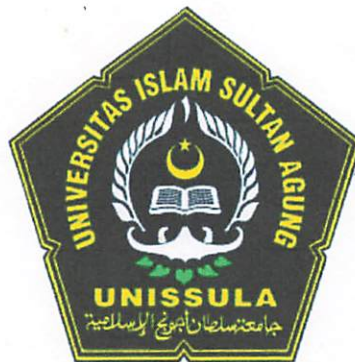


**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. DH
DENGAN POST PARTUM SPONTAN DI RUANG AN-NISA
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh:

Ayuk Maria Ulfa
89.331.2835

**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




LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan di hadapan Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Senin tanggal 21 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 21 Juni 2010


Tim Penguji,

Penguji I


(Ns. Tutik Rahayu, S.Kep.)

NIK : 210 996 001

Penguji II


(Ns. Hernandia Distinarista, S.Kep.)

NIK. 210 910 021

Penguji III


(Ns. Halimatul Mufida, S.Kep.)

NIK : 210 909 017

MOTTO

“Puncak keberhasilan pasti melalui berbagai macam rintangan, tapi hadapilah dengan sabar dan tawakal”

“Hai orang-orang beriman, jadikanlah sabar dan sholat sebagai penolongmu, sesungguhnya Allah beserta orang-orang yang sabar”

“Seorang sahabat tidak akan menyembunyikan kesalahan untuk menghindari perselisihan, justru karena kasihnya ia memberanikan diri menegur apa adanya”

“Harta yang paling menguntungkan ialah SABAR.. Bahasa yang paling manis adalah SENYUM. Dan ibadah yang paling indah tentunya KHUSYUK

“Cintailah kekasihmu sekedarnya saja, siapa tahu nanti akan jadi musuhmu. Dan bencilah musuhmu sekedarnya saja, siapa tahu nanti akan jadi kekasihmu. (Ali bin Abi Thalib)”

“Mencintai orang lain adalah setengah iman”.

KATA PENGANTAR



Assalamu 'alaikum wr. wb.

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah memberikan taufik dan hidayah serta Inayah-NYA sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya tulis ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny DH dengan post partum spontan di Rumah Sakit Sultan Agung Semarang”. Yang merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya keperawatan di Prodi DIII keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Islam Sultan Agung.

Dalam penulisan dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan, bimbingan, pengarahan, dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu perkenankan penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.Sc., M. Eng, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Iwan Ardian, SKM selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ibu Wahyu Endang, SKM selaku kaprodi DIII keperawatan, Fakultas Ilmu keperawatan, Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk menyusun karya tulis ilmiah ini.

4. Ibu Tutik Rahayu, S. Kep, Ns selaku pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah yang banyak memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Bapak dan ibu Dosen Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan sebagai dasar karya tulis ilmiah ini.
6. Ayah dan Ibu tercinta yang telah memberikan dukungan baik materi maupun moril kepada penulis.
7. Adikku tercinta serta keluarga besarku terima kasih atas doanya.
8. Sahabat dan temanku tercinta yang telah mendukung dan motivasi dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Semoga Allah SWT melimpahkan rahmat dan hidayah-NYA kepada kita semua dan besar harapan semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi penulis dan pembaca pada umumnya.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini banyak kekurangan. Oleh sebab itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang dapat membangun dari berbagai pihak untuk memperbaiki karya tulis ilmiah ini.

Wassalamu 'alaikum wr. wb.

Semarang, Mei 2010

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI	iii
HALAMAN MOTTO.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	2
C. Manfaat Penulisan.....	3
BAB II KONSEP DASAR.....	4
A. Pengertian	4
B. Tahapan Masa Nifas.....	4
C. Etiologi persalinan.....	5
D. Anatomi alat kandungan	6
E. Perubahan Fisiologis Masa Nifas	9
F. Adaptasi psikologis... ..	15
G. Komplikasi	17
H. Fisiologiways	18
I. Konsep Dasar Keperawatan	19
J. Focus intervensi	24

BAB III RESUME KEPERAWATAN ...	32
A. Pengkajian	32
B. Data Biologis.....	33
C. Pemeriksaan Fisik	35
D. Data Penunjang	36
E. Terapi	37
F. Analisa Data	37
G. Diagnosa Keperawatan	38
H. Intervensi Keperawatan	39
I. Implementasi Keperawatan	40
J. Evaluasi	42
BAB VI PEMBAHASAN	44
BAB V PENUTUP	55
a. Kesimpulan	55
b. Saran	57
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Reproduksi Wanita.....	7
----------------------------------	---



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat Kesediaan pembimbing
- Lampiran 2. Surat Keterangan Konsultasi
- Lampiran 3. Lembar konsultasi
- Lampiran 4. Berita Acara
- Lampiran 5. Askep Asli



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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

Menurut WHO (*World Health Organization*) melalui pemantauan ibu meninggal di berbagai belahan dunia memperkirakan bahwa setiap tahun jumlah 500.000 ibu meninggal disebabkan pada nifas (Depkes 2002). Di Indonesia, Sebagian besar persalinan terjadi tidak di rumah sakit, sehingga sering pasien yang bersalin diluar penanganan tim kesehatan, 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.

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 kearahanya mengharuskan dilakukan histerektomi laserasi traktus genitalia yang dapat terjadi sebagai perdarahan post partum antara lain laserasi perineum, laserasi vagina, cedera levatoranida dan pada servik uteri.

Salah satu tujuan pembangunan millenium (MGD) 2015 adalah perbaikan kesehatan maternal, kematian maternal dijadikan ukuran keberhasilan terhadap pencapaian terget MDG-5 adalah penurunan 75% rasio kematian maternal (Adriansz. G 2006). Di negara-negara sedang berkembang frekuensi dilaporkan berkisar antara 0,3%-0,7% sedangkan di negara-negara maju angka tersebut lebih kecil yaitu 0,05%-0,1% (Informasi Wadah Organisasi Islamiah, 2008).

Dalam periode sekarang ini asuhan masa nifas sangat diperlukan karena merupakan masa kritis pada ibu post partum. Diperkirakan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama (Prawiroharjo 2005).

Pada ibu post partum mengalami adaptasi fisiologis dan psikologis maka dari itu perlu mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat supaya tidak terjadi perdarahan-perdarahan akibat komplikasi. Dengan adanya data diatas penulis tertarik untuk mengambil karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. DH dengan Post Partum Spontan di Ruang An-Nisa Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk memberikan Asuhan keperawatan pada Ibu post partum spontan.

2. Tujuan khusus

- a. Dapat mengidentifikasi pengkajian post partum spontan.
- b. Dapat mengidentifikasi diagnosa keperawatan dan rencana tindakan keperawatan yang muncul pada ibu post partum spontan.
- c. Dapat mengaplikasikan implementasi dan mengidentifikasi evaluasi post partum spontan.

C. Manfaat Penulisan

1. Pasien

Klien dapat mengetahui perawatan post partum spontan sehingga dapat menjadi bekal dalam perawatan pada diri sendiri.

2. Penulis

Menambah pengetahuan dan memberikan pengalaman nyata yang berkaitan dengan Asuhan Keperawatan pada ibu post partum spontan.

3. Rumah sakit

Dapat menambah referensi dalam upaya peningkatan pelayanan Asuhan keperawatan.

4. Institusi keperawatan

Menambah referensi dalam bidang pendidikan sehingga dapat menyiapkan calon perawat yang berkompeten khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada ibu post partum spontan secara komprehensif.

5. Masyarakat

Memberikan tambahan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada ibu post partum spontan.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Pengertian

Periode pasca partum adalah masa enam minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil (Bobak, 2004).

Masa nifas terdiri atas periode setelah kelahiran bayi dan plasenta sampai sekitar 6 minggu post partum (Hacker, Neville F, 2001).

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

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, 2007).

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 minggu atau 40 hari.

B. Tahapan Masa Nifas

Nifas dibagi menjadi 3 tahap menurut Ambarwati (2009) yaitu:

1. Puerpurium dini

Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

2. Puerperium intermedial

Kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia 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.

C. Etiologi Persalinan

Apa yang menyebabkan terjadinya persalinan belum diketahui benar, yang ada hanyalah merupakan teori-teori yang kompleks antara lain dikemukakan faktor-faktor humoral, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf dan nutrisi ini menurut Ujiningtyas (2009) antara lain:

1. Teori penurunan hormon

Penurunan kadar hormon estrogen dan progesterone mulai terjadi 1 sampai 2 minggu sebelum partus. Progesterone bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesterone turun.

2. Teori plasenta menjadi tua

Akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah. Hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.

3. Teori distensi rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskhemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi uteri plasenter.

4. Teori iritasi mekanik

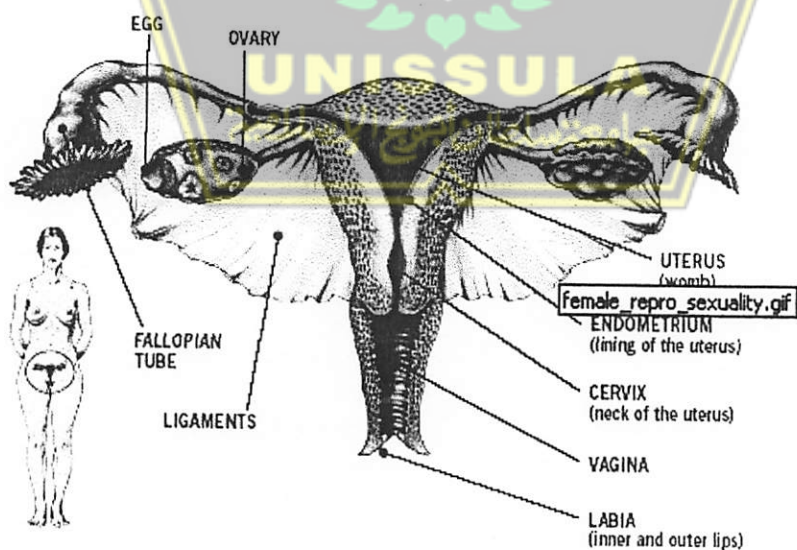
Di belakang serviks terletak ganglion servikale (Fleksus frankenhouser). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus.

5. Induksi partus (*induction of labour*). partus dapat pula ditimbulkan dengan jelas :

- a) Gangang laminaria : beberapa laminaria dimasukkan dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang pleksus franhauser
- b) Amniotomi : pemecahan ketuban
- c) Oksitosin drips : pemberian oksitosin menurut tetesan per infus

D. Anatomi Alat-alat Kandungan

Anatomi alat-alat kandungan interna dan eksterna menurut Cunningham (2007) yaitu:



Gambar 1. Reproduksi Wanita

1. Alat Kandungan Luar (eksterna)

a. Mons Veneris

Bantalan berisi lemak yang terletak dipermukaan anterior simpisis pubis. Setelah pubertas kulit mons pubis tertutup rambut ikal yang berbentuk pola distribusi tertentu.

b. Bibir besar kemaluan (labia mayora)

Berupa dua buah lipatan bulat jaringan lemak yang ditutupi kulit dan memanjang kebawah dan kebelakang dari mons pubis.

c. Bibir kecil kemaluan (labia minora)

Dua buah lipatan jaringan yang pipih dan berwarna kemerahan akan terlihat bila labia mayora dibuka. Jaringan yang kedua sisinya menyatu pada ujung atas vulva.

d. Klitoris

Identik dengan penis pada pria, kira-kira sebesar kacang hijau sampai cabe rawit dan ditutupi oleh frenulum klitoris. Glan klitoris berisi jaringan yang dapat berereksi, sifatnya amat sensitif karena banyak memiliki serabut saraf.

e. Vulva

Bagian alat kandung luar yang berbentuk lonjong, berukuran panjang mulai dari klitoris kanan kiri dibatasi bibir kecil, sampai ke belakang dibatasi perineum.

f. Vestibulum (bulbus vestibuli sinistra et dextra)

Terletak di bawah selaput lendir vulva, terdiri dari bulbus vestibuli kanan dan kiri. Disini dijumpai kelenjar vestibuli mayor (kelenjar Bartholini) dan kelenjar vestibulum minor.

g. Introitus vagina

Mempunyai bentuk dan ukuran yang berbeda-beda. Biasanya disebut sebagai pintu masuk ke vagina.

h. Hiatus himenalis (lubang selaput dara)

Merupakan selaput yang menutupi introitus vagina. Biasanya berlubang membentuk semi lunaris, anularis, tapisan, septata atau fimbria.

i. Lubang kemih (orifisium uretra eksterna)

Tempat keluarnya air kemih yang terletak dibawah klitoris. Disekitar lubang kemih bagian kiri dan kanan di dapat lubang kelenjar skene.

j. Perineum

Terletak diantara vulva dan anus.

2. Alat kandung dalam (interna)

a. Vagina (liang senggama)

Adalah liang atau saluran yang menghubungkan bagian luarnya dengan rahim, terletak diantara saluran kemih dan liang dubur. Di bagian ujung atasnya terletak mulut rahim.

b. Rahim (uterus)

Adalah struktur otot yang cukup kuat, bagian luarnya ditutupi oleh peritoneum sedangkan rongga dalamnya dilapisi oleh mukosa rahim. Ukuran berbentuk seperti buah advokat atau buah peer yang sedikit gepeng ke arah muka belakang.

Uterus terdiri atas :

- 1) Fundus uteri
- 2) Korpus uteri
- 3) Serviks uteri

c. Tuba Fallopi

Tuba fallopi terdiri atas :

- 1) Pars interstisialis, bagian yang terdapat di belakang uterus
- 2) Pars istmika, merupakan bagian medial tuba yang sempit seluruhnya.
- 3) Pars ampullaris, bagian yang berbentuk sebagai saluran agak lebar, tempat konsepsi terjadi.
- 4) Infundibulum, bagian ujung tuba yang terbuka ke arah abdomen dan mempunyai fimbria.

d. Ovarium (indung telur)

Terdapat dua indung telur, masing-masing di kanan dan di kiri rahim, dilapisi mesovarium dan menggantung di bagian belakang ligamentum latum, kiri dan kanan.

E. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1. Perubahan sistem reproduksi :

a. Invulusi uterus

1) Pengertian

Invulusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat berkisar

60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot – otot polos uterus.

2) Proses Involusi uterus

Pada akhir kala III persalinan, uterus berada digaris tengah, kira-kira 2cm dibawah umbilicus dengan bagian fundus bersandar pada promontorium sakralis. Pada saat ini besar uterus kira – kira sama dengan besar uterus sewaktu usia kehamilan 16 minggu dengan berat 1000 gram (Ambarwati, 2009).

Proses tersebut dapat diamati dengan pemeriksaan TFU : Dalam 12 jam setelah persalinan, fundus berada kurang lebih 1 cm diatas umbilikus. Fundus turun kira-kira 1 – 2 cm setiap 24 jam, pada hari ke-6, fundus normal akan terasa di pertengahan antara umbilikus dan simpisis pubis, pada hari ke –9 uterus tidak bisa di palpasi pada abdomen

3) Involusi tempat melekatnya plasenta

Setelah plasenta dilahirkan, tempat melekatnya plasenta menjadi tidak beraturan oleh vaskuler yang kontriksi serta trombus penyembuhan luka bekas plasenta.

b. Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Pada 4 sampai 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. Vulva dan vagina

Setelah pasca persalinan vagina yang sangat meregang, lambat laun mencapai ukurannya yang normal. Ukurannya berkurang kembali oleh vaginal rubae sekitar post partal minggu ketiga.

Abrasi dan laserasi vulva perineum sembuh segera, mencakup perbaikan (Bobak, 2005).

d. Lochea

Eksekusi 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 lasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan mekonium.

2) 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.

3) 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 2009).

e. **Perineum**

Setelah melahirkan perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh kepala dan dapat sembuh kembali, latihan penguatan otot perineal dengan sengaja mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu.

f. **Laktasi**

Laktasi dimulai pada semua wanita dengan perubahan hormon saat melahirkan. Wanita dapat mengalami kongesti payudara selama beberapa hari pertama pasca partum karena tubuhnya mempersiapkan untuk memberikan nutrisi kepada bayi. Wanita yang menyusui berespon terhadap menstimulus bayi yang disusui akan terus melepaskan hormon dan stimulasi alveoli yang memproduksi susu. Bagi wanita yang memilih memberikan formula, involuasi jaringan payudara terjadi dengan menghindari stimulasi. Adapun kesulitan/kelainan yang dapat terjadi selama masa laktasi :

- 1) Mastitis
- 2) Abses mamame
- 3) Kelainan putting

Pengkajian payudara pada periode awal post partum, meliputi penampilan dan integritas putting susu, memar, atau iritasi jaringan payudara karena posisi pada payudara, adanya kolostrum, apakah payudara terisi air susu dan adanya sumbatan duktus, kongesti dan tanda-tanda mastitis potensial (Wals, 2007).

2. Adaptasi kardiovaskuler

- a. 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

- b. Leukositosis normal rata-rata pada wanita hamil kira-kira 12.000/mm³. Selama 10–12 hari setelah persalinan, umumnya bernilai antara 20.000–25.000/mm³.
- c. Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 x/menit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat.

- d. Tanda-tanda vital

Post partum selama 24 jam suhu badan anak naik (37,5°C sampai dengan 38°C). Jika setelah 24 jam didapatkan peningkatan suhu diatas 38°C selama 2 hari berturut-turut, dalam 10 hari persalinan maka perlu dipikirkan kemungkinan adanya infeksi saluran kemih (Bobak, 2005).

3. Adaptasi gastrointestinal

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah melahirkan. Hal ini disebabkan karena waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan colon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (Ambarwati, 2009).

4. Adaptasi urinarius

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 saat persalinan (Bobak, 2004).

5. Adaptasi muskuloskeletal

Alat dinding abdomen teregang secara bertahap selama kehamilan mengakibatkan hilangnya otot. Keadaan ini terlihat jelas setelah melahirkan (Ambarwati, 2009).

6. Adaptasi Integumen

Kloasma yang muncul pada masa hamil biasanya menghilang saat kehamilan berakhir. Hiperpigmentasi diareola dan linea alba 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 (Bobak, 2005).

7. Adaptasi sistem endokrin

Adaptasi sistem endokrin menurut Ambarwati (2009) yaitu:

a. Hormon plasenta

Keadaan plasma hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. Selain itu hormon estrogen dan progesteron juga menurun setelah plasenta keluar.

b. Hormon pituitari

Keadaan prolaktin pada darah meningkat dengan cepat selama kehamilan. Setelah persalinan, pada wanita yang tidak menyusui, keadaan prolaktin menurun, mencapai keadaan seperti sebelum kehamilan dalam waktu 2 minggu.

Hormon oksitosin

Keadaan oksitosin juga meningkat dengan cepat selama kehamilan. Selama tahap ketiga persalinan, oksitoksin menyebabkan pemisahan plasenta.

F. Adaptasi Psikologis

Secara psikologis, setelah melahirkan seorang ibu akan merasakan gejala-gejala psikiatrik, demikian juga pada masa menyusui.

Ada beberapa adaptasi psikologis diantaranya :

1. Fase taking in

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

2. Fase taking hold

Fase ini berlangsung antara 3 – 10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam merawat bayi. Selain itu perasaannya sangat sensitive sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati.

3. Fase letting go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan (Ambarwati, 2009).

4. Adaptasi saudara kandung

Kelakuan mundur (regresi) ke usia yang jauh lebih muda bisa terlihat pada 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 suka cita akan kehadiran bayi di rumah mulai pudar. tahap ini orang tua menghabiskan banyak waktu dan tenaga untuk bisa membuat saudara kandung ini menerima bayi yang baru lahir, Anak-anak yang lebih tua terlibat aktif dalam persiapan kedatangan bayi dan keterlibatan ini meningkat setelah bayi lahir, orang tua mempunyai tugas sebagai berikut:

- a. Membuat anak yang lebih tua merasa dikasihi dan diinginkan.
- b. Mengatasi rasa bersalah yang timbul dari pemikiran bahwa anak yang lebih tua mendapat perhatian dan waktu yang lebih sedikit.
- c. Mengembangkan rasa percaya diri dalam kemampuan mereka mengasuh lebih dari satu anak.
- d. Memantau perlakuan anak yang lebih tua terhadap bayi yang lebih lemah dan mengalihkan perilaku yang agresif.

5. Adaptasi ayah

Bayi baru lahir mempunyai dampak yang besar terhadap ayah. Ayah mempunyai keterlibatan yang dalam terhadap bayi mereka ini disebut absorpsi, keasyikan, dan kesenangan ayah dengan bayinya disebut 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.

6. Adaptasi kakek nenek

Dukungan kakek nenek dapat menjadi pengaruh yang menstabilkan keluarga yang mengalami krisis perkembangan dan untuk membantu kakek nenek menjembatani perbedaan generasi dan membantu mereka memahami konsep menjadi orang tua (Bobak, 2004).

G. Komplikasi

1. Perdarahan masa nifas

Perdarahan lebih dari 500–600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir

2. Mastitis

Infeksi kelenjar mammae merupakan komplikasi antepartum organisme penyebab tersering adalah *Staphylococcus aureus*.

3. Endometritis

Jenis infeksi yang paling sering ialah endometriasis. Kuman-kuman memasuki endometrium, biasanya pada luka bekas insersio plasenta, dan dalam waktu singkat mengikut sertakan seluruh endometrium.

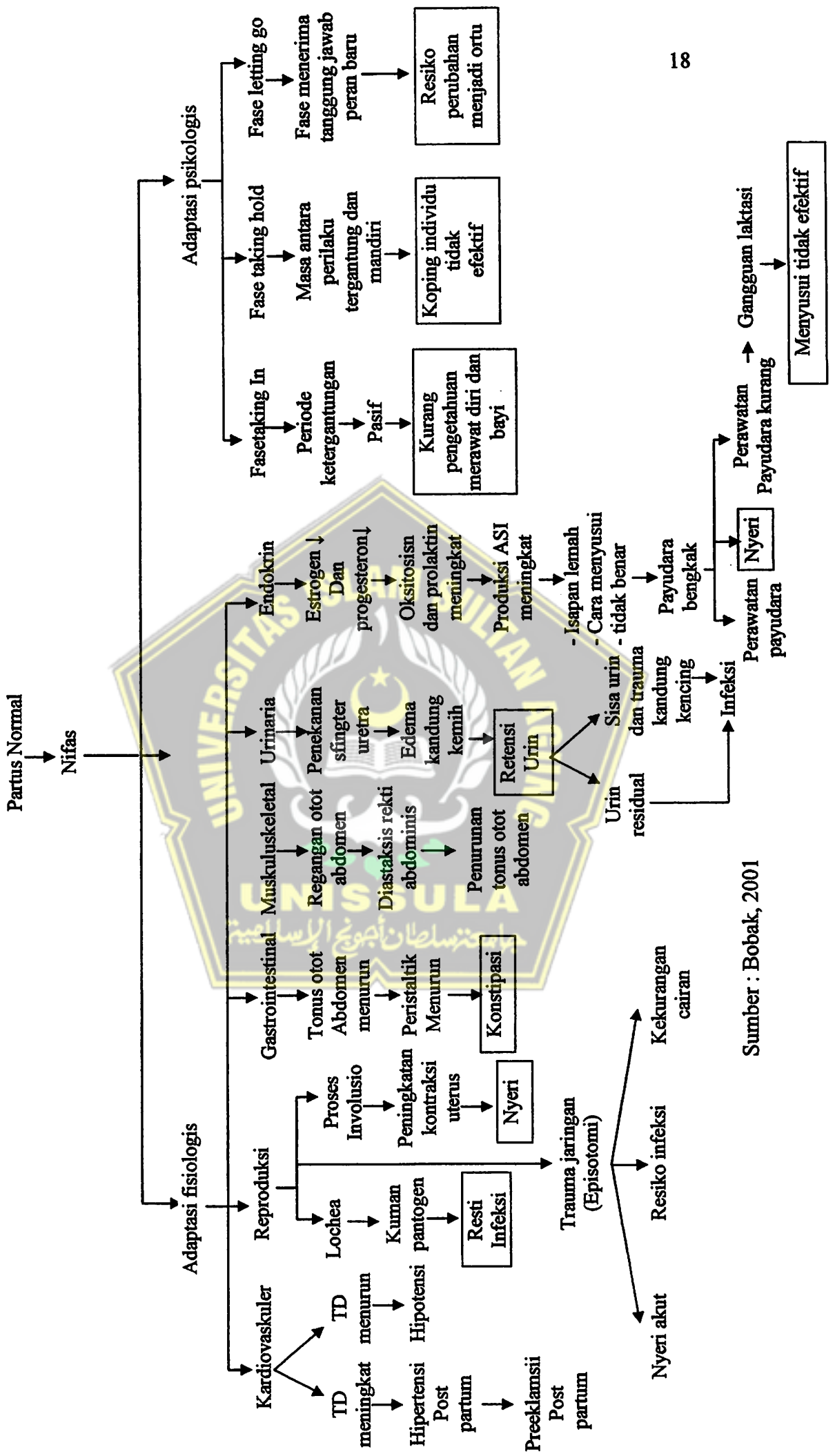
4. Peritonitis

Infeksi nifas dapat menyebar melalui pembuluh limfe di dalam uterus langsung mencapai peritoneum dan menyebabkan peritonitis atau melalui jaringan diantara kedua lembar ligamentum latum yang menyebabkan parametritis (Sellulitis pelvika).

5. Tromboplebitis

Perluasan infeksi nifas yang paling sering ialah perluasan atau invasi mikroorganisme patogen yang mengikuti aliran darah di sepanjang vena dan cabang cabangnya sehingga terjadi tromboplebitis (Wals, 2007).

H. Fisiologiways



I. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pada 4 jam sampai 3 hari post partum

- a. **Aktivitas –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 terajdi diantara hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca partum.**
- g. **Seksualitas : uterus 1 cm diatas umbilicus pada 12 jam setelah kelahiran, menurun kira-kira 1 lebar jari setiap harinya. Lochia rubra berlanjut sampai hari ke 2 – 3 berlanjut menjadi lochea serosa dengan aliran tergantung pada posisi (misalnya rekumben yeres ambulasi berdiri) dan aktifitas menyusui.**
- h. **Payudara : produksi kolostrum 48 jam pertama berlanjut pada mature biasanya pada hari ketiga, mungkin lebih dini tergantung kapan menyusui dimulai (Doengoes, 2001).**

2. Asuhan Keperawatan Ibu Post Partum

Pengkajian

- a. **Riwayat kehamilan dan persalinan GPA**

- b. Tanda vital, nadi, suhu, tekanan darah dan pernafasan
- c. Perubahan payudara
 - 1) Besar bentuk bengkak atau tidak, warna kulit atau areola, suhu meningkat.
 - 2) Putting: bentuk menonjol atau tidak, adalah luka atau lecet, kebersihan? Colostrum? Akan meningkat pada hari ke-2 atau hari ke-3.
- d. Abdomen dan fundus uteri
 - 1) Sebaiknya klien BAK duduk, vesika dalam keadaan kosong
 - 2) Palpasi, ukur TFU, Posisi, kontraksi, diastasis revisi abdominis
 - 3) Anamnesa : sudah ada BAB, BAK, adakah mual dan muntah, kaji intensitas mulas.
 - 4) Auskultasi : kaji bising usus
- e. Perineum dan rectum
 - 1) Lihat dengan terlentang kemudian dengan posisi ini ke arah jahitan sehingga anus dan perineum terlihat jelas
 - 2) Observasi : keadaan jahitan, kaji keadan luka, episiotomi
 - 3) Tanda jahitan REEDA yaitu redness, edema, echymosis, discharge, approximation.
 - 4) Keluhan nyeri
 - 5) Hemoroid
 - 6) Lochea : discharge, kaji jumlah biasa dilihat dengan frekuensi penggantian dusk.

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

f. Ekstremitas dan rectum

- 1) Kaji kekuatan otot
- 2) Adakah pembengkakan
- 3) Adakah rasa nyeri atau rasa tidak nyaman, tromboflebitis, dan tromboemboli
- 4) Kaji tanda human sign +, yaitu : edema, redness, tegang, suhu kulit meningkat.
- 5) Cara kaji : kaki ditinggikan 30 derajat

g. Istirahat dan rasa nyaman

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

h. Kemampuan perawatan dan bayi

i. Tingkat energi

j. Status gizi

k. Status psikologi dan emosional

- 1) Fase internal menurut rubin taking in, taking hold, letting go
- 2) Respon terhadap kelahiran atau proses melahirkan
- 3) Respon terhadap bayi
- 4) Respon terhadap keluarga : kaji penerimaan keluarga tentang kelahiran yang lalu, kaji bagaimana dengan kelahiran saat ini, observasi interaksi klien dengan anggota keluarga.
- 5) 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.
- 6) 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.

l. Aspek pengetahuan ibu dan keluarga mengenai perawatan post partum

- 1) Nutrisi
- 2) Perawatan payudara
- 3) Senam nifas
- 4) Perawatan bayi
- 5) ASI
- 6) Teknik menyusui

- 7) Imunisasi dasar bayi
- 8) Manajemen nyeri post partum
- 9) Peran keluarga

m. Tujuan perawatan klien post partum

- 1) Menunjang pengembalian uterus pada keadaan abnormal
- 2) Mencegah Komplikasi sekecil mungkin
- 3) Meningkatkan rasa aman dan proses penyembuhan
- 4) Membantu pengembalian fungsi-fungsi tubuh ke keadaan normal
- 5) Meningkatkan kemampuan klien untuk merawat diri sendiri
- 6) Meningkatkan pengetahuan klien pada perubahan-perubahan fisiologis dan psikologis
- 7) Mendukung adaptasi dan keutuhan keluarga klien terhadap bayi baru lahir.
- 8) Mendukung kemampuan sebagai orang tua dalam menerima kelahiran bayi
- 9) Menurunkan angka kematian ibu bersalin.

3. Penatalaksanaan Post Partum Spontan

a. Medis

Penatalaksanaan medis dan pemeriksaan diagnostik menurut Varney

(2007) yaitu:

- 1) Cairan IV
- 2) Oksitosik sesuai indikasi
- 3) Analgetik

- 4) Laksatif atau pelunak feses
 - 5) Uji laboratorium sesuai indikasi
 - 6) Kantong es untuk perineum sesuai indikasi
 - 7) Salep anestesi untuk hemoroid
 - 8) Penatalaksanaan ketidakmampuan untuk berkemih
 - 9) Perawatan payudara
 - 10) Nutrisi
 - 11) Tingkat aktivitas
 - 12) Immunoglobulin Rh
 - 13) Vaksin Rubella
- b. Pemeriksaan diagnostik
- 1) Hb, Ht
 - 2) Jumlah darah lengkap
 - 3) Urinalisis

J. Fokus Intervensi

Fokus intervensi menurut Doengoes (2001) yaitu:

1. Nyeri berhubungan dengan trauma jaringan/persalinan, perlukaan episiotomi, invokusia, uteri, pembengkakan payudara.

Tujuan : klien menunjukkan kenyamanan setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriteria hasil : 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 berkontraksi 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

Kriteria hasil :

- a. Mengungkapkan pemahaman tentang proses / situasi menyusui
- b. Mendemonstrasikan teknik efektif dari menyusui
- c. Menunjukkan keputusan regimen 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 menyusu dan lama menyusu
- e. Kaji puting klien, anjurkan klien melihat puting setiap habis menyusui
- f. Anjurkan klien untuk mengeringkan puting dengan udara selama 20-30 detik 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

putting 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 ruputur kebutuhan lama, malnutrisi.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan infeksi tidak terjadi pada klien

Kriteria Hasil :

- a. Mendemostrasikan teknik-teknik untuk menurunkan resiko/meningkatkan penyembuhan
- b. Menunjukkan luka dengan bekas dari drainase purulen
- c. Bebas 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 lochia 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 (diastesis 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

Kriteria hasil : melakukan kembali defekasi yang biasa optimal dalam 4 hari setelah kelahiran

Intervensi :

- a. Auskultasi adanya bising usus, perhatikan kebiasaan pengosongan normal atau diastatis 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

Kriteria hasil :

- a. Mengungkapkan masalah dan pertanyaan tentang menjadi orang tua
- b. Mendiskusikan peran menjadi orang tua secara realistis secara aktif mulai melakukan tugas perawatan bagi bayi lahir dengan tepat
- c. 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 diri dan perawatan bayi) berhubungan dengan kurang informasi.

Tujuan : Pengetahuan klien meningkat setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriteria hasil :

- a. Mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan belajar individu
- b. 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 sexual
- e. Diskusikan rencana penggunaan kontrasepsi
- f. Berikan informasi mengenai perubahan fisiologi pada respon sexual 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.**



BAB III

RESUME KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian dilaksanakan pada tanggal 23 Maret 2010, pukul 17.00 WIB di ruang bersalin rumah sakit Islam Sultan Agung Semarang.

1. Identitas Klien

Klien berinisial Ny DH, umur 27 th, alamat Cimandi Mlati Harjo Semarang, beragama Islam, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan ibu rumah tangga, suku/bangsa Jawa/Indonesia, status kawin, tanggal masuk 22 Maret 2010, No. cm 1117213, tanggal persalinan 23 Maret 2010, jam persalinan 15.00 WIB, status obstetri G1P1A0.

Penanggung jawab dari Ny DH adalah Tn. S, Hubungan dengan klien adalah suami klien, umur 32 tahun, pekerjaan wiraswasta, pendidikan terakhir SMA.

2. Riwayat keperawatan

Keluhan utama: klien mengatakan nyeri seperti mules pada perut bagian bawah

Riwayat persalinan sekarang: klien mengatakan habis dhuhur pada tanggal 22 Maret 2010 rembes cairan ketuban dari jalan lahir, belum ngepyoh, belum mengeluarkan lendir darah, belum terasa kenceng-kenceng dan akhirnya klien dibawa ke Rumah Sakit Islam Sultan Agung. Dan pada tanggal 23 Maret 2010 jam 15.00 WIB klien

melahirkan spontan, jenis kelamin bayi laki-laki, keadaan bayi baru lahir sehat.

3. Riwayat penyakit: klien mengatakan selama hamil tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan atau menular seperti hipertensi, diabetes melitus, asma.
4. Riwayat penyakit dahulu: klien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan atau menular seperti hipertensi, diabetes melitus, keturunan kembar, asma, klien sebelum hamil pernah sakit tipes, batuk, pilek.
5. Riwayat penyakit keluarga: klien mengatakan keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan atau menular seperti hipertensi, diabetes melitus, asma.
6. Riwayat Obstetri
Riwayat menstruasi: klien mengatakan pertama menstruasi umur 12 th, lamanya 7 hari, siklus 28 hari, HPHT 3 Juni 2009, hpl 10 Maret 2010.

B. Data Biologis

1. Pola nutrisi

Selama hamil : klien mengatakan makan sehari 3x dengan nasi, sayur lauk pauk, klien biasanya 1 porsi habis.

Setelah melahirkan: klien mengatakan makan 3x sehari dengan nasi, sayur, lauk pauk, klien mengatakan tidak suka dengan masakan di rumah sakit tapi klien mencukupi asupan dengan makan sedikit tapi sering dan diimbangi dengan ngemil.

2. Pola eliminasi

Selama hamil: klien mengatakan BAB 1x sehari dengan konsistensi lembek baunya khas, klien BAK 3 sampai 5x sehari dengan warna kuning jernih tidak keruh.

Setelah melahirkan: klien mengatakan BAB 1x sehari dengan konsistensi lembek baunya khas, klien BAK 3 sampai 5x sehari dengan warna kuning

3. Pola istirahat tidur

Sebelum hamil: klien mengatakan tidur sehari kira-kira 7 sampai 8 jam, klien dapat tidur nyenyak

Selama hamil : klien mengatakan tidur sehari kira-kira 4 sampai 5 jam, klien tidak bisa tidur nyenyak karena sering kenceng- kenceng perutnya.

Setelah melahirkan: klien mengatakan tidak ada masalah dalam tidurnya, klien tidur kira- kira 7 jam karena klien keletihan habis melahirkan, biasanya klien terbangun saat bayinya menangis.

4. Personal hygiene

Selama hamil : klien mengatakan mandi 2x sehari menggunakan sabun mandi, setelah BAK dan BAB membersihkan dengan air mengalir.

Setelah melahirkan: klien mengatakan sibin 2x sehari menggunakan sabun mandi, setelah BAK dan BAB membersihkan dengan air mengalir.

5. Pola kognitif

Selama hamil: klien mengatakan merasa senang dengan kehamilan pertamanya, dalam mengambil keputusan klien dibantu suami dan keluarganya.

Setelah melahirkan: klien mengatakan merasa senang dan bahagia dengan kelahiran buah hatinya, klien merasa menjadi wanita sempurna karena sekarang sudah menjadi seorang ibu, dalam mengambil keputusan klien dibantu suami.

6. Pola aktivitas

Selama hamil: klien mengatakan dapat beraktivitas seperti masak, mencuci, membersihkan rumah.

Setelah melahirkan: klien mengatakan belum bisa melakukan aktifitas seperti di rumah karena klien kelelahan, tapi klien dapat berjalan ke kamar mandi untuk BAK tapi butuh pengawasan dari keluarga.

7. Kebutuhan belajar

Selama hamil: klien mengatakan belum bisa caranya perawatan bayi dan cara menyusui yang benar

Setelah melahirkan: klien mengatakan belum bisa perawatan bayi dan cara menyusui yang benar, klien butuh pengetahuan dari perawat / bidan.

C. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum: masih lemas, status kesadaran: composmentis, Tanda-tanda vital: TD=120/90 mmHg, N= 64X/menit, S= 36,7⁰C, RR= 20x/menit. Kepala: bentuk mesocephal, tidak ada keluhan pusing, rambut warna hitam berikal, lembab karena berminyak dan berketombe. Muka: bersih tidak berjerawat, mata: penglihatan normal, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik. Hidung: tidak ada pembesaran polip, tidak ada sputum, bernafas menggunakan cuping hidung. Mulut: tidak stomatitis, tidak ada

gangguan menelan, tidak ada pembesaran tonsil. Telinga: bentuk simetris, ada serumen, tidak ada infeksi, tidak ada benjolan, tidak tuli. Leher: tidak ada pembesaran limfe, tidak kaku kuduk. Dada: bentuk simetris dan tidak ada nyeri dada. Payudara: membengkak, puting susu menonjol, areola hiperpigmentasi. Paru-paru: inspeksi=bentuk simetris kanan dan kiri, palpasi= tidak ada nyeri tekan, perkusi=sonor, auskultasi= vesikuler, Jantung: inspeksi= ictus cordis tidak tampak, palpasi=ictus cordis teraba pada intercosta ke 5, palpasi= redup, auskultasi= s1 dan s2 reguler. Abdomen: inspeksi = sedikit membesar dan tinggi fundus 1cm diatas umbilicus, auskultasi = bising usus 12x/ menit, palpasi = nyeri, perkusi= tympani. Genetalia: vagina sangat meregang, servik warnanya merah kehitaman, perineum kelihatan kendor karena sebelumnya teregang oleh kepala janin, keluar lochea rubra kira-kira dalam 1 hari ganti pembalut 2x sehari, alat kelamin = tidak ada nyeri saat BAK, bentuknya normal, rectum: tidak ada benjolan dan luka. Muskuloskeletal: ekstremitas atas tidak odema, tidak ada nyeri tekan, pada tangan kiri terpasang infus, ekstremitas bawah tidak ada odema, tidak ada varises,tidak ada nyeri tekan, warna kulit kemerahan, tes babinski normal tidak ada gangguan syaraf.

D. Data Penunjang

Pada tanggal 22 Maret 2010 didapatkan hasil pemeriksaan kimia darah antara lain:

WBC: $7,36 \cdot 10^3/\mu\text{l}$ (M= 3,8 – 10,6; F= 3,6 – 11,0), RBC: $3,99 \cdot 10^6/\mu\text{l}$ (M= 4,4 – 5,9; F= 3,8 – 5,2), HGB: 11,2g/dl (M=13,2-17,3; F= 11,7 – 15,5), HCT:

34,1% (M= 40 – 52; F= 35 – 47), MCV: 85,5 fl (80,0 – 100,0), MCH: 28,1 pg (26,0 -34,0), MCHC: 32,8 g/dl (32,0 – 36,0), PLT: 205 $10^3/\mu\text{l}$ (150 – 440), RDW-CV: 13,1 % (11,5 – 14,5), RDW-SD: 39,8 fl (35 – 47), PDW: 16,1 fl (9,0 -13,0), MPV: 11,8 fl (7,2 – 11,0), P-LER: 41,2 % (15,0 -25,0), Neut# 5,65 $10^3/\mu\text{l}$ (1,8 -77), Lymph# 1,20 $10^3/\mu\text{l}$ (0,9 – 44), MONO# 0,47 $10^3/\mu\text{l}$ (0,072 -0,88), EO# 0,02 $10^3/\mu\text{l}$ (0,072 -0,44), BASO#: 0,02 $10^3/\mu\text{l}$ (0 – 0,11), Neut %: 76,7 % (50 -70), Lymph %: 16,3 % (25 – 40), Mono%: 6,4 % (2 – 8), Eo%: 0,3% (2 – 4), Baso%: 0,3% (0 – 1), LED 1: 4mm/jam (M= 0 – 15 F= 0 -20), LED 11: 15 mm/jam.

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 22 Maret 2010

HBSAG: negatif (negatif), Glukosa sewaktu: 80 mg/dl (<140)

E. Terapi

1. Cefadroxil 3 x 500mg
2. Metil ergotametin 3 x 0,125mg
3. Ferofort 1 x 500mg
4. Vit A 3 x 6000mg
5. Infus RL 20 tpm

F. Analisa Data

Dari hasil pengkajian tanggal 23 Maret 2010 jam 17.00 WIB didapatkan data sebagai berikut:

Data pertama melalui data subjektif: klien mengatakan nyeri seperti mules pada perut bagian bawah, pengkajian nyeri didapatkan data Paliatif:

nyeri post natal, Kualitas: nyeri seperti mules, Region: di perut bagian atas pubis, Skala nyeri: 4, Time: nyeri saat berjalan. Data objektif: klien tampak kesakitan, ekspresi wajah menahan sakit, TD: 120/90 mmHg, N: 64x/menit, S: 36,7C, RR: 20x/menit, jadi diagnosa yang muncul adalah: gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan involusi uterus.

Data kedua, terdapat data subjektif: klien mengatakan kondisinya masih lemas dan klien belum bisa beraktivitas secara mandiri. Data objektif: klien nampak lemas, klien disibin oleh keluarga, saat ke kamar mandi klien tampak kesulitan tapi klien dibantu oleh keluarga. Maka diagnosa yang muncul adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan akibat mengejan.

Data ketiga, terdapat data subjektif: klien mengatakan tidak tahu caranya menyusui dan klien mengatakan kurang mengetahui caranya merawat bayi, data objektif: klien tampak bingung saat mau menyusui dan merawat bayi, jadi diagnosa yang muncul adalah kurang pengetahuan tentang manajemen laktasi dan perawatan bayi berhubungan dengan kurangnya informasi.

G. Diagnosa keperawatan

Dari hasil data diatas diprioritaskan urutan diagnosa keperawatan sebagai berikut:

Diagnosa pertama yaitu gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan involusi uterus.

Diagnosa kedua yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan akibat mengejan.

Diagnosa ketiga yaitu kurang pengetahuan tentang manajemen laktasi dan perawatan bayi berhubungan dengan kurangnya informasi.

H. Intervensi Keperawatan

Pada tanggal 23 Maret 2010 pada pukul 17.00 WIB penulis membuat rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa pertama yaitu gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan involusi uterus dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam nyeri dapat berkurang, dengan kriteria hasil ekspresi wajah rileks, klien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri menjadi 2 -3. Maka intervensi yang dilakukan adalah sebagai berikut: observasi keadaan umum dan tanda-tanda vital, mengkaji skala nyeri, Ajarkan teknik relaksasi dan distraksi dengan cara tarik nafas, berikan kesempatan untuk istirahat, kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi, obat anti nyeri atau analgetik

Diagnosa kedua: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan. Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam klien dapat beraktifitas secara bertahap dengan kriteria hasil klien dapat mandiri dalam beraktivitas. Intervensi sebagai berikut: observasi keadaan klien, beri motivasi kepada klien untuk melakukan aktivitas secara bertahap dan tidak boleh dipaksakan jika klien kelelahan dalam beraktivitas, dan anjurkan klien untuk istirahat sebentar setelah beraktivitas agar klien tidak terlalu capek sehingga klien dapat melakukan aktivitas lagi.

Diagnosa ketiga: kurangnya pengetahuan tentang manajemen laktasi dan perawatan bayi berhubungan dengan kurangnya informasi. Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam diharapkan klien dapat mengerti tentang perawatan bayi dan tehnik menyusui dengan kriteria hasil klien dapat mempraktekan secara mandiri. Intervensi sebagai berikut: kaji pengetahuan dan pengalaman menyusui dalam memberikan Asi, kaji tingkat pengetahuan klien tentang perawatan bayi seperti tali pusat, jelaskan mengenai gizi waktu menyusui, berikan penkes tentang cara menyusui dan merawat bayi.

I. Implementasi Keperawatan

Diagnosa pertama: gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan involusi uterus, implementasi dilakukan tanggal 23 Maret 2010. Dilakukan tindakan keperawatan: pukul 17.00 WIB mengobservasi keadaan umum klien, respon subjektif klien mengatakan badannya lemas, respon objektif klien tampak berbaring lemas, pukul 17.05 WIB mengkaji skala nyeri, respon subjektif klien mengatakan skala nyeri 4, respon objektif klien tampak kesakitan, pukul 17.10 WIB mengajarkan dan menganjurkan klien nafas dalam saat nyeri, respon subjektif klien bersedia melakukan sendiri, respon objektif nyeri berkurang, pukul 17.15 WIB mengajarkan massase pada perut bagian atas pubis saat nyeri, respon subjektif klien mau massase, respon objektif uterus tampak keras, 17.18 WIB memberikan posisi supinasi, respon subjektif klien tidur dengan posisi supinasi, respon objektif klien merasa nyaman. Pukul 17.20 WIB Memonitor TTV, respon subjektif klien

mau diukur dan klien menanyakan hasilnya, respon objektif TD: 120/90 mmHg, N: 64x/menit, S: 36,7C, RR: 20x/menit

Diagnosa kedua: intoleransi aktifitas berhubungan dengan keletihan, implementasi dilakukan tanggal 23 Maret 2010. Dilakukan tindakan keperawatan mulai pukul 17.30 WIB mengobservasi keadaan umum klien, respon subjektif klien tampak lemas, respon objektif klien tampak tiduran, pukul 17.30 WIB memotivasi agar klien untuk beraktivitas secara bertahap karena aktivitas dapat mengurangi odema pada kaki, respon subjektif klien mau menuruti anjuran, respon objektif klien mulai aktif seperti menyusui dan merawat bayinya, pukul 17.35 WIB menganjurkan klien untuk istirahat saat kelelahan, respon subjektif klien mengatakan tidak lelah, respon objektif klien kooperatif.

Diagnosa ketiga: kurangnya pengetahuan tentang manajemen laktasi dan perawatan bayi berhubungan dengan kurangnya informasi, implementasi dilakukan tanggal 23 Maret 2010. Dilakukan tindakan keperawatan mulai pukul 18.15 WIB mengkaji klien tentang caranya menyusui respon subjektif klien mengatakan masih bingung, respon objektif klien tampak bingung, pukul 17.18 WIB mengkaji pengetahuan klien tentang bagaimana merawat tali pusat, respon subjektif klien mengatakan tidak tahu cara perawatan tali pusat, respon objektif perawatan tali pusat yang melakukan perawat, memberikan pengetahuan kepada klien tentang bagaimana caranya menyusui yaitu wajah bayi menghadap ke payudara, mulut bayi membuka lebar, puting dan areola masuk ke mulut bayi, tangan kiri ibu menyangga kepala

dan bahu bayi, tangan kiri memegang kedua kaki bayi dan perawatan tali pusat bayi yaitu dengan cara: cuci tangan, membuka balutan, membersihkan tali pusat dengan air hangat, membungkusnya kembali dengan kassa steril, respon subjektif klien bersedia mendengarkan, respon objektif klien bertanya saat tidak paham.

J. Evaluasi

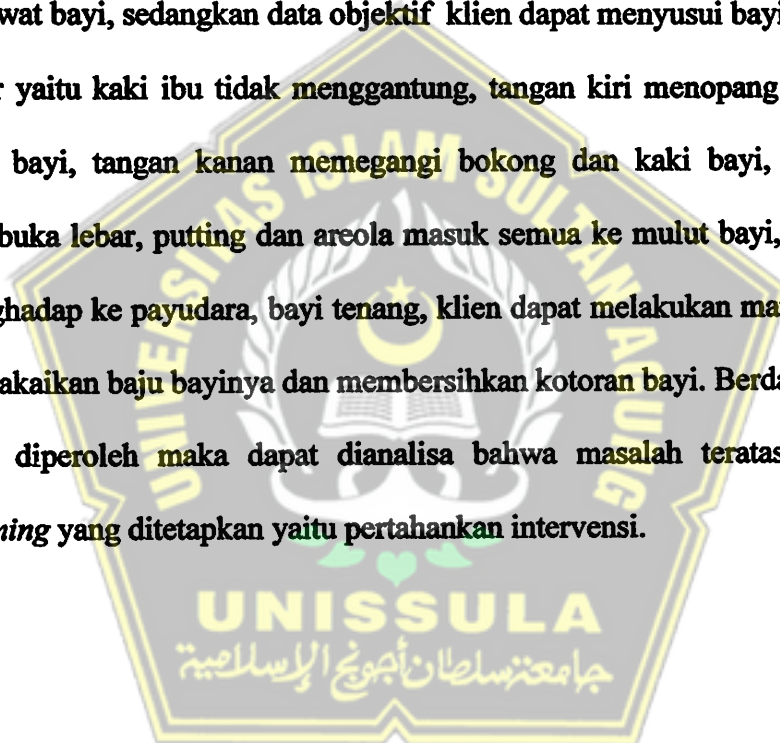
Setelah dilakukan implementasi, penulis melakukan evaluasi sebagai berikut:

Diagnosa pertama yaitu gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan involusi uterus, evaluasi dilakukan pada tanggal 24 Maret 2010 pukul 13.00 WIB, ditemukan data subjektif yaitu klien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri 3, sedangkan data objektif yang ditemukan yaitu klien tampak masih menahan rasa sakit saat bergerak, TTV: TD: 110/70 mmHg, N: 74x/menit, S: 36,3⁰C, RR: 18x/menit. Berdasarkan data yang diperoleh maka dapat dianalisa masalah teratasi sebagian, sehingga planning yang ditetapkan yaitu lanjutkan intervensi tentang manajemen nyeri

Diagnosa kedua yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan, evaluasi dilakukan pada tanggal 24 Maret 2010 pukul 13.10 WIB, diperoleh data subjektif yaitu klien mengatakan dapat beraktivitas secara mandiri, sedangkan data objektif yang ditemukan yaitu klien tampak mandiri dalam melakukan aktivitas seperti miring ke kanan-kiri, ke kamar mandi, jalan-jalan di ruangnya, memandikan bayi. Berdasarkan data yang diperoleh

maka dapat dianalisa bahwa masalah teratasi, sehingga *planning* pertahankan keadaan klien yang sudah membaik.

Diagnosa ketiga yaitu kurangnya pengetahuan tentang manajemen laktasi dan perawatan bayi berhubungan dengan kurangnya informasi, evaluasi dilakukan pada tanggal 24 Maret 2010 pukul 13.20 WIB, ditemukan data subjektif yaitu klien mengatakan sudah tahu caranya menyusui dan merawat bayi, sedangkan data objektif klien dapat menyusui bayinya dengan benar yaitu kaki ibu tidak menggantung, tangan kiri menopang kepala dan bahu bayi, tangan kanan memegang bokong dan kaki bayi, mulut bayi membuka lebar, puting dan areola masuk semua ke mulut bayi, wajah bayi menghadap ke payudara, bayi tenang, klien dapat melakukan mandiri seperti memakaikan baju bayinya dan membersihkan kotoran bayi. Berdasarkan data yang diperoleh maka dapat dianalisa bahwa masalah teratasi, sehingga *planning* yang ditetapkan yaitu pertahankan intervensi.



BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dibahas tentang asuhan keperawatan post partum spontan pada Ny. DH di ruang An-nisa Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang selama 2 hari. Dalam melakukan pengkajian asuhan keperawatan ini penulis lakukan dengan memperhatikan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi, selama memberikan tindakan asuhan keperawatan tersebut diagnosa keperawatan yang muncul adalah:

A. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan involusi uterus

Menurut Carpenito Lynda Juall (2001) nyeri akut adalah keadaan dimana individu mengalami dan melaporkan adanya rasa ketidaknyamanan yang hebat atau sensasi yang tidak menyenangkan selama enam bulan atau kurang. Batasan mayor: pengungkapan tentang deskriptor nyeri, minornya adalah mengatupkan rahang atau mengepalkan tangan, perubahan kemampuan untuk melanjutkan aktivitas sebelumnya, agitasi, ansietas, peka rangsang, menggosok bagian yang nyeri, mengorok, postur tidak biasanya (lutut ke abdomen), ketidakefektifan fisik atau imobilitas, gangguan konsentrasi, perubahan pada pola tidur, rasa takut mengalami cedera ulang, menarik bila disentuh, mata terbuka lebar atau sangat tajam, gambaran kurus, mual dan muntah.

Penulis mengangkat dengan problem nyeri karena saat dilakukan pengkajian didapatkan data-data: klien mengatakan nyeri seperti mules pada perut bagian bawah, pengkajian nyeri dengan cara menanyakan kepada klien didapatkan data Paliatif: nyeri post natal, Kualitas: nyeri seperti mules, Region: di perut bagian atas pubis, Skala nyeri: 4, Time: nyeri saat berjalan. Data objektif: klien tampak kesakitan, ekspresi wajah menahan sakit, TD: 120/90 mmHg, N: 64x/menit, S: 36,7C, RR: 20x/menit, Menurut Carpenito Lynda Juall (2006) Sedangkan untuk etiologi dari masalah keperawatan, nyeri akut adalah dikarenakan kontraksi uterus selama proses involusio.

Diagnosa ini kurang tepat untuk ditegakan Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan involusi uterus seharusnya problemnya nyeri akut karena nyeri yang dirasakan kurang dari 6 bulan, kadang timbul kadang tidak atau hilang.

Sedangkan untuk etiologi dari masalah keperawatan, nyeri akut adalah dikarenakan kontraksi uterus selama proses involusio. Sesuai pengkajian data ini sudah tepat dengan etiologi kontraksi uterus selama proses involusio.

Masalah nyeri akut berhubungan dengan involusi uteri, penulis mengangkat sebagai prioritas pertama karena menurut triage konsep nyeri merupakan urgen dan pada Hierarki Maslow nyeri merupakan kebutuhan rasa nyaman yang harus dipenuhi tapi penanganya dapat ditolerir dan juga dapat berpengaruh pada kebutuhan fisiologis seperti terjadi peningkatan respiratori, kardiovaskuler, tekanan darah, peningkatan peristaltik yang dapat

berakibat diare dan perubahan psikologis karena dengan nyeri klien bisa mengakibatkan kecemasan sehingga masalah ini perlu mendapatkan penanganan yang segera.

Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil: ekspresi wajah rileks, klien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri menjadi 2 -3. Intervensi yang dilakukan untuk mengurangi atau menghilangkan nyeri yaitu: observasi keadaan umum dan tanda-tanda vital rasional: pada banyak klien, nyeri dapat menyebabkan gelisah dan nadi meningkat, diharapkan untuk mengetahui kondisi atau keadaan klien, untuk mendapatkan data yang valid dan pada keadaan nyeri biasanya didapatkan tanda-tanda vital yang meningkat, mengkaji skala 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 relaksasi dan distraksi dengan cara tarik nafas rasional: meningkatkan rasa kontrol dan dapat menurunkan beratnya ketidaknyamanan berkenaan dengan afterpain (kontraksi) dan masase fundus,. 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. Berikan posisi yang nyaman rasional: meningkatkan kenyamanan, perasaan tenang dan kesejahteraan. Kebutuhan

psikologis tingkat lebih tinggi dapat dipenuhi hanya setelah kebutuhan fisik dapat terpenuhi, dapat dilakukan dengan menata rapi tempat tidur dan menjaga kebersihan yang lain di sekitar tempat tidur klien dapat meminimalkan stimulus nyeri atau meningkatkan relaksasi. Dan berikan kesempatan untuk istirahat rasional: mengurangi ketidaknyamanan karena dengan istirahat otot-otot akan merelaksasi. 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.

Pada implementasi keperawatan untuk mengatasi diagnosa keperawatan nyeri berhubungan dengan involusi uteri, penulis tidak mengalami hambatan. Nyeri klien dapat diatasi dengan tehnik relaksasi dan distraksi selain itu klien juga mendapat obat analgetik karena klien merasa nyeri sedang sehingga dilakukan kolaborasi dengan memberikan informasi tentang keadaan klien ke dokter dalam pemberian analgetik.

Hasil evaluasi akhir pada tanggal 24 maret 2010 jam 13.00 dengan masalah keperawatan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan yaitu gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan involusi uteri, subjektif: klien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri 3, objektif: klien tampak masih menahan rasa sakit saat bergerak, TTV: TD: 110/70 mmHg, N: 74x/menit, S: 36,30C, RR: 18x/menit, Tapi perlu adanya tindak lanjut tindakan keperawatan apabila adanya kelainan post artum.

B. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan dan keletihan akibat mencejan

Menurut Carpenito Lynda Juall (2009) intoleransi aktivitas adalah Penurunan kapasitas fisiologis seseorang untuk melakukan aktivitas sampai tingkat yang diinginkan atau diperlukan. Batasan karakteristik mayor: selama aktivitas pernafasan: dispneu, peningkatan frekuensi nafas yang berlebihan, sesak nafas, penurunan frekuensi nafas. Nadi: lemah, menurun, peningkatan yang berlebihan, perubahan irama, gagal kembali ke tingkat pre aktivitas setelah 3 menit. Tekanan darah: tidak meningkat bersama aktivitas, peningkatan diastolik >15 mmHg. Minor: kelemahan, keletihan, pucat atau sianosis, konfusi, vertigo.

Menurut Carpenito Lynda Juall (2009) kerusakan mobilitas fisik: Keadaan ketika individu mengalami keterbatasan atau beresiko mengalami keterbatasan gerak fisik, tetapi bukan imobilitas. Batasan karakteristik mayor: Terganggunya kemampuan untuk bergerak dengan sengaja di dalam lingkungan (misal: mobilitas di tempat tidur, berpindah, ambulasi), keterbatasan rentang gerak. Minor: keterbatasan gerak yang dipaksakan, keengganan untuk bergerak.

diagnosa ini didapatkan data-data sebagai berikut: kondisi klien masih lemas dan klien belum bisa beraktifitas secara mandiri, klien nampak lemas, klien disibin oleh keluarga, saat ke kamar mandi klien tampak kesulitan tapi klien dibantu oleh keluarga, TD: 120/90 mmHg, N: 64x/menit, S: 36,7C, RR: 20x/menit.

Dari data-data di atas untuk masalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan dan keletihan akibat mengejan sebenarnya masih belum tepat untuk dimasukkan dalam masalah keperawatan karena data di atas lebih tepat dimasukkan menjadi masalah keperawatan kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kelelahan dan keletihan akibat proses persalinan karena klien tidak mengalami dispneu, peningkatan frekuensi nafas yang berlebihan, sesak nafas, penurunan frekuensi nafas dan tanda vital sign klien tidak ada peningkatan nadi, pernafasan, peningkatan/penurunan tekanan darah dalam batas normal.

Sedangkan untuk etiologi dari masalah keperawatan keletihan akibat mengejan ini sudah tepat karena sesuai dengan data saat pengkajian.

Penulis mengangkat problem kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan keletihan akibat mengejan dimasukan dalam prioritas kedua karena menurut triage konsep adalah urgen tapi kerusakan mobilitas fisik penanganannya bisa ditolerir daripada pada diagnosa nyeri dan pada Hierarki Maslow merupakan kebutuhan fisiologis tapi kebutuhan itu bisa dibantu oleh keluarga dan tidak mengancam jiwa klien apabila tidak segera ditangani,

Untuk mengatasi masalah keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 2 jam klien dapat beraktivitas secara bertahap dengan kriteria hasil klien dapat mandiri dalam beraktivitas. di atas penulis melakukan beberapa intervensi keperawatan yang bertujuan agar klien dapat beraktivitas secara mandiri seperti biasanya. Adapun intervensinya yang meliputi observasi keadaan klien rasional: agar kita dapat

mengetahui keadaan klien saat itu, beri motivasi kepada klien untuk melakukan aktivitas secara bertahap dan tidak boleh dipaksakan jika klien kelelahan dalam beraktivitas rasional: menghemat energi dan menghindari pengerahan tenaga terus-menerus untuk meminimalkan kelelahan, dan anjurkan klien untuk istirahat sebentar setelah beraktivitas agar klien tidak terlalu capek sehingga klien dapat melakukan aktivitas lagi rasional: meningkatkan aliran darah ke uterus dan dapat menurunkan kepekaan/aktivitas uterus.

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan dan keletihan akibat mengejan. Tidak ada masalah atau pun hambatan-hambatan lain yang mempersulit penulis. Selain itu ada dukungan dari pihak keluarga klien yang kooperatif sehingga penulis tidak ada kesulitan dalam menerapkan intervensi.

Hasil evaluasi untuk masalah keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan dan keletihan akibat mengejan, pada tanggal 24 Maret 2010 pukul 13.10 WIB, didapatkan hasilnya: masalah teratasi karena klien dapat beraktivitas secara mandiri. Sehingga penulis menghentikan intervensi karena klien dapat beraktivitas mandiri walaupun belum sepenuhnya dilakukan oleh klien tetapi harus memperhatikan keadaan klien yang sudah membaik.

- C. Kurang pengetahuan tentang manajemen laktasi dan perawatan bayi berhubungan dengan kurang informasi

Menurut Carpenito (2001) kurang pengetahuan adalah suatu keadaan dimana seorang individu atau kelompok mengalami defisiensi pengetahuan kognitif atau ketrampilan-ketrampilan psikomotor berkenaan dengan kondisi atau rencana pengobatan. Batasan mayor: mengungkapkan kurang pengetahuan atau ketrampilan/permintaan informasi, mengekspresikan suatu ketidakakuratan persepsi status kesehatan, melakukan dengan tidak tepat perilaku kesehatan yang dianjurkan atau yang diinginkan. Minor: kurang integrasi tentang rencana pengobatan kedalam aktivitas sehari-hari, memperlihatkan atau mengekspresikan perubahan psikologis (misalnya ansietas, depresi) mengakibatkan kesalahan informasi atau kurang informasi

Penulis angkat dengan problem kurang pengetahuan karena saat dilakukan pengkajian didapatkan data subjektif: klien mengatakan tidak tahu caranya menyusui dan klien mengatakan kurang mengetahui caranya merawat bayi, data objektif: klien tampak bingung saat mau menyusui dan merawat bayi. Menurut Carpenito Lynda Juall (2001) Diagnosa ini sudah tepat untuk ditegakan kurang pengetahuan tentang manajemen laktasi dan perawatan bayi berhubungan dengan kurang informasi karena klien ini mengalami defisiensi pengetahuan dan ketrampilan.

Masalah kurang pengetahuan, penulis angkat sebagai prioritas ketiga karena menurut triage konsep pengetahuan merupakan kebutuhan non urgen yaitu suatu kebutuhan pengetahuan yang dapat meningkatkan kesehatan dan pengetahuan apabila tidak ditangani tidak mengancam nyawa, menurut Hierarki Maslow pengetahuan itu sebuah hal yang penting harus dimiliki

setiap manusia tapi apabila tidak ditangani juga bisa mempengaruhi kesehatan.

Diagnosa kurang pengetahuan tujuannya setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam diharapkan klien dapat mengerti tentang perawatan bayi dan tehnik menyusui dengan kriteria hasil klien dapat mempraktekan secara mandiri. Intervensi sebagai berikut: kaji pengetahuan dan pengalaman menyusui rasional: untuk mengetahui kemampuan klien dalam memberikan Asi, kaji tingkat pengetahuan klien tentang perawatan bayi seperti tali pusat rasional: untuk mengetahui kemampuan yang dimiliki klien dalam perawatan bayi, jelaskan mengenai gizi waktu menyusui rasional: bayi baru lahir mendapatkan asupan gizi hanya didapatkan dari Asi, Berikan penkes tentang cara menyusui dan merawat bayi rasional: untuk menambah pengetahuan klien dan mengurangi infeksi.

Pada implementasi keperawatan untuk mengatasi diagnosa keperawatan kurang pengetahuan tentang manajemen laktasi dan perawatan bayi penulis tidak mengalami hambatan dalam melakukan implementasi karena klien kooperatif dan ada keinginan yang besar untuk mengetahui pendidikan kesehatan yang klien belum mengetahuinya.

Dari hasil evaluasi akhir tanggal 24 Maret 2010 jam 13.20 WIB, masalah keperawatan kurang pengetahuan tentang manajemen laktasi dan perawatan bayi berhubungan dengan kurang informasi masalah dapat teratasi dan pertahankan klien dalam tehnik laktasi dan perawatan tali pusat dengan kriteria hasil subjektif klien mengatakan sudah tahu caranya menyusui dan

merawat bayi, objektif klien dapat menyusui bayinya dengan benar, bayi tenang, klien dapat melakukan mandiri seperti memakaikan baju bayinya dan membersihkan kotoran bayi meskipun begitu perlu dilakukan pengawasan pada bayi apabila membutuhkan perawatan.

D. Kontrasepsi pasca persalinan

Pada pengkajian tentang alat kontrasepsi penulis tidak mengkaji karena kurang ketelitian penulis dalam mendokumentasikan, menurut Saifudin, Abdul Bari (2003) kontrasepsi pasca kehamilan adalah dapat menunda kehamilan, pada umumnya klien pascapersalinan ingin menunda kehamilan berikutnya paling sedikit 2 tahun atau tidak ingin tambahan anak lagi. Konseling tentang keluarga berencana atau metode kontrasepsi sebaiknya diberikan sewaktu asuhan antenatal dan pascapersalinan.

Klien pascapartus dianjurkan: memberikan Asi eksklusif (hanya memberikan Asi saja) kepada bayi sejak lahir sampai berusia 6 bulan. Sesudah bayi berusia 6 bulan diberikan makanan pendamping Asi, dengan pemberian Asi diteruskan sampai berusia 2 tahun. Tidak menghentikan Asi untuk mulai suatu metode kontrasepsi. Metode kontrasepsi pada klien menyusui dipilih agar tidak mempengaruhi Asi atau kesehatan bayi.

Menurut Manuaba, Ida Bagus Gde (2001), Kontrasepsi yang dapat digunakan ada pascapersalinan adalah

1. Metode Amenore Laktasi (MAL) manfaatnya pada kesehatan ibu dan bayi, memberikan waktu untuk memilih metode kontrasepsi lain

2. Kontrasepsi kombinasi ini jangan dipakai sebelum 6-8 minggu pascapersalinan indikasinya selama 6-8 minggu pascapersalinan kontrasepsi kombinasi akan mengurangi Asi dan mempengaruhi tumbuh kembang bayi, dan kontrasepsi kombinasi ini merupakan pilihan terakhir pada klien menyusui
3. IUD indikasinya menghalangi nidasi/kontrasepsi
4. Cara sederhana yaitu kondom, spermisid tampon, servical cup indikasinya menghalangi pertemuan ovum dan spermatozoa
5. Menetap (vasektomi pria dan vasektomi tuba) indikasinya efektif setelah ejakulasi 12x, memotong koagulasi falopa ring tuba saja, tanpa mengganggu pembuluh darah.

Manfaat 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.

Pada ibu post partum sangat penting untuk dilakukan pengkajian tentang KB apabila tidak dilakukan pengkajian dapat berdampak kelahiran yang tidak diinginkan, mempunyai anak yang tidak diinginkan, perdarahan akibat nidasi yang tidak kuat, dapat terjadi kelahiran prematur.

Dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pada Asuhan keperawatan pada Ny DH dengan post partum spontan di ruang an-Nisa Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang penulis menyadari mengalami kekurangan dalam pendokumentasian respon pasien, saat penulis melakukan asuhan keperawatan seharusnya respon subjektif adalah respon pasien secara verbal.

Dalam memberikan pengetahuan pada ibu terkait dengan laktasi penulis seharusnya memberikan pengetahuan tentang perawatan payudara dan dalam memberikan informasi tentang cara menyusui penulis kurang memberikan informasi cara melepas mulut bayi dari payudara ibu.



BAB V

PENUTUP

Pada bab ini penulis uraikan kesimpulan dan saran yang dapat menjadikan masukan untuk meningkatkan pengelolaan, khusus dalam pemberian asuhan keperawatan pada Ny DH dengan post partum spontan. Kesimpulan ini diambil berdasarkan atas hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 23 sampai 24 Maret 2010. Sesuai langkah terakhir dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini dapat diambil beberapa kesimpulan yang sekarang dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi pemberian asuhan keperawatan pada klien, khususnya pada klien dengan post partum spontan. Berdasarkan hasil pembahasan pada bab sebelumnya penulis memperoleh kesimpulan sebagai berikut:

A. Kesimpulan

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, 2007).

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

Pada klien Ny DH dengan post partum spontan mengalami perubahan fisiologis diantaranya:

1. Involusi uterus
2. Servik mengalami involusi bersama uterus, warnanya merah kehitaman karena penuh dengan pembuluh darah.

3. Vulva dan vagina sangat meregang lambat laun akan mencapai ukuran yang normal.
4. Lokhea: pengeluaran cairan rahim pasca persalinan terdiri dari lokhea rubra, lokhea serosa, lokhea alba.
5. Perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh kepala janin.

Pada Ny DH dengan post partum spontan sesuai dengan pengkajian yang telah dilakukan oleh penulis dapat disimpulkan bahwa pada klien Ny DH itu terjadi adaptasi psikologis diantaranya: Ibu pada hari pertama mengalami fase take in yaitu periode ketergantungan. Setelah itu ibu mengalami Fase taking hold yaitu ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya terhadap bayi, selain itu perasaannya sangat sensitive sehingga mudah tersinggung. Setelah fase taking hold ibu bisa melaluinya maka ibu akan mengalami fase letting go yaitu ibu sudah bisa menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai ibu.

Berdasarkan Asuhan keperawatan ditemukan beberapa diagnosa yang muncul antara lain:

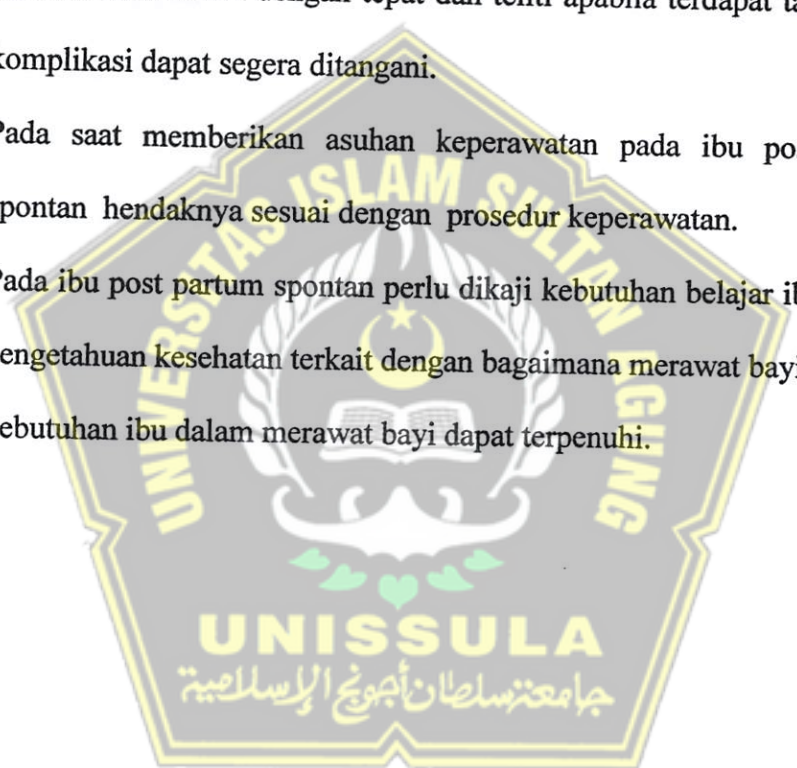
1. Nyeri akut berhubungan dengan involusi uterus.
2. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan keletihan.
3. Kurang pengetahuan tentang manajemen laktasi dan perawatan bayi berhubungan dengan kurang informasi

Penulis mampu mendeskripsikan perencanaan, implementasi, dan evaluasi dari asuhan keperawatan selama 2 hari pada Ny DH dalam

pelaksanaan implementasi keperawatan yang telah direncanakan dapat terlaksana karena klien dan keluarga sangat kooperatif. Pencapaian tujuan ada yang tertasi dan ada yang teratasi sebagian.

B. Saran

1. Pada saat melakukan pengkajian post partum spontan hendaknya perawat melakukan dengan tepat dan teliti apabila terdapat tanda-tanda komplikasi dapat segera ditangani.
2. Pada saat memberikan asuhan keperawatan pada ibu post partum spontan hendaknya sesuai dengan prosedur keperawatan.
3. Pada ibu post partum spontan perlu dikaji kebutuhan belajar ibu tentang pengetahuan kesehatan terkait dengan bagaimana merawat bayi sehingga kebutuhan ibu dalam merawat bayi dapat terpenuhi.



DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Bari saifudin, Biran Affandi R. LU. 2003 Buku *Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi* Edisi 1. Jakarta: yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Ambarwati, Eny Retna dan Diah Wulandari. 2009. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Jogjakarta: mitra cendikia pres.
- Bobak, Lowdermik, Jensen. 2004. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*, Edisi bahasa Indonesia. EGC, Jakarta.
- Carpenito, Lynda Juall, 2001. *Diagnosa Keperawatan*, Edisi 8, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- _____, 2006. *Diagnosa Keperawatan*, Edisi 10, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- _____, 2009. *Diagnosa Keperawatan*, Edisi 9, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Doengos, Marilym E. 2001. *Rencana Perawatan maternal/ Bayi*, Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Hacker, Neville F. 2001. *Esensial Obstetri dan Ginekologi*, Edisi 2. Jakarta: Hipokrates.
- Ida Bagus Gde Manuaba. 2001. *Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi dan KB*. Jakarta: EGC
- Miswifery, Varneys. 2004. *Ilmu Kebidanan*. Bandung : Sekeloa Publisher.
- Saifuddin, Abdul Basri. 2002. *Buku Acuan Nasional Pelayanan kesehatan Maternal dan Neonatal*, Edisi 1 Cetakan 3. Jakarta: Yayasan Bina pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- Ujiningtyas, B. Sri Hari. 2009. *Asuhan Keperawatan Persalinan Normal*. Jakarta: Salemba Medika
- Varney, Helen. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*, Edisi 4 Vol. 2. Jakarta: EGC.
- Walsh, Linda V. 2007. *Buku Ajar Kebidanan Komunitas*, Jakarta: EGC.