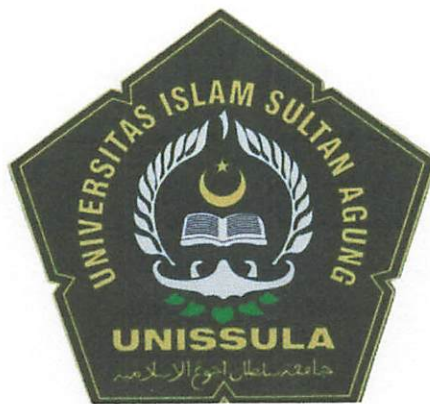


**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. SM DENGAN POST PARTUM
NORMAL DI RUANG BAITUN NISSA RSI SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Dinar Suprihartiningrum

NIM. 89.33.13958

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2011**

HALAMAN PERSETUJUAN

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

Hari : Jumat

Tanggal : 20 Mei 2011



Semarang, 20 Mei 2011

Pembimbing

(Ns. Halimatul Mufidah, S.Kep.)

NIK : 210909617


HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Selasa tanggal 7 juni 2011 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 7 Juni 2011


Tim Penguji

Penguji I



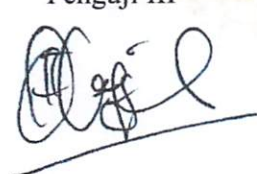
(Ns. Sri Wahyuni, S.Kep.)
NIK : 210 998 007

Penguji II



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

Penguji III



(Ns. Halimatul Mufida, S.Kep.)
NIK: 210 909 017

MOTTO

“Berusaha tanpa diiringi doa akan terasa hampa dan sia – sia”

“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”.

“Dunia diciptakan dengan banyak kekurangan dan keterbatasan, bukan karna tak mampu menciptakan kesempurnaan, namun supaya kita berusaha untuk menyempurnakannya...”

“Melihat kebelakang sebagai pengalaman berharga & melihat kedepan untuk jadi yang lebih baik.”

KATA PENGANTAR



Alhamdulillah puji syukur kehadiran Allah SWT, penulis panjatkan atas segala anugrah dan kemudahan yang telah dan akan selalu diberikanNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. Z DENGAN POST PARTUM DI RUANG BAITUN NISSA RSI SULTAN AGUNG SEMARANG”**

Sholawat dan salam semoga selalu terlimpahkan kepada Rasulullah Muhammad SAW, beserta keluarga, sahabat-sahabat dan para pengikutnya yang telah membawa dan mengembangkan Islam hingga seperti sekarang ini.

Penulis menyadari bahwa terselesaikannya penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini bukanlah semata hasil “jerih payah” penulis secara pribadi. Akan tetapi semua itu terwujud berkat adanya usaha dan bantuan baik berupa moral maupun spiritual dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis tidak akan lupa untuk menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya terutama kepada :

1. Bapak Iwan Ardian, SKM, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
2. Ibu Wahyu Endang Setyowati, SKM, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ibu Mufida, S.Kep, selaku pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang telah banyak memberi bimbingan dan pengarahan serta motivasi guna menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
4. Para dosen beserta staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah menemani selama tiga tahun dalam menimba ilmu keperawatan.
5. Ibu tercinta Nuryati dan ayahanda H.Suhartono, dengan penuh kasih sayang segala pengorbanan yang telah membesarkan, mendidik, mendoakan tanpa henti dan memberikan motivasi, semangat untuk meraih cita-cita.
6. Kakak-kakakku terima kasih atas support dan doanya untuk meraih sukses.

7. Untuk M. Humam Sya'roni terima kasih atas motivasi, support, doa dan bantuannya demi terselesaikannya karya tulis ini.
8. Teman-teman seperjuangan yang telah menemani baik suka maupun duka dan yang telah memberi semangat motivasi sehingga dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ini.
9. Sahabat-sahabatku (Hesty kurnia N, Lieya Asnal M, Corry Aina) terima kasih atas dukungannya.
10. Teman-temanku hidup selama di Semarang (mbak Ser, Hestong, Nophie, Jeng_Nurul, Arty, Esty, Ferry) yang telah selama 3 tahun ini bersama dalam suka maupun duka yang telah menjadi pengganti keluarga.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan disebabkan keterbatasan penulis, oleh karena itu penulis mengharap saran dan kritik konstruktif dari pembaca demi sempurnanya karya tulis ilmiah ini.

Akhirnya penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat nyata bagi penulis khususnya dan para pembaca umumnya.

Semarang, Mei 2011

Penulis

DINAR SUPRIHARTININGRUM

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	3
C. Manfaat Penulisan.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Konsep Dasar Post Partum	6
- Pengertian	6
- Tahapan Masa Nifas	7
- Adaptasi Fisiologi Post Partum.....	7
- Adaptasi Psikologis Post Partum.....	12
- Perawatan Post Partum.....	14
B. Konsep Dasar Keperawatan	16
- Pengkajian	16
- Diagnosa Keperawatan.....	17
- Perencanaan.....	18

C. Fisiologiways	30
BAB III HASIL KEPERAWATAN	31
A. Tinjauan Kasus	31
B. Diagnosa Keperawatan	37
BAB VI PEMBAHASAN	44
BAB V PENUTUP	52
a. Kesimpulan	52
b. Saran	53

DAFTAR PUSTAKA



DAFTAR TABEL

Tabel 1. Involusi Uteri 8



DAFTAR LAMPIRAN

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



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan yang optimal bagi setiap penduduk Indonesia. Dengan berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan maka bidang Pembangunan di bidang kesehatan adalah merupakan bagian integral dari pembangunan nasional Indonesia. Tujuan pembangunan kesehatan adalah agar terwujudnya derajat keperawatanpun akan bertambah berkembang dengan segala permasalahannya. Dimana pelayanan keperawatan membutuhkan pelayanan yang komprehensif dan spesialisik (Depkes, 2008, <http://www.depkes.go.id/index>) diunduh tanggal 14 april.

Angka kematian ibu dan kematian anak menjadi indikator keberhasilan pembangunan pada sektor kesehatan. Angka Kematian Ibu (AKI) mengacu pada jumlah kematian ibu yang terkait dengan masa kehamilan, persalinan, dan nifas. Hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 menyebutkan bahwa AKI tahun 2007 sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini turun dibandingkan AKI tahun 2002 yang mencapai 307 per 100.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Indonesia, 2008).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang, kompilasi data profil tahun 2009 ada 9 kematian ibu maternal (AKI) dan ini mengalami penurunan bila dibandingkan dengan tahun 2008 dengan kematian

ibu (AKI) lebih dari 11 orang. Sedangkan angka kematian bayi (AKB) tahun 2009 sebanyak 48 bayi, meningkat bila dibandingkan tahun 2008 sebanyak 34 bayi. Ini diakibatkan karena adanya komplikasi dalam persalinan, biasanya akibat kondisi darurat. Sebagian besar kelahiran berlangsung normal, namun bisa saja tidak, seperti akibat perdarahan dan kelahiran yang sulit. Masalahnya, persalinan merupakan peristiwa besar sehingga komplikasinya dapat menimbulkan konsekuensi yang serius, misalnya perdarahan, partus tak maju/partus lama, plasenta previa, letak sungsang, eklamsi dan sebagainya. (Profil Kesehatan Semarang tahun 2009).

Angka persalinan di Ruang Baitun Nissa RSI SULTAN AGUNG SEMARANG Kabupaten Semarang tahun 2010 berjumlah 158 orang yang terdiri dari persalinan prematur 5 orang, persalinan gawat janin 7 orang, persalinan dengan penyulit kehamilan dan persalinan lainnya 59 orang, persalinan tunggal spontan 67 orang dan persalinan macet 18 orang. Sedangkan tahun 2008 sebanyak 260 orang terdiri dari persalinan gawat janin 9 orang, persalinan dengan penyulit kehamilan dan persalinan lainnya 152 orang serta persalinan tunggal spontan 99 orang (*Medical Record* RSI SULTAN AGUNG SEMARANG, 2010).

Proses persalinan dapat secara spontan pervaginam dan dapat juga berupa persalinan buatan, hal ini terjadi oleh faktor-faktor penyulit persalinan seperti panggul sempit, partus lama, placenta previa, dan lainnya. Pentingnya peran perawat dalam mengelola asuhan keperawatan ibu post partum adalah untuk memantau kesehatan normal dan komplikasi setelah post partum.

Masa postpartum (*puerperium*) adalah setelah kelahiran placenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa postpartum berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Saifuddin, 2002).

Mengingat pentingnya pengaruh proses asuhan keperawatan terhadap kesehatan ibu setelah melahirkan, penulis termotivasi untuk mengangkat. Asuhan keperawatan pada Ny. SM dengan post partum normal di Ruang Baitun Nissa RSI SULTAN AGUNG SEMARANG.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. SM dengan post partum normal di Ruang Baitun Nissa RSI SULTAN AGUNG SEMARANG.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada Ny. SM dengan post partum normal di Ruang Baitun Nissa RSI SULTAN AGUNG SEMARANG.
- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. SM dengan post partum normal di Ruang Baitun Nissa RSI SULTAN AGUNG SEMARANG.
- c. Mampu menentukan perencanaan keperawatan pada Ny. SM dengan post partum normal di Ruang Baitun Nissa RSI SULTAN AGUNG SEMARANG.

- d. Mampu melakukan pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. SM dengan post partum normal di Ruang Baitun Nissa RSI SULTAN AGUNG SEMARANG.
- e. Mampu melakukan evaluasi terhadap asuhan keperawatan dalam mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan Ny. SM dengan post partum normal di Ruang Baitun Nissa RSI SULTAN AGUNG SEMARANG.

C. Manfaat

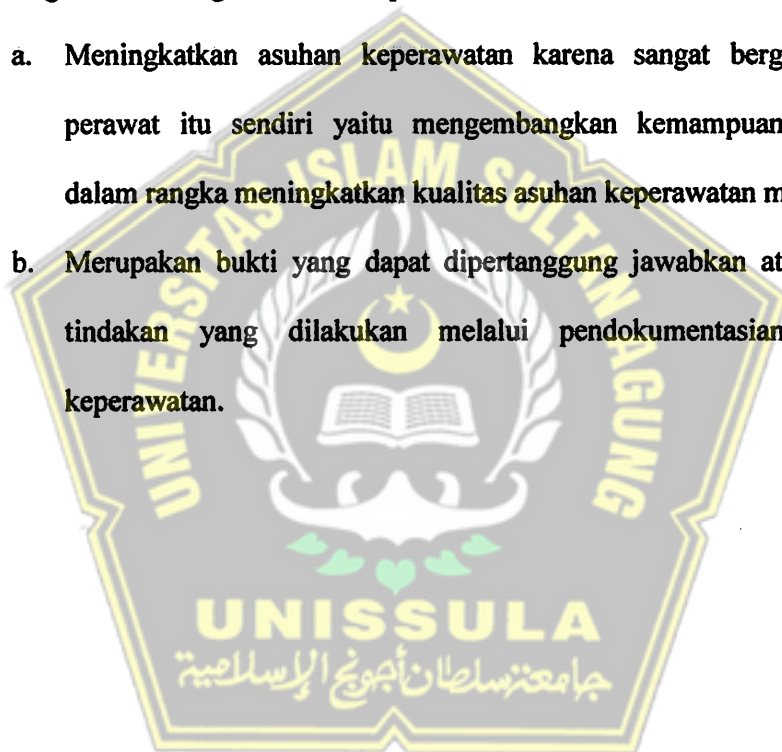
1. **Bagi peningkatan kualitas asuhan keperawatan**
Dapat digunakan sebagai salah satu masukan dalam memberikan asuhan keperawatan maternitas sehingga dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.
2. **Bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK)**
Dapat digunakan sebagai penambah wawasan serta pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada kasus post partum serta bermanfaat bagi pengembangan asuhan keperawatan maternitas sesuai dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi di masa yang akan datang.
3. **Bagi Instansi**
 - a. **Rumah Sakit**
Dapat menjadi salah satu pedoman bagi tenaga kesehatan di rumah sakit dalam melaksanakan proses asuhan keperawatan post partum normal sehingga mampu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

b. Pendidikan

Dapat menjadi salah satu literatur dan bahan masukan dalam meningkatkan mutu pendidikan, serta sebagai laporan pertanggungjawaban bahwa mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan dan telah mendokumentasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan.

4. Bagi Perkembangan Profesi Keperawatan

- a. Meningkatkan asuhan keperawatan karena sangat berguna bagi perawat itu sendiri yaitu mengembangkan kemampuan perawat dalam rangka meningkatkan kualitas asuhan keperawatan maternitas.
- b. Merupakan bukti yang dapat dipertanggung jawabkan atas semua tindakan yang dilakukan melalui pendokumentasian asuhan keperawatan.



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Post Partum

1. Pengertian

Masa nifas atau *puerperium* merupakan masa pemulihan kembali alat reproduksi ke bentuk normal yang memerlukan waktu sekitar 6 minggu (Manuaba, 2004).

Periode post partum ialah masa 6 minggu, sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil (Bobak, 2004).

Post partum adalah masa sesudah persalinan dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhirnya ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, masa nifas berlangsung selama 6 minggu (Varney, 2002).

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Sarwono, 2002).

Pasca melahirkan adalah masa atau waktu sejak bayi dilahirkan dan plasenta keluar lepas dari rahim, sampai 6 minggu berikutnya, disertai dengan pulihnya kembali organ-organ yang berkaitan dengan kandungan (Suherni, 2008).

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

2. Tahapan Masa Nifas

Nifas dibagi menjadi 3 tahapan :

a. *Puerperium Dini*

Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan – jalan.

b. *Puerperium Intermedial*

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

c. *Remote Puerperium*

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bika selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi, (Ambarwati, Eny Retno, 2009).

3. Adaptasi Fisiologi Post Partum

a. Sistem reproduksi

1) Involusi uteri

Involusi terjadi segera setelah melahirkan, berlangsung cepat dalam 2 (dua) minggu dan dalam 6 (enam) minggu kembali ke ukuran tak hamil seperti semula.

Diameter tempat plasenta sekitar 8-9 cm, pendarahan ditempat tersebut biasa, berhenti karena tekanan pada jaringan oleh kontraksi otot-otot uterus. Biasanya jaringan mengalami nekrosis dan lepas dalam waktu yang kurang lebih 6 (enam) minggu setelah melahirkan, proses ini mengakibatkan tidak terjadi luka perut pada endometrium, yang dapat membatasi untuk inflamasi berikutnya, kegagalan atau kelambatan penyembuhan dari tempat menempelnya plasenta, dapat menyebabkan pengeluaran *lochea* terus-menerus pendarahan pervaginam tanpa nyeri. Dalam 2-3 minggu endometrium pulih seperti sebelum hamil, kecuali pada tempat nidasi plasenta, laserasi pada serviks sembuh. Setelah bayi lahir, fundus uteri setinggi pusat, proses involusi uteri terjadi sampai 8 minggu, posisi fundus uteri dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 2.1 Involusio Uteri

Waktu Sejak Melahirkan	Posisi Fundus Uteri	Berat Uteri	
Bayi lahir	Setinggi pusat	1.000	Gram
Uri lahir	2 jari di bawah pusat	750	Gram
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	500	Gram
2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis	350	Gram
6 minggu	Bertambah kecil	50	Gram
8 minggu	Kembali normal	30	Gram

Sumber: Rustam Muchtar, 2000

2) Involusi tempat plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan permukaan kasar tidak rata. Segera setelah kelahiran tempat plasenta berukuran sebesar telapak tangan dan pada akhir minggu ke-2 (dua) ukurannya mengecil sampai 3-4 cm. normalnya jaringan mengalami *nekrose* dan lepas dalam waktu kurang lebih 6 (enam) minggu post partum, proses tersebut mengakibatkan tidak terjadi luka pada endometrium (Sulaiman S, 2003)

3) Lochea

Lochea adalah cairan secret yang keluar dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Karakteristik lochea menurut terbagi atas :

a) Lochea rubra

Selama 2 (dua) hari post partum berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel *desi dua*, *verniks kaseosa*, *lanugo*, dan *mekonium* selama 2 (dua) hari pasca persalinan.

b) Lochea sanguinolenta

Hari 3-7 post partum berwarna merah kuning berisi darah dan lendir.

c) Lochea serosa

Hari 7-14 post partum berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi.

d) *Lochea alba*

Cairan putih dikeluarkan setelah 2 minggu persalinan.

Perlu di ingat warna kemerahan pada *lochea* dapat bertahan untuk waktu yang lebih lama. Tetapi kalau ini berlangsung lebih dari 2 minggu, keadaan ini menunjukkan *retensi* bagian kecil plasenta atau involusi tempat plasenta tidak sempurna.

4) Perubahan serviks

Perubahan yang terdapat pada serviks adalah bentuknya yang agak menganga seperti corong dan berwarna merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah.

5) Perubahan vagina

Vagina dan pintu keluar membentuk lorong berdinding lunak dan luas yang ukurannya secara perlahan mengecil tetapi jarang kembali ke ukuran multipara. Rugae terlihat kembali pada minggu ke-3 (tiga).

6) Perubahan perineum

Bisa dilakukan episiotomi pemulihan akan lebih lambat tanpa atau dengan episiotomi perineum mengalami edema dan kelihatan agak memar pada early post partum.

7) After pains

Disebabkan oleh kontraksi rahim yang berlangsung 2 (dua) sampai 4 (empat) hari post partum, biasanya dialami oleh multipara dan jarang dialami oleh primipara karena fomis

uterus secara umum masih baik. Biasanya nyeri berkurang pada hari ke-3 (tiga) setelah melahirkan. Terkadang kontraksi muncul karena dirangsang oleh isapan bayi pada payudara saat menyusui.

b. Sistem Integumen

Suhu peroral pada 24 jam pertama setelah anak lahir 38 °C bila selama 2 (dua) hari berturut – turut dalam 10 hari pertama post partum, harus curiga adanya sepsis puerperium, infeksi saluran kemih dan pembengkakan endometritis, mastitis, dan infeksi lainnya. Pembengkakan payudara pada hari kedua atau ketiga dapat menaikkan suhu walaupun tidak lebih dari 24 jam.

c. Sistem Kardiovaskuler

Tekanan darah tetap stabil, terjadi penurunan tekanan sistolik 20 mmHg atau lebih pada saat klien berubah posisi kenaikan tekanan sistolik 30 mmHg atau diastolik 15 mmHg terutama bila disertai sakit kepala atau perubahan penglihatan dapat dicurigai adanya penyakit preeklampsia post partum. Perubahan pada komponen darah meliputi Hemoglobin , hematokrit, dan eritrosit mendekati keadaan sebelum melahirkan terjadi hemokonsentrasi karena diuresis, limfosit menurun, leukositosis darah dari 20.000 – 30.000 /mm³.

d. Sistem Perkemihan

Selama melahirkan kandung kencing terjadi trauma yang mengakibatkan oedema dan kehilangan sensitifitas terhadap cairan. Perubahan ini dapat menyebabkan tekanan yang berlebihan dan pengosongan yang tidak sempurna dari kandung kemih. Biasanya klien mengalami ketidakmampuan buang air kecil dalam 2 hari pertama setelah melahirkan.

e. Sistem Endokrin

Setelah persalinan pengaruh supresi hormon estrogen dan progesteron menurun. Kadar prolaktin pada ibu yang menyusui akan meningkat karena rangsangan dari isapan bayi. Lobus posterior hipofise mengeluarkan oksitosin yang merangsang pengeluaran air susu. Dua hari pertama nifas, keadaan payudara sama dengan keadaan dalam kehamilan, hanya mengandung kolostrum yang berwarna putih kekuningan.

f. Sistem Pencernaan

Pemulihan defekasi secara normal terjadi lambat dalam 1 minggu, hal ini disebabkan penurunan mobilitas usus dan gangguan kenyamanan pada perineum.

g. Sistem Muskuloskeletal

Otot abdomen teregang secara bertahap saat kehamilan mengakibatkan hilangnya kekenyalan otot, terlihat pada masa post

partum, peregangan otot – otot pada dinding perut adalah muskulus rektus abdominis, dinding perut sering lembek dan kendur, akan kembali dalam 6 minggu post partum. Dengan latihan pengembalian otot – otot ke keadaan semula akan lebih cepat (Mansjoer, 2000).

4. Adaptasi Psikologis Post Partum

Keadaan emosional ibu setelah melahirkan sangat labil. Hal ini diakibatkan oleh kekecewaan emosional yang mengikuti rasa puas dan takut yang dialami kebanyakan wanita selama kehamilan dan persalinan. Rasa sakit pada awal melahirkan, kelelahan karena kurang tidur selama persalinan, kecemasan akan kemampuan merawat bayi dan juga rasa takut tidak menarik lagi bagi suaminya. Menurut Bobak, 2004, adaptasi klien terhadap kelahiran bayi terbagi atas 3 (tiga) fase, yaitu :

a. *Fase taking in*

Pada fase ini ibu mengalami tingkah-laku yang ketergantungan, perhatian klien ditujukan terhadap kebutuhan dirinya sendiri dan kurang memperhatikan bayinya. Hal ini diakibatkan karena ibu masih dalam proses pemulihan. Pada fase ini ibu memerlukan istirahat dan asupan nutrisi yang cukup, karenanya peran perawat sangat penting untuk menginformasikan kepada ibu tentang perkembangan bayinya. Apabila jika bayinya tidak dirawat gabung dengan ibunya.

b. *Fase taking hold*

Pada fase ini ibu berusaha mandiri, terutama pada aktivitas perawatan diri setelah melahirkan, misalnya : mandi, buang air besar, buang air kecil, duduk, berjalan dan belajar tentang perawatan bayinya. Fase ini berlangsung kurang lebih 10 hari dan selama itu akan timbul rasa kurang percaya diri pada ibu, hal ini dikarenakan adanya peran baru.

c. *Fase letting go*

Dalam fase ini, ibu merasa bertanggung jawab sepenuhnya terhadap bayinya. Terjadi peningkatan kemandirian dan perawatan diri sendiri dan bayinya.

5. Perawatan Post Partum

- a. Mobilisasi , berlawanan dengan 25 tahun yang lalu, wanita yang baru saja melahirkan tidak lagi harus berada ditempat tidur. Perawatan wanita pada masa nifas menjadi lebih mudah dengan diperbolehkannya ambulasi dini. Misalnya, ia boleh mulai berjalan-jalan sesegera mungkin kalau ia mau, ketoilet kalau ia perlu dan beristirahat kalau ia letih. Tidak ada lagi batas waktu untuk tinggal dirumah sakit setelah melahirkan. Seorang ibu dapat memilih pulang kerumah setelah satu atau dua hari atau dapat memilih tinggal di rumah sakit selama lima hari. Keuntungan tinggal lebih lama adalah agar laktasi dan menyusui dapat dibina selama waktu tersebut (Jones, 2002).

- b. Miksi, hendaknya kencing dilakukan sendiri secepatnya, Menolong ibu ke kamar mandi, jika ibu perlu ke kamar mandi, ibu boleh bangun, pastikan ibu dibantu dan selamat karena ibu masih dalam keadaan lemah atau pusing setelah persalinan. Pastikan ibu sudah buang air kecil dalam 3 jam post partum (Saifudin, 2002).
- c. Diet, makanan harus bermutu, bergizi, dan cukup kalori. Sebaiknya makan makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan.
- d. Defekasi, buang air besar harus dilakukan 3-4 hari pasca persalinan. Bila masih sulit BAB dan terjadi obstipasi apalagi berak keras dapat diberikan obat laktasid peroral atau perrectal.
- e. Perawatan payudara, perawatan mammae telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting susu lemas, tidak keras, kering, sebagai persiapan untuk menyusui bayinya. Bila bayi mati dilakukan penghentian laktasi dengan cara pembalutan mammae sampai tertekan, pemberian obat estrogen untuk supresi LH seperti tablet lynoral dan parlodel (Wals, 2007).
- f. Laktasi, Bayi mulai disusui, isapan pada puting susu merupakan rangsangan psikis yang secara reflektoris mengakibatkan oksitosin dikeluarkan oleh hipofise. Produksi air susu ibu (ASI) akan lebih banyak. Sebagai efek positif adalah involusio uteri akan lebih sempurna.

A. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Menurut Dongoes (2001), pengkajian pada klien dengan post partum empat jam sampai dengan lima hari pascapartum yaitu :

- a. Aktifitas – latihan : insomnia dapat teramati
- b. Sirkulasi : kehilangan darah selama proses persalinan kira-kira 500 ml, episode diaforetik lebih sering terjadi pada malam hari.
- c. Integritas ego : dapat menunjukkan labilitas emosional dari kegembiraan sampai ketakutan, marah atau menaruh diri, klien atau pasangan dapat memiliki pertanyaan atau salah terima pesan dalam pengalaman kelahiran, mungkin mengekspresikan ketidakmampuan untuk menghadapi situasi baru.
- d. Eliminasi : diuresis terjadi antara hari ke 2 dan ke 5
- e. Makanan cair : kehilangan nafsu makan, mungkin dikeluhkan klien kira – kira 3 hari setelah persalinan.
- f. Nyeri/ketidaknyamanan : nyeri tekan payudara atau pembesaran dapat terjadi di antara hari ke 3 sampai hari ke 5 pasca partum. Trauma bedah/insisi, nyeri, distensi kandung kemih/abdomen.
- g. Seksualitas / Abdomen : uterus 1 cm diatas umbilikus 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.
- j. Tinjauan ulang prenatal dan intraoperatif dan adanya indikasi untuk kelahiran.
- k. Pernapasan, bunyi paru jelas dan vesikuler, respirasi 20 kali/menit.
- l. Fundus kontraksi kuat dan terletak di umbilikus, aliran lochea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan.

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Menurut Dongoes (2001), prioritas diagnosa keperawatan pada post partum empat jam sampai lima hari sebagai berikut :
 - 1) Nyeri berhubungan dengan trauma episiotomi.
 - 2) Risiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan trauma jaringan atau kulit rusak.
 - 3) Kurang perawatan diri berhubungan dengan penurunan kekuatan, ketahanan, dan ketidaknyamanan nonfisik
 - 4) Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot
 - 5) Ansietas berhubungan dengan kebutuhan tidak terpenuhi
 - 6) Perubahan eliminasi urin berhubungan dengan penurunan kekuatan dan ketahanan.

- 7) Kurangnya pengetahuan mengenai perubahan fisiologis, periode pemulihan, keperawatan diri dan kebutuhan bayi berhubungan dengan tidak mengenal sumber-sumber informasi.
- 8) Perubahan ikatan proses keluarga berhubungan dengan krisis situasi.

b. Menurut Tucker (2000) diagnosa keperawatan pada post partum adalah:

- 1) Nyeri berhubungan dengan luka episitomi.
- 2) Risiko perubahan pola eliminasi perkemihan/konstipasi berhubungan dengan manipulasi/taruma sekunder terhadap.
- 3) Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang prosedur dan perawatan sebelum melahirkan.
- 4) Risiko infeksi/cidera berhubungan dengan trauma jaringan.

3. Perencanaan

Menurut Doengos (2001), diagnosa keperawatan, tujuan, dan perencanaan sesuai dengan diagnosa sebagai berikut :

a. Nyeri berhubungan dengan trauma epstomi

Tujuan : meningkatkan kenyamanan dan kesejahteraan umum.

Hasil yang diharapkan : Klien mengungkapkan berkurangnya nyeri, klien tampak rileks dan mampu beristirahat dengan baik.

Intervensi :

- 1) Tentukan karakteristik dan lokasi nyeri.

- 2) Berikan informasi/petunjuk penyebab nyeri dan intervensi yang tepat.
- 3) Pantau tekanan darah dan nadi.
- 4) Ubah posisi klien, dan masase punggung.
- 5) Ajarkan teknik napas dalam.
- 6) Anjurkan ambulasi dini.

Rasional :

- 1) Klien mungkin tidak secara verbal melaporkan nyeri dan ketidaknyamanan secara langsung.
 - 2) Meningkatkan pemecahan masalah, membantu mengurangi nyeri berkenaan dengan ansietas dan ketakutan.
 - 3) Nyeri dapat menyebabkan gelisah, tekanan darah dan nadi meningkat.
 - 4) Merilekskan otot, mengalihkan perhatian klien dari sensasi nyeri.
 - 5) Napas dalam dapat meningkatkan upaya pernapasan.
 - 6) Melancarkan peredaran darah dan meningkatkan kenyamanan.
 - 7) Mengurangi nyeri dan meningkatkan kenyamanan yang memperbaiki status psikologis klien.
- b. Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan trauma jaringan atau kulit rusak.

Tujuan : membantu klien untuk menurunkan faktor resiko dan meningkatkan penyembuhan.

Hasil yang diharapkan : Mengidentifikasi dan menggunakan intervensi untuk mengatasi nyeri/ketidaknyamanan dengan tepat, mengungkapkan berkurangnya nyeri, tampak rileks, mampu tidur/istirahat dengan tepat.

Intervensi :

- 1) Anjurkan dan gunakan teknik mencuci tangan dengan cermat.
- 2) Tinjau ulang Hb/Ht prenatal.
- 3) Kaji status nutrisi klien.
- 4) Anjurkan masukan cairan oral dan diet tinggi protein, vitamin c dan zat besi.
- 5) Inspeksi balutan abdominal terhadap eksudat atau rebesan, lepaskan balutan sesuai indikasi.
- 6) Inspeksi insisi terhadap proses penyembuhan, perhatikan kemerahan, edema, nyeri, eksudat atau gangguan penyatuan.
- 7) Kaji suhu, nadi dan sel darah putih.
- 8) Kaji lokasi dan kontraktibilitas uterus, perhatikan involusi atau adanya nyeri tekan uterus.
- 9) Perhatikan jumlah dan bau lochea atau perubahan pada kemajuan, normal dari rubra menjadi serosa.
- 10) Catatan frekuensi/jumlah dan karakteristik urin.
- 11) Inspeksi daerah pemasangan infus IV terhadap tanda-tanda eritema, edema, dan nyeri.
- 12) Berikan perawatan perineal, infus dan kateter.

13) Berikan antibiotik khusus untuk proses infeksi yang teridentifikasi.

Rasional :

- 1) Membantu mencegah atau membatasi penyebaran infeksi.
- 2) Anemia, diabetes, dan persalinan yang lama sebelum kelahiran meningkatkan risiko infeksi dan perlambatan penyembuhan.
- 3) Klien yang berat badannya 20% dibawah berat badan normal, anemia atau malnutrisi lebih rentan terhadap infeksi pascapartum dan dapat memerlukan diet khusus.
- 4) Mencegah dehidrasi, memaksimalkan volume sirkulasi dan aliran urin.
- 5) Balutan steril, menutupi luka pada 24 jam pertama kelahiran membantu melindungi luka dari cedera atau kontaminasi.
- 6) Tanda-tanda kemerahan, edema, nyeri, eksudat atau gangguan penyatuan menandakan infeksi luka.
- 7) Demam setelah pascaoperasi hari ketiga, leukositosis dan takikardi menunjukkan infeksi.
- 8) Setelah kelahiran , fundus tetap pada ketinggian umbilikus selama sampai 5 hari, bila involusi mulai disertai dengan peningkatan aliran lochea.
- 9) Secara normal lochea berbau amis namun pada endometritis rabas mungkin purulen dan berbau busuk.
- 10) Stasis urinarius meningkatkan risiko infeksi.

11) Menandakan infeksi lokal, memerlukan pengangkatan kateter dan kemungkinan dimulainya kembali jalur IV pada sisi lain.

12) Membantu menghilangkan media pertumbuhan bakteri dan meningkatkan hygiene.

13) Antibiotik perlu untuk mematikan organisme.

c. Kurang perawatan diri berhubungan dengan penurunan kekuatan, ketahanan, dan ketidaknyamanan fisik.

Tujuan : mampu mengungkapkan ketidakmampuan kekuatan dan ketidaknyamanan fisik.

Hasil yang diharapkan : Mendemostrasikan teknik-teknik untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan perawatan diri. Mengidentifikasi / menggunakan sumber yang tersedia.

Intervensi :

- 1) Pastikan durasi ketidaknyamanan, adanya sakit kepala pasca spinal.
- 2) Kaji kasus fisiologis klien.
- 3) Ubah posisi klien setiap 1-2 jam.
- 4) Barikan bantuan sesuai kebutuhan dengan hygiene misalnya perawatan mulut, mandi dan perawatan perianal.
- 5) Kolaborasi pemberian analgetik setiap 3-4 jam sesuai kebutuhan.

Rasional :

- 1) Nyeri berat mempengaruhi respon emosional dan perilaku.

- 2) Pengalaman nyeri fisik mungkin disertai dengan nyeri mental yang mempengaruhi keinginan klien.
 - 3) Membantu mencegah komplikasi bedah.
 - 4) Memperbaiki harga diri, meningkatkan perasaan kesejahteraan.
 - 5) Menurunkan ketidaknyamanan yang mempengaruhi kemampuan untuk melaksanakan perawatan diri.
- d. Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot.

Tujuan : mengurangi rasa mual dan menurunkan bising usus.

Hasil yang diharapkan : Mendemonstrasikan kembali mobilitas usus dibuktikan oleh bising usus aktif dan keluarnya flatus. Mendapatkan kembali pola eliminasi atau optimal empat hari pasca partum.

Intervensi :

- 1) Auskultasi terhadap adanya bising usus pada keempat kuadran setiapa empat jam setelah kelahiran.
- 2) Palpasi abdomen, perhatikan distensi/ketidaknyamanan.
- 3) Anjurkan cairan oral yang adekuat misalnya 6-8 gelas per hari, bila masukan oral sudah mulai kembali, anjurkan peningkatan diet makanan dan buah-buahan serta sayur-sayuran.
- 4) Anjurkan latihan kaki mengencang abdominal, tingkatkan ambulasi dini.
- 5) Berikan pelunak feses.

Rasional :

- 1) Menentukan kesiapan terhadap pemberian makan per oral dan kemungkinan terjadinya komplikasi.
 - 2) Menandakan pembentukan gas dan akumulasi atau kemungkinan ileus paralitik.
 - 3) Meningkatkan cairan dan makanan kaya serat dapat merangsang eliminasi dan mencegah konstipasi defekasi.
 - 4) Latihan kaki mengencangkan otot-otot abdomen dapat memperbaiki motilitas abdomen.
 - 5) Melunakkan feses, merangsang peristaltik usus dan membantu mengembalikan fungsi usus.
- e. Ansietas berhubungan dengan kebutuhan tidak terpenuhi.
- Tujuan : membantu mengatasi penurunan atau menghilangkan ansietas.
- Hasil yang diharapkan : Klien mampu mengungkapkan kesadaran akan perasaan ansietas dan mampu mengidentifikasi cara untuk menurunkan atau menghilangkan ansietas, klien tampak rileks dan dapat beristirahat.
- Intervensi :
- 1) Dorong partisipasi pasangan.
 - 2) Tentukan tingkat ansietas klien dan sumber dari masalah.
 - 3) Bantu klien/pasangan dalam mengidentifikasi mekanisme coping yang lazim dan perkembangan strategi coping baru jika dibutuhkan.

- 4) Berikan informasi yang akurat tentang keadaan klien/bayi.
- 5) Mulai kontak antara klien dengan bayi.

Rasional :

- 1) Memberikan dukungan emosional.
 - 2) Kelahiran mungkin dipandang sebagai suatu kegagalan dalam hidup oleh klien dan hal tersebut dapat memiliki dampak negatif.
 - 3) Membantu memfasilitasi adaptasi yang positif terhadap peran baru, mengurangi perasaan ansietas.
 - 4) Kelahiran yang disebabkan oleh kurangnya informasi atau kesalahpahaman dapat meningkatkan tingkat ansietas.
 - 5) Mengurangi ansietas yang mungkin berhubungan dengan penanganan bayi.
- f. Perubahan eliminasi urin berhubungan dengan penurunan kekuatan dan ketahanan.

Tujuan : mengurangi distensi kandung kemih.

Hasil yang diharapkan : Mendapat pola berkemih yang normal.

Intervensi :

- 1) Perhatikan dan catat konsentrasi drainase urin.
- 2) Tes urin terhadap albumin dan aseton.
- 3) Berikan cairan peroral minimal 6-8 gelas perhari.
- 4) Palpasi kantong kemih, pantau tinggi fundus uteri dan pengeluaran lokea.

5) Perhatikan tanda-tanda dan gejala infeksi saluran kemih.

Rasional :

- 1) Oliguria (keluaran kurang dari 30 ml/jam) mungkin disebabkan oleh kehilangan cairan, ketidakadekuatan pengganti cairan.
 - 2) Proses katalitik berkenaan dengan involusi uterus dapat mengakibatkan proteinuria (1+) selama hari pertama pasca partum.
 - 3) Cairan meningkatkan hidrasi dan fungsi ginjal serta membantu mencegah stasis kandung kemih.
 - 4) Aliran plasma ginjal yang meningkat mengakibatkan peningkatan pengisian kandung kemih.
 - 5) Adanya kateter indwelling mempredisposisikan klien pada masuknya bakteri dan infeksi saluran kemih.
- g. Kurangnya pengetahuan mengenai perubahan fisiologis, periode pemulihan, perawatan dini dan kebutuhan perawatan bayi berhubungan dengan tidak mengenal sumber-sumber informasi.

Tujuan : memberitahukan aktivitas-aktivitas yang boleh dilakukan klien.

Hasil yang di harapkan : Menunjukkan luka bekas dari drainase purulen dengan tanda awal penyembuhan misalnya penyatuan tepi-tepi luka, uterus lunak/tidak nyeri, aliran dan karakter lochea normal, klien bebas tanda-tanda infeksi.

Intervensi :

- 1) Kaji kesiapan dan motivasi klien untuk belajar.
- 2) Perhatikan status psikologis dan respon terhadap kelahiran serta peran menjadi ibu.
- 3) Diskusikan program latihan yang tepat sesuai kebutuhan.
- 4) Demonstrasikan tehnik-tehnik perawatan bayi.
- 5) Tinjau ulang informasi berkenaan dengan pilihan yang tepat untuk pemberian makanan bayi (misalnya fisiologis menyusui, pengubahan posisi bayi selama menyusui dari susu botol maupun air susu ibu).

Rasional :

- 1) Periode pascapartum dapat menjadi pengalaman positif bila kesempatan penyuluhan diberikan untuk membantu mengembangkan pertumbuhan ibu, maturasi dan kompetensi.
 - 2) Ansietas berhubungan dengan kemampuan merawat diri sendiri dan anaknya.
 - 3) Program latihan progresif biasanya dapat dimulai bila ketidaknyamanan abdomen telah berkurang.
 - 4) Membantu orang tua dalam penguasaan tugas-tugas baru.
 - 5) Meningkatkan kemandirian dan pengalaman pemberian makanan yang optimal.
- h. Perubahan ikatan proses keluarga berhubungan dengan krisis situasi.

Tujuan : meningkatkan kesatuan keluarga.

Hasil yang diharapkan : Klien mengungkapkan pemahaman tentang perubahan fisiologis, kebutuhan-kebutuhan individu.

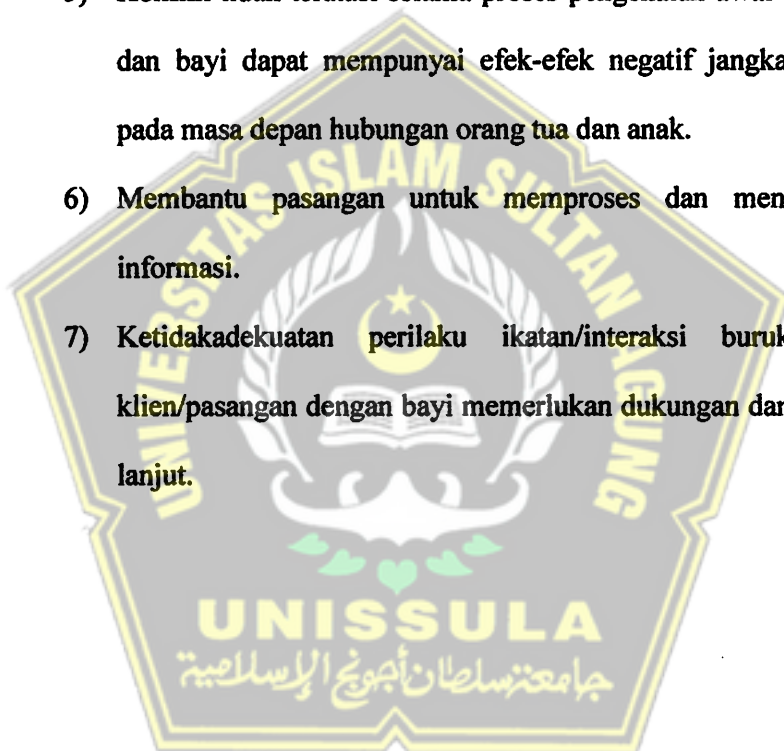
Intervensi :

- 1) Berikan kesempatan untuk menyentuh dan menggendong bayi serta bantu dalam perawatan bayi.
- 2) Observasi dan catat interaksi keluarga, perhatikan perilaku yang dianggap menandakan ikatan keluarga.
- 3) Diskusikan kebutuhan kemajuan, dan sifat interaksi yang lazim dari ikatan.
- 4) Perhatikan pengungkapan/perilaku yang menunjukkan kekecewaan atau kurang minat.
- 5) Berikan kesempatan orang tua untuk mengungkapkan perasaan-perasaan negatif tentang keluarga dan bayi.
- 6) Berikan informasi sesuai dengan kebutuhan tentang keamanan dan kondisi bayi, dukungan pasangan sesuai kebutuhan.
- 7) Kolaborasi bersama anggota tim perawatan kesehatan (perawat pasca partum tentang observasi sesuai indikasi).

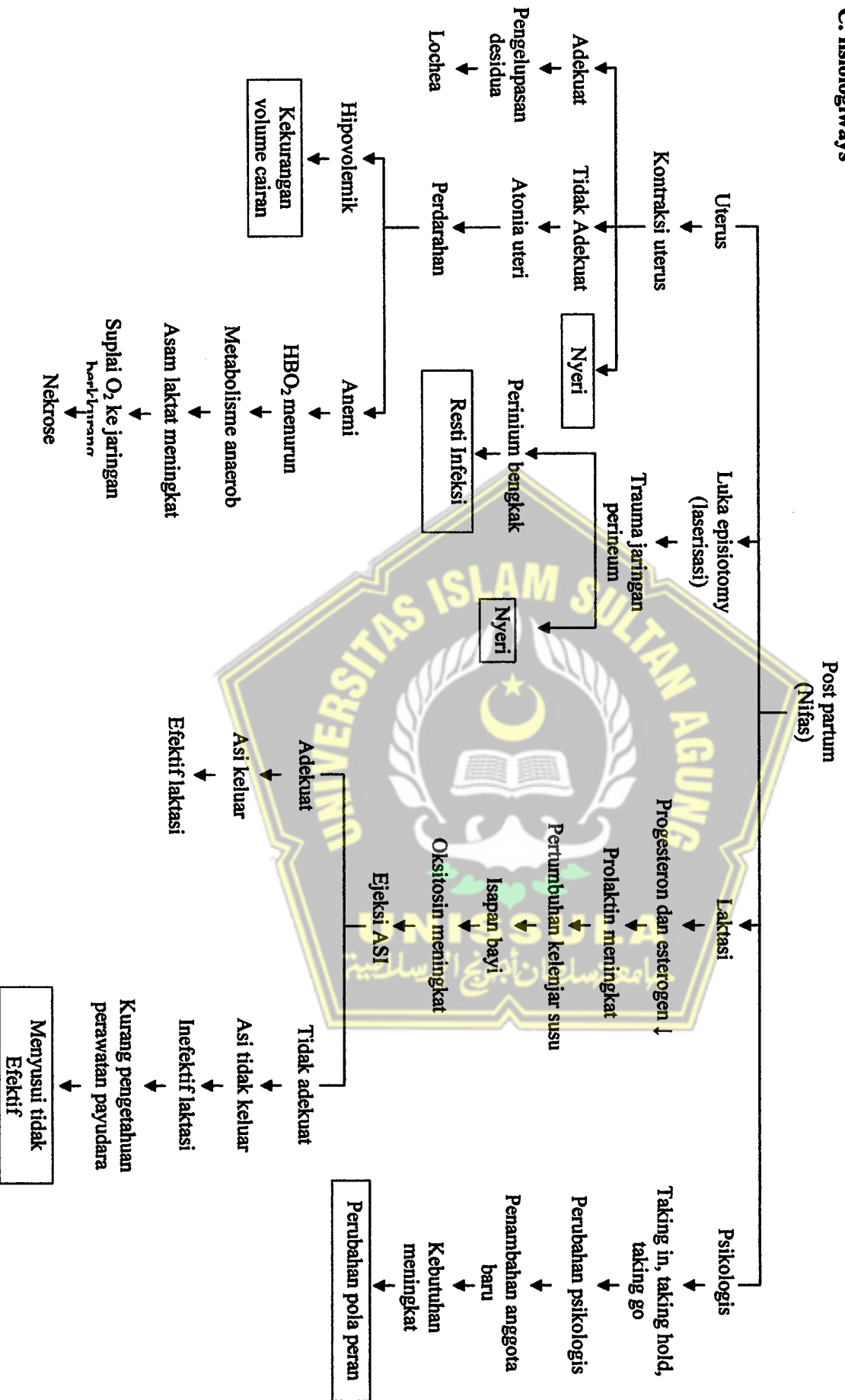
Rasional :

- 1) Membantu memudahkan ikatan/kedekatan di antara ayah dan bayi.
- 2) Kontak mata dengan mata, penggunaan posisi wajah, berbicara dengan suara nada tinggi dan menggendong bayi dengan dekat dihubungkan dengan kedekatan pada budaya.

- 3) Membantu klien/pasangan memahami makna dan pentingnya proses dan memberikan keyakinan bahwa perbedaan diperkirakan.
- 4) Kedatangan anggota keluarga baru bahkan bila diinginkan dan diantisipasi menciptakan periode sementara, memerlukan penyatuan anak baru ke dalam keluarga yang ada.
- 5) Konflik tidak teratasi selama proses pengenalan awal orang tua dan bayi dapat mempunyai efek-efek negatif jangka panjang pada masa depan hubungan orang tua dan anak.
- 6) Membantu pasangan untuk memproses dan mengevaluasi informasi.
- 7) Ketidakadekuatan perilaku ikatan/interaksi buruk antara klien/pasangan dengan bayi memerlukan dukungan dan evaluasi lanjut.



C. fisiologiways



BAB III

HASIL TINDAKAN KEPERAWATAN

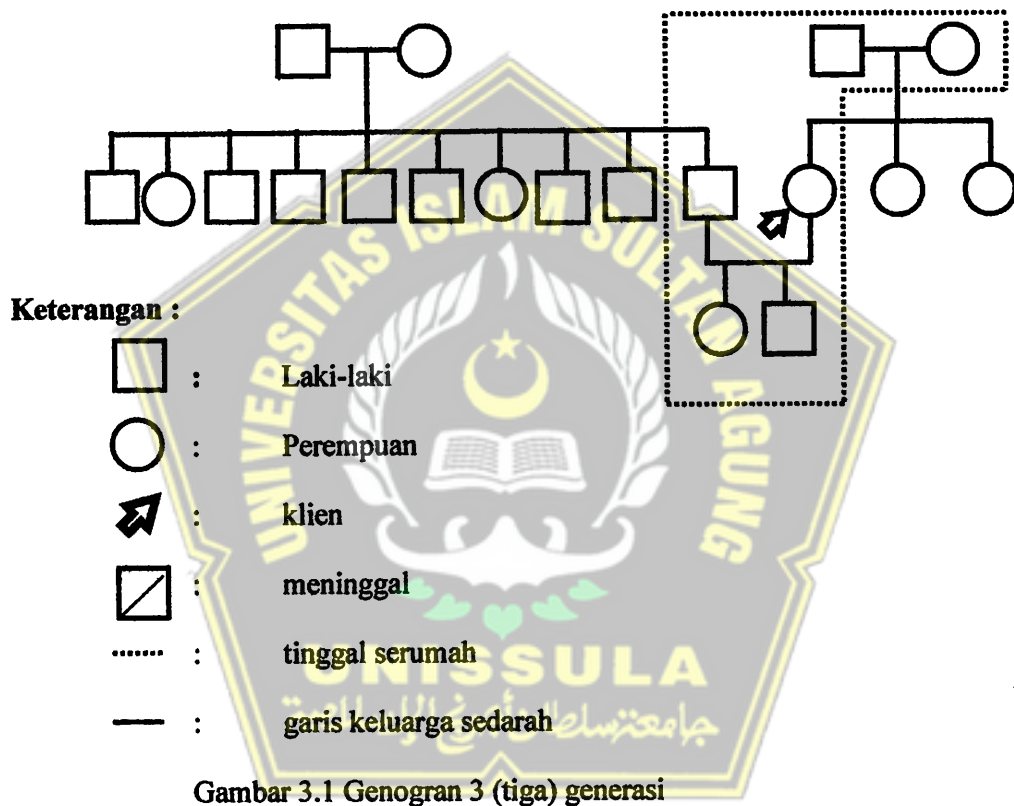
A. TINJAUAN KASUS

Pengkajian dilakukan pada tanggal 22 Maret 2011 jam 08.30 WIB. Dari hasil pengkajian ditemukan data inisial nama klien adalah Ny. SM, dengan No. CM 13. 97. 05, lahir di Semarang, pada tanggal 20 April 1985 (26 tahun). Klien beragama islam bersuku jawa dan berkebangsaan Indonesia. Pendidikan terakhir klien adalah SMA. Sekarang klien adalah seorang ibu rumah tangga. Klien memiliki golongan darah B, sekarang klien tinggal di Semarang Utara Lodan X RT 04/RW V . Klien masuk rumah sakit dengan diagnose medis Inpartu G2.P1.A0. Klien masuk rumah sakit pada tanggal 21 Maret 2011 dengan nomor rekam medik 13-97-05. Penanggung jawab selama klien dirawat dirumah sakit adalah Tn. SR yang lahir pada tanggal 30 juni 1982, beragama Islam, suku jawa pendidikan terakhir SMA dan sekarang bekerja sebagai buruh pabrik.

Klien mengeluhkan nyeri dan perih pada luka jahitan perineum. Faktor pencetus dari rasa nyeri klien ini adalah karena adanya proses persalinan dengan episiotomi, nyeri klien berlangsung selama 1 hari. Rasa nyeri ini timbul dan bertambah pada saat klien bergerak, duduk dan saat cebokan setelah buang air kecil. Adapun faktor yang memperberat adalah ketika mau duduk, berdiri dan berjalan, sehingga untuk memperingan nyerinya klin hanya diam dan mencari posisi yang nyaman.

Dari hasil pengkajian riwayat kesehatan yang lalu klien, klien mengatakan tidak ada riwayat alergi, tidak merokok, tidak pernah minum alcohol dan apabila klien merasa demam maka klien mengkonsumsi parasetamol.

Didalam keluarga klien, baik dari pihak suami maupun klien sendiri tidak ada riwayat kehamilan kembar, penyakit gangguan mental. Berikut genogram keluarga 3 generasi klien.



Dari hasil pengkajian juga didapatkan bahwa klien mengalami menarche pada umur 12 tahun, dengan siklus bulanan 28 hari, darah yang dikeluarkan oleh klien cair dan segar, biasanya klien haid 5 – 7 hari dan klien mengeluhkan sakit pada perut bagian bawah pada saat mengalami haid. Hingga saat ini usia

perkawinan klien telah mencapai 5 tahun, klien menikah pada saat berusia 21 tahun dan ini adalah pernikahan pertama klien.

Saat dikaji riwayat keluarga berencana, klie pernah menggunakan alat kontrasepsi KB, setelah persalinan klien merencanakan akan melanjutkan KB. Klien dan suami merencanakan ingin punya 2 anak saja.

Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu yaitu klien sebelumnya belum pernah melahirkan anak perempuan dengan berat badan 2900 gram dengan persalinan normal, ini merupakan kehamilan dan persalinan yang kedua bagi klien. Partus anak yang kedua atau yang sekarang yaitu tanggal 22 Maret 2011 pada pukul 04.45 WIB, jenis persalinan lahir spontan dengan jenis kelamin laki-laki, berat badan 3100 gram, panjang badan 45 cm, lingkaran dada 36 cm, lingkaran lengan 13 cm dan lingkaran kepala 35 cm. Saat lahir bayi segera menangis dengan APGAR score 8 - 9 -10.

Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik ibu diketahui keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, pada lengan kiri terpasang infuse Ringer Laktat drip Neurobat 1 ampul 20 tetes/menit. Tanda-tanda vital: tekanan darah 110/70 mmHg diukur pada lengan kanan dengan posisi berbaring, nadi 80 kali per menit teratur, respirasi 20 kali per menit, suhu 36,5°C pada axila.

Kepala mesocephal tidak ada benjolan atau kelainan bentuk, rambut hitam, kulit kepala bersih tanpa ketombe. Bentuk wajah simetris tidak terdapat cloasma dan odema. Sklera mata tidak ikterik, konjungtiva mata tidak anemis, fungsi penglihatan baik. Fungsi penciuman baik, bentuk hidung simetris, tidak terdapat polip dan penyakit lainnya pada hidung. Bentuk telinga simetris kiri dan kanan,

fungsi pendengaran baik, telinga bersih kiri dan kanan, tidak ada pengeluaran cairan atau serumen, keadaan mulut bersih tidak ada karies gigi, tidak terdapat stomatitis, gigi lengkap, mukosa mulut lembab. Pada leher tidak terdapat pembesaran tonsil dan kelenjar tiroid, tidak ada distensi vena jugularis. Pada daerah dada: bunyi jantung normal, suara napas vesikuler di seluruh lapang paru kiri dan kanan, tidak ada riwayat penyakit jantung dan penyakit pernapasan. Bentuk payudara simetris kiri dan kanan, terjadi pembesaran payudara dan hiperpigmentasi areola, keadaan puting susu menonjol keluar, cairan yang keluar colostrum adalah cairan berwarna kuning, kebersihan payudara baik. Klien mengeluh payudara terasa bengkak dan ASI belum keluar lancar.

Pemeriksaan abdomen, konsistensi uterus keras dan posisi uterus berada ditengah. Tinggi fundus uteri sejajar pusat. Bising usus normal, terdapat distensi kandung kemih, vesika urinaria kurang berfungsi dengan baik, BAK tidak lancar.

Genetalia eksternal normal, tidak terdapat odema pada labia mayora dan minora, tidak terdapat varises, pengeluaran lochea rubra masih banyak sekitar \pm 30 cc. Tampak terdapat jahitan perineum berupa jahitan dalam 5 dan jahitan luar 4 dan tampak balutan kassa betadin. Tidak tampak adanya tanda-tanda infeksi.

Klien tidak mempunyai riwayat hemoroid, pada kedua ekstremitas kiri dan kanan bawah diketahui reflek patella positif, pada kedua tungkai kaki terdapat oedema, kram dirasakan sebelum melahirkan, pemeriksaan human sign negatif.

Hasil pemeriksaan bayi, keadaan umum baik, bayi tampak tenang. tanda-tanda vital, nadi 131 kali per menit, suhu 36,6^occ. Bentuk kepala simetris, bersih,

tidak ada benjolan, tidak terdapat bekas trauma pada kepala. Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi saat bernafas. Bentuk abdomen simetris, tali pusat belum terlepas, tidak terdapat ascites, jenis kelamin laki-laki, anus ada, ekstremitas atas dan bawah lengkap.

Pola makan klien sebelum dan selama hamil makan 3 kali sehari, dan setelah melahirkan makan 3 kali sehari. Klien mampu menghabiskan 1 porsi yang telah disediakan dari rumah sakit. Jenis makanan yang dikonsumsi sebelum dan selama hamil adalah nasi, sayur, lauk (ikan, ayam, tahu, tempe) dan kadang-kadang buah-buahan. Setelah melahirkan sekarangpun jenis makanan sama. Hampir semua makanan disukai oleh klien, tidak ada pantangan karena alergi, nafsu makan baik, porsi makan satu piring. Minum air putih 7-8 gelas sehari jenis minuman air putih, teh dan susu. Selama menjalani perawatan klien dibantu suami untuk makan.

Pola eliminasi klien, buang air besar satu kali sehari dengan karakteristik warna feses kuning dan berbau khas feses dan konsistensi lembek. Setelah melahirkan klien belum ada buang air besar. Setelah melahirkan frekuensi BAK baru 1kali sehari dan hanya sedikit, warna urin kuning dengan bau khas amoniak. Ditemukan masalah dalam pola eliminasi.

Pola istirahat dan tidur klien, tidur malam mulai pukul 21.00 WIB, kurang lebih 9 jam. Klien mengatakan susah tidur di malam hari karena tempatnya berisik, klien merasa terganggu dengan lingkungan sekitar. Ditemukan adanya masalah keperawatan pada pola istirahat dan tidur.

Pola aktivitas dan latihan, klien mengaku jarang berolahraga. Untuk mengisi waktu luang klien biasanya menonton TV, memasak dan membersihkan rumah, sekarang klien masih menjalani perawatan, klien hanya beristirahat dan mengurus anaknya.

Penampilan klien untuk personal hygiene cukup bersih hanya saja untuk vulva hygiene masih dibantu. Klien tidak merokok dan tidak minum minuman keras apalagi mengonsumsi obat-obatan.

Ny. SM berencana memberikan ASI kepada anaknya namun klien kurang begitu mengerti tentang cara menyusui dan merawat payudara yang baik. Selain itu juga klien mengaku kurang paham akan pentingnya memberikan ASI.

Klien mempunyai adaptasi terhadap nyeri dengan cara diam dan mengatur posisi nyaman mungkin. Klien tampak kurang tenang dan gelisah. Klien mengatakan setelah melahirkan badannya terasa lemas tapi merasa senang karena sudah bias melahirkan dengan selamat. Klien juga berharap kondisinya bisa segera pulih dan ingin cepat pulang.

Konsep diri klien baik, klien tidak merasa malu apabila terlihat gemuk setelah melahirkan. Klien mengatakan puas karena telah menjalani peran sebagai seorang istri sekaligus sebagai ibu bagi kedua anaknya. Ideal diri klien yaitu klien merasa bangga dapat menjadi wanita yang seutuhnya. Klien merasa lebih percaya diri untuk menjalani proses merawat bayinya.

Persepsi diri klien baik, Klien mengatakan senang karena anak yang sekarang dengan jenis kelamin laki – laki ini sangat diinginkan oleh klien dan

suami. Pada saat ini klien merasa senang dan lega karena anaknya yang ke 2 telah lahir dengan selamat dan dalam kondisi sehat.

Dirumah klien menggunakan bahasa Jawa dan Indonesia sebagai bahasa sehari-hari. Komunikasi klien dengan anggota keluarga dan masyarakat baik dan lancar. Pengambilan keputusan dalam keluarga dimusyawarahkan bersama dengan suami.

Klien memeluk agama Islam. Klien mengaku sering mengikuti kegiatan ibadah di masjid ataupun pengajian disekitar lingkungan rumah klien. Sumber kekuatan hidup klien adalah Tuhan Yang Maha Esa. Pandangan terhadap kondisi saat ini klien mengatakan hanya bisa bersabar dan yakin bahwa ia akan segera pulih.

Pemeriksaan penunjang Ny. SM pada tanggal 21 Maret 2011 yaitu nilai hemoglobin klien 10,7 gr% , leukosit klien 7.500 /ul, eritrosit klien 4.00 juta/ul, hematokrit klien 35%, dan klien bergolongan darah B.

Obat yang didapat klien pada tanggal 23 Maret 2011 yaitu klien mendapatkan infus RL 20 tpm, Neurobat 2 x 1 amp (drip), Vit C 2 x1 amp (inj. IV), Sedangkan obat yang didapat klien pada tanggal 24 Maret 2011 yaitu asam mefenamat 3x1 500 mg, amoxicillin 3x1 500 mg dan vit A 2 x 1 500 mg.

B. Diagnosa Keperawatan

- 1. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan trauma jaringan perineum.**

Dari pengkajian tanggal 22 Maret 2011 pukul 08.35 pada klien mendapatkan data berikut : untuk data pertama pada “ Data subyektif “ , klien mengatakan pada luka jahitan perineum terasa nyeri dan pedih, terutama saat bergerak dan duduk, juga perih pada saat cebok setelah berkemih, klien mengungkapkan skala nyeri yaitu 5. Sedangkan “ Data obyektif “, terdapat luka episiotomi yang dikompres dengan kasa betadin, tampak pengeluaran lochea rubra, TTV “ TD ; 110/70 mmHg, nadi ; 80 X/menit, suhu ; 36,5° C, RR ; 20 X/menit. Dari analisa data tersebut dapat muncul diagnosa keperawatan, gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan trauma jaringan perineum.

Diagnosa gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan trauma jaringan perineum, penulis merencanakan intervensi yang bertujuan untuk masalah nyeri dapat berkurang dalam 1 x 24 jam setelah dilakukan tindakan keperawatan. Intervensi yang direncanakan antara lain: kaji skala nyeri, ajarkan klien metode distraksi dan relaksasi, ajarkan pada klien untuk kompres dingin pada daerah perineum, kolaborasi pemberian analgesic sesuai dengan advis dokter.

Pada tanggal 22 Maret 2011 penulis melakukan implementasi untuk mengatasi diagnosa keperawatan pertama pukul 10.40 WIB, penulis mengkaji skala nyeri, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, memberi lingkungan yang nyaman dan tenang, memberikan posisi yang nyaman dan rileks untuk klien, dan pada pukul 11.15 WIB penulis memberikan terapi obat

vitamin C melalui injeksi IV, neurobat di drip dalam infus dengan 20 tpm, respon objektif : klien tampak lebih rileks dan tenang.

Pada tanggal 23 Maret 2011 pukul 09.00 WIB, penulis melakukan evaluasi dan didapatkan hasil evaluasi sebagai berikut : evaluasi subjektif klien mengatakan nyeri sudah berkurang, dan evaluasi obyektif klien nampak lebih nyaman dan rileks. Hasil dari kesimpulan diatas masalah sudah teratasi sebagian dan rencana tindak lanjut yaitu pertahankan intervensi yang sudah diberikan.

2. Kurangnya pengetahuan mengenai nutrisi ibu menyusui berhubungan dengan kurangnya akses mendapatkan informasi kesehatan.

Dari pengkajian tanggal 22 Maret 2011 pukul 08.35 juga didapatkan “ Data subyektif“ , klien mengatakan ASI belum keluar, klien juga mengatakan kurang tahu faktor yang dapat meningkatkan ASI, sedangkan data objektif ; klien bingung dan kurang mengerti saat ditanya tentang asupan gizi yang dibutuhkan ibu menyusui. Sehingga penulis mengangkat diagnosa keperawatan “kurangnya pengetahuan tentang faktor produksi ASI berhubungan dengan kurangnya akses mendapatkan informasi kesehatan”.

Untuk diagnosa keperawatan kurangnya pengetahuan tentang faktor produksi ASI berhubungan dengan kurangnya akses mendapatkan informasi kesehatan, intervensi yang dilakukan dengan tujuan dan kriteria hasil : klien dapat tahu dan paham tentang peningkatan produksi ASI, klien dapat menjelaskan dan mempraktikan cara menyusui yang benar, klien faham tentang nutrisi yang dibutuhkan untuk ibu menyusui setelah di lakukannya tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam. Untuk intervensi atau rencana

yang akan dilakukan penulis adalah kaji tingkat pendidikan klien, kaji pengetahuan klien tentang nutrisi ibu menyusui dan cara menyusui yang benar pada bayi, berikan pendidikan kesehatan tentang nutrisi ibu menyusui dan cara menyusui yang benar pada bayi, ajarkan tehnik brase care.

Pada tanggal 22 Maret 2011 pukul 10.45 WIB implementasi yang dilakukan sebagai berikut : mengkaji tingkat pendidikan klien, mengkaji pengetahuan klien tentang nutrisi ibu menyusui, dan pada pukul 11.45 WIB, penulis memberikan penkes tentang nutrisi ibu menyusui dan faktor yang mempengaruhi produksi ASI, mengajarkan cara perawatan payudara (teknik brase care). Respon objektif klien nampak antusias mendengarkan penulis memberikan penkes serta klien juga mampu menjelaskan dan mempraktikan semua materi yang telah disampaikan penulis.

Pada tanggal 23 Maret 2011 pukul 10.15 WIB, penulis melakukan evaluasi dan didapatkan hasil evaluasi sebagai berikut : evaluasi subjektif klien mengatakan sudah faham tentang apa saja nutrisi yang dibutuhkan oleh ibu menyusui dan faktor – faktor yang mempengaruhi produksi ASI, sedangkan evaluasi objektifnya klien faham dan dapat mengaplikasikan apa yang sudah disampaikan oleh penulis. Dan dari data diatas dapat disimpulkan bahwa masalah sudah dapat teratasi, semua implementasi yang dilakukan sudah tidak dilaksanakan lagi hanya dilakukan pemantauan.

- 3. Gangguan eliminasi urin (retensi urin) berhubungan dengan penurunan kekuatan dan ketahanan.**

Pada pengkajian tanggal 22 Maret 2011 pukul 08.35 juga didapatkan “Data subyektif” klien mengatakan belum bisa BAK dengan lancar, klien juga mengatakan sakit disekitar daerah kandung kemih, dan data objektifnya : klien terlihat gelisah ingin BAK, kandung kemih klien teraba keras dan penuh, urin yang dikeluarkan klien hanya sedikit. Dan dari data yang diperoleh maka penulis mengangkat diagnosa keperawatan “gangguan eliminasi urin berhubungan dengan penurunan kekuatan dan ketahanan”.

Untuk diagnosa keperawatan gangguan eliminasi urin (inkonensia) berhubungan dengan obstruksi uretra sekunder terhadap oedema uretra, intervensi yang akan dilakukan dengan tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam, klien dapat memenuhi kebutuhan eliminasi urin, klien dapat mengosongkan kandung kemih 4 – 8 jam setelah melahirkan, klien tidak lagi merasakan ketegangan pada kandung kemih, klien dapat merasa nyaman dan rileks.

Pada tanggal 22 Maret 2011 pukul 11.00 WIB implementasi yang dilakukan sebagai berikut : mengkaji intake cairan klien saat terakhir BAK, mengkaji urin yang dikeluarkan dalam sehari, menganjurkan klien merangsang BAK dengan air hangat, mengkolaborasi dengan dokter dalam pemasangan kateter. Dan didapatkan respon objektif klien : klien sangat kooperatif dan melakukan apa yang di berikan oleh penulis, sedangkan respon objektif, urin yang dikeluarkan klien dalam sehari kurang dari 500 cc, dan tidak dianjurkan dipasang kateter.

Pada tanggal 22 Maret 2011 pukul 11.55 WIB, penulis melakukan evaluasi dan didapatkan hasil evaluasi sebagai berikut : evaluasi subjektif klien mengatakan sudah dapat BAK dengan lancar, dan kandung kemih klien

sudah tidak penuh lagi dan tidak sakit. Sedangkan respon objektifnya : klien terlihat sudah rileks dan nyaman, kandung kemih klien saat diraba tidak keras lagi. Dan dapat disimpulkan bahwa masalah sudah taratasi, rencana tindak lanjut mempertahankan implementasi kedua.

4. Gangguan pola istirahat berhubungan dengan faktor eksternal perubahan lingkungan.

Pada pengkajian tanggal 22 Maret 2011 pukul 08.35 juga didapatkan “ Data subyektif “ klien mengatakan susah tidur (tidak bisa tidur), klien mengatakan gelisah saat tidur, klien mengatakan sering terbangun saat tidur terutama malam hari. Dan respon objektif , klien terlihat pucat, lemas dan lesu, dan mata klien terlihat kurang istirahat. Dan dari data yang diperoleh maka penulis mengangkat diagnosa keperawatan “gangguan pola istirahat berhubungan dengan faktor eksternal perubahan lingkungan”.

Untuk diagnosa keperawatan gangguan pola istirahat berhubungan dengan faktor eksternal perubahan lingkungan, yang akan dilakukan dengan tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam, klien dapat mengungkapkan pemahaman tentang faktor gangguan tidur, meningkatkan kemampuan tidur klien, wajah terlihat segar, rileks dan nyaman.

Pada tanggal 22 Maret 2011 pukul 10.55 WIB implementasi yang dilakukan sebagai berikut : mengkaji tingkat kelelahan dan pola istirahat klien, mengkaji faktor penyebab gangguan tidur, memberi lingkungan yang nyaman dan tenang, membatasi kunjungan selama istirahat. Dan didapat respon objektif dari klien yaitu: setelah dilakukannya implementasi klien

merasa lebih nyaman, tenang, rileks, dan wajah nampak lebih segar, ruangan juga nampak lebih kondusif untuk istirahat klien, dan klien tampak istirahat dengan nyaman dan tenang.

Evaluasi dilakukan oleh penulis pada tanggal 22 maret pukul 14.10 WIB, dan didapatkan hasil sebagai berikut: klien merasa cukup istirahatnya, klien juga mengatakan sudah tidak terganggu dengan pengunjung, klien mengatakan badannya sudah mulai sehat dan segar, klien nampak nyaman dan rileks saat istirahat, sehingga dapat disimpulkan bahwa masalah sudah teratasi, dan rencana tindak lanjut yang dilakukan penulis yaitu tetap mempertahankan implementasi ketiga dan keempat.



BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dibahas tentang asuhan keperawatan post partum pada Ny.SM dengan episiotomi di RSI Sultan Agung Semarang selama 2 hari. Dalam melakukan tahapan proses keperawatan ini penulis lakukan dengan memperhatikan tahapan proses keperawatan, yang meliputi: pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan untuk memperoleh data dengan cara *allo anamnesa* dan *auto anamnesa* data yang diperoleh dari hasil pengkajian kemudian disimpulkan dan dianalisis untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Pengkajian pada Ny. SM dimulai pada tanggal 22 Maret 2011 pukul 08.30 WIB diruang Baitun Nissa RSI Sultan Agung Semarang. Selama memberikan tindakan asuhan keperawatan tersebut diagnosa keperawatan yang muncul adalah:

1. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan trauma jaringan perineum.

Menurut Carpenito (2009) 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 pada luka jahitan perineum terasa nyeri dan pedih, pengkajian nyeri dengan cara menanyakan kepada klien didapatkan data Paliatif: nyeri karena luka laserasi (episiotomi), Kualitas: nyeriterasa perih (kemeng), Region: disekitar daerah perineum, Skala nyeri: 5, Time: nyeri saat digerakan/duduk. Data objektif: nampak luka episiotomi yang dikompres dengan kasa betadin dan tampak pengeluaran lochea rubra, TD: 110/70 mmHg, N: 80x/menit, S: 36,5C, RR: 20x/menit, Menurut Carpenito Lynda Juall (2006). Sedangkan untuk etiologi dari masalah keperawatan, nyeri akut adalah dikarenakan trauma jaringan perineum.

Menurut Carpenito (2009), diagnosa ini kurang tepat untuk ditegakan Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan trauma jaringan perineum seharusnya problemnya nyeri akut karena nyeri yang dirasakan kurang dari 6 bulan, kadang timbul kadang tidak atau hilang.

Sedangkan penulis menggunakan diagnosa menurut Dongoes yaitu, nyeri berhubungan dengan trauma jaringan perineum. Sesuai pengkajian data ini sudah tepat dengan etiologi yang ada yaitu trauma jaringan perineum.

Penulis kurang tepat mengangkat diagnosa keperawatan nyeri berhubungan dengan trauma jaringan perineum sebagai prioritas pertama karena menurut triage konsep keperawatan memprioritaskan penanganan keperawatan yang dapat

berpengaruh pada kebutuhan fisiologis, dan pada Hierarki Maslow nyeri merupakan kebutuhan rasa nyaman yang harus dipenuhi tapi penanganannya 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. Sehingga masalah ini tidak mengancam jiwa klien apabila tidak segera ditangani.

Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil: ekspresi wajah rileks, klien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri menjadi 2 -4. 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 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 trauma jaringan, penulis tidak mengalami hambatan. Nyeri klien dapat diatasi dengan teknik 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 23 Maret 2011 jam 09.00 dengan masalah keperawatan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan yaitu gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan trauma jaringan perineum, subjektif: klien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri 4, objektif: klien nampak lebih nyaman dan rileks. Tapi perlu adanya tindak lanjut tindakan keperawatan apabila adanya kelainan post partum.

2. Kurang pengetahuan mengenai nutrisi ibu menyusui berhubungan dengan kurangnya akses mendapatkan informasi.

Menurut Carpenito (2009) 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 kurang tahu, dan data objektif: klien tampak bingung dan kurang mengerti saat ditanya tentang asupan gizi yang dibutuhkan ibu menyusui. Menurut Carpenito (2009) Diagnosa ini sudah tepat untuk ditegakan kurang pengetahuan tentang faktor produksi ASI berhubungan dengan kurang informasi karena klien ini mengalami defisiensi pengetahuan dan ketrampilan.

Masalah kurang pengetahuan, penulis angkat sebagai prioritas kedua 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 faktor produksi ASI tujuannya setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam diharapkan klien dapat mengerti tentang faktor peningkatan produksi ASI dengan kriteria hasil klien dapat tahu dan paham tentang peningkatan produksi ASI, klien dapat menjelaskan dan mempraktikkan cara menyusui yang benar, klien faham tentang nutrisi yang dibutuhkan untuk ibu menyusui. Intervensi sebagai berikut: kaji pengetahuan klien tentang nutrisi ibu menyusui dan cara menyusui yang baik dan benar pada bayi, rasional: untuk mengetahui kemampuan klien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi yang dibutuhkan oleh ibu menyusui, Berikan penkes tentang nutrisi yang dibutuhkan oleh ibu menyusui dan cara menyusui yang baik dan benar pada bayi, rasional: untuk menambah pengetahuan klien tentang nutrisi yang bagus bagi ibu menyusui dan juga cara yang benar untuk menyusui bayi.

Pada implementasi keperawatan untuk mengatasi diagnosa keperawatan kurang pengetahuan tentang faktor produksi ASI 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 23 Maret 2011 jam 10.15 WIB, masalah keperawatan kurang pengetahuan tentang faktor produksi ASI berhubungan dengan kurang akses mendapatkan informasi, masalah dapat teratasi dan dipertahankan. klien dan keluarga sangat kooperatif dan mau mengaplikasikan apa yang telah diberikan oleh perawata dengan kriteria hasil subjektif klien

mengatakan sudah faham dan mengerti apa saja nutrisi yang dibutuhkan oleh ibu menyusui dan juga cara menyusui yang benar, objektif ASI klien sudah dapat keluar, klien dapat menyusui bayinya dengan benar, bayi tenang.

3. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan penurunan ketahanan dan kekuatan.

Menurut Carpenito (2009) gangguan eliminasi urin adalah keadaan ketika seseorang individu mengalami atau berisiko mengalami disfungsi eliminasi urin. Batasan mayor: melaporkan atau mengalami masalah eliminasi urin, seperti: dorongan berkemih, nokturia, enuresis, distensi kandung kemih, inkontinen, obesitas, kelahiran anak, infeksi, depresi, jauhnya toilet, lingkungan sekitar yang tidak biasa, gangguan mobilitas.

Penulis mengangkat dengan problem gangguan eliminasi urin (inkonensia) karena pada saat dilakukan pengkajian data subjektif yang didapatkan yaitu: klien mengatakan BAK tidak lancar, klien juga mengatkan sakit disekitar daerah kandung kemih, dan data objektifnya : klien terlihat gelisah ingin BAK, kandung kemih klien teraba keras dan penuh, urin yang dikeluarkan klien hanya sedikit. Menurut Carpenito (2009) Diagnosa ini sudah tepat untuk ditegakan gangguan eliminasi urin (inkonensia) berhubungan dengan obstruksi uretra sekunder terhadap oedema uretra karena klien mengalami masalah eliminasi urin.

Masalah gangguan eliminasi urin, penulis angkat sebagai prioritas ketiga sebenarnya kurang tepat, seharusnya masalah ini merupakan prioritas yang pertama karena menurut triage konsep keperawatan memprioritaskan penanganan keperawatan yang dapat berpengaruh pada kebutuhan fisiologis, dan pada Hierarki Maslow gangguan eliminasi urin harus dipenuhi dan penanganannya

tidak dapat ditolerir dan juga dapat berpengaruh pada kebutuhan fisiologis seperti terjadi peningkatan respiratori, kardiovaskuler, tekanan darah, yang dapat berakibat perubahan psikologis. Sehingga masalah ini mengancam jiwa klien apabila tidak segera ditangani.

Untuk mengatasi masalah keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 2 jam, klien dapat memenuhi kebutuhan eliminasi urin, klien dapat mengosongkan kandung kemih 4 – 8 jam setelah melahirkan, klien tidak lagi merasakan ketegangan pada kandung kemih, klien dapat merasa nyaman dan rileks. Intervensinya sebagai berikut: kaji intake cairan klien saat terakhir BAK, kaji urin yang dikeluarkan dalam sehari, Palpasi kantong kemih, Perhatikan tanda-tanda dan gejala infeksi saluran kemih. Rasionalnya: Cairan meningkatkan hidrasi dan fungsi ginjal serta membantu mencegah stasis kandung kemih, aliran plasma ginjal yang meningkat mengakibatkan peningkatan pengisian kandung kemih, adanya kateter indwelling mempredisposisikan klien pada masuknya bakteri dan infeksi saluran kemih.

Pada implementasi keperawatan untuk mengatasi gangguan eliminasi urin 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.

Pada tanggal 22 Maret 2011 pukul 11.55 WIB, penulis melakukan evaluasi dan didapatkan hasil evaluasi sebagai berikut : evaluasi subjektif klien mengatakan sudah dapat BAK dengan lancar, dan kandung kemih klien sudah tidak penuh lagi dan tidak sakit. Sedangkan respon objektifnya : klien terlihat sudah rileks dan

nyaman, kandung kemih klien saat diraba tidak keras lagi. Dan dapat disimpulkan bahwa masalah sudah taratasi, rencana tindak lanjut mempertahankan implementasi kedua.

4. Gangguan pola istirahat berhubungan dengan faktor eksternal perubahan lingkungan.

Menurut (2009) gangguan pola tidur adalah keadaan ketika individu mengalami atau berisiko mengalami suatu perubahan dalam kuantitas atau kualitas pola istirahatnya yang menyebabkan rasa tidak nyaman atau mengganggu gaya hidup yang diinginkannya. Batasan mayor: kesukaran untuk tertidur atau tetap tidur, batasan minornya adalah kelelahan waktu bangun atau sepanjang hari, perubahan suasana hati, tidur sejenak sepanjang hari, agitasi.

Penulis mengangkat diagnosa gangguan pola tidur karena pada saat dilakukan pengkajian penulis mendapatkan data subjektif: klien mengatakan susah tidur (tidak bisa tidur), klien mengatakan gelisah saat tidur, klien mengatakan sering terbangun saat tidur terutama malam hari. Dan respon objektif, klien terlihat pucat, lemas dan lesu, dan mata klien terlihat kurang istirahat. Menurut Carpenito (2009) diagnosa ini sudah tepat untuk ditegakan gangguan pola tidur berhubungan dengan faktor eksternal perubahan lingkungan.

Penulis mengangkat diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan faktor eksternal perubahan lingkungan sebagai prioritas yang keempat karena menurut tiage konsep keperawatan merupakan non urgen yaitu suatu kebutuhan yang dapat ditolerir apabila tidak ditangani dengan segera tidak mengancam nyawa, menurut Hierarki Maslow pola tidur meruakan hal yang penting dan dibutuhkan oleh setiap

manusia dan apabila tidak di penuhi dapat menggaunggu kesehatan seseorang namun penanganannya masih bisa ditolelir dari pada diagnosa yang lain seperti nyeri ataupun gangguan eliminasi urin.

Pada implementasi keperawatan untuk mengatasi gangguan pola tidur 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.

Evaluasi dilakukan oleh penulis pada tanggal 22 maret pukul 14.10 WIB, dan didapatkan hasil sebagai berikut: klien merasa cukup istirahatnya, klien juga mengatakan sudah tidak terganggu dengan pengunjung, klien mengatakan badannya sudah mulai sehat dan segar, klien nampak nyaman dan rileks saat istirahat, sehingga dapat disimpulkan bahwa masalah sudah teratasi, dan rencana tindak lanjut yang dilakukan penulis yaitu tetap mempertahankan implementasi ketiga dan keempat.

Dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pada Asuhan keperawatan pada Ny. SM dengan post partum normal di ruang An- Nisa Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang penulis menyadari mengalami kekurangan dalam pendokumentasian respon pasien (respon nyeri), yang seharusnya respon subjektif. Respon subyektif adalah respon pasien secara verbal bukan dari pengkajian penulis.

Dalam memberikan pengetahuan pada ibu terkait dengan laktasi penulis seharusnya memberikan pengetahuan tentang perawatan payudara dalam memberikan informasi tentang cara menyusui.

Dan dalam pengkajian penulis seharusnya juga menuliskan data penunjang berupa hasil pemeriksaan kimia maupun laboratorium dan juga terapi yang didapat oleh klien dengan lengkap, namun penulis hanya mencantumkan sebagian data saja.



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 SM dengan post partum normal. Kesimpulan ini diambil berdasarkan atas hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 22 sampai 23 Maret 2011. 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 normal. Berdasarkan hasil pembahasan pada bab sebelumnya penulis memperoleh kesimpulan sebagai berikut:

A. Kesimpulan

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.

Berdasarkan Asuhan keperawatan ditemukan beberapa diagnosa yang muncul antara lain:

1. Gangguan eliminasi urin (retensi urin) berhubungan dengan penurunan kekuatan dan ketahanan.
2. Nyeri berhubungan dengan trauma jaringan perineum.

3. Kurang pengetahuan mengenai kebutuhan nutrisi ibu menyusui berhubungan dengan kurang akses mendapatkan informasi kesehatan.
4. Gangguan pola istirahat berhubungan dengan faktor eksternal perubahan lingkungan.

Penulis mampu mendeskripsikan perencanaan, implementasi, dan evaluasi dari asuhan keperawatan selama 2 hari pada Ny SM 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 normal 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 normal hendaknya sesuai dengan prosedur keperawatan.
3. Pada ibu post partum normal perlu dikaji kebutuhan belajar ibu tentang pengetahuan kesehatan terkait dengan bagaimana manajemen laktasi, nutrisi ibu menyusui, dan perawatan bayi sehingga kebutuhan ibu dalam merawat bayi dapat terpenuhi.
4. Bagi klien dan ibu hamil sangat diperlukan untuk melakukan pemeriksaan Antenatal Care (ANC) secara dini untuk mendeteksi dan

merencanakan penanganan yang tepat terhadap kemungkinan timbulnya komplikasi pada ibu dan janinnya.



DAFTAR PUSTAKA

- 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.
-, 2005, *Ilmu Kebidanan*, Jakarta, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
-, 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.
- Hanifa W, 2002, *Ilmu Bedah Kebidanan*. Ed. 1, Jakarta, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirahardjo
- Ida Bagus Gde Manuaba. 2001. *Kapita Selektta 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.