangsung dengan cukup baik.

## 2. Sistem Kardiovaskuler

Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada post partum dapat menandakan terjadinya preeklamsi. Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300 – 400 cc. Leukositosis normal

rata-rata pada wanita hamil kira-kira 12.000/mm<sup>3</sup>. Selama 10 – 12 hari setelah persalinan, umumnya bernilai antara 20.000 – 25.000/mm<sup>3</sup>. Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 x/menit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat. 24 jam post partum suhu badan akan naik (37,5°C-38°C). Jika setelah 24 jam didapatkan peningkatan suhu di atas 38°C selama 2 hari berturut-turut, dalam 10 hari persalinan maka perlu dipikirkan kemungkinan adanya infeksi saluran kemih.

### 3. Sistem Gastrointestinal

Wanita mungkin lapar dan siap untuk makanan satu atau dua jam setelah proses persalinan. Konstipasi dapat menjadi masalah pada awal puerperium terjadi akibat ketiadaan makanan padat selama proses persalinan.

### 4. Sistem Muskuloskeletal

Alat dinding abdomen teregang secara bertahap selama kehamilan mengakibatkan hilangnya otot. Keadaan ini terlihat jelas setelah melahirkan.

### 5. Sistem Perkemihan

Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang puerperium mengalami sulit buang air kecil, karena sfingter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus sphingter ani selama persalinan, juga oleh karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan (Ambarwati, Eny Retna, 2009: 80-86).

## 6. Sistem Endokrin

### a. Hormon Plasenta

Selama periode pascapartum, terjadi perubahan hormon yang besar. Penurunan Human Placental Laktogen (HPL), estrogen, dan kortisol, serta placental enzyme insulinase membalik efek diabetogenik kehamilan, sehingga kadar gula darah menurun secara yang bermakna pada masa puerperium.

### b. Hormon Pituitary

Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke 3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi (Ambarwati, Eny Retna, 2009: 82-83)

## 7. Sistem Integumen

Kloasma yang muncul pada masa hamil biasanya menghilang saat kehamilan berakhir. Hiperpigmentasi di areola dan linea nigra tidak menghilang seluruhnya setelah bayi lahir. Pada beberapa wanita, pigmentasi pada daerah tersebut akan menetap. Kulit yang meregang pada payudara, abdomen, paha, dan panggul mungkin memudar, tetapi tidak hilang seluruhnya (Iren M. Bobak, 2004: 501).

## D. Adaptasi Psikologis

Ada beberapa adaptasi psikologis diantaranya :

### 1. Adaptasi Ibu (Maternal)

#### a. Fase Taking In

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan.

- Karakteristik:**
- Fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri
  - Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakan
  - Kelelahan

**b. Fase Taking Hold**

Fase ini berlangsung antara 3 – 10 hari setelah melahirkan.

- Karakteristik:**
- Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi
  - Perasaan ibu sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang baik
  - Ibu perlu dukungan dari orang lain

**c. Fase Letting Go**

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan.

- Karakteristik:**
- Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya
  - Keinginan untuk merawat diri dan bayi meningkat
- (Retna Ambarwati, Eny, 2009: 88-89).

**2. Adaptasi Paternal**

Ayah menunjukkan keterlibatan yang dalam dengan bayi mereka. Greenberg dan Morris (1976) menyebut absorpsi, keasyikan, dan kesenangan ayah dengan bayinya sebagai *engrossment*. Keinginan ayah untuk menemukan hal-hal yang unik maupun yang sama dengan dirinya merupakan karakteristik lain yang berkaitan dengan kebutuhan ayah untuk

merasakan bahwa bayi ini adalah miliknya. Respons yang jelas adalah adanya *daya tarik yang kuat* dari bayi yang baru lahir. Banyak waktu dipakai untuk berbicara dengan si bayi dan ayah mendapat kesenangan dari melihat respons bayinya. Ayah merasa ada peningkatan rasa percaya diri, suatu perasaan menjadi “lebih besar, lebih dewasa, dan lebih tua” saat melihat bayinya untuk pertama kali.

### 3. Adaptasi Bayi-Orang Tua

#### a. Ritme

Untuk mengatur ritme, baik orang tua maupun bayi harus mampu untuk saling berinteraksi. Karena itu bayi harus berada dalam keadaan sadar penuh yang lebih sering muncul pada saat makan atau saat saling memandang.

#### b. Repertoar

*Repertoar bayi* meliputi perilaku memandang, bersuara, dan ekspresi wajah. *Repertoar orangtua* mencakup berbagai perilaku dalam berinteraksi dengan bayi mereka seperti memandang bayi secara konstan dan memperhatikan perilaku bayi tersebut.

#### c. Respons

Respons ini memunculkan suatu perasaan pada individu yang memiliki perilaku itu sehingga mereka turut dalam interaksi tersebut. Dengan kata lain, respons tersebut berfungsi sebagai umpan balik positif.

### 4. Adaptasi Saudara Kandung (Sibling)

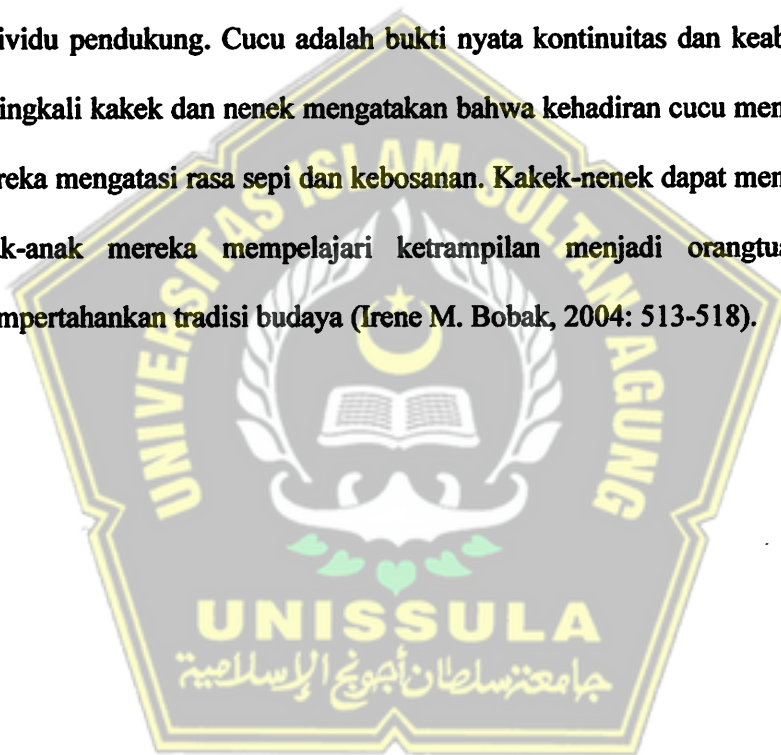
Kelakuan mundur (regresi) ke usia yang jauh lebih muda bisa terlihat beberapa anak. Mereka bisa kembali mengompol, merengek-rengok, dan



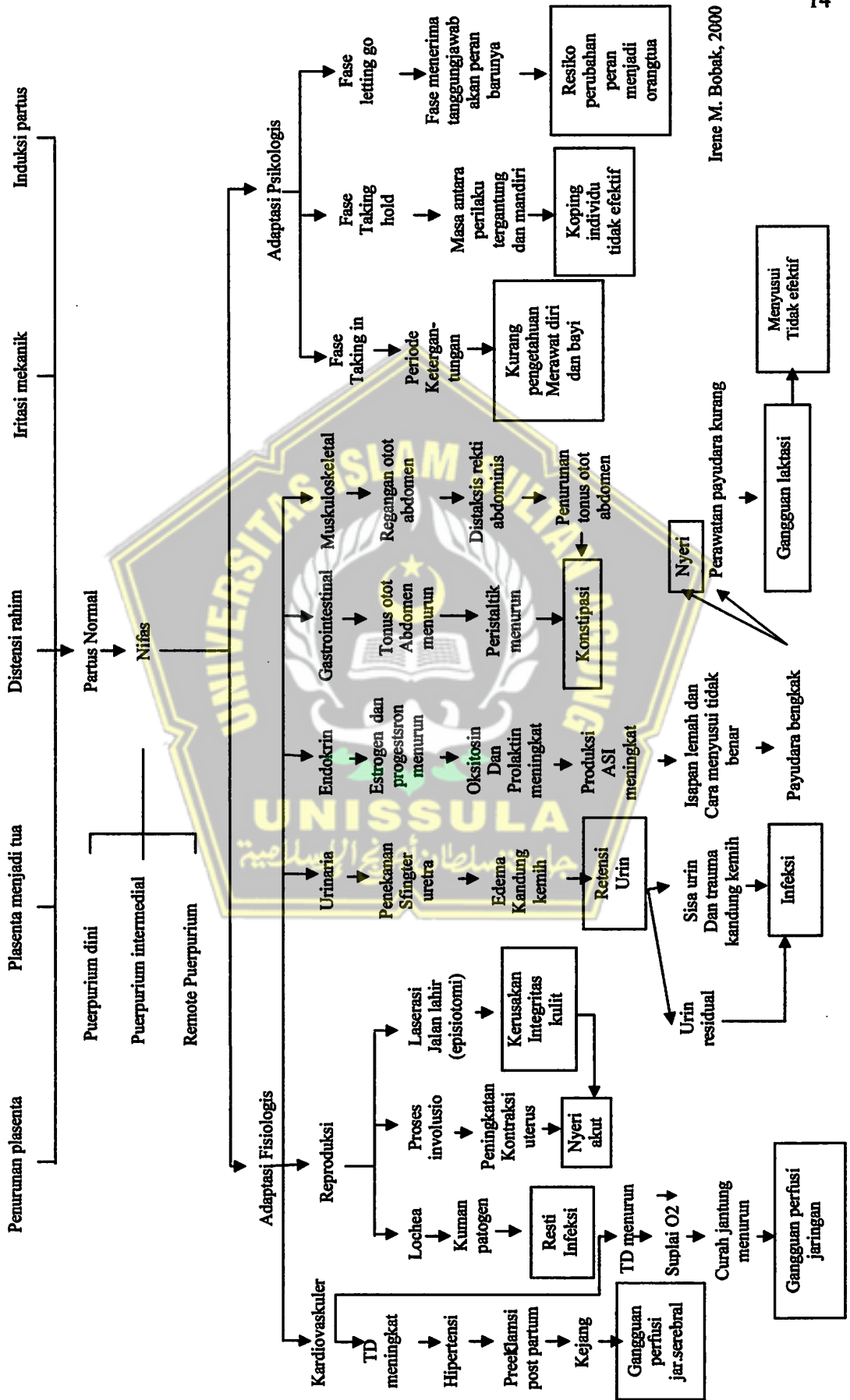
tidak mau makan sendiri. Karena bayi menyita waktu dan perhatian orang-orang yang penting dalam kehidupan anak yang lebih besar, reaksi kecemburuan dapat muncul ketika sukacita akan kehadiran bayi di rumah mulai pudar.

#### 5. Adaptasi Kakek-Nenek

Nenek dari ibu adalah model yang penting dalam praktik perawatan bayi (Rubin, 1975). Ia bertindak sebagai sumber pengetahuan dan sebagai individu pendukung. Cucu adalah bukti nyata kontinuitas dan keabadian. Seringkali kakek dan nenek mengatakan bahwa kehadiran cucu membantu mereka mengatasi rasa sepi dan kebosanan. Kakek-nenek dapat membantu anak-anak mereka mempelajari ketrampilan menjadi orangtua dan mempertahankan tradisi budaya (Irene M. Bobak, 2004: 513-518).



# E. Fisiologiways



## **F. Pengkajian Dasar Data Klien**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

**Pada 4 jam sampai 3 hari post partum**

**a. Aktifitas –latihan**

**Insomnia mungkin teramati**

**b. Sirkulasi**

**Episode diaforetik lebih sering terjadi pada malam hari**

**c. Integritas ego**

**Peka rangsang, takut, menangis (post partum blues sering terjadi kira-kira 3 hari setelah melahirkan)**

**d. Eliminasi**

**Diuresis diantara hari ke-2 dan ke-5**

**e. Makanan-cair**

**Kehilangan nafsu makan, mungkin dikeluhkan kira-kira 3 hari**

**f. Nyeri / ketidaknyamanan**

**Nyeri tekan payudara/pembesaran dapat terajadi diantara hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca partum.**

**g. Seksualitas / Abdomen**

**Uterus 1 cm diatas umbilicus pada 12 jam setelah kelahiran, menurun kira-kira 1 lebar jari setiap harinya.**

**h. Lochia**

**Lochia rubra berlanjut sampai hari ke 2 – 3 berlanjut menjadi lochea serosa dengan aliran tergantung pada posisi (misalnya rekumben yerses ambulasi berdiri) dan aktifitas menyusui.**

**i. Payudara**

Produksi kolostrum 48 jam pertama berlanjut pada mature biasanya pada hari ketiga, mungkin lebih dini tergantung kapan menyusui dimulai (Doengoes, 2001: 379-380)

**Pengkajian Untuk Asuhan Keperawatan Ibu Post Partum**

**a. Riwayat kehamilan dan persalinan GPA**

**b. Tanda vital, nadi, suhu, tekanan darah dan pernafasan**

**c. Perubahan payudara**

**d. Besar bentuk bengkak atau tidak, warna kulit atau areola, suhu meningkat.**

**e. Puting: Bentuk menonjol atau tidak, adalah luka atau lecet, kebersihan? Colostrum? Akan meningkat pada hari ke-2 atau hari ke-3.**

**f. Abdomen dan Fundus Uteri**

Sebaiknya klien BAK duduk, vesika dalam keadaan kosong, palpasi, ukur TFU, posisi, kontraksi, diastaksis rekti abdominis, anamnesa : sudah ada BAB, BAK, adakah mual dan muntah, kaji intensitas mulas. Auskultasi : kaji bising usus.

**g. Perineum dan rectum**

Lihat dengan terlentang kemudian dengan posisi ini ke arah jahitan sehingga anus dan perineum terlihat jelas, Observasi : keadaan jahitan, kaji keadaan luka, episiotomi, tanda jahitan REEDA yaitu redness, edema, echymosis, discharge, approximation, keluhan nyeri, Hemoroid, Lochea : discharge, kaji jumlah biasa dilihat dengan

frekwensi penggantian dusk. Sifat pengeluaran: pengeluaran lochea :  
 menetes? merembes? memancar? warna lochea. Massage abdomen :  
 jika keluar memancar dan segar curiga ada perlukaan, jika segar dan  
 menetes tidak berbahaya. Bau lochea : jika amis berarti normal,  
 baunya busuk curiga ada infeksi. Monitor lochea tiap 4-8 jam.  
 Pencatatan : perineum utuh atau tidak bagaimana dengan luka Epis  
 "REEDA"

**h. Ekstremitas dan rectum**

Kaji kekuatan otot, Adakah pembengkakan, Adakah rasa nyeri atau  
 rasa tidak nyaman, tromboplebitis, dan tromboemboli, Kaji tanda  
 human sign +, yaitu : edema, redness, tegang, suhu kulit meningkat.

Cara kaji : kaki ditinggikan 30 derajat

**i. Istirahat dan rasa nyaman**

Adakah kesulitan tidur? Penyebab? After pain, diaphoresis, nyeri  
 episiotomi, nyeri hemoroid, cemas dan sebagainya.

**j. Kemampuan perawatan dan bayi**

**k. Tingkat energi**

**l. Status gizi**

**m. Status psikologi dan emosional**

**n. Fase internal menurut tubin, taking in, taking hold, letting go**

**o. Respon terhadap kelahiran atau proses melahirkan**

**p. Respon terhadap bayi**

- q. Respon terhadap keluarga : kaji penerimaan keluarga tentang kelahiran yang lalu, kaji bagaimana dengan kelahiran saat ini, observasi interaksi klien dengan anggota keluarga.
- r. Perubahan psikologis : kaji peran klien selama di RS, adalah kesulitan dalam tingkah laku terhadap bayinya, apa harapan klien, kaji ekspresi klien selama kontak dengan bayi, perawat, semua anggota keluarga yang lain.
- s. Adaptasi keluarga : kaji adaptasi ayah terhadap kelahiran bayi observasi hubungan ayah dengan bayi, kaji harapan ayah terhadap kondisi kesehatan bayi dan kesembuhan ibu apakah ada kekacauan.
- t. Aspek pengetahuan ibu dan keluarga mengenai perawatan post partum
- u. Nutrisi

### **G. Fokus Intervensi**

1. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan trauma jaringan / persalinan, luka episiotomi, involusio uteri, pembengkakan payudara.

**Tujuan** : klien menunjukkan kenyamanan setelah dilakukan tindakan keperawatan

**KH** : mengidentifikasi dengan menggunakan intervensi untuk mengatasi ketidaknyamanan

**Intervensi** :

- a. Tentukan adanya lokasi, sifat ketidaknyamanan, tinjau ulang persalinan dan catat kelahiran



- b. Inspeksi, perbaiki perineum dan episiotomi, perhatikan oedem, ekimosis, nyeri tekan local, eksudat purulen, atau kehilangan perlekatan jahitan.
  - c. Berikan kompres panas lembab
  - d. Anjurkan duduk dengan otot gluteal terkontraksi diatas perbaiki episiotomi
  - e. Kaji nyeri tekan uterus, tentukan adanya frekuensi / intensitas afterpain
  - f. Anjurkan klien berbaring telungkup dengan bantal di bawah abdomen.
  - g. Inspeksi payudara dan jaringan puting, kaji adanya pembesaran puting
  - h. Kolaborasi pemberian analgetik.
2. Resiko gangguan laktasi berhubungan dengan kurang pengetahuan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan gangguan laktasi tidak terjadi

KH : Mengungkapkan pemahaman tentang proses / situasi menyusui

Mendemonstrasikan teknik efektif dari menyusui

Menunjukkan keputusan rebuman menyusui satu sama lain

Intervensi :

- a. Kaji pengetahuan dan pengalaman klien tentang menyusui sebelumnya
- b. Temukan sistem pendukung yang tersedia pada klien dan sikap pasangan keluarga.
- c. Berikan informasi verbal dan tertulis mengenai fisiologi dan keuntungan menyusui. Perawatan puting dan payudara, kebutuhan diet

khusus dan faktor-faktor yang memudahkan atau mengganggu keberhasilan menyusui.

- d. Demonstrasikan dan tinjau ulang teknik menyusui, perhatikan posisi bayi selama menyusui dan lama menyusui
  - e. Kaji puting klien, anjurkan klien melihat puting setiap habis menyusui
  - f. Anjurkan klien untuk mengeringkan puting dengan udara selama 20-30 menit setelah menyusui
  - g. Instruksikan : klien menghindari penggunaan sabun / penggunaan bantal, bra berlapis plastik dan mengganti pembalut bila basah / lembab.
  - h. Instruksikan klien menghindari penggunaan pelindung puting kecuali secara khusus diidentifikasi.
  - i. Berikan pelindung puting payudara khusus (misalnya : pelindung eschmann) untuk klien menyusui dengan puting masuk / datar. Anjurkan penggunaan kompres es sebelum menyusui dan latihan puting dengan memutar diantara ibu jari dan jari tengah menggunakan teknik hoffman.
3. Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan trauma jaringan /kerusakan kulit penurunan Hb, prosedur invasive / PT pemajanan lingkungan ruptur kebutuhan lama, malnutrisi.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan infeksi tidak terjadi pada klien

**KH : Mendemonstrasikan teknik-teknik untuk menurunkan resiko/  
meningkatkan penyembuhan**

**Menunjukkan luka dengan bekas dari drainase purulen**

**Bebaskan dari infeksi, tidak febris dan mempunyai aliran  
lochea dan karakter normal**

**Intervensi :**

- a. Kaji catatan prenatal dan intranatal, perhatikan frekuensi pemeriksaan vagina dan komplikasi seperti Ketuban Pecah Dini (KPD), persalinan lama, laserasi, hemoragi, dan tertahannya plasenta.
- b. Pantau suhu dan nadi dengan rutin dan sesuai indikasi, catat tanda-tanda menggigil anoreksia atau malaise.
- c. Kaji lokasi dan kontraktilitas uterus, perhatikan perubahan involusi atau adanya nyeri uterus ekstrim
- d. Catat jumlah dan bau rabas lakhial atau perubahan pada kemajuan normal dari rubra menjadi serosa.
- e. Evaluasi kondisi puting, perhatikan adanya pecah-pecah, kemerahan atau nyeri tekan, tinjauan perawatan yang tepat dan teknik pemberian makanan bayi.
- f. Inspeksi sisi perbaikan episiotomi setiap 8 jam, perhatikan nyeri tekan berlebihan, kemerahan, purulen, edema, subcutan, pada garis sutura (kehilangan perlekatan) atau adanya laserasi
- g. Perhatikan frekuensi / jumlah berkemih
- h. Kaji terhadap tanda-tanda infeksi saluran kemih atau stutitas (misalnya : peningkatan frekuensi dorongan atau disuria)

4. Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot (diastaksis rekti) efek-efek progesterone, dehidrasi, kelebihan analgesia / anestesi, diare persalinan, kurang masukan, nyeri personal irektal

**Tujuan** : setelah dilakukan tindakan keperawatan klien tidak mengalami gangguan eliminasi konstipasi

**KH** : melakukan kembali defekasi yang biasa optimal dalam 4 hari setelah kelahiran

**Intervensi** :

- a. Auskultasi adanya bising usus, perhatikan kebiasaan pengosongan normal atau diastaksis rekti
  - b. Kaji terhadap adanya hemoroid
  - c. Berikan informasi diet yang tepat tentang pentingnya makanan kasar, peningkatan cairan dan upaya membuat pengosongan normal
  - d. Anjurkan peningkatan tingkat aktivitas dan ambulasi sesuai toleransi
  - e. Kaji episiotomi, perhatikan adanya laserasi dan derajat keterlibatan jaringan.
5. Resiko tinggi terhadap perubahan menjadi orang tua berhubungan dengan kurang dukungan dari orang terdekat.

**Tujuan** : Setelah dilakukan tindakan keperawatan tidak terjadi krisis maturasi

**KH** : Mengungkapkan masalah dan pertanyaan tentang menjadi orang tua.

Mendiskusikan peran menjadi orang tua secara realistis secara aktif mulai melakukan tugas perawatan bagi bayi lahir dengan tepat.

Mengidentifikasi ketersediaan sumber-sumber.

**Intervensi :**

- a. Kaji kekuatan, kelemahan, usia, status perkawinan, ketersediaan sumber pendukung dan latar belakang budaya.
  - b. Perhatikan respon klien/pasangan terhadap kelahiran dan peran menjadi orang tua.
  - c. Mulai asuhan keperawatan primer untuk ibu dan bayi saat di unit
  - d. Evaluasi sifat dari menjadi orang tua secara emosi dan fisik yang pernah dialami klien/pasangan selama masa kanak-kanak
  - e. Kaji ketrampilan komunikasi interpersonal pasangan dengan hubungan mereka satu sama lain.
  - f. Tinjau ulang catatan intrapartum terhadap lamanya persalinan adanya komplikasi dan peran pasangan pada persalinan.
  - g. Evaluasi status fisik masa lalu dan saat ini dan kejadian komplikasi prenatal, intranatal, pasca partus
6. Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar, mengenai perawatan dari dan perawatan bayi) berhubungan dengan kurang informasi.

**Tujuan :** Pengetahuan klien meningkat setelah dilakukan tindakan keperawatan

**KH :** Mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan belajar individu



**Mengungkapkan pemahaman tentang perubahan fisiologis kebutuhan individu, dan bayi**

**Intervensi :**

- a. Tentukan persepsi klien tentang masalah dan kebutuhan**
- b. Pastikan pemahaman tentang perubahan fisik normal dalam 1 minggu setelah pulang. Berikan informasi tentang tindakan-tindakan yang tepat yang diambil bila masalah timbul.**
- c. Berikan informasi sesuai kebutuhan tentang tanda dan gejala berkenaan dengan endoptritis, mastitis, infeksi insisi dan saluran kemih dan kebutuhan untuk memberitahu pemberi layanan kesehatan.**
- d. Mengenali kembali siklus menstruasi ovulasi dan koitus seksual**
- e. Diskusikan rencana penggunaan kontrasepsi**
- f. Berikan informasi mengenai perubahan fisiologi pada respon seksual post partum.**
- g. Kuatkan informasi sesuai kebutuhan untuk klien menyusui mengenai fisiologis laktasi, masalah diet, perawatan puting dari buku atau bahan tulis lainnya.**
- h. Tinjau ulang kebutuhan nutrisi untuk klien menyusui atau tidak menyusui termasuk informasi akan kebutuhan kalori, protein, zat besi dan vitamin C (Doengoes, 2001: 381-489).**



## **BAB III**

### **RESUME KEPERAWATAN**

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian dilaksanakan pada tanggal 31 Maret 2010, pukul 16.00 WIB di ruang Flamboyan RSUD Ungaran.

##### **1. Identitas Klien**

Klien berinisial Ny. A, umur 18 tahun G1P1A0, beragama Islam, pendidikan terakhir SMP, pekerjaan karyawan swasta, alamat klien di Gunung Pati.

Penanggung jawab dari Ny. A adalah Tn. J. Hubungan dengan klien adalah suami dari klien. Umur Tn. J 24 tahun dan pekerjaannya adalah swasta. Pendidikan terakhir dari Tn. J adalah SMU.

##### **2. Riwayat Keperawatan Saat Ini**

Keluhan utama setelah melahirkan adalah klien mengatakan nyeri akibat laserasi jalan lahir dan luka bekas jahitan, nyeri terasa sengkring-sengkring seperti ditusuk-tusuk, nyeri pada jalan lahir, skala 5, dan nyeri terjadi setiap saat terutama saat bergerak. Ekspresi wajah klien tampak meringis menahan nyeri.

##### **3. Riwayat Persalinan Sekarang**

Klien datang ke RSUD Ungaran tanggal 30 Maret 2010 jam 17.20 WIB dengan keluhan perutnya terasa kenceng-kenceng dan pegal. Pada

jam 06.15 WIB ketuban pecah dan hasil pembukaan lengkap. Klien partus jam 06.20 WIB dan klien dilakukan episiotomi. Keadaan anak sehat dengan tipe persalinan normal. Jenis kelamin perempuan, BB lahir 3700gr, PB 53cm, LK 34cm, LD 36cm, keadaan bayi waktu lahir baik, Apgar score 10-10-10.

#### 4. Riwayat Menstruasi

Klien mengatakan haid 7 hari dan teratur. Haid menorche 12 tahun siklus 28 hari, HPHT klien 01 Juli 2009.

#### 5. Riwayat KB

Klien mengatakan selama menikah belum pernah menggunakan alat kontrasepsi jenis apapun.

#### 6. Riwayat Kesehatan Yang Lalu

Klien mengatakan tidak mempunyai penyakit keturunan atau menular seperti DM, asma, hipertensi, TBC, dll.

#### 7. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan di dalam anggota keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit keturunan atau menular yang dapat membahayakan atau mempengaruhi persalinan.

#### 8. Pengkajian Post Partum

##### a. Pemeriksaan Umum

Status kesadaran: composmentis, keadaan umum: baik, Tanda vital:

TD = 120/80mmHg, S = 36,5°C, N = 84x/menit, RR = 22x/menit.

##### b. Pemeriksaan Fisik

Kepala: bentuk mesocephal, tidak ada keluhan pusing, rambut warna hitam dan dalam keadaan bersih. Wajah: ekspresi tampak meringis

menahan nyeri. Kulit: kuning langsung, turgor: baik, tidak ada lesi. Mata: tidak menggunakan alat bantu penglihatan, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, reflek pupil terhadap cahaya baik. Hidung: bentuk simetris, pernapasan normal melalui hidung, tidak ada sinusitis. Telinga: bentuk simetris, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, tidak ada serumen. Mulut/tenggorokan: tidak ada kesulitan dan gangguan bicara maupun menelan, mukosa bibir lembab, tidak sianosis. Payudara: dari hasil observasi payudara bentuk simetris, areola berwarna hitam (hiperpigmentasi), puting susu inverted atau mendeleb, tidak ada luka lecet, tidak ada benjolan abnormal, colostrum sudah keluar, ASI belum keluar, bayi belum mendapatkan ASI. Abdomen: dari pemeriksaan secara palpasi TFU klien post partum hari ke-0 2cm di bawah pusat dengan posisi uterus di tengah. Klien masih mengalami kontraksi dan nyeri post partum dengan skala nyeri 5 dengan rentang skala nyeri 0-10. Muskuluskeletal: ekstermitas atas sebelah kiri terpasang infus dan yang kanan tidak ada kelainan, ekstremitas bawah tidak ada edema, tidak ada lesi. Genetalia: tidak terpasang kateter, perineum: dari hasil observasi pada klien terdapat episiotomi pada perineum. Lochea: dari observasi dan wawancara hasil jumlah lochea kira-kira 150cc/hari dengan ganti pembalut 2x sehari, sifat pengeluaran merembes warna merah konsistensi encer bau amis seperti darah menstruasi. Anus: tidak ada tanda-tanda hemoroid.

c. **Pengkajian Biologis Postpartum**

Eliminasi: klien tidak ada kesulitan dalam BAK, BAK pertama setelah persalinan jam 11.00 WIB kurang lebih 150cc, tapi setelah melahirkan

klien belum bisa BAB. Istirahat: sebelum di RS, klien mulai tidur jam 21.00-05.00 WIB. Selama di RB, klien mengatakan bisa tidur seperti biasa. Asupan nutrisi klien baik dan klien makan habis satu porsi. Penyesuaian dengan bayi cukup baik dan klien tidak ada kesulitan dalam menyesuaikan diri dengan bayinya karena klien merasa senang. Persepsi kognitif: sebelum melahirkan klien merasa cemas dan setelah melahirkan cemas klien hilang karena klien merasa lega dapat melahirkan secara normal. Personal hygiene: selama hamil klien selalu menjaga kebersihan diri, klien selalu mandi dua kali sehari. Spiritual: klien beragama Islam, klien selalu berdoa dan klien bersyukur atas kelahiran putrinya. Rasa aman dan nyaman yang saat ini klien rasakan adalah klien mengatakan nyeri pada daerah jalan lahir atau perineum. Pengetahuan: klien mengatakan belum tahu tentang perawatan payudara yang baik karena klien belum tahu tentang perawatan payudara, klien juga belum tahu bagaimana cara merawat bayi yang baik dan benar.

d. Pemeriksaan Bayi

Mata : simetris, kedua mata terbuka sempurna, mulut dan hisapan berdasarkan observasi : reflek mencari, menghisap dan menelan baik saat akan disusui, tali pusat : tali pusat belum putus , masih basah dan terbungkus kassa, berat badan : BB lahir 3700gr, panjang 53 cm, minum : bayi masih minum susu formula, mekonium/miksi : BAB bayi berwarna kuning dan BAK 5-6x/hari, bayi normal tidak ada kelainan.

**APGAR SCORE:**

<b>A=2</b>	<b>A=2</b>	<b>A=2</b>
<b>P=2</b>	<b>P=2</b>	<b>P=2</b>
<b>G=2</b>	<b>G=2</b>	<b>G=2</b>
<b>A=2</b>	<b>A=2</b>	<b>A=2</b>
<b><u>R=2</u></b> <b>10</b>	<b><u>R=2</u></b> <b>10</b>	<b><u>R=2</u></b> <b>10</b>

**9. Data penunjang**

Pada tanggal 30 Maret 2010 didapatkan data penunjang antara lain: WBC:  $10,0 \cdot 10^3/\mu\text{l}$  (3,4-11,<sup>3</sup>), Lymph#:  $2,6 \cdot 10^3/\mu\text{l}$  (0,8-4,0), Mid:  $0,7 \cdot 10^3/\mu\text{l}$  (0,1-0,9), Gran #:  $7,2 \cdot 10^3/\mu\text{l}$  (2,0-7,0), Lymph %: 23,5% (20,0-40,0), Mid %: 6,2% (3,0-9,0), Gran: 70,0% (50,0-70,0), HGB: 11,9 g/dl (12,0-18,0), RBC:  $4,20 \cdot 10^6/\mu\text{l}$  (4,00-5,50), HCT: 36,5% (37,0-50,0), MCV: 85,0 fl (82,0-92,0), MCH: 28,0 pg (27,0-31,0), MCHC: 32,5 g/dl (32,0-71,0), RDW-CV: 14,0% (11,5-14,5), RDW SD: 41,2 fl (35,0-56,0), PLT:  $199 \cdot 10^3/\mu\text{L}$  (150-450), MPV: 8,1 fl (7,0-11,0), PDW: 15,6 (15,0-17,0), PCT: 0,143% (0,108-0,282).

**10. Therapi**

Terapi yang didapatkan klien setelah melahirkan yaitu pada tanggal 31 Maret 2010 di rumah sakit sebagai berikut:

- Infus RL 20 tpm
- Injeksi Amoxiline 3x1 gram
- Biosanbe 1x 500 mg
- Asam mefenamat 3x 500 mg

## **B. Analisa Data**

Dari hasil pengkajian tanggal 31 Maret 2010 jam 16.00 WIB didapatkan data sebagai berikut:

Data pertama meliputi data subjektif: klien mengatakan nyeri pada daerah jalan lahir, pengkajian nyeri didapatkan data Paliatif: laserasi jalan lahir dan luka bekas jahitan, Kualitas: nyeri terasa sengkring-sengkring seperti ditusuk-tusuk, Region: pada jalan lahir, Skala: skala nyeri 5, Time: nyeri terjadi setiap saat terutama saat bergerak. Data objektif: klien nampak menahan nyeri, TD: 120/80 mmHg, N: 84 x/menit, RR: 22 x/menit, S: 36,5°C. Jadi diagnosa yang muncul adalah gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan trauma pada perineum.

Data kedua, terdapat data subjektif: klien mengatakan nyeri pada jalan lahir. Data objektif: terdapat luka bekas jahitan dan episiotomi, WBC:  $10,0 \times 10^3/UL$ , S: 36,5°C. Maka masalah yang dapat diangkat adalah resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan.

Data ketiga didapatkan data subjektif: klien mengatakan klien mengatakan selama hamil tidak pernah merawat payudaranya karena klien belum tahu perawatan payudara yang baik, klien juga belum tahu tentang perawatan bayi yang baik. Data objektif: kolostrum keluar, areola hiperpigmentasi, putting susu inverted, ASI belum keluar. Jadi masalah yang timbul adalah kurang pengetahuan tentang manajemen laktasi dan perawatan bayi berhubungan dengan kurang terpaparnya sumber informasi.



### C. Diagnosa Keperawatan

Dari hasil data di atas dapat diprioritaskan urutan diagnosa keperawatan sebagai berikut:

Diagnosa pertama : gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan trauma pada perineum

Diagnosa kedua : resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan

Dan diagnosa ketiga : kurang pengetahuan tentang manajemen laktasi dan perawatan bayi berhubungan dengan kurang terpaparnya sumber informasi

### D. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan ini dilakukan pada tanggal 31 Maret 2010 pukul 16.30 WIB. Maka intervensi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

Diagnosa keperawatan yang pertama: gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan trauma pada perineum. Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, diharapkan nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil: klien mengatakan nyeri berkurang, ekspresi wajah rileks, TD: 110/70 – 120/80mmHg, N: 60-80x/menit, RR: 16-24x/menit, S: 36-37 °C, skala nyeri menjadi 0-3. Dan intervensi yang dilakukan adalah kaji intensitas nyeri, ajarkan teknik distraksi relaksasi, berikan posisi yang nyaman, berikan kesempatan klien untuk istirahat, monitor TTV, kolaborasi pemberian analgetik.

Diagnosa kedua: resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan. Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan lama 2x24 jam tidak terjadi infeksi, dengan kriteria hasil: klien mengatakan nyeri berkurang, tidak ada tanda-tanda infeksi, WBC dibatas normal, suhu 36-37 °C. Dan intervensi yang dilakukan sebagai berikut: kaji tanda infeksi (REEDA), anjurkan klien cuci tangan sebelum dan sesudah BAK / BAB, kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat anti biotik, rasional: mencegah infeksi dari penyebaran ke jaringan sekitar atau aliran darah.

Diagnosa ketiga: kurang pengetahuan tentang manajemen laktasi dan perawatan bayi. Tujuan setelah dilakukan pendidikan kesehatan selama 1x25 menit maka diharapkan klien tahu dan paham dengan informasi yang diberikan dengan kriteria hasil klien dapat mendemonstrasikan perawatan payudara (Breastcare) dan cara perawatan bayi serta mengerti nutrisi ibu menyusui. Dan intervensi yang dilakukan sebagai berikut: berikan pendidikan kesehatan tentang perawatan payudara (Breastcare) dan nutrisi ibu menyusui, demonstrasikan cara perawatan bayi.

#### **E. Implementasi Keperawatan**

Diagnosa pertama: nyeri berhubungan dengan trauma pada perineum, tanggal 01 April 2010 jam 07.45 WIB mengkaji intensitas nyeri, respon klien subjektif: klien mengatakan nyeri pada jalan lahir, objektif: skala nyeri 5, ekspresi wajah klien tampak menahan nyeri. Jam 07.48 WIB mengajarkan teknik distraksi relaksasi, respon klien subjektif: klien bersedia, objektif: klien kooperatif, klien tampak tenang. Jam 07.53 WIB memberikan posisi yang

nyaman, respon klien subjektif: klien bersedia, objektif: klien kooperatif, klien tampak lebih nyaman. Jam 07.55 WIB memonitor TTV, respon klien subjektif: klien bersedia, objektif: TD: 120/80mmHg, N: 84 x/menit, RR: 22 x/menit, S: 36,5°C. Jam 07.58 WIB memberikan analgetik (asam mefenamat), respon klien subjektif: klien mengatakan bersedia, objektif: obat masuk tidak muntah.

Diagnosa kedua: resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan. Tanggal 01 April 2010 jam 08.00 mengkaji tanda REEDA, respon klien subjektif: klien mengatakan masih mengeluarkan darah namun tidak ada nanah/pus yang keluar dan tidak berbau busuk, objektif: kebersihan terjaga, tidak ada tanda-tanda infeksi. Jam 08.10 menganjurkan klien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah BAK/BAB, respon klien subjektif: klien mengatakan bersedia, objektif: klien mencuci tangan sebelum dan sesudah BAK. Jam 08.15 WIB menganjurkan klien untuk ganti pembalut 2-3x sehari, respon klien subjektif: klien mengatakan bersedia, objektif: klien ganti pembalut 2x sehari. Jam 08.20 WIB memberikan obat antibiotik (amoxiline) respon klien subjektif: klien bersedia, objektif: obat masuk, tidak ada alergi.

Diagnosa ketiga: kurang pengetahuan tentang manajemen laktasi dan perawatan bayi berhubungan dengan kurang terpaparnya sumber informasi. Tanggal 01 April 2010 jam 08.25 WIB memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan payudara ( Breastcare ) dan mendemonstrasikan perawatan bayi serta nutrisi ibu menyusui, respon klien subjektif: klien mengatakan bersedia dan mendengarkan, objektif: klien tampak memperhatikan dan tampak paham.

## **F. Evaluasi**

Diagnosa pertama: gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan trauma pada perineum. Tindakan keperawatan dilakukan selama 2x24 jam dengan evaluasi pada tanggal 03 April 2010 jam 07.30 WIB subjektif: klien mengatakan nyeri berkurang, objektif: skala nyeri menjadi 2, ekspresi wajah rileks, analisa: masalah teratasi, planning: pertahankan keadaan klien dengan pengawasan.

Diagnosa kedua: resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan. Tindakan keperawatan dilakukan selama 2x24 jam maka evaluasi pada tanggal 03 April 2010 jam 07.45 WIB, subjektif: klien mengatakan masih mengeluarkan darah namun tidak ada pus dan tidak berbau busuk, objektif: tidak ada tanda-tanda infeksi, S: 36,5°C, analisa: masalah infeksi tidak terjadi, planning: lanjutkan intervensi di rumah, anjurkan klien untuk selalu menjaga kebersihan pada daerah perineum.

Diagnosa ketiga: kurang pengetahuan tentang manajemen laktasi dan perawatan bayi berhubungan dengan kurang terpaparnya sumber informasi. Tindakan keperawatan ( pendidikan kesehatan ) dilakukan selama 1x20 menit maka evaluasi pada tanggal 01 April 2010 jam 08.45 WIB subjektif: klien mengatakan sudah paham dengan informasi yang diberikan, objektif: klien tampak paham, klien dapat mempraktekkan Breastcare dan cara perawatan bayi serta nutrisi ibu menyusui, analisa: masalah teratasi, planning: lakukan pengawasan dan pemantauan.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan dibahas tentang asuhan keperawatan post partum pada Ny. A dengan episiotomi di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran selama 2 hari. Dalam melakukan asuhan keperawatan ini penulis lakukan dengan memperhatikan tahapan proses keperawatan. Yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Selama memberikan keperawatan tersebut diagnosa keperawatan yang muncul adalah:

#### **1. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan trauma perineum**

Menurut Carpenito Lynda Juall (2006), gangguan kenyamanan atau rasa nyaman adalah keadaan ketika individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dalam berespon terhadap suatu rangsangan yang berbahaya dengan batasan karakteristik mayor: individu memperlihatkan atau melaporkan ketidaknyamanan (misal: nyeri, mual, muntah, pruritus) dan minor: respon autonom pada nyeri akut misal TD, nadi dan pernapasan meningkat, posisi berhati-hati, raut wajah kesakitan, menangis, merintih. Nyeri akut adalah keadaan dimana individu mengalami dan melaporkan adanya rasa ketidaknyamanan yang hebat atau dideskripsikan dan minornya adalah mengatupkan rahang atau pergelangan tangan ke abdomen), ketidakefektifan fisik atau imobilitas, masalah dengan konsentrasi, perubahan pada pola tidur, rasa takut mengalami cedera ulang, menarik bila disentuh, mata terbuka lebar atau sangat tajam, gambaran kurus, mual dan muntah.



Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan trauma pada perineum. Penulis angkat dengan problem nyeri karena saat dilakukan pengkajian didapatkan data-data: klien mengatakan nyeri, karena adanya laserasi jalan lahir (perineum) dan luka bekas jahitan, nyeri terasa sengkring-sengkring seperti ditusuk-tusuk, nyeri skala 5, nyeri pada jalan lahir dan nyeri terjadi setiap saat terutama saat bergerak, wajah klien tampak meringis menahan nyeri, TTV TD: 120/80 mmHg, N: 84x/menit, RR: 22x/menit, S: 36,5<sup>0</sup>C. Problem yang tepat untuk diagnosa di atas menurut Carpenito Lynda Juall (2006). Berdasarkan data untuk masalah keperawatan yang tepat untuk ditegakkan adalah nyeri akut karena nyeri dirasakan kurang dari 6 bulan.

Sedangkan untuk etiologi dari masalah keperawatan, nyeri akut adalah karena trauma pada perineum karena klien dilakukan episiotomi, sebenarnya selain karena episiotomi nyeri yang dirasakan klien dapat disebabkan karena kontraksi uterus uterus selama proses involusio karena pada pengkajian didapatkan data-data bahwa saat ini klien post partum hari ke-0 perineum atau jalan lahir klien terasa nyeri setelah klien mengejan saat melahirkan, laserasi jalan lahir dan episiotomi, masih ada kontraksi uterus, TFU 2 jari di bawah pusat. Selain itu pada post partum juga terjadi afterpain (kontraksi) uteri. Sehingga pada masalah di atas dapat juga diambil etiologi berhubungan dengan trauma perineum dan kontraksi uterus selama proses involusio.

Masalah nyeri akut berhubungan dengan trauma perineum dan kontraksi uterus selama proses involusio, penulis angkat sebagai prioritas pertama karena menurut triage konsep nyeri merupakan ancaman dan pada



Hierarki Maslow nyeri merupakan kebutuhan fisiologis yang harus dipenuhi dan apabila tidak segera ditangani akan berpengaruh pada kebutuhan fisiologis seperti pada sistem pencernaan, kardiovaskuler, dan psikologis klien karena dengan nyeri klien bisa mengakibatkan kecemasan sehingga masalah ini perlu mendapatkan penanganan yang segera.

Tindakan yang bertujuan untuk mengurangi atau menghilangkan nyeri yaitu: Kaji intensitas nyeri rasional: membantu mengidentifikasi faktor-faktor yang memperberat ketidaknyamanan/nyeri, hal ini dilakukan untuk mengetahui klien berada dalam rentang respon yang mana dan dapat menentukan kualitas dari nyeri baik nyeri ringan, sedang dan berat. Sehingga penulis mempunyai pedoman dalam melaksanakan tindakan untuk menangani nyeri. Ajarkan teknik distraksi relaksasi rasional: menurunkan tekanan vaskuler serebral. Teknik relaksasi dengan cara tarik napas dalam akan terjadi peregangan otot pernapasan yang memperlancar sirkulasi darah dan oksigen ke seluruh tubuh serta menekan pusat nyeri di hipotalamus. Teknik distraksi dengan cara mengajak ngobrol klien dengan mengalihkan perhatian terhadap nyeri kepada aktifitas lain yang sedang dilakukan. Berikan posisi yang nyaman supinasi rasional: meningkatkan kenyamanan, dan dapat meminimalkan stimulus nyeri atau meningkatkan relaksasi. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi, obat anti nyeri atau analgetik rasional: analgetik bekerja pada pusat otak lebih tinggi untuk menurunkan persepsi nyeri. Obat-obatan analgetik dapat membantu menurunkan ketegangan dan ketidaknyamanan otot. Selain itu juga dapat ditambahkan intervensi observasi

nyeri tekan pada uterus rasional: selama 12 jam pertama pasca partum, kontraksi uterus kuat dan teratur dan ini berlanjut sampai 2-3 hari berikutnya, meskipun frekuensi dan intensitasnya dikurangi.

Pada implementasi keperawatan untuk mengatasi diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan trauma perineum dan kontraksi uterus selama proses involusi, penulis tidak mengalami hambatan. Nyeri klien dapat diatasi dengan tehnik distraksi dan relaksasi selain itu klien juga mendapat obat analgetik (asam mefenamat) karena klien merasa nyerinya sangat terasa sehingga dilakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik yang diperlukan.

Dari hasil evaluasi akhir tanggal 03 April 2010 jam 07.30 WIB, masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan trauma perineum dan kontraksi uterus selama proses involusi dapat teratasi sesuai dengan kriteria hasil yang penulis tetapkan. Nyeri sudah menjadi dua. Klien mengatakan nyeri berkurang, ekspresi wajah klien tampak rileks, TTV dalam batas normal (T:120/80mmHg, N: 80x/menit, S: 36<sup>0</sup>C, RR: 24x/menit) meskipun begitu perlu dilakukan pengawasan dari perawat ruangan untuk mencegah timbulnya nyeri lagi.

## 2. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan

Menurut Carpenito Lynda Juall (2006) resiko terhadap infeksi adalah dimana seseorang individu beresiko terserang oleh agen patogenik atau oportunistik (virus, bakteri, jamur, protozoa dan patogen lainnya) dari sumber-sumber eksternal, endogen dan eksogen.

Dari data yang didapat klien mengatakan nyeri pada jalan lahir, terdapat luka bekas jahitan dan episiotomi, WBC  $10,0 \times 10^3/\text{UL}$ , S:  $36,5^{\circ}\text{C}$ .

Masalah resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan ini penulis angkat sebagai prioritas kedua, walaupun sifatnya masih resiko belum aktual, tidak ada tanda-tanda infeksi, suhu masih dalam batas normal, tetapi terdapat trauma perineum (episiotomi) yang memungkinkan mikroorganisme dapat masuk dalam perineum. Namun menurut Patricia A. Potter (2005), proses penyembuhan luka terdiri dari 3 fase : **Fase Inflamasi (Reaksi)** merupakan *reaksi* tubuh terhadap luka yang dimulai setelah beberapa menit dan berlangsung selama sekitar 3 hari setelah cedera. Proses perbaikan terdiri dari mengontrol perdarahan (*hemostasis*), mengirim darah dan sel ke area yang mengalami cedera (inflamasi), dan membentuk sel-sel epitel pada tempat cedera (*epitelialisasi*). **Fase Proliferasi (Regenerasi)** yaitu Dengan munculnya pembuluh darah baru sebagai hasil rekonstruksi, fase proliferasi terjadi dalam waktu 3–24 hari. Aktivitas utama selama *fase regenerasi* ini adalah mengisi luka dengan jaringan baru dan menutup bagian atas luka dengan jaringan penyambung atau jaringan granulasi yang baru dan menutup bagian atas luka dengan epitelisasi. Fibroblast adalah sel-sel yang mensintesis kolagen yang akan menutup defek luka, **Maturasi (remodeling)** yang merupakan tahap akhir proses penyembuhan luka, dapat memerlukan waktu lebih dari 1 tahun, bergantung pada kedalaman dan keluasan luka. Jadi masalah resiko tinggi infeksi baru bisa diangkat setelah 3 hari setelah cedera. Masalah resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan merupakan

kebutuhan keselamatan dan keamanan (*self security needs*) yaitu kebutuhan untuk melindungi diri dari berbagai bahaya yang mengancam, baik terhadap fisik maupun psikososial. Ancaman terhadap keselamatan dan keamanan seseorang dapat dikategorikan ke dalam ancaman mekanik, kimia, termal, dan bakteri. Dan menurut Hierarki Maslow kebutuhan keselamatan dan keamanan merupakan prioritas kedua setelah kebutuhan fisiologis, sehingga masalah resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan penulis angkat sebagai prioritas yang ketiga.

Untuk mengatasi masalah keperawatan resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, penulis melakukan beberapa intervensi keperawatan yaitu antara lain Kaji tanda-tanda infeksi (REEDA) yaitu Redness, Edema, Echymosis, Discharge, Approximation rasional: mengetahui adanya infeksi atau tidak. Anjurkan klien cuci tangan sebelum dan sesudah BAK/BAB dengan sabun rasional: mencegah atau meminimalkan terjadinya infeksi. Anjurkan klien ganti pembalut 2-3x sehari rasional: mencegah kelembaban sehingga kuman akan lebih cepat berkembang dan masuk ke daerah perineum. Kolaborasi dengan tim dalam pemberian obat antibiotik rasional: mencegah infeksi dari penyebaran ke jaringan sekitar atau aliran darah. Dan dapat ditambahkan intervensi monitor pengeluaran lochea setiap hari untuk mengetahui apakah ada tanda infeksi rasional: lochea secara normal mempunyai bau amis/daging namun pada endometritis, rabas mungkin purulen dan bau busuk mungkin gagal untuk menunjukkan kemajuan normal dari rubra menjadi serosa sampai alba.

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada diagnosa resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan tersebut. Ini tidak ada hambatan-hambatan yang mempersulit penulis karena klien kooperatif dan perawat di ruangan bersedia diajak untuk bekerja sama. Penulis dapat melakukan semua rencana yang telah disusun karena adanya kerja sama dan dukungan dari klien serta pihak dari keluarga klien.

Hasil evaluasi akhir pada tanggal 03 April 2010 jam 07.45 WIB dengan masalah keperawatan resti infeksi selama dua hari, masalah sementara dapat dicegah dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan yaitu klien mengatakan masih mengeluarkan darah namun tidak ada pus dan tidak berbau busuk, tidak ada tanda-tanda infeksi, suhu tubuh dibatas normal ( $36,3^{\circ}\text{C}$ ). Tapi perlu juga ada tindak lanjut atau saran bagi klien bila sudah di rumah agar klien selalu menjaga kebersihan daerah perineum.

3. Kurang pengetahuan tentang manajemen laktasi dan perawatan bayi berhubungan dengan kurang terpaparnya sumber informasi

Menurut NANDA (2007-2008) Kurang pengetahuan adalah tidak adanya atau kurangnya informasi kognitif sehubungan dengan topik spesifik . batasan karakteristik memverbalisasikan adanya masalah, ketidakakuratan mengikuti instruksi, perilaku tidak sesuai.

Diagnosa keperawatan kurang pengetahuan tentang manajemen laktasi dan perawatan bayi berhubungan dengan kurang terpaparnya sumber informasi penulis angkat karena didapatkan data-data sebagai berikut: klien mengatakan selama hamil tidak pernah merawat payudaranya karena klien



belum tahu bagaimana perawatan payudara dengan baik, klien juga belum tahu bagaimana cara merawat bayi yang baik, colostrum sudah keluar, puting susu inverted, areola hiperpigmentasi, dan ASI belum keluar.

Dari data-data di atas untuk masalah kurang pengetahuan tentang manajemen laktasi dan perawatan bayi berhubungan dengan kurang terpaparnya sumber informasi penulis angkat menjadi prioritas ketiga. Namun, pada masalah ini si bayi belum mendapatkan ASI, hanya minum susu formula, dan hal ini terkait dengan pemenuhan nutrisi pada bayi belum terpenuhi secara maksimal. Karena ASI adalah makanan alamiah untuk bayi. ASI mengandung nutrisi-nutrisi dasar dan elemen, dengan jumlah yang sesuai, untuk pertumbuhan bayi yang sehat. Memberikan ASI kepada bayi anda bukan saja memberikan kebaikan bagi bayi tapi juga keuntungan untuk ibu. Manfaat ASI untuk bayi adalah: ASI adalah makanan alamiah yang disediakan untuk bayi, dengan komposisi nutrisi yang sesuai untuk perkembangan bayi sehat. ASI mudah dicerna oleh bayi, jarang menyebabkan konstipasi. Nutrisi yang terkandung pada ASI sangat mudah diserap oleh bayi, ASI kaya akan antibody(zat kekebalan tubuh) yang membantu tubuh bayi untuk melawan infeksi dan penyakit lainnya, ASI dapat mencegah karies karena mengandung mineral selenium. Bayi yang diberikan ASI sampai lebih dari 9 bulan akan menjadi dewasa yang lebih cerdas. Hal ini diduga karena ASI mengandung DHA/AA, Bayi yang diberikan ASI eksklusif sampai 4 bln akan menurunkan resiko sakit jantung bila mereka dewasa, ASI juga menurunkan resiko diare, infeksi saluran nafas bagian bawah, infeksi saluran kencing, dan juga



menurunkan resiko kematian bayi mendadak, Memberikan ASI juga membina ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi. Kebutuhan nutrisi merupakan kebutuhan fisiologis dan menurut Maslow kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan yang sangat primer dan mutlak harus dipenuhi untuk memelihara homeostatis biologis dan kelangsungan kehidupan tiap manusia, dan apabila kebutuhan ini tidak terpenuhi maka dapat mempengaruhi kebutuhan yang lain. Sehingga masalah kurang pengetahuan tentang manajemen laktasi dan perawatan bayi berhubungan dengan kurang terpaparnya sumber informasi penulis angkat menjadi prioritas yang kedua.

Untuk mengatasi masalah keperawatan di atas, penulis melakukan pendidikan kesehatan tentang perawatan payudara (breastcare), dan perawatan bayi yang baik dan benar. Penulis juga menambahkan materi pendidikan kesehatan tentang nutrisi ibu menyusui karena nutrisi ibu yang menyusui dapat mempengaruhi tumbuh kembang bayi, rasional: menambah informasi klien, melancarkan keluarnya ASI, puting susu tidak inverted (menonjol, menambah pengetahuan klien tentang nutrisi ibu menyusui, serta mampu mendemonstrasikan cara perawatan bayi. Selain itu, juga dapat ditambahkan intervensi beri penjelasan tentang bagaimana cara menyusui yang baik dan benar dan demonstrasikan.

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada diagnosa kurang pengetahuan tentang manajemen laktasi dan perawatan bayi berhubungan dengan kurang terpaparnya sumber informasi tidak ada masalah ataupun hambatan-hambatan lain yang mempersulit penulis karena klien kooperatif.

Hasil evaluasi untuk masalah keperawatan kurang pengetahuan tentang manajemen laktasi dan perawatan bayi berhubungan dengan kurang terpaparnya sumber informasi pada tanggal 01 April 2010 jam 08.45 WIB didapatkan hasilnya: masalah dapat teratasi karena klien sudah paham dengan informasi yang diberikan, klien dapat mempraktekkan breastcare, klien dapat mempraktekkan cara merawat bayi yang baik dan benar, serta klien mengetahui nutrisi ibu menyusui.

Masalah yang muncul tetapi belum diangkat adalah riwayat Keluarga Berencana. Dari pengkajian ditemukan data bahwa klien belum pernah menggunakan alat kontrasepsi jenis apapun, sedangkan saat ini klien post partum hari ke-0. padahal masalah Keluarga Berencana sangat penting untuk dibahas karena bila tidak dibahas akan menjadi suatu masalah dalam rumah tangga. Keluarga Berencana (KB) adalah mengatur jumlah anak sesuai dengan kehendak dan menentukan sendiri kapan ingin hamil. Manfaat KB atau kontrasepsi pada ibu: langsung dapat memberikan kasih sayang, mempercepat involusi alat reproduksi, mengurangi kemungkinan perdarahan pascapartus, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, menentukan jumlah anak dalam keluarga mengurangi kemungkinan karsinoma mammae, laktasi amenore sampai batas 3-4 bulan yang bertindak sebagai metode keluarga berencana. Jadi ada ibu pasca persalinan harus segera dikaji tentang kontrasepsi karena dapat menentukan kebahagiaan keluarga dan tumbuh kembang dan kesehatan bayi. Dampak dari tidak menggunakan alat kontrasepsi adalah selain memiliki keturunan yang banyak,

tidak menggunakan alat kontrasepsi juga dapat menyebabkan jarak kelahiran antara anak 1 dengan anak yang lain pendek, dan dapat berakibat pada kondisi fisiologis reproduksi sang ibu.



## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Simpulan**

Penyebab kematian pada ibu post partum salah satunya adalah terjadinya perdarahan. Menurut Depkes RI, kematian ibu di Indonesia (2002) adalah 650 ibu tiap 100.000 kelahiran hidup dan 43% dari angka tersebut disebabkan oleh perdarahan post partum. Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6-8 minggu. Tahapan masa nifas (puerperium): puerperium dini, puerperium intermedial, dan remote puerperium.

Dari hasil pengkajian tanggal 31 Maret 2010, klien G1P1A0 dan pada persalinan sekarang terdapat episiotomi. Diagnosa yang muncul pada pengkajian adalah :

1. Nyeri akut berhubungan dengan trauma perineum dan kontraksi uterus selama proses involusio.

Intervensi yang dilakukan pada diagnosa yang pertama adalah kaji intensitas nyeri, ajarkan teknik distraksi relaksasi, berikan posisi yang nyaman, berikan kesempatan klien untuk istirahat, monitor tanda-tanda vital, kolaborasi pemberian analgetik.

2. Kurang pengetahuan tentang manajemen laktasi dan perawatan bayi berhubungan dengan kurang terpaparnya sumber informasi

Intervensi yang dilakukan adalah berikan pendidikan kesehatan tentang perawatan payudara (Breastcare) dan nutrisi ibu menyusui serta demonstrasikan cara perawatan bayi yang baik dan benar.

3. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan,

Intervensi yang dilakukan adalah kaji tanda infeksi (REEDA), anjurkan klien cuci tangan sebelum dan sesudah BAK/BAB dengan sabun, kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat antibiotik.

Tindakan yang diimplementasikan adalah sesuai dengan intervensi, namun ada satu intervensi yang tidak dilakukan yaitu berikan kesempatan klien untuk istirahat, karena pada pengkajian kebutuhan istirahat klien sudah terpenuhi dan tidak ada masalah.

Dan evaluasi dari implementasi pada diagnosa pertama adalah nyeri berkurang, skala nyeri 2, ekspresi wajah rileks, masalah teratasi. Pada diagnosa kedua evaluasi yang didapat adalah klien tampak paham, klien dapat mendemonstrasikan Breastcare dan cara perawatan bayi yang baik dan benar, masalah teratasi. Dan pada diagnosa ketiga evaluasi yang didapat adalah klien masih mengeluarkan darah namun tidak ada pus dan tidak berbau busuk, tidak ada tanda-tanda infeksi, masalah tidak terjadi.

## **B. Saran**

Bagi mahasiswa hendaknya lebih memahami tentang hubungan terapeutik dalam pemberian asuhan keperawatan terutama pada pasien post partum dengan episiotomi dan pasien dengan masalah kesehatan lain pada

umumnya. Mahasiswa hendaknya melakukan pengkajian secara tepat agar dapat menentukan diagnosa yang tepat sehingga tidak muncul komplikasi. Hubungan antara perawat dengan tim kesehatan lain serta kerjasama perawat dengan keluarga sangat diperlukan untuk membantu perkembangan kondisi pasien kearah yang lebih baik. Rumah sakit hendaknya memberikan informasi pada masyarakat tentang masalah kesehatan, penanganan dan pencegahan dini, baik melalui leaflet maupun poster. Bagi para pembaca (khususnya mahasiswa Keperawatan dan perawat) setelah membaca Karya Tulis Ilmiah ini dapat menambah wawasan tentang apa itu post partum, etiologi, perubahan-perubahan yang terjadi baik perubahan fisiologis maupun psikologis serta penanganan yang tepat:





## DAFTAR PUSTAKA

Asmadi, 2008, *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Dasar Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*, Jakarta: Salemba Medikal

Bobak M. Irene, 2004. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*, Edisi 4, Jakarta: EGC

Carpenito-Moyet, Lynda Juall, 2006. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*, Edisi 10, Jakarta: EGC

Doengoes, E. Marylenn, 2001, *Rencana Perawatan Maternal/bayi*, Edisi 4, Jakarta: EGC

Ambarwati, Eny Retna, 2009. *Asuhan Masa Nifas*. Cet. 3, Yogyakarta : Mitra Cendikia Press.

Helen, Varney, 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*, Edisi 4, Jakarta: EGC

Nic & Noc, 2007-2008, *Diagnosa Nanda*

Potter, Patricia A, 2005, *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*, Edisi 4, Jakarta: EGC

Saifuddin, Abdul Bari, 2002. *Buku Acuan Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Edisi 1, Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

<http://www.infoibu.com/mod.php?mod=publisher&op=viewerarticle&artid=11>

<http://yayanakhyar.wordpress.com/2008/09/29/perdarahan-post-partum-hemorrhagic/>

<http://www.kuliahbidan.wordpress.com/2008/07/1/manfaat-kb/>