



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. J DENGAN
POSTPARTUM EKSTRAKSI VAKUM
DI RUANG RPKK RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

SUCI NUR HIKMAH

191039

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2022**



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. J DENGAN
POSTPARTUM EKSTRAKSI VAKUM
DI RUANG RPKK RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

**Diajukan sebagai persyaratan dalam menyelesaikan
Pendidikan Diploma Tiga Keperawatan**

SUCI NUR HIKMAH

191039

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA**

Jakarta, 2022

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil karya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Suci Nur Hikmah

NIM : 191039

Tanda tangan :

Tanggal : 14 Juni 2022

LEMBAR PERSETUJUAN

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN NY. J DENGAN POSTPARTUM EKSTRAKSI VAKUM DI RUANG RPKK RSUD KOJA JAKARTA UTARA

Jakarta, 14 Juni 2022

Pembimbing

Ns. Jehan Puspasari, M. Kep

LEMBAR PENGESAHAN

**Asuhan Keperawatan pada Ny. J dengan
Postpartum Ekstraksi Vakum
di Ruang RPKK RSUD Koja
Jakarta Utara**

Dewan Penguji

Ketua,



Ns. Jehan Puspasari, M. Kep

Anggota,



Ns. Veronica Y. R, M.Kep, Sp. Kep. Mat



Ns. Ika Mustafida, S. Kep

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



Ellynia, S.E., M.M
Ketua

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Penulisan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memnuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKes RS Husada. Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan laporan Tugas Akhir ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Ellynia,SE, MM, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada Jakarta.
2. Ibu Ns. Jehan Puspasari, M. Kep, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
3. Ibu Ns. Veronica Yeni Rahmawati, M. Kep, Sp.Kep.Mat selaku penguji dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini.
4. Ibu Ns. Ika Mustafida, S.Kep, selaku penguji dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini.
5. Ibu Ns. Ririn Ekowati, S. Kep, selaku Kepala Ruangan RPKK RSUD Koja telah memberikan izin praktik untuk penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
6. Orang tua dan keluarga penulis yang telah memberikan bantuan dukungan dan moral, dan memberikan motivasi serta do'a yang selalu dipanjatkan untuk kelancaran serta kemudahan penulis dan tanpa lelah memberikan dukungan kasih sayang kepada penulis sehingga mampu menyelesaikan Pendidikan Diploma Tiga Keperawatan
7. Ny. J dan keluarga yang sudah bersedia untuk meluangkan waktu dan sudah memberikan data – data yang dibutuhkan oleh penulis.

8. Para dosen pengajar serta tenaga pendidikan STIKes RS HUSADA yang telah memberikan ilmu dan bimbingan selama masa perkuliahan.
9. Sahabat seperjuangan di STIKes yang telah berjuang bersama – sama selama tiga tahun ini yang selalu memberi dukungan serta motivasi (Mutiarasaputri, Annisa Fadya Azzahrah, Candrasari, Savvyra Nurulita, Aisyah Hana Farida, Salsa Dwi Nurhelisa)
10. Kaka tingkat saya di STIKes yang sudah membantu dan membimbing penulis dalam menyusun Tugas Akhir ini (Ade Ulfa)
11. Teman-teman seperjuangan Keperawatan Maternitas yang telah berjuang bersama dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini (Intan Kusmiati, Opan Habi Bastian, Alda Aulia Fahmi, Siti Nabilla)
12. Sahabat tercinta yang sudah memotivasi dan memberikan dukungan penulis dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini (Ozi Amalia, Widya Tri Cahyani, Andrian Cohen Sitompul)
13. Rahken Kapissa yang selalu memberikan dukungan penulis dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini.

Akhir kata penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga karya tulis ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	5
B. Ruang Lingkup.....	6
C. Metode Penulisan.....	6
D. Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN TEORI.....	8
A. Pengertian	8
B. Tahapan Masa Nifas	9
C. Adaptasi Fisiologi	9
D. Perubahan Psikologis	15
E. Komplikasi.....	18
F. Kunjungan Masa Nifas.....	18
G. Ekstraksi Vakum.....	19
H. Penatalaksanaan	20
I. Asuhan Keperawatan	22
BAB III TINJAUAN KASUS.....	37
A. Pengkajian.....	37
B. Diagnosa Keperawatan	49
C. Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi	49
BAB IV PEMBAHASAN	75
A. Pengkajian.....	75
B. Diagnosa keperawatan	77
C. Perencanaan	79

D. Pelaksanaan.....	81
E. Evaluasi.....	82
BAB V PENUTUP.....	83
A. Kesimpulan	83
B. Saran	84
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Satuan Acara Pembelajaran (SAP)

Lampiran 2 Lembar Balik

Lampiran 3 Leaflet

Lampiran 4 Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masa nifas adalah masa setelah ibu melahirkan setelah proses persalinan yang berlangsung sekitar 6 minggu. Masa nifas (postpartum) dimulai setelah plasenta keluar sampai organ-organ rahim kembali normal, seperti yang terjadi sebelum kehamilan. Selama masa pemulihan, ibu mengalami banyak perubahan fisik dan mental. Perubahan fisiologis ibu nifas adalah proses kembalinya rahim ke keadaan sebelum hamil, sedangkan perubahan psikologis ibu mengalami rangsangan rangsangan yang luar biasa. Kedua hal ini dapat membuat ibu lebih sensitif selama masa nifas (Purwati, 2012).

Angka kelahiran ibu di dunia adalah 83%, dan di Amerika Serikat angka kelahiran ibu pada tahun 2015 adalah 68% (WHO, 2019). Di Indonesia, pada tahun 2018 ibu nifas sebanyak 5.043.078. Jumlah ibu postpartum paling banyak di provinsi Jawa Barat yaitu 922.396 jiwa, sedangkan paling sedikit terdapat di Provinsi Kalimantan Utara yaitu 12.747 jiwa, di Provinsi DKI Jakarta jumlah ibu postpartum sebanyak 178.778 jiwa (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Data kelahiran ibu postpartum normal di RSUD Koja Jakarta Utara sebanyak 1617 jiwa, data ini terhitung sejak Februari 2021 sampai Februari 2022.

Periode postpartum merupakan masa yang dilalui setiap wanita setelah melahirkan. Pada masa tersebut dapat terjadi beberapa komplikasi persalinan, baik secara langsung maupun tidak langsung. Terkadang kunjungan selama nifas sering dianggap tidak penting oleh tenaga kesehatan karena sudah merasa baik dan selanjutnya berjalan dengan lancar. Dalam hal ini, asuhan masa nifas sangat diperlukan karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Oleh karena itu diperkirakan bahwa 60% kematian ibu akibat kehamilan yang terjadi setelah persalinan dan 50% kematian masa nifas yang terjadi dalam 24 jam pertama (Megawati & Roos, 2017). Diharapkan dengan adanya hal tersebut membuat tenaga kesehatan dan pasien lebih peduli terhadap pentingnya perawatan ibu pada masa postpartum dan diterapkannya asuhan yang tepat pada ibu nifas, yang bertujuan untuk menjaga kesehatan ibu dan bayi dari segi fisik maupun psikis, memberikan dukungan positif selama nifas dan perawatan bayi, serta mampu menekan angka kematian yang terjadi pada ibu akibat persalinan pada masa nifas maupun pada bayinya.

Menurut WHO (2019) kematian ibu adalah kematian seorang perempuan waktu hamil atau dalam 42 hari dan setelah berakhirnya kehamilan oleh sebab apapun, terlepas dari tuanya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan. AKI di dunia tahun 2013 adalah 210 kematian per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan AKI di negara berkembang 14 kali lebih tinggi dibandingkan negara maju, yaitu mencapai 230 per 100.000 kelahiran.

Data *World Bank* (2018) mencatat, Indonesia menduduki posisi ketiga AKI tertinggi tahun 2017 dengan kematian 177 kematian per 100 ribu kematian ibu antar negara ASEAN. Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat keberhasilan upaya kesehatan ibu. AKI adalah rasio kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan atau insidental di setiap 100.000 kelahiran hidup. Selain untuk menilai program kesehatan ibu, indikator ini juga mampu menilai derajat kesehatan masyarakat, karena sensitifitasnya terhadap perbaikan pelayanan kesehatan, baik dari sisi aksesibilitas maupun kualitas. Secara umum terjadi penurunan kematian ibu selama periode 1991- 2015 dari 390 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2017).

Pelayanan kesehatan ibu pada masa nifas penting dalam mempengaruhi perilaku perawatan, selama masa nifas, perawat melakukan pemeriksaan pada ibu dan bayi. Kunjungan pertama (6-8 jam setelah persalinan), kunjungan kedua (6 hari setelah persalinan), kunjungan ketiga (setelah 2 minggu persalinan), kunjungan keempat (setelah 6 minggu persalinan). Standar pelayanan kesehatan kunjungan tersebut dianjurkan untuk menjamin kesehatan ibu pada masa nifas, perawatan diri ibu dan bayi, pencegahan pendarahan ibu nifas (Maritalia, 2017).

Masalah-masalah yang terjadi pada ibu nifas seperti perdarahan pervagina, infeksi pada masa nifas, sakit kepala, nyeri epigastrik, penglihatan kabur, pembengkakan pada wajah dan ekstremitas, demam,

muntah rasa sakit saat berkemih, payudara yang berubah menjadi merah, panas, dan terasa sakit, kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama, pembengkakan di kaki, merasa sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya dan diri sendiri (Walyani, 2015).

Oleh karena itu peran perawat maternitas sangat berperan dalam melakukan upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Upaya promotive yang dilakukan perawat maternitas, yaitu memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu tentang gizi yang baik untuk ibu menyusui, posisi menyusui yang benar dan baik, serta ASI eksklusif dan cara dalam memandikan bayi. Upaya preventif yang dilakukan perawat maternitas yaitu untuk mengobservasi tanda-tanda vital ibu postpartum, mengobservasi perdarahan ibu postpartum, dan mengajarkan cara yang benar untuk ganti pembalut 4 – 6 jam sekali, menjaga kebersihan vagina pada ibu postpartum. Upaya kuratif yang dilakukan pada perawat maternitas yaitu disesuaikan dengan kondisi ibu dan tingkat kegawatan dari masing-masing komplikasi yang terjadi pada ibu nifas dan mencegah terjadinya infeksi dengan tindakan mempertahankan kebersihan perineum. Upaya rehabilitatif yang dilakukan perawat maternitas yaitu dengan dilakukannya ambulasi dini, mobilisasi dan pemberian nutrisi yang adekuat pada ibu postpartum.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik dan termotivasi untuk menyusun laporan karya tulis ilmiah sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan program Diploma Tiga Keperawatan dengan

mengambil kasus berjudul Asuhan Keperawatan dengan Postpartum Ekstraksi Vakum di RSUD Koja.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Adapun tujuan umum pada penulisan karya tulis ilmiah ini adalah untuk memperoleh pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada ibu melahirkan/ *post partum*

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dalam penulisan ini :

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pasien postpartum spontan
- b. Mahasiswa mampu menentukan diagnose pada pasien postpartum spontan
- c. Mahasiswa mampu merencanakan tindakan keperawatan yang terjadi pada pasien postpartum spontan
- d. Mahasiswa mampu melakukan tindakan keperawatan (implementasi) yang terjadi pada pasien postpartum spontan
- e. Mahasiswa mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan kasus
- f. Mahasiswa mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta mencari solusi / alternative pemecahan masalah
- g. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan yang terjadi pada pasien postpartum spontan.

B. Ruang Lingkup

Sehubungan dengan terbatasnya waktu, maka penulis hanya berfokus pada satu pasien yaitu Asuhan Keperawatan Ibu Postpartum Spontan yang dilakukan Ny. J dengan Postpartum ekstraksi vacum hari ke 1 di RSUD Koja Jakarta Utara, selama 3 hari dimulai pada Selasa 15 Maret samapi dengan 17 Maret 2022.

C. Metode Penulisan

Adapun metode penulisa yang digunakan penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah yaitu metode deskriptif. Data dan informasi dalam laporan ini yang diperoleh penulis melalui wawancara, mengajukan pertanyaan pada pasien, observasi dilakukan dengan pengamatan pada pasien secara langsung untuk memperoleh gambaran yang sesuai dengan keadaan pasien sehingga dapat melengkapi data. Studi kepustakaan yaitu suatu cara untuk memperoleh teori-teori ilmiah baik dari segi aspek teori medis maupun aspek teori keperawatan yang berhubungan dengan penyusunan penulisan karya tulis ilmiah ini. Studi kasus yaitu memberikan asuhan keperawatan secara langsung kepada pasien, melalui pemecahan masalah yang ada untuk diberikan jalan keluar melalui proses keperawatan.

D. Sistematika Penulisan

Penulisan karya tulis ilmiah terdiri lima bab yang disusun secara sistematis, yaitu BAB I pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan

sistematika penulisan. BAB II tinjauan teoritis berisi tentang pengertian, etiologi, adaptasi fisiologis, adaptasi psikologis, kebutuhan dasar ibu nifas, komplikasi, penatalaksanaan dan asuhan keperawatan (pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi). BAB III merupakan tinjauan kasus terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi. BAB IV terdiri dari pembahasan yang menguraikan perbandingan antara teori dan kasus yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi. BAB V penutup terdiri dari kesimpulan dan saran. Pada akhir penulisan ini disertai dengan daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Masa nifas (*Puerperium*) dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir ketika organ kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung selama kira-kira 6 minggu, atau masa nifas adalah masa yang dimulai dari beberapa jam setelah lahir plasenta sampai 6 minggu selanjutnya. Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar uterus ibu. Persalinan disebut normal apabila prosesnya terjadi pada usia cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Rahayu, 2012).

Masa nifas (postpartum) adalah masa yang dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir pada saat organ-organ rahim kembali ke keadaan sebelum hamil. Masa nifas (postpartum) dimulai 2 jam setelah lahir Plasenta hingga 6 minggu atau 42 hari (Krismayanti, 2019). Selama masa pemulihan, ibu mengalami banyak perubahan fisiologis dan fisik sehingga menimbulkan banyak ketidaknyamanan di awal masa nifas. Hal ini tidak menutup kemungkinan untuk menjadi sakit jika tidak dirawat dengan baik (Sciences, 2016).

B. Tahapan Masa Nifas

Menurut Purwati (2012) nifas dibagi dalam 3 periode:

1. *Puerperium dini*

Kepulihan ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan lamanya bisa sampai 40 hari.

2. *Puerperium Intermedial*

Kepulihan menyeluruh organ-organ genetalia, lamanya 6=8 minggu.

3. *Remote puerperium*

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi lamanya bisa berminggu-minggu, berbulan-bulan bahkan bisa sampai bertahun-tahun.

C. Adaptasi Fisiologi

Menurut Kustati budi lestari (2013) adaptasi atau perubahan yang terjadi terhadap ibu pada masa nifas, yaitu:

1. Perubahan Sistem Reproduksi

a. Uterus

Terjadi involusi/pengerutan uterus yaitu uterus kembali ke kondisi awal seperti sebelum hamil dengan berat uterus 60 gram.

Proses involusi uterus:

1) Autolisis

2) Terdapat *polimorph phagolitik* dan *macrophages* didalam *system vaskuler* dan sistem limfatik

3) Efek oksitosin

Tinggi Fundus Uteri masa post partum:

- 1) TFU hari 1 post partum 1 jari dibawah pusat
- 2) TFU hari 2 post partum 2-3 jari dibawah pusat
- 3) TFU hari 4-5 post partum pertengahan simpisis dan pusat
- 4) TFU hari 7 post partum 2-3 jari diatas simpisis
- 5) TFU hari 10-12 post partum tidak teraba lagi

b. Involusi uteri

Involusi uteri merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata dan kira-kira sebesar telapak tangan. Dengan luka cepat mengecil, pada akhir minggu kedua hanya 3-4 cm, dan pada akhir nifas 1-2 cm. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah yang tersumbat oleh trombus. Biasanya luka seperti ini sembuh dengan meninggalkan bekas parut, tetapi luka bekas plasenta tidak meninggalkan jaringan parut. Hal ini disebabkan karena luka ini sembuh dengan cara yang luar biasa, yaitu dengan pertumbuhan endometrium baru pada permukaan luka. Endometrium ini tumbuh dari pinggir luka dan juga dari sisa-sisa kelenjar pada dasar luka.

c. Perubahan pembuluh darah uterus

Dalam kehamilan uterus mempunyai banyak pembuluh darah yang besar, tetapi karena persalinan tidak diperlukan lagi peredaran darah yang banyak, maka arteri harus mengecil lagi pada masa nifas.

d. Perubahan pada servik dan SBR (Segmen Bawah Rahim)

- 1) Setelah kala II menjadi tipis, kolap, kendur, tepi luar servik biasanya mengalami laserasi khususnya sebelah lateral.
- 2) Setelah beberapa hari servik dapat dimasuki satu jari
- 3) Setelah selesai involusi di istmus uteri karena hiperplasi dan retraksi serviks akhirnya luka menjadi sembuh. Walaupun begitu sudah involusi selesai ostium eksternum tidak kembali seperti sebelum hamil.
- 4) Setelah persalinan dinding perut longgar karena diregang begitu lama, tetapi biasanya pulih kembali dalam 6 minggu.

e. Vagina dan pintu keluar vagina

Membentuk lorong berdinding lunak dan luas, perlahan mengecil tetapi jarang kembali ke ukuran *nulipara rugae* terlihat kembali pada minggu ketiga.

f. Vulva dan perineum

- 1) Berkurangnya sirkulasi progesteron mempengaruhi otot-otot pada panggul, perineum, vagina dan vulva
- 2) Proses ini membantu pemulihan ke arah tonisitas/elastisitas normal dari ligamen otot rahim
- 3) Merupakan proses bertahap yang berguna bila ibu melakukan mobilisasi, senam nifas dan mencegah timbulnya konstipasi.

g. Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari

dalam uterus. Lochea mempunyai reaksi basa/ alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita (Purwati, 2012).

Pengeluaran lochea dibedakan beberapa jenis berdasarkan waktu pengeluaran dan warnanya, yaitu:

- 1) Lochea *rubra*/ merah. Lochea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar dari sisa-sisa jaringan plasenta, dinding rahim, lemak darah segar, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.
- 2) Lochea *sanguinolenta*. Lochea ini berwarna merah kecokelatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 postpartum.
- 3) Lochea *serosa*
Lochea ini berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.
- 4) Lochea *alba*/ putih. Lochea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba dapat berlangsung selama 2-6 minggu postpartum.

2. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami obstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada persalinan (dehidrasi), kurang makan, haemoroid, laserasi jalan lahir. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diet makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2-3 hari dapat ditolong dengan pemberian huknah atau *gliserin* spuit atau diberikan obat yang lain (Lowdermilk, 2013).

3. Perubahan Sistem Perkemihan

Menurut Rahayu (2012) yaitu:

- a. Dinding saluran kencing memperlihatkan oedema dan hyperemia, kadang-kadang oedema dari trigonum dan menimbulkan obstruksi dari uretra sehingga terjadi retensi urin
- b. Kandung kencing masa nifas kurang sensitif dan kapasitas bertambah sehingga kandung kencing penuh atau setelah kencing masih tinggal urin residual
- c. Sisa urin ini dan trauma pada dinding saluran kencing waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi
- d. Ureter dan *pelvisrenalis* yang mengalami dilatasi kembali keadaan sebelum hamil mulai dari 2-8 minggu setelah partus.

4. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

- a. Dinding perut biasanya pulih kembali dalam 6 minggu

- b. Kadang-kadang pada wanita yang asthenis terjadi diastasis dari otot-otot *recti abdominis* sehingga sebagian dari dinding perut digaris tengah hanya terdiri dari peritoneum, kulit
- c. Tempat ini menonjol kalau berdiri atau mengejan biasanya terjadi pada grande multipara, wanita yang mengandung lebih dari 1 janin, dan polihidramnion
- d. Tulang sendi panggul dan ligamentum kembali dalam waktu sekitar 3 bulan

5. Perubahan Endokrin

Sistem endokrin akan diaktifkan selama persalinan dimana terjadi penurunan kadar progesteron dan peningkatan kadar estrogen, prostaglandin dan oksitosin.

6. Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat sampai 1,2gr/100ml selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pascasalin kecuali ada pendarahan post partum.

7. Perubahan Tanda-tanda Vital

- a. Tekanan darah biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah ketika ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada post partum dapat menandakan terjadinya preeklampsia post partum
- b. Suhu kembali normal setelah selama persalinan sedikit meningkat (37,3C) dan akan stabil dalam waktu 24 jam, kecuali kalau ada infeksi.

- c. Nadi dalam batas normal, jika lebih dari 100 x/menit abnormal dan merupakan tanda infeksi atau terjadi perdarahan infeksi.

Beberapa wanita mungkin mengalami *bradycardi* (40-50 x/menit) setelah persalinan dan dalam beberapa jam setelah post partum

- d. Pernafasan dalam batas normal, jika lebih dari 20x/menit abnormal atau disebut dengan takipnea. Beberapa wanita mungkin mengalami bradipnea (kurang dari 20 x/menit).

D. Perubahan Psikologis

Menurut (Kustati budi lestari, 2013) kelahiran seorang bayi merupakan salah satu stressor pada krisis situasi, seorang ibu bertanggung jawab atas perawatan bayi, di samping itu tetap memberikan perhatian kepada pasangannya. Wanita masa pasca partum ini membutuhkan waktu untuk menyesuaikan diri untuk menjadi ibu. Berikut ini merupakan hal-hal yang berkaitan dengan adaptasi fisiologis masa nifas:

1. Periode Masa Nifas

Periode masa nifas terdiri atas berbagai periode sebagai berikut:

a. *Taking in*

Periode *taking in* terjadi pada 1-2 hari setelah melahirkan.

Penjelasannya sebagai berikut:

- 1) Periode ini ditandai dengan kondisi ibu yang pasif dan tergantung ibu merasa khawatir akan perubahan tubuhnya
- 2) Kemungkinan besar ibu akan mengulang-ulang cerita mengenai pengalaman waktu melahirkannya

- 3) Ibu mengharapkan untuk bisa tidur tanpa gangguan
- 4) Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan, penyembuhan luka, dan persiapan proses laktasi aktif
- 5) Bidan sebagai fasilitator untuk dapat memfasilitasi kebutuhan fisiologis ibu. Bidan harus bisa menjadi pendengar yang baik disaat ibu menceritakan pengalamannya
- 6) Bidan harus memberikan dukungan mental dan aspirasi atas hasil perjuangan ibu, sehingga dapat berhasil melahirkan anaknya.
- 7) Bidan harus dapat menciptakan suasana yang nyaman bagi ibu, sehingga dapat leluasa dan terbuka mengemukakan permasalahan yang dapat dihadapi bidan
- 8) Bidan harus komunikatif dalam membimbing dan menjadi pendamping ibu. Tujuannya untuk meminimalkan kesalahan dalam pelaksanaan perawatan

b. *Taking Hold*

Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum, penjelasan mengenai periode *taking hold* adalah sebagai berikut:

- 1) Ibu akan berusaha untuk sukses mengasuh bayi nya
- 2) Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuh, seperti buang air besar dan buang air kecil. Ibu sangat memperhatikan kekuatan dan ketahanan tubuhnya
- 3) Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatan bayi, misalnya menggendong, memandikan, dan memasang popok. Serta

keterampilan lainnya. Umumnya, ibu merasa sensitif dan tidak ahli dalam melakukan hal-hal tersebut

- 4) Bidan harus tanggap terhadap kemungkinan perubahan yang terjadi
- 5) Bidan berperan memberikan bimbingan cara perawatan bayi
- 6) Bidan menjaga perasaan dan emosi ibu agar tetap nyaman dalam menerima bimbingan mengasuh bayi
- 7) Menghindari kata “jangan begitu” atau “kalau seperti itu salah” pada ibu. Sebab, hal itu akan sangat menyakiti perasaan ibu dan akibatnya ibu akan putus asa untuk mengikuti bimbingan yang bidan berikan

c. *Letting Go*

Periode ini terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini sangat berpengaruh terhadap perhatian yang diberikan oleh keluarga. Penjelasan mengenai *letting go* adalah sebagai berikut

- 1) Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi
- 2) Ibu harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung padanya
- 3) Berbagai permasalahan akan muncul dan menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan, dan hubungan sosial. Ibu harus bisa menghadapi ini
- 4) Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini

E. Komplikasi

Komplikasi pada masa nifas biasanya jarang ditemukan selama pasien mendapatkan perawatan yang berkualitas, mulai dari masa kehamilan sampai melahirkan. Tetapi ada beberapa kemungkinan komplikasi yang terjadi pada masa nifas seperti, perdarahan pervagina, infeksi nifas peradangan disebabkan masuknya kuman ke dalam alat genitalia sewaktu persalinan, payudara berubah menjadi meras, panas, dan sakit, serta pembengkakkan kaki (Purwati, 2012).

F. Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan rumah postpartum/masa nifas dilakukan sebagai suatu tindakan pemeriksaan postpartum lanjutan. Kunjungan masa nifas dilakukan paling sedikit empat kali yaitu pada 6 jam, 6 hari, 2 minggu dan 6 minggu. Kunjungan ini bertujuan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir dan untuk mencegah, mendeteksi, serta menangani masalah yang terjadi (Warnaliza, 2014).

a. Kunjungan I 6-8 jam sesudah persalinan

- 1) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- 2) Mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan
- 3) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga
- 4) Pemberian ASI dini
- 5) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi
- 6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah *hypothermia*

b. Kunjungan II 6 hari sesudah persalinan

Memastikan involusio uterus normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah *umbilicus*, tidak ada perdarahan abnormal.

- 1) Menilai tanda-tanda demam infeksi atau perdarahan abnormal
- 2) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar dan tidak menunjukkan tanda-tanda penyakit
- 3) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusar, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari

c. Kunjungan III 2 minggu setelah persalinan

Tindakan yang diberikan sama dengan kunjungan ke II

d. Kunjungan IV 6 minggu setelah persalinan

- 1) Menanyakan pada ibu tentang keluhan-keluhan yang ibu dan bayi alami
- 2) Memberikan konseling untuk KB secara dini.

G. Ekstraksi Vakum

Walyani (2015) mengatakan ekstraksi vakum merupakan tindakan melahirkan bayi dengan menggunakan alat yang bertujuan untuk mempercepat kala pengeluaran dengan sinergi tenaga mengejan ibu dan ekstraksi pada bayi. Penyebab dilakukan ekstraksi vakum yaitu kelelahan pada ibu, partus tak maju dan gawat janin. Komplikasi yang terjadi yaitu perdarahan, robeknya perineum dan kerusakan serviks, sedangkan pada janin menyebabkan *cepal hematoma*, *ikterus neonatal*, hidrosefalus dan perdarahan retina (Nurhayati, 2019). Indikasi pada ekstraksi vakum yaitu

ibu yang mengalami kelelahan tetapi masih mempunyai kekuatan untuk mengejan, partus macet pada kala II, gawat janin, toksemia gravidarum, sedangkan kontraindikasi pada ekstraksi vakum yaitu ruptur uteri mengancam, ibu tidak boleh mengejan, panggul sempit, kepala belum masuk pintu atas panggul.

H. Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan Medis

Perdarahan postpartum biasanya terjadi akibat atonia uterus ditangani dengan massage fundus uterus dengan agen oksitosin, jika perdarahan terjadi karena laserasi atau tertinggalnya fragmen plasenta, maka klien akan dilakukan perbaikan laserasi atau evakuasi fragmen plasenta dari uterus. Perdarahan menetap akibat uterus yang lembek dapat dilakukan kompres bimanual pada uterus, dapat dilakukan minimal 5 menit dan sampai perdarahan dapat dikendalikan dan uterus berkontraksi baik.

Prosedur melakukan kompresi bimanual yaitu kepala tangan diletakkan di fornix anterior vagina dan didorong ke arah dinding depan uterus, dan tangan satu praktisi memegang dinding belakang uterus melalui dinding abdomen. Prosedur tersebut dapat mengontrol aliran perdarahan sampai pemberian oksitosin tambahan menghasilkan kontraksi myometrium yang efektif.

Atonia uterus yang sulit ditangani dapat diberikan terapi Metilergonovin 0,2 mg IM dan Prostaglandin 1,0 mg intramiometrium.

Terapi tersebut paling efisien untuk menekan perdarahan (Angelia, 2017).

Transfusi darah diberikan jika perdarahan masih terus berlanjut dan diperkirakan melebihi 2,00 mL, atau keadaan klinis pasien menunjukkan tanda-tanda syok walaupun sudah dilakukan resusitasi cepat. Adapun terapi farmakologis ibu postpartum, pertama meliputi sedatif untuk mengurangi rasa cemas dan menginduksi tidur, kedua meliputi analgesik untuk mengurangi rasa nyeri (Prawirohardjo, 2014).

2. Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan keperawatan perdarahan postpartum menurut Prawirohardjo (2014) meliputi:

1) Resusitasi Cairan

Memberikan resusitasi dengan cairan kristoid dalam volume yang cukup besar, NS, NaCl, atau cairan Ringer Laktat melalui intravena perifer

2) Terapi Non Farmakologis pada Ibu Postpartum Berdasarkan dari masalah yang terjadi pada ibu postpartum, maka perlu dilakukan upaya penanganan untuk mengantisipasi kejadian dari komplikasi postpartum. Adapun terapi non farmakologis biasanya sederhana, aman dan relatif tidak mahal membuat ibu dapat mengontrol persalinannya karena ia mampu memilih tindakan terbaik untuk dirinya, salah satu upaya tersebut merupakan teknik yang menggunakan imajinasi seseorang untuk mencapai afek positif

tertentu teknik ini dimulai dengan proses relaksasi pada umumnya yaitu pasien perlahan-lahan menutup mata dan fokus terhadap nafas pasien dan didorong untuk relaksasi dengan bayangan membuat damai dan tenang. Cara lain sederhana dan efektif yaitu terapi musik, berendam air hangat, meditasi, yoga, berdoa, hipnoterapi, dan latihan autogenic (Lowdermilk, 2013).

I. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian menurut Lowdermilk (2013) antara lain:

a. Identitas pasien

Biodata pasien terdiri dari nama, umur, agama, pendidikan, suku/bangsa, pekerjaan, dan alamat.

b. Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan terdiri dari pemeriksaan kehamilan, imunisasi, keluhan selama kehamilan, pendidikan kesehatan yang diperoleh

c. Riwayat persalinan

Riwayat persalinan terdiri dari tempat persalinan, penolong persalinan, jalannya persalinan

d. Pemeriksaan fisik

1) Tanda-tanda vital

Dalam tanda-tanda vital yang perlu di cek yaitu seperti tekanan darah, pernapasan, nadi, dan suhu. Tekanan darah biasanya dalam batas normal selama kehamilan. Wanita pascapartum

dapat mengalami hipotensi ortostatik karena diuresis dan diaphoresis, yang menyebabkan pergeseran volume cairan kardiovaskuler, hipotensi menetap atau berat menimbulkan tanda syok atau emboli. Peningkatan tekanan darah menunjukkan hipertensi akibat kehamilan, yang dapat muncul pertama kali pada masa pascapartum. Kejang eklampsia dilaporkan terjadi sampai lebih dari 10 hari pascapartum. Bradikardi merupakan perubahan fisiologis normal selama 6-10 hari pascapartum dengan frekuensi nadi 40-70 x/menit. Frekuensi diatas 100 x/menit dapat menunjukkan adanya infeksi, hemoragi, nyeri, atau kecemasan. Nadi yang cepat dan dangkal yang dihubungkan dengan hipotensi, menunjukan hemoragi, syok, atau emboli. Suhu tubuh diukur 4-8 jam selama beberapa hari pascapartum karena demam biasanya gejala awal infeksi. Suhu tubuh 38°C mungkin disebabkan oleh dehidrasi pada 24 jam pertama setelah persalinan atau karena awalan laktasi dalam 2-4 hari. Demam yang menetap atau berulang diatas 24 jam pertama dapat menandakan adanya infeksi.

2) Kepala dan wajah

Inspeksi kebersihan dan kerontokan rambut (normal rambut bersih, tidak terdapat lesi pada kulit kepala dan rambut tidak rontok), cloasma gravidarum, keadaan sclera (nomalnya sklera berwarna putih), konjungtiva berwarna merah muda, kebersihan gigi dan mulut (tidak berbau, bibir merah, caries) palpasi

palpebra, odem pada mata dan wajah, palpasi pembesaran getah bening (normalnya tidak ada pembengkakan), JVP, kelenjar tiroid.

3) Dada

Inspeksi irama nafas, dengarkan bunyi nafas dan bunyi jantung, hitung frekuensi. Payudara, pengkajian payudara pada ibu postpartum meliputi inspeksi ukuran, bentuk, warna, dan kesimetrisan dan palpasi konsisten dan apakah ada nyeri tekan guna menentukan status laktasi. Normalnya puting susu menonjol, areola berwarna kecoklatan, tidak ada nyeri, tidak ada bekas luka, payudara simetris dan tidak ada benjolan atau masa pada saat di palpasi. Menurut Wahyuni (2017), menyebutkan bahwa setelah kelahiran plasenta, konsentrasi estrogen dan progesteron menurun, prolactin dilepaskan dan sintesis ASI dimulai, suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan vascular sementara. Air susu saat diproduksi disimpan di alveoli dan harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara dihisap oleh bayi untuk pengadaaan dan keberlangsungan laktasi.

4) Abdomen

Inspeksi adanya striae atau tidak, adanya luka/insisi, adanya linea atau tidak. Involusi uteri: kemajuan involusi yaitu proses kembali ke ukuran dan kondisi sebelumnya, dikaji dengan mengukur tinggi fundus uteri. TFU hari pertama setinggi pusat,

pada hari kedua 1 jari dibawah pusat, pada hari ketiga 3 jari dibawah pusat, pada hari keempat 2 jari diatas simpisis, pada hari ketujuh 1 jari diatas simpisis, pada hari kesepuluh setinggi simpisis. Konsistensi fundus uteri harus keras dengan bentuk bundar mulus. Fundus yang lembek atau kendur menunjukkan atonia atau subinvolusi. Kandung kemih harus kosong agar pengukuran fundus akurat, kandung kemih yang penuh menggeser uterus dan meningkatkan tinggi fundus.

5) Vulva atau vagina

Melihat apakah vagina bersih atau tidak adanya tanda-tanda infeksi, *lochea*: karakter dan jumlah perdarahan. Jumlah *lochea* sangat sedikit darah berkurang dari 2,5-5 cm = 10 ml, sedangkan darah berukuran ≤ 10 cm = 10,25 ml.

6) Perineum

Pengkajian perineum yaitu untuk mengidentifikasi karakteristik normal atau deviasi dari normal seperti hematoma, memar, edema, kemerahan, dan nyeri. Jika ada jahitan luka, kaji (kemerahan, bengkak, dan nyeri). Daerah anus dikaji apakah ada hemoroid dan fisura. Wanita dengan persalinan spontan per vagina tanpa laserasi sering mengalami nyeri perineum yang lebih ringan. Hemoroid tampak seperti tonjolan buah anggur pada anus dan merupakan yang paling sering menimbulkan nyeri perineal. Hemoroid disebabkan oleh tekanan otot-otot dasar panggul oleh bagian terendah janin selama fase ekspulsi.

7) Eliminasi

Pengkajian eliminasi meliputi bising usus, inpeksi dan palpasi adanya distensi abdomen. Ibu postpartum dianjurkan untuk berkemih sesegera mungkin untuk menghindari distensi kandung kemih. Eliminasi dikaji setiap 9 jam, kaji juga defekasi setiap harinya.

2. Pengkajian psikososial

Pengkajian psikososial ini difokuskan pada interaksi dan adaptai ibu, bayi baru lahir dan keluarga. Perawat melihat status emosional dan respon ibu terhadap pengalaman kelahiran, interaksi dengan bayi baru lahir, menyusui bayi baru lahir, penyesuaian terhadap peran baru, hubungan baru dalam keluarga, dan peningkatan pemahaman dalam perawatan diri.

3. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang sering muncul (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)
- b. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan penyebab fisiologis: ketidakadekuatan suplai ASI, hambatan pada neonatus, anomaly payudara ibu, ketidakadekuatan refleks oksitosin, ketidakadekuatan

- refleks menghisap bayi, payudara bengkak, riwayat operasi payudara, kelahiran kembar. Penyebab situasional: tidak rawat gabung, kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan/ atau metode menyusui, kurangnya dukungan keluarga, faktor budaya.
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan proses hambatan lingkungan, kurang kontrol tidur, kurang privasi, *restraint* fisik, ketiadaan teman tidur, tidak familiar dengan peralatan tidur
 - d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif, gangguan fungsi kognitif, kekeliruan mengikuti anjuran, kurang terpapar informasi, kurang minat dalam belajar, kurang mampu mengingat, ketidaktahuan menemukan sumber informasi
 - e. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, disfungsi sistem keluarga, hubungan orang tua-anak tidak memuaskan, faktor keturunan, penyalahgunaan zat, terpapar bahaya lingkungan, kurang terpapar informasi
 - f. Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan dan kehamilan, involusi uteri, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula, pembengkakan payudara dimana alveoli mulai terisi ASI, kekurangan dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan, ketidaktepatan posisi duduk, faktor budaya

4. Rencana Keperawatan

Sesuai dengan diagnosa keperawatan diatas, untuk rencana tindakan keperawatan pada ibu post partum (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017):

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)**

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan tingkat nyeri menurun secara bertahap

Kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, anoreksia membaik, tekanan darah membaik, nafsu makan membaik.

Intervensi :

Observasi

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Identifikasi skala nyeri
3. Identifikasi nyeri non verbal
4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
9. Monitor efek samping penggunaan analgetik

10. Monitor ttv pasien

Terapeutik :

1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
2. Kontrol lingkungan yang memperberat dan memperingan nyeri
3. Fasilitasi istirahat dan tidur
4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi :

1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
5. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurngi rasa nyeri

Kolaborasi:

1. Kolaborasi pemberian analgetik

- b. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan penyebab fisiologis: ketidakadekuatan suplai ASI, hambatan pada neonatus, anomaly payudara ibu, ketidakadekuatan refleks oksitosin, ketidakadekuatan refleks menghisap bayi, payudara bengkak, riwayat operasi payudara, kelahiran kembar. Penyebab situasional: tidak rawat gabung, kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan/ atau metode menyusui, kurangnya dukungan keluarga, faktor budaya.**

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan status menyusui membaik secara bertahap

Kriteria hasil: perlekatan bayi pada payudara ibu menurun, kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar menurun, miksi bayi lebih dari 8kali/24 jam menurun, tetesan/pancaran ASI menurun, suplai ASI adekuat menurun, kepercayaan diri ibu meningkat, kecemasan maternal menurun

Intervensi:

Observasi:

1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui

Terapeutik:

3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
5. Berikan kesempatan untuk bertanya
6. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui
7. Libatkan sistem pendukung suami, keluarga, tenaga kesehatan

Edukasi:

8. Berikan konseling menyusui
9. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi
10. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar
11. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa
12. Ajarkan perawatan payudara postpartum

- c. **Gangguan pola tidur berhubungan dengan proses hambatan lingkungan, kurang kontrol tidur, kurang privasi, *restraint* fisik, ketiadaan teman tidur, tidak familiar dengan peralatan tidur**

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan pola tidur membaik secara bertahap

Kriteria hasil: keluhan sulit tidur menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, keluhan istirahat tidak cukup

Intervensi:

Observasi :

1. Identifikasi pola aktifitas dan tidur
2. Identifikasi pengganggu tidur
3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur
4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi

Terapeutik :

5. Modifikasi lingkungan
6. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur
7. Tetapkan jadwal tidur rutin
8. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan
9. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/ atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga

Edukasi:

10. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
11. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

12. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
13. Anjurkan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM
14. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur
15. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya

d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif, gangguan fungsi kognitif, kekeliruan mengikuti anjuran, kurang terpapar informasi, kurang minat dalam belajar, kurang mampu mengingat, ketidaktahuan menemukan sumber informasi

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan tingkat pengetahuan membaik secara bertahap

Kriteria hasil: perilaku sesuai anjuran meningkat, verbalisasi minat dalam belajar meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, persepsi yang keliru terhadap masalah menurun, perilaku membaik.

Intervensi:

Observasi :

1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan perilaku hidup bersih dan sehat

Terapeutik :

3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
5. Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi :

6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

- e. **Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, disfungsi sistem keluarga, hubungan orang tua-anak tidak memuaskan, faktor keturunan, penyalahgunaan zat, terpapar bahaya lingkungan, kurang terpapar informasi**

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan tingkat ansietas menurun secara bertahap

Kriteria hasil: verbalisasi kebingungan menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, pucat menurun, konsentrasi membaik

Intervensi:

Observasi:

1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah
2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
3. Monitor tanda-tanda ansietas

Terapeutik :

4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan
6. Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian
7. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
8. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
9. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
10. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi:

11. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
12. Informasikan secara faktual mengenal dagnosa, pengobatan, dan prognosis
13. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
14. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif
15. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
16. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
17. Latihan penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
18. Latih teknik relaksasi

Kolaborasi:

- 19: kolaborasi pemberian obat antiansietas

- f. Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan dan kehamilan, involusi uteri, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula, pembengkakkan**

payudara dimana alveoli mulai terisi ASI, kekurangan dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan, ketidaktepatan posisi duduk, faktor budaya

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan status kenyamanan pascapartum meningkat secara bertahap

Kriteria hasil: luka episiotomi menurun, kontraksi uterus menurun

Intervensi :

Observasi :

1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
2. Identifikasi pengetahuan ibu tentang perawatan perineal pasca persalinan

Terapeutik :

3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
5. Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi :

6. Jelaskan prosedur *perineal hygiene* yang benar
7. Jelaskan tanda-tanda infeksi pada perineum
8. Anjurkan selalu menjaga area genitalia agar tidak lembab
9. Anjurkan menghindari menggunakan bahan apapun ketika membersihkan area genitalia
10. Anjurkan sesering mungkin mengganti celana dalam
11. Ajarkan cara penggunaan celana dalam yang aman
12. Ajarkan cara penggunaan pembalut

13. Ajarkan menilai perdarahan postpartum abnormal

5. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan merupakan proses keperawatan yang mengikuti rumusan dari rencana keperawatan. Pelaksanaan keperawatan mencakup melakukan, membantu, memberikan asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang berpusat pada pasien, mencatat serta melakukan pertukaran informasi yang relevan dengan perawatan kesehatan berkelanjutan dari pasien.

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Bagian ini akan menguraikan asuhan keperawatan pada Ny. J dengan riwayat obstetri P2 A0 dengan postpartum ekstraksi vakum diruang rawat RPKK RSUD Koja, Jakarta Utara. Penulis melakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dimulai dari tanggal 15 Maret 2022 sampai 17 Maret 2022.

A. Pengkajian

Pasien masuk Rumah Sakit pada tanggal 14 Maret 2022 pukul 07:19 WIB melalui IGD, kemudian pasien dipindahkan ke Ruangan RPKK. Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 15 Maret 2022 pukul 08:00 WIB.

1. Identitas

Pasien atas nama Ny. J usia 23 tahun berjenis kelamin perempuan suku bangsa Sunda, beragama Islam, pendidikan terakhir SD, pekerjaan sebagai Ibu Rumah Tangga, suami pasien bernama Tn. M usia 28 tahun berjenis kelamin laki-laki, suku bangsa Sunda, beragama Islam, pendidikan terakhir SMP, pekerjaan sebagai Tukang Parkir, tinggal bersama anak pertamanya di Jl. Papanggo II E, dengan lama perkawinan 8 tahun, menikah satu kali.

2. Riwayat Keperawatan

a. Keluhan Utama (saat ini)

Keluhan utama yang dirasakan oleh pasien mengatakan merasakan nyeri dibagian vagina dengan skala 5, klien mengatakan pusing setelah mandi, klien juga mengatakan lemas.

b. Riwayat persalinan sekarang

Pasien melahirkan anak ke dua pada tanggal 14 Maret 2022 secara ekstraksi vacum pada pukul 18:27 WIB dengan kelamin laki-laki 3540 gram, 51 cm, jumlah pendarahan 200 cc, APGAR score tidak terkaji.

c. Riwayat obstetri

Status obstetri klien P2A0 anak hidup 2, persalinan sekarang dilakukan dengan ekstraksi vacum, dengan usia 39 minggu secara normal, tidak ada penyulit dan komplikasi, dengan ditolong oleh dokter, jenis kelamin laki-laki, dengan keadaan saat lahir nangis spontan

d. Riwayat Keluarga Berencana

Pasien menggunakan alat kontrasepsi suntik 6 tahun yang lalu, masalah yang terjadi pada saat pasien menggunakan alat kontrasepsi tidak ada.

e. Riwayat Imunisasi

Pasien mengatakan melakukan suntik imunisasi Tetanus sebanyak 2 kali

f. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit

g. Riwayat Kebiasaan Sehari-hari Sebelum di Rawat

1) Pola Nutrisi/Cairan

Pasien mengatakan makan sebanyak 3 kali sehari, jenis makanan yang dikonsumsi terdiri dari nasi dan lauk pauk. Nafsu makan pasien baik, pasien mengatakan tidak ada mual dan muntah, tidak ada keluhan di daerah perut, tidak ada masalah mengunyah/menelan, tidak ada alergi makanan, tidak ada pantangan terhadap makanan. Berat badan sebelum hamil 62 kg dan berat badan sekarang setelah melahirkan 68 kg.

2) Pola Eliminasi

Pasien buang air besar (BAB) satu kali sehari dengan konsistensi padat dan lembek, warna kecoklatan berbau khas, hemoroid tidak ada, diare tidak ada, tidak ada penggunaan laksatif, dan tidak ada keluhan selama BAB. Pasien buang air kecil (BAK) sering dalam satu hari, warna kuning, keluhan tidak ada, pasien tidak memiliki riwayat penyakit ginjal, pasien tidak memiliki riwayat penyakit pada saluran kemih, pasien tidak menggunakan obat diuretic.

3) *Personal Hygiene*

Pasien mandi dua kali sehari menggunakan sabun. Pasien melakukan *oral hygiene* dua kali sehari setiap pagi hari dan malam hari sesudah makan. Pasien mencuci rambut sebanyak 3 kali seminggu menggunakan shampoo

4) Pola Aktivitas/Istirahat dan tidur

Pasien merupakan Ibu Rumah Tangga kegiatan sehari – hari pasien mengurus pekerjaan rumah tangga seperti memasak, mencuci baju, mengepel, serta mengurus suami dan anak. Hiburan pasien adalah menonton televisi dan bermain dengan anak. Saat kehamilan pasien tidak ada keluhan saat beraktivitas sehari – hari. Pasien mengatakan waktu istirahat pasien pada saat siang hari yaitu 30 menit lamanya, pasien mengatakan tidak ada kebiasaan sebelum tidur.

5) Pola Kebiasaan Yang Memengaruhi Kesehatan

Pasien mengatakan tidak pernah merokok, mengkonsumsi minuman keras, obat-obatan dan psikotropika.

6) Pola Seksualitas

Pasien mengatakan selama berhubungan seksualitas dengan suaminya tidak ada keluhan.

7) Riwayat Psikososial

Pasien mengatakan kelahiran yang sekarang adalah keinginannya dan suaminya untuk mempunyai anak lagi setelah anak pertamanya. Perasaan pasien pada saat kelahiran anak keduanya sangat senang karena dapat mempunyai anak dengan kelahiran lancar dan kondisi anak yang sehat, pasien mengatakan sudah siap menjadi seorang ibu untuk kedua anaknya yang sekarang. Pasien mengatakan setelah perawatan saat ini pasien akan segera pulih kembali dan berkumpul dengan kedua anaknya dan suaminya secara bersama. Pasien

mengatakan tidak ada factor kebudayaan yang mempengaruhi kesehatannya.

8) Status Sosial Ekonomi

Pasien mengatakan memperoleh penghasilan dari suaminya sebagai Tukang Parkir dengan berpenghasilan sebulan kurang lebih Rp.3.000.000 perbulan, dengan pengeluaran setiap bulan tidak tentu. Pasien memiliki jaminan kesehatan BPJS.

3. Pemeriksaan Fisik

a. Sistem Kardiovaskuler

Saat dilakukan pengkajian nadi pasien 97 x/menit, dengan iramanya teratur, denyut nadi lemah, tekanan darah 109/66 mmHg, suhu badan 36,5 C, tidak ada tanda-tanda vena jugularis, pengisian kapiler kurang dari 3 detik, tidak ada edema pada wajah, kaiki, tidak ada kelainan bunyi jantung, tidak ada nyeri pada dada, konjungtiva pasien anemis, sklera pasien aniterik, pasien mengatakan tidak ada riwayat peningkatan darah dan tidak ada riwayat penyakit jantung.

b. Sistem Pernapasan

Saat dilakukan pengkajian jalan napas pasien bersih, tidak ada sesak, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, frekuensi pernapasan klien 20 x/menit, dengan irama teratur dan dalam, pasien tidak ada batuk, suara napas pasien vesikuler, pasien memiliki riwayat penyakit TBC.

c. Sistem Pencernaan

Hasil dari pengkajian pasien didapatkan gigi pasien tidak terdapat caries dan stomatitis, lidah pasien tidak kotor, pasien tidak menggunakan gigi palsu, mulut pasien tidak berbau. Pasien tidak ada masalah dalam mengkonsumsi makanan seperti mual, kesulitan menelan, dan keluhan nyeri daerah perut. Berat badan pasien sekarang 68 kg, tinggi badan pasien 160 cm, mukosa mulut pasien lembab, bentuk tubuh pasien simetris dan ideal, pasien tidak mengeluh konstipasi, pasien mengatakan tidak ada diare, hepar pasien teraba, kondisi abdomen pasien baik, dan tidak terdapat hemoroid.

d. Neurosensori

Hasil dari pengkajian tidak ada tanda-tanda disorientasi terhadap waktu dan tempat, pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran dan penglihatan, pasien tidak ada gangguan bicara, pasien mengeluh sakit kepala, pasien tidak ada kesemutan diarea ekstremitas.

e. Sistem Endokrin

Hasil pengkajian gula darah pasien 74 mg/dl, dan nafas pasien tidak berbau keton.

f. Sistem Urogenital

Hasil dari pengkajian pasien didapatkan pasien buang air kecil sebanyak 100cc secara tidak terkontrol, berwarna kuning keruh

kecoklatan, tidak ada keluhan rasa sakit saat buang air kecil, tidak teraba distensi, pasien terpasang kateter.

g. Sistem Integumen

Hasil dari pengkajian pasien didapatkan turgor kulit pasien elastis, warna kulit pucat, tidak terdapat lesi pada kulit, keadaan kulit dan rambut baik dan bersih.

h. Sistem Muskuloskeletal

Hasil dari pengkajian pasien didapatkan pasien mengalami kesulitan dalam pergerakan, klien tidak ada kontraktur pada persendian ekstremitas, tidak terdapat edema, reflek patella pasien normal.

i. Dada dan Aksila

Hasil dari pengkajian pasien didapatkan mammae klien membesar dan bengkak sebelah kiri, areola mammae pasien hiperpigmentasi, papilla mammae pasien tampak *exverted*, kolostrum pasien keluar, produksi ASI pasien keluar sedikit dan pasien belum memberikan ASI.

j. Perut / Abdomen

Hasil dari pengkajian pasien didapatkan tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusar, konsistensi uterus pasien baik

k. Anogenital

Hasil dari pengkajian pasien didapatkan *lochea lubra* berwarna merah dan berbau amis, ada kemerahan, tidak ada bengkak, tidak terjadi perubahan warna, tidak ada bau, tidak ada cairan keluar sekitar jahitan.

4. Pemeriksaan Penunjang 14 Maret 2022

Hemoglobin 11,8 g/dl (NN 12,5-16,0), Leukosit $26,62 \times 10^3/\text{ul}$ (NN 4,00-10,50), Hematokrit 35,0% (NN 37,0 – 47,0), Trombosit $231 \times 10^3/\text{ul}$ (NN 182-369), Eritrosit 4,29 juta/Ul (NN 4,20-5,40), MCV 90 fL (NN 78-100), MCH 31 Pg (NN 27-31), MCHC 34 g/dl (NN 32-36), RDW-CV 14,3% (NN 11,5 – 14,0), Basofil 0,2% (NN 0,1-1,2), Eosinofil 0,2% (NN 0,7-5,8), Neutrofil 79,3% (NN 34,0-71,1), Limfosit 14,7% (NN 19,3-51,7), Monosit 5,6% (NN 4,7-12,5), NLR 5,40, ALC $2004/\mu\text{L}$, PT 9,8 detik (NN 9,9-11,8), APTT 37,4 detik (NN 31,0-47,0), Natrium (Na) 137 mEq/L (NN 135-147), Kalium (K) 3,70 mEq/L (NN 3,5-5,0), Klorida (K) 108 mEq/L (NN 96-108), Glukosa sewaktu 74 mg/dl (NN 70-200), anti HIV non reaktif, CRP *1,48 mg/dl (NN <0,50), HBSaG non reaktif.

5. Penatalaksanaan

Ceftriaxone 2x1 gr pukul 09:00 WIB dan 18:00 WIB, Metronidazole 3x500 mg pukul 06:00 WIB, 12:00 WIB, 18:00 WIB, Ketorolac 3x30 mg 06:00 WIB, 12:00 WIB, 18:00 WIB.

6. Resume Pasien

Ny. J datang ke IGD pada hari Senin pada tanggal 14 Maret 2022 pukul 07:19 WIB. Datang dengan keluhan kontraksi dan ketuban sudah pecah, pucat. Masalah keperawatan nyeri Akut b.d agen pencederan fisik (ruptur perineum), menyusui tidak efektif b.d tidak rawat gabung, risiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer kerusakan integritas kulit, ketidaknyaman pasca partum b.d trauma perineum

selama persalinan dan kelahiran, ansietas b.d krisis situasional (khawatir terhadap anaknya). Tindakan keperawatan relaksasi nafas dalam, pijat oksitosin, memberikan pendidikan kesehatan mengenai *perineal hygiene*, memberikan pendidikan kesehatan PHBS. Terapi Ceftriaxone 2x1 gr pukul 09:00 WIB dan 18:00 WIB, Metronidazole 3x500 mg pukul 06:00 WIB, 12:00 WIB, 18:00 WIB, Ketorolac 3x30 mg 06:00 WIB, 12:00 WIB, 18:00 WIB.

7. Data Fokus

Data Subjektif :

Pasien mengatakan nyeri dibagian vagina, pasien mengatakan nyeri saat bergerak, pasien mengatakan sudah bisa miring kanan kiri tetapi masih terasa nyeri, pasien mengatakan aktivitas terganggu karena nyeri, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan skala nyeri 5 (0-10), pasien mengatakan bayi dirawat di Perinatologi didalam inkubator dikarenakan sesak nafas, pasien mengatakan ASI nya hanya sedikit, pasien mengatakan ingin melihat anaknya, pasien mengatakan pusing setelah beraktivitas, pasien mengatakan lemas, pasien mengatakan ingin segera pulang, pasien mengatakan tidak nyaman setelah persalinan, pasien mengatakan khawatir terhadap anaknya yang dirawat di inkubator, pasien mengatakan khawatir terhadap anak pertamanya, pasien mengatakan sulit berkonsentrasi, pasien mengeluh pusing.

Data Objektif :

Pasien tampak membatasi pergerakan karena jika bergerak terasa nyeri, pasien tampak meringis dan menahan nyeri, payudara pasien terasa keras, pasien tampak meringis, pasien terdapat luka episiotomi, pasien selalu membanding-bandingkan tentang melahirkan anak pertama dan keduanya, pasien tampak gelisah saat diajak berbicara, payudara pasien tampak bengkak sebelah kiri, payudara pasien yang keluar sebelah kanan sedangkan sebelah kiri belum keluar, pasien tampak pucat, pasien tampak lemas, lochea lubra, ruptur perineum tingkat 2 HC X/X, tanda-tanda vital klien didapatkan TD : 109/66 mmHG, N : 97x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,5 C, Hemoglobin 11,8 g/dl, Leukosit $26,61 \times 10^3/\mu\text{L}$

8. Analisa Data

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	DS : - Pasien mengatakan nyeri dibagian vagina - Pasien mengatakan nyeri saat bergerak - Pasien mengatakan sudah bisa miring kanan kiri tetapi masih terasa nyeri - Pasien mengatakan aktivitas terganggu karena nyeri - Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk - Pasien mengatakan skala nyeri 5 (0-10) DO :	Nyeri Akut	Agen Pencedera Fisik (ruptur perineum)

	- Pasien tampak membatasi pergerakan karena jika bergerak terasa nyeri - Pasien tampak meringis dan menahan nyeri - Pasien bergerak saat mandi saja - Ruptur perineum tingkat 2 HC X/X		
2	DS : - Pasien mengatakan bayi dirawat di Perinatologi didalam inkubator dikarenakan sesak nafas - Pasien mengatakan ASI nya hanya sedikit - Pasien mengatakan ingin melihat anaknya DO : - Payudara pasien terasa keras - ASI pada pasien yang keluar sebelah kanan sedangkan sebelah kiri belum keluar	Menyusui Tidak Efektif	Tidak Rawat Gabung
3	DS : - Pasien mengatakan lemas - Pasien mengatakan pusing setelah mandi DO : - Pasien tampak pucat - Kemerahan pada luka episiotomi - Hemoglobin 11,8 g/Dl	Risiko infeksi	Ketidakadeku atan pertahanan tubuh primer kerusakan integritas kulit

	- Leukosit $26,61 \times 10^3/\mu\text{L}$ - TD: 109/66 mmHg - N : 97x/menit - RR : 20x/menit - S : 36,5 °C		
4	DS : - Pasien mengatakan tidak nyaman setelah persalinan - Pasien mengatakan ingin segera pulang DO: - Pasien tampak meringis - Pasien terdapat luka episiotomi - Payudara pasien terasa bengkak sebelah kiri	Ketidaknyamanan pasca partum	Trauma perineum selama persalinan dan kelahiran
5.	DS : - Pasien mengatakan khawatir terhadap anak pertamanya - Pasien mengatakan khawatir terhadap anaknya yang di inkubator - Pasien mengatakan sulit berkonsentrasi - Pasien mengatakan pusing DO : - Pasien tampak gelisah saat diajak berbicara - Pasien tampak pucat - Pasien membandingkan dengan anak pertama dan kedua nya tentang kelahirannya	Ansietas	Krisis situasional (khawatir terhadap anaknya)

B. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut b.d agen pencederan fisik (ruptur perineum)
2. Menyusui tidak efektif b.d tidak rawat gabung
3. Risiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer kerusakan integritas kulit
4. Ketidaknyaman pasca partum b.d trauma perineum selama persalinan dan kelahiran
5. Ansietas b.d krisis situasional (khawatir terhadap anaknya)

C. Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi

1. Nyeri akut b.d agen pencederan fisik (ruptur perineum)

Data Subjektif

Pasien mengatakan nyeri dibagian vagina, pasien mengatakan nyeri saat bergerak, pasien mengatakan sudah bisa miring kanan kiri tetapi masih terasa nyeri, pasien mengatakan aktivitas terganggu karena nyeri, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan skala nyeri 5 (0-10)

Data Objektif

Pasien tampak membatasi pergerakan karena jika bergerak terasa nyeri, pasien tampak meringis dan menahan nyeri, pasien bergerak saat mandi saja, Ruptur perineum tingkat 2 HC X/X

Tujuan

Nyeri hilang / berkurang setelah diberikan asuhan keperawatan 3 x 24 jam

Kriteria Hasil

Pasien mampu menuntaskan aktivitas, keluhan nyeri pasien berkurang, ekspresi wajah pasien tenang, tanda-tanda vital pasien dalam batas normal.

Intervensi

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b. Identifikasi skala nyeri
- c. Identifikasi nyeri non verbal
- d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- i. Monitor efek samping penggunaan analgetik
- j. Monitor ttv pasien

Terapeutik :

- a. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
- b. Kontrol lingkungan yang memperberat dan memperingan nyeri
- c. Fasilitasi istirahat dan tidur
- d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

- e. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- f. Jelaskan strategi meredakan nyeri
- g. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- h. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- i. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
- j. Kolaborasi pemberian analgetik

Pelaksanaan

Tanggal 15 Maret 2022

Pukul 10:00 WIB, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : pasien mengatakan nyeri dibagian vagina, seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, mengidentifikasi skala nyeri : pasien mengatakan skala nyeri 5 (0-10), mengidentifikasi nyeri non verbal : pasien tampak meringis dan sesekali memegang area vagina, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri : pasien mengatakan faktor memperberat nyeri nya yaitu seperti jalan terlalu jauh dan memperingan nya setelah minum obat analgetik, mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri : pasien mengatakan nyeri nya ini timbul dari luka episiotomi, mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri : pasien mengatakan takut pengaruh ke anaknya, mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup : pasien mengatakan takut nyeri nya tidak hilang, memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan : pasien mengatakan lebih nyaman, memonitor efek samping penggunaan analgetik: pasien mengatakan efek samping nya hanya mengantuk,

kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri : pasien mengatakan yang memperberat nyeri nya yaitu karena kebisingan, mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk dan sumbernya berasal dari luka episiotomi, menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri : pasien tampak menyimak saat diberikan penjelasan, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri : pasien mengatakan akan memonitor nyeri secara mandiri, menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat : pasien mengatakan obat nya digunakan 3x sehari, memberikan non farmakologis untuk mengurangi nyeri : pasien mengatakan sudah lebih paham cara mengurangi nyeri, memfasilitasi tempat istirahat dan tidur : pasien mengatakan sudah nyaman dengan lingkungan dan posisi nya, mengobservasi tanda-tanda vital pasien : TD : 109/66mmHg, Nadi : 97x/menit, RR :20x/menit, S : 36,3 C, mengkolaborasi pemberian analgetik : pasien diberikan pengobatan Ketorolac 3x30mg

Tanggal 16 Maret 2022

Pukul 08:00 WIB, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : pasien mengatakan nyeri dibagian vagina, seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, mengidentifikasi skala nyeri : pasien mengatakan skala nyeri 4 (0-10), mengidentifikasi nyeri non verbal : meringis pada pasien sudah berkurang dan sesekali memegang area vagina, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri : pasien mengatakan faktor memperberat nyeri nya

yaitu seperti jalan terlalu jauh dan memperingan nya setelah minum obat analgetik, mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri : pasien mengatakan nyeri nya ini timbul dari luka episiotomi, mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri : pasien mengatakan takut mengaruh ke anaknya, memonitor efek samping penggunaan analgetik: pasien mengatakan efek samping nya hanya mengantuk, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri : pasien mengatakan yang memperberat nyeri nya yaitu karena kebisingan, mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk dan sumbernya berasal dari luka episiotomi, menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri : pasien tampak menyimak saat diberikan penjelasan, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri : pasien mengatakan akan memonitor nyeri secara mandiri, menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat : pasien mengatakan obat nya digunakan 3x sehari, memberikan non farmakologis untuk mengurangi nyeri : pasien mengatakan sudah paham cara mengurangi nyeri, memfasilitasi tempat istirahat dan tidur : pasien mengatakan sudah nyaman dengan posisi nya, mengobservasi tanda-tanda vital pasien : TD: 113/70 mmHg, Nadi : 94x/menit, RR : 19x/menit, S : 36,5°C, mengkolaborasi pemberian analgetik : pasien diberikan pengobatan Ketorolac 3x30mg

Tanggal 17 Maret 2022

Pukul 15:00 WIB, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : pasien mengatakan nyeri hilang timbul, mengidentifikasi skala nyeri : pasien mengatakan skala nyeri 2 (0-10), mengidentifikasi nyeri non verbal : meringis pada pasien sudah tidak ada, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri : pasien mengatakan faktor memperberat nyeri nya yaitu seperti jalan terlalu jauh dan memperingan nya setelah minum obat analgetik, mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri : pasien mengatakan nyeri nya ini timbul dari luka episiotomi, memonitor efek samping penggunaan analgetik: pasien mengatakan efek samping nya hanya mengantuk, menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri : pasien tampak menyimak saat diberikan penjelasan, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri : pasien mengatakan akan memonitor nyeri secara mandiri, menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat : pasien mengatakan obat nya digunakan 3x sehari, memberikan non farmakologis untuk mengurangi nyeri : pasien mengatakan sudah paham cara mengurangi nyeri, memfasilitasi tempat istirahat dan tidur : pasien mengatakan sudah nyaman dengan posisi nya, mengobservasi tanda-tanda vital pasien : TD: 120/90 mmHg, Nadi : 91x/menit, RR : 19x/menit, S : 36,5°C, mengkolaborasi pemberian analgetik : pasien diberikan pengobatan Ketorolac 3x30mg

Evaluasi

Tanggal 15 Maret 2022

Subyektif: Pasien mengatakan skala nyeri 5 (0-10), nyeri dibagian vagina, pasien mengatakan nyaman dengan posisi tidur nya

Obyektif: Pasien tampak memegang area vagina, pasien tampak meringis, tanda-tanda vital pasien: TD: 109/66 mmHg, Nadi: 97x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,3°C

Analisa: Masalah nyeri akut belum teratasi

Perencanaan: Intervensi keperawatan dilanjutkan

Tanggal 16 Maret 2022

Subyektif: Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri dibagian vagina, nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 4 (0-10), pasien mengatakan melakukan teknik relaksasi saat nyeri nya timbul

Obyektif: meringis pada pasien berkurang, pasien tampak melakukan tindakan teknik relaksasi secara mandiri, pasien mengatakan nyaman dengan nya, tanda-tanda vital pasien: TD: 113/70 mmHg, Nadi: 94x/menit, RR: 19x/menit, S: 36,5°C

Analisa: Masalah nyeri akut belum teratasi

Perencanaan: Intervensi keperawatan dilanjutkan

Tanggal 17 Maret 2022

Subyektif: Pasien mengatakan skala nyeri sudah berkurang menjadi 2, tanda-tanda vital pasien : TD : 120/78mmHg, Nadi : 98x/menit, RR :20x/menit, S : 36,5 °C

Obyektif: Pasien tampak sudah tidak meringis, pasien tampak sudah tidak menahan nyeri

Analisa: Masalah nyeri akut teratasi

Perencanaan: Intervensi keperawatan dihentikan

2. Menyusui tidak efektif b.d Tidak rawat gabung

Data Subyektif: pasien mengatakan bayi dirawat di Perinatologi didalam inkubator dikarenakan sesak nafas, pasien mengatakan ASI nya hanya keluar sedikit, pasien mengatakan ingin melihat anaknya

Data Obyektif: payudara pasien terasa keras, payudara pasien yang keluar hanya sebelah kanan sedangkan sebelah kiri belum keluar

Tujuan: Menyusui tidak efektif dapat teratasi setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam

Kriteria hasil: Pasien mampu pelekatan pada payudara ibu, pasien mampu memposisikan bayi dengan baik dan benar, pasien mampu menyuplai ASI dengan baik, kepercayaan pasien meningkat

Intervensi:

- a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui
- c. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- d. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- e. Berikan kesempatan untuk bertanya
- f. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui
- g. Libatkan sistem pendukung suami, keluarga, tenaga kesehatan
- h. Berikan konseling menyusui

- i. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa
- j. Ajarkan perawatan payudara post partum (pijat oksitosin)

Pelaksanaan

Tanggal 15 Maret 2022

Pukul 10:30 WIB, mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi: pasien mengatakan siap menerima informasi, mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui : pasien mengatakan ingin menyusui anaknya yang berada di Perinatologi, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan : pasien diberikan pendidikan kesehatan tentang pijat oksitosin, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan : pasien mengatakan bersedia mendapatkan pendidikan kesehatan, memberikan kesempatan untuk bertanya : pasien menanyakan cara penyimpanan ASI yang baik dan benar, mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui : pasien mengatakan percaya diri untuk menyusui anaknya, melibatkan sistem pendukung suami, keluarga, tenaga kesehatan : pasien selalu didampingi oleh suaminya, mengajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa: pasien mengatakan pengetahuan tentang perawatan payudara bertambah, memberikan konseling menyusui : pasien menanyakan tentang pemberian ASI yang baik dan benar, mengajarkan perawatan payudara postpartum (pijat oksitosin) : pasien tampak lebih tenang dan nyaman

Tanggal 16 Maret 2022

Pukul 11:00 WIB, mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi : pasien mengatakan siap menerima informasi, mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui: pasien mengatakan ingin menyusui anaknya yang berada di Perinatologi, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan : pasien mengatakan bersedia mendapatkan pendidikan kesehatan sebelum pulang kerumah, mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui : pasien mengatakan percaya diri untuk menyusui anaknya, mengajarkan perawatan payudara post partum (pijat oksitosin) : pasien mengatakan sekarang pasien sudah tahu cara pijat oksitosin, memberikan konseling menyusui : pasien menanyakan tentang cara penyimpanan ASI yang baik dan benar

Tanggal 17 Maret 2022

Pukul 17:00 WIB, mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi : pasien mengatakan siap menerima informasi, mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui : pasien mengatakan sudah percaya diri untuk menyusui anaknya, mengajarkan perawatan payudara post partum (pijat oksitosin) : pasien mengatakan mempraktikkan kembali dirumah dengan suami dua kali sehari, memberikan konseling menyusui : pasien mengatakan sekarang sudah paham

Evaluasi

Tanggal 15 Maret 2022

Subyektif: Pasien mengatakan ingin menyusui anaknya yang berada di Perinatologi, pasien tingkat kepercayaan diri untuk menyusui anaknya udah tinggi

Obyektif: ASI pada pasien belum lancar dan terasa keras disebelah kanan, saat diberikan pendidikan kesehatan pasien tampak menyimak dengan baik, pasien melakukan pijat oksitosin dibantu dengan suami

Analisa: Masalah menyusui tidak efektif belum teratasi

Perencanaan: Intervensi keperawatan dilanjutkan

Tanggal 16 Maret 2022

Subyektif: Pasien mengatakan ASI nya sudah lancar, pasien mengatakan selalu melakukan pijat oksitosin dibantu dengan suaminya

Obyektif: Pasien tampak nyaman, pasien tampak memberikan ASI setiap dua jam sekali, selain melakukan pijat oksitosin pasien juga memakan buah dan sayur untuk menambah nutrisi

Analisa: Masalah menyusui tidak efektif teratasi

Perencanaan: Intervensi keperawatan dihentikan

Tanggal 17 Maret 2022

Subyektif : Pasien mengatakan selalu menyusui bayinya setiap dua jam sekali, pasien mengatakan selalu melakukan pijat oksitonsin sehari dua kali dengan suaminya

Obyektif: Pasien tampak lebih nyaman, pasien selalu cepat memberikan ASI kepada anaknya, pasien tampak senang terhadap dirinya saat memberikan ASI

Analisa: Masalah menyusui tidak efektif teratasi

Perencanaan: Intervensi keperawatan dihentikan

3. Risiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer kerusakan integritas kulit

Data Subyektif: pasien mengatakan lemas, pasien mengatakan pusing setelah mandi

Data Obyektif: pasien tampak pucat kemerahan pada luka episiotomi, Hemoglobin 11,8 g/Dl, Leukosit $26,61 \times 10^3/uL$, Tekanan darah 109/66 mmHG, N : 97x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,5 C, Ceftriaxone 2x1 gr, Metronidazole 3x30 mg

Tujuan: Tingkat infeksi dapat teratasi setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam

Kriteria Hasil: Kebersihan tangan pasien meningkat, kebersihan badan pasien meningkat, nafsu makan meningkat, kadar sel darah putih membaik, kultur darah membaik

Intervensi :

- a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
- b. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- c. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- d. Ajarkan cara mencuci tangan dengan baik dan benar
- e. Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Pelaksanaan**Tanggal 15 Maret 2022**

Pukul 08:00 WIB, memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik : pasien mengatakan gejala yang dirasakan kehilangan nafsu makan, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien : pasien mengatakan selalu mencuci tangan ketika sesudah dari kamar mandi jika sesudah makan pasien hanya menggunakan handsanitizer, menjelaskan tanda dan gejala infeksi : pasien mengatakan tanda dan gejala yang disebutkan ada beberapa yang terdapat pada pasien, mengajarkan cara mencuci tangan dengan baik dan benar : pasien mengatakan sudah paham tentang mencuci tangan yang baik dan benar, menganjurkan meningkatkan asupan cairan : pasien mengatakan minum hanya sekitar 600ml

Tanggal 16 Maret 2022

Pukul 10:00 WIB, memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik : pasien mengatakan tanda dan gejala yang dirasakan sedikit berkurang,

mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien : pasien mengatakan selalu mencuci tangan ketika sesudah dari kamar mandi dan jika sesudah makan pasien hanya menggunakan handsanitizer, menjelaskan tanda dan gejala infeksi : pasien mengatakan sudah mengerti tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara mencuci tangan dengan baik dan benar : pasien mengatakan sudah paham tentang mencuci tangan yang baik dan benar dan selalu diterapkan dirumah, menganjurkan meningkatkan asupan cairan : pasien mengatakan minumnya sudah meningkat sebanyak 900ml

Tanggal 17 Maret 2022

Pukul 15:00 WIB, memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik : pasien mengatakan sudah tidak merasakan tanda dan gejala infeksi, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien : pasien mengatakan selalu mencuci tangan ketika sesudah dari kamar mandi, sebelum sesudah makan, sebelum dan sesudah memegang bayinya, menjelaskan tanda dan gejala infeksi : pasien mengatakan sudah mengerti tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara mencuci tangan dengan baik dan benar : pasien mengatakan sudah paham tentang mencuci tangan yang baik dan benar dan selalu diterapkan dirumah, menganjurkan meningkatkan asupan cairan : pasien mengatakan minumnya sudah meningkat sebanyak 1200ml

Evaluasi**Tanggal 15 Maret 2022**

Subyektif: Pasien mengatakan nafsu makan menurun, pasien mengatakan sehari hanya minum sekitar 600ml, pasien mengatakan mencuci hanya dengan air mengalir saja, pasien mengatakan masih terasa pusing

Obyektif: Pasien tampak pucat, pasien tampak lemas

Analisa: Masalah risiko infeksi belum teratasi

Perencanaan: Intervensi keperawatan dilanjutkan

Tanggal 16 Maret 2022

Subyektif: Pasien mengatakan sudah menerapkan mencuci tangan dengan sabun, pasien mengatakan nafsu makan sudah meningkat, pasien mengatakan minum sudah 1000ml perhari, pasien mengatakan pusing sudah tidak ada

Obyektif: Pasien tampak lemas

Analisa: Masalah risiko infeksi teratasi

Perencanaan: Intervensi keperawatan dihentikan

Tanggal 17 Maret 2022

Subyektif : Pasien mengatakan sekarang tubuhnya merasa lebih segar, pasien mengatakan sekarang lebih tahu cara mencuci tangan yang baik dan benar, pasien mengatakan ingin menerapkannya setiap hari di rumah maupun diluar rumah

Obyektif : Pasien tampak ceria, pasien selalu mencuci tangan sesudah dan sebelum makan, sesudah dan sebelum memegang bayinya, dan sesudah dari kamar mandi

Analisa : Masalah risiko infeksi teratasi

Perencanaan : Intervensi keperawatan dihentikan.

4. Ketidaknyamanan pasca partum b.d trauma perineum selama persalinan dan kelahiran

Subyektif : pasien mengatakan tidak nyaman setelah persalinan, pasien mengatakan ingin segera pulang

Obyektif : pasien tampak meringis, pasien terdapat luka episiotomi , Payudara pasien tampak bengkak sebelah kiri

Tujuan: Status kenyamanan pascapartum dapat teratasi setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam

Kriteria Hasil : meringis menurun, luka episiotomi menurun, kontraksi uterus menurun, payudara bengkak menurun.

Intervensi :

- a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b. Identifikasi pengetahuan ibu tentang perawatan perineal pasca persalinan
- c. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- d. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- e. Berikan kesempatan untuk bertanya
- f. Jelaskan prosedur *perineal hygiene* yang benar
- g. Jelaskan tanda-tanda infeksi pada perineum

- h. Anjurkan selalu menjaga area genital agar tidak lembab
- i. Anjurkan menghindari menggunakan bahan apapun ketika membersihkan area genitalia
- j. Anjurkan sesering mungkin mengganti celana dalam
- k. Ajarkan cara penggunaan celana dalam yang aman
- l. Ajarkan menilai perdarahan postpartum abnormal
- m. Ajarkan cara penggunaan pembalut

Pelaksanaan :

Tanggal 15 Maret 2022

Pukul 13:00 WIB, mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi : pasien mengatakan siap menerima informasi tentang *perineal hygiene* yang benar, mengidentifikasi pengetahuan ibu tentang perawatan perineal pasca persalinan : pasien mengatakan yang ia tahu membersihkan area genital hanya menggunakan air bersih, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan : materi pendidikan kesehatan yang diberikan kepada klien tentang *perineal hygiene*, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan : pasien mengatakan besok pendidikan kesehatannya sekitar jam 11:00 WIB saja, memberikan kesempatan untuk bertanya : pasien bertanya tentang cara mengeringkan area genitalnya menggunakan apa saja dan apakah perlu menggunakan sabun atau tidak, menjelaskan prosedur *perineal hygiene* yang benar : pasien mengatakan baru kali ini mendapatkan pendidikan kesehatan tentang *perineal hygiene* yang benar, menjelaskan tanda-tanda infeksi pada perineum : pasien

mengatakan adanya kemerahan pada luka episiotomi, menganjurkan selalu menjaga area genital agar tidak lembab : pasien mengatakan selama ini tidak pernah mengeringkan nya terlebih dahulu, menganjurkan menghindari menggunakan bahan apapun ketika membersihkan area genitalia : pasien mengatakan selama ini membersihkan area genitalia nya menggunakan sabun, menganjurkan sesering mungkin mengganti celana dalam : pasien mengatakan mengganti celana dalam nya hanya saat mandi saja, mengajarkan cara penggunaan celana dalam yang aman : pasien mengatakan selama ini menggunakan celana dalam yang menyerap keringat dan nyaman, ajarkan menilai perdarahan postpartum abnormal : pasien mengatakan pengetahuannya bertambah, mengajarkan cara penggunaan pembalut : pasien mengatakan sudah tahu cara pemakaian pembalut yang benar

Tanggal 16 Maret 2022

Pukul 11:00 WIB, mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi : pasien mengatakan siap menerima informasi tentang *perineal hygiene* yang benar, mengidentifikasi pengetahuan ibu tentang perawatan perineal pasca persalinan : pasien mengatakan yang ia tahu membersihkan area genital hanya menggunakan air bersih, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan : materi pendidikan kesehatan yang diberikan kepada klien tentang *perineal hygiene*, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan : pasien tampak sudah siap ketika perawat datang, memberikan kesempatan untuk bertanya : pasien bertanya tentang cara

mengeringkan area genitalnya menggunakan apa saja dan apakah perlu menggunakan sabun atau tidak, menjelaskan prosedur *perineal hygiene* yang benar : pasien tampak mendengarkan materi secara serius, menganjurkan selalu menjaga area genital agar tidak lembab : pasien mengatakan akan mencoba mulai dari hari ini, menganjurkan sesering mungkin mengganti celana dalam : pasien mengatakan sekarang mengganti celana dalam nya setiap 6 jam sekali, mengajarkan cara penggunaan pembalut : pasien mengatakan sudah tahu cara pemakaian pembalut yang benar

Tanggal 17 Maret 2022

Pukul 19:00 WIB, mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi : pasien mengatakan siap menerima informasi tentang *perineal hygiene* yang benar, mengidentifikasi pengetahuan ibu tentang perawatan perineal pasca persalinan : pasien mengatakan mulai hari ini mengeringkan terlebih dahulu menggunakan tissue, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan : materi pendidikan kesehatan yang diberikan kepada klien tentang *perineal hygiene*, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan : pasien tampak sudah siap ketika perawat datang, memberikan kesempatan untuk bertanya : pasien bertanya tentang cara mengeringkan area genitalnya menggunakan apa saja dan apakah perlu menggunakan sabun atau tidak, menjelaskan prosedur *perineal hygiene* yang benar : pasien tampak mendengarkan materi secara serius, menganjurkan selalu menjaga area genital agar tidak lembab : pasien

mengatakan sudah menerapkan cara menerapkan *perineal hygiene*, menganjurkan sesering mungkin mengganti celana dalam : pasien mengatakan sekarang mengganti celana dalam nya setiap 4 jam sekali, mengajarkan cara penggunaan pembalut : pasien mengatakan sudah tahu cara pemakaian pembalut yang benar

Evaluasi

Tanggal 15 Maret 2022

Subyektif: Pasien mengatakan tidak nyaman di area genital nya, pasien mengatakan mengganti celana dalam dan pembalut hanya ketika mandi saja, pasien mengatakan jika setelah BAK area genitalnya tidak dikeringkan terlebih dahulu, pasien mengatakan payudara sebelah kiri bengkak, pasien mengatakan ingin segera pulang

Obyektif: Pasien tampak meringis dan pasien terdapat luka episiotomi

Analisa: Masalah ketidaknyaman pasca partum belum teratasi

Perencanaan: Intervensi keperawatan dilanjutkan

Tanggal 16 Maret 2022

Subyektif: Pasien mengatakan tidak nyaman di area genital nya, pasien mengatakan mengganti celana dalam dan pembalut saat mandi saja, pasien mengatakan jika setelah BAK area genitalnya dikeringkan terlebih dahulu, pasien nyaman berada dirumah, pasien mengatakan payudara sudah tidak bengkak karena sudah menyusui anaknya

Obyektif: Pasien tampak lebih nyaman, luka episiotomi pada pasien baik, pasien tampak lebih menjaga kebersihan area genitalnya

Analisa: Masalah ketidaknyamanan pasca partum teratasi

Perencanaan: Intervensi keperawatan dihentikan

Tanggal 17 Maret 2022

Subyektif: pasien mengatakan area genital nya merasa lebih nyaman, pasien mengatakan sudah menerapkan mengganti celana dalam setiap 4 jam sekali, pasien mengatakan sesudah membersihkan area genitalnya dikeringkan terlebih dahulu menggunakan tissue, pasien mengatakan mengganti pembalutnya juga setiap 4 jam sekali

Obyektif: pasien tampak lebih nyaman setelah diberikan pendidikan kesehatan mengenai perineal hygiene

Analisa: Masalah ketidaknyamanan pasca partum teratasi

Perencanaan: Intervensi keperawatan dihentikan

5. Ansietas b.d krisis situasional (khawatir terhadap anaknya)

Subyektif: Pasien mengatakan khawatir terhadap anak pertamanya, pasien mengatakan khawatir terhadap anaknya yang di inkubator, pasien mengatakan sulit berkonsentrasi, pasien mengatakan pusing

Obyektif: Pasien tampak gelisah saat diajak berbicara, pasien tampak pucat, pasien membanding-bandingkan dengan anak pertama dan keduanya

Tujuan: tingkat ansietas dapat teratasi setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam

Kriteria Hasil: Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, tegang menurun, keluhan pusing menurun, tekanan darah membaik, pucat menurun, konsentrasi membaik, orientasi membaik.

Intervensi

- a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah
- b. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- c. Monitor tanda-tanda ansietas
- d. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- e. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan
- f. Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian
- g. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- h. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- i. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- j. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang
- k. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- l. Informasikan secara faktual mengenal diagnosa, pengobatan, dan prognosis
- m. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
- n. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif
- o. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi

- p. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- q. Latihan penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- r. Latih teknik relaksasi

Pelaksanaan

Tanggal 15 Maret 2022

Pukul 09:00 WIB, mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah : pasien tampak gelisah saat ansietasnya timbul dan pasien mengatakan kadang-kadang pusing, mengidentifikasi kemampuan mengambil keputusan : pasien mampu mengambil keputusan bersama suami, memonitor tanda-tanda ansietas : pasien tampak gelisah dan dada berdebar-debar, meniptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan : pasien diberikan suasana yang tenang agar cemasnya tidak timbul, menemani pasien untuk mengurangi kecemasan : pasien mengatakan jika siang hari tidak ada yang menemani dikarenakan suami bekerja, memahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian : pasien mengatakan yang membuat ansietas yaitu kebisingan, menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan : pasien tampak tenang saat ada pendekatan, menempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan : barang pribadi pasien ditempatkan di lemari pasien, memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan : pasien tampak tenang, mendiskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang : pasien mengatakan kedepannya akan tenang jika mengalami situasi yang tegang, menjelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami

: pasien mengatakan sensasi seperti kepanikan, menginformasikan secara faktual mengenal diagnosa, pengobatan, dan prognosis : pasien tampak mengetahui diagnosa nya, menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien : suami pasien mengatakan tidak bisa menemani ketika siang hari dikarenakan bekerja sebagai tukang parkir, menganjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif : pasien mengikuti arahan perawat, menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi : pasien selalu mengungkapkan keluhan-keluhan yang dialami nya sekarang, melatih teknik relaksasi : pasien tampak mengikuti yang telah diajarkan penulis

Tanggal 16 Maret 2022

Pukul 12:00 WIB, mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah : gelisah pada pasien menurun, mengidentifikasi kemampuan mengambil keputusan : pasien mampu mengambil keputusan bersama suami, memonitor tanda-tanda ansietas : pasien tampak gelisah dan dada berdebar-debar, menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan : pasien tampak tenang saat ada pendekatan, menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi : pasien selalu mengungkapkan keluhan nya, melatih teknik relaksasi : pasien melakukan teknik relaksasi saat ansietasnya timbul

Tanggal 17 Maret 2022

Pukul 17:00 WIB, mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah : gelisah pada pasien sudah tidak ada, mengidentifikasi kemampuan mengambil keputusan : pasien mampu mengambil keputusan bersama

suami, memonitor tanda-tanda ansietas : pasien sudah tidak ada lagi tanda-tanda ansietas, menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan : pasien tampak tenang saat ada pendekatan, menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi : pasien selalu mengungkapkan keluhan nya, melatih teknik relaksasi : pasien melakukan teknik relaksasi saat ansietasnya timbul

Evaluasi

Tanggal 15 Maret 2022

Subyektif: Pasien mengatakan khawatir terhadap anaknya yang dirumah, pasien mengatakan khawatir terhadap anaknya yang di inkubator, pasien mengatakan pusing

Obyektif: Pasien tampak gelisah saat diajak berbicara, pasien selalu membanding-bandingkan kelahiran anak pertama dan kedua nya

Analisa: Masalah ansietas belum teratasi

Perencanaan: Intervensi keperawatan dilanjutkan

Tanggal 16 Maret 2022

Subyektif: Pasien mengatakan sudah tidak khawatir terhadap anaknya karena sudah berkumpul dirumah, pasien mengatakan sudah tidak pusing

Obyektif: pasien tampak terlihat lebih tenang

Analisa: Masalah ansietas teratasi

Perencanaan: Intervensi keperawatan dihentikan

Tanggal 17 Maret 2022

Subyektif: pasien mengatakan sekarang rasa khawatirnya berkurang setelah pulang kerumah, pasien mengatakan kadang-kadang rasa cemasnya timbul saat anak keduanya nangis, pasien mengatakan jika cemasnya timbul pasien menerapkan teknik nafas dalam

Obyektif: pasien tampak lebih nyaman dan sekarang pasien sudah mampu mengulangi materi pendidikan kesehatan yang diberikan

Analisa: Masalah ansietas teratasi

Perencanaan: Intervensi keperawatan dihentikan

BAB IV PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan yang mungkin terjadi antara teori dan kasus. Selain itu penulis juga akan membahas mengenai faktor-faktor pendukung dan penghambat yang penulis temukan pada saat melakukan asuhan keperawatan serta alternative lain yang digunakan dalam pencegahan masalah pada saat memberikan asuhan keperawatan pada Ny. J dengan postpartum ekstraksi vakum di ruang RPKK RSUD Koja, Jakarta Utara yang telah dilaksanakan tanggal 15 sampai 17 Maret 2022. Pembahasan ini akan disesuaikan dengan tahap proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Data dikumpulkan melalui pengkajian adalah data primer dan data sekunder. Data primer meliputi pengkajian fisik, observasi, dan wawancara, sedangkan data sekunder yang diperoleh dari pasien dan hasil pemeriksaan pasien di RSUD Koja yang dicatat di Rekam Medis pasien. Pada kasus umumnya pengkajian dilakukan sama dengan yang ada pada teori namun penulis menemukan beberapa kesenjangan antara teori dan kasus.

Pada teori dikatakan ibu postpartum mengalami obstipasi. Hal ini disebabkan pada waktu persalinan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan ada persalinan, kurangnya asupan makan, laserasi jalan lahir (Krismayanti, 2019). Namun pada pasien tidak didapatkan kesulitan buang air besar dan tidak adanya penurunan nafsu makan. Hal ini karena pasien selalu makan secara teratur dan juga pasien memakan sayur, buah-buahan, dan tidak ada makanan pantangan.

Pada teori Lowdermilk (2013) hemoglobin meningkat sampai 1,2gr/100ml selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pascasalin kecuali ada pendarahan postpartum. Namun pada pasien nilai hemoglobin rendah padahal pasien tidak mengalami perdarahan, dibuktikan dengan hemoglobin pada pasien yaitu 11,8 g/dl.

Pada teori Kumalasari (2015), pada ibu postpartum biasanya mengalami abnormalitas tanda-tanda vital dengan terjadinya penurunan tekanan darah karena adanya perdarahan pada saat persalinan, kenaikan suhu badan serta peningkatan denyut nadi, yang kemungkinan adanya infeksi pada luka episiotomi. Namun pada pasien tidak ditemukan tanda abnormalitas tersebut ditandai dengan denyut nadi 97x/menit, suhu 36,5°C, luka jahitan pada persalinan pasien tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, kebiruan, pengeluaran pus, serta penyatuan luka pada pasien baik.

Menurut Wahyuni (2017), menyebutkan bahwa setelah kelahiran plasenta, konsentrasi estrogen dan progesteron menurun, prolactin dilepaskan dan sintesis ASI dimulai, suplai darah ke payudara meningkat dan

menyebabkan pembengkakan vascular sementara. Air susu saat diproduksi disimpan di alveoli dan harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara dihisap oleh bayi untuk pengadaan dan keberlangsungan laktasi. Pada kasus ditemukan nyeri tekan pada payudara karena ASI tidak keluar dan tidak ada rangsangan hisapan bayi yang rawat pisah, lalu kolostrum keluar $\pm$ 15 cc pasca melahirkan selama 24 jam. Pada kasus, ibu dan bayi tidak rawat gabung sehingga menyebabkan suplai ASI tidak adekuat karena hormon laktogen tidak terangsang oleh hisapan bayi.

Adapun faktor pendukung dalam melakukan pengkajian yaitu pasien sangat kooperatif dan sangat terbuka saat dilakukan pengkajian. Penulis tidak menemukan faktor penghambat dalam melakukan pengkajian pada pasien.

B. Diagnosa keperawatan

Pada tahap ini penulis menyusun diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas yang bersifat aktual. Pada diagnosa keperawatan, terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus. Pada teori terdapat 6 diagnosa keperawatan, sedangkan pada kasus didapatkan 5 diagnosa keperawatan. Diagnosa yang sesuai dengan teori ada 4 diagnosa yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (ruptur perineum), menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung, ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan dan kelahiran, ansietas berhubungan dengan krisis situasional (khawatir terhadap anaknya). Terdapat 1 diagnosa yang tidak ada pada teori tetapi ada pada kasus yaitu risiko infeksi ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer kerusakan integritas kulit.

Kemudian terdapat 2 diagnosa yang ada di teori tetapi tidak ada di kasus yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan proses hambatan lingkungan, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi.

Pada diagnosa prioritas penulis menetapkan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (ruptur perineum) dikarenakan data yang didapatkan dari pasien mengeluh nyeri dengan skala 5 (0-10), meringis kesakitan di area vagina dan aktivitas pasien terganggu, diagnosa kedua penulis menetapkan menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung dikarenakan ASI pada pasien hanya keluar ± 15 cc di payudara sebelah kanan sedangkan sebelah kiri mengalami pembengkakkan, diagnosa ketiga penulis menetapkan diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer kerusakan integritas kulit dikarenakan dari hasil laboratorium didapatkan nilai hemoglobin 11,8 g/dl dan leukosit $26,61 \times 10^3/\text{ul}$, diagnosa ke empat penulis menetapkan ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan dan kelahiran dikarenakan pasien tidak nyaman setelah persalinan dan ingin segera pulang, diagnosa kelima penulis menetapkan ansietas berhubungan dengan krisis situasional (khawatir terhadap anaknya) dikarenakan pasien mengatakan khawatir terhadap anak pertama yang berada di rumah dan anak keduanya yang berada di inkubator, pasien tampak gelisah saat diajak berbicara.

Diagnosa yang ada pada teori namun tidak terdapat pada kasus terdapat 2 diagnosa yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan proses hambatan lingkungan. Diagnosa ini tidak diangkat penulis karena pasien mengatakan dapat istirahat dengan nyenyak dan tidak ditemukan data mengenai gangguan

pola tidur seperti mata panda, pucat, mata merah. Diagnosa defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tidak diangkat penulis, karena ini merupakan kelahiran anak kedua. Sehingga pasien memiliki pengalaman dalam merawat bayi serta dapat dukungan dari suami dan keluarga serta pasien tahu cara perawatan bayi pada pasca ekstraksi vakum.

Diagnosa yang tidak ada di teori tetapi ada di kasus yaitu risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer kerusakan integritas kulit. Diagnosa ini diangkat karena didapatkan tanda infeksi seperti kemerahan pada luka episiotomi, data laboratorium seperti leukosit menurun ($26,61 \times 10^3/\text{ul}$), hemoglobin menurun (11,8 g/dl), hematokrit menurun (35,0%).

Faktor pendukung dalam menentukan diagnosa yaitu, mendapatkan data-data pasien dari perawat RPKK dan saat pengkajian pasien sangat kooperatif, masukan dari dosen untuk mengangkat diagnosa yang tepat, tidak ada faktor penghambat selama menentukan diagnosa.

C. Perencanaan

Perencanaan yang dibuat sesuai dengan teori dan kebutuhan pasien. Tujuan dalam rencana keperawatan disesuaikan dengan waktu praktik yaitu 3x24 jam, meliputi penetapan prioritas masalah, kriteria hasil, dan rencana tindakan. Perencanaan tindakan pada diagnosa keperawatan menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung, terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Intervensi yang tidak penulis gunakan pada kasus adalah jelaskan manfaat menyusui pada ibu dan bayi, intervensi ini tidak diangkat

dikarenakan pasien sudah mengetahui manfaat dari menyusui bagi ibu dan bayi. Intervensi yang kedua yaitu mengajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan, intervensi ini tidak dilakukan dikarenakan pasien sudah memiliki pengalaman merawat bayi.

Perencanaan tindakan pada diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer kerusakan integritas kulit, diagnosa ini memiliki kesenjangan dengan teori sehingga intervensi yang penulis angkat sesuai dengan kondisi pasien saat dilakukan pengkajian. Intervensi yang pertama yaitu monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, intervensi ini diangkat dikarenakan pasien belum mengetahui tentang tanda dan gejala infeksi. Intervensi yang kedua yaitu cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, intervensi ini diangkat dikarenakan terkadang pasien atau keluarga pasien lupa mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan aktivitas. Intervensi yang ketiga yaitu jelaskan tanda dan gejala infeksi, intervensi ini diangkat dikarenakan yang diketahui oleh pasien tentang infeksi yaitu hanya kemerahan saja. Intervensi yang keempat yaitu ajarkan cara mencuci tangan dengan baik dan benar, intervensi ini diangkat dikarenakan pasien ketika sedang mencuci tangan hanya menggunakan air mengalir saja tidak menggunakan sabun. Intervensi yang kelima yaitu anjurkan meningkatkan asupan cairan, intervensi ini diangkat dikarenakan pasien tampak lemas dan hanya meminum sekitar 600ml

Perencanaan tindakan pada diagnosa ansietas berhubungan dengan krisis situasional (khawatir terhadap anaknya), terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Intervensi yang tidak penulis gunakan pada kasus yaitu kolaborasi

pemberian antiansietas , intervensi ini tidak diangkat dikarenakan pasien tidak mengalami tanda-tanda yang mengindikasikan diberikan obat antiansietas oleh dokter.

Faktor pendukung untuk melaksanakan perencanaan adalah kesesuaian dengan rencana pada buku SLKI, pasien yang baik pada saat kontrak waktu, alat-alat keperawatan dari Rumah Sakit dan CI yang menentukan tindakan keperawatan untuk diambil, tidak ada faktor penghambat selama proses keperawatan .

D. Pelaksanaan

Seluruh rencana dan tindakan keperawatan yang telah disusun dan dilakukan telah didokumentasikan dengan baik. Namun penulis tidak dapat melakukan semua tindakan selama 24 jam karena adanya pergantian shift dan pembatasan jam. Rencana yang telah disusun dan diimplementasikan kepada pasien dilakukan selama 2 hari dikarenakan hari kedua pasien sudah diperbolehkan untuk pulang sehingga melakukan implementasi hari ketiga di rumah pasien.

Faktor pendukung yang ditemui penulis dalam melakukan tindakan keperawatan kepada pasien yaitu pasien sangat kooperatif saat dilakukannya tindakan keperawatan dan diikuti dengan keikutsertaan keluarga dalam perawatan pasien, sedangkan faktor penghambat pada pasien tidak ditemui oleh penulis.

E. Evaluasi

Lima diagnosa keperawatan yang didapat pasien sudah teratasi. Untuk diagnosa pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (ruptur perineum), masalah keperawatan teratasi ditandai dengan nyeri pada pasien menurun dengan skala 2, meringis pada pasien berkurang, pasien sudah tidak menahan nyeri. Diagnosa kedua yaitu menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung, masalah keperawatan teratasi ditandai dengan ASI pada pasien lancar, pasien mengatakan menyusui bayi nya setiap 2 jam sekali, pasien tampak lebih nyaman.

Untuk diagnosa ketiga yaitu risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer kerusakan integritas kulit, masalah keperawatan teratasi ditandai dengan pasien mengatakan tubuh nya merasa lebih nyaman, nafsu makan meningkat. Diagnosa keempat yaitu ketidaknyaman pasca pasrtum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan dan kelahiran, masalah keperawatan teratasi ditandai dengan pasien mengatakan area genitalia nya lebih nyaman, pasien mengatakan mengganti celana dalam dan pembalut setiap 4 jam sekali, pasien mengatakan sekarang lebih menjaga kebersihan area genitalia nya. Diagnosa kelima yaitu ansietas berhubungan dengan krisis situasional (khawatir terhadap anaknya), masalah keperawatan teratasi ditandai dengan rasa cemas pada pasien sudah tidak ada dikarenakan anak kedua sudah pulang kerumah, pasien tampak tenang.

BAB V

PENUTUP

Pada bab ini penulis telah melakukan pengamatan kasus dan menguraikan dalam pembahasan tentang asuhan keperawatan pada ibu postpartum Ny.J dengan persalinan ekstraksi vacum, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang berguna untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan mendatang.

A. Kesimpulan

Pengkajian dilakukan meliputi pengumpulan data, analisa data dengan cara observasi, wawancara, pemeriksaan fisik dilakukan pada Ny. J, meliputi data identitas pasien dan keluhan-keluhan selama masa nifas. Pada kasus Ny. J, penulis menemukan hasil dari pengkajian yaitu Ny. J dengan postpartum spontan hari ke-1 dengan obstetri P2A0, pasien lahir spontan dengan ekstraksi vakum dengan kehamilan 39 minggu, pasien terdapat luka episiotomi.

Pada diagnosa keperawatan terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, pada teori terdapat 6 diagnosa sedangkan pada kasus hanya 4 diagnosa yang sesuai dengan teori. Diagnosa yang sesuai dengan teori yaitu, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung, risiko infeksi, ketidaknyaman pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan dan kelahiran, ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

Untuk perencanaan penulis, penulis melakukan sesuai dengan teori. Setelah pasien diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, 5 diagnosa keperawatan dapat teratasi yaitu diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (ruptur perineum), menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung, risiko infeksi berhubungan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder penurunan hemoglobin, ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan dan kelahiran, dan ansietas berhubungan dengan krisis situasional (khawatir terhadap anaknya).

B. Saran

Setelah memberikan asuhan keperawatan pada Ny. J dengan postpartum ekstraksi vacum pada hari ke satu sampai tiga hari, banyak pengalaman yang penulis sapatkan. Untuk meningkatkan mutu serta kualitas asuhan keperawatan, maka penulis mencoba memberikan saran yang dapat berguna bagi semua pihak, diantaranya:

1. Mahasiswa

Mahasiswa diharapkan mampu meningkatkan ilmu pengetahuan mengenai kesehatan yang terjadi pada ibu postpartum dan dapat mengaplikasikan ilmu Asuhan Keperawatan Maternitas tersebut ke masyarakat.

2. Institusi Pelayanan

Perawat dalam melaksanakan tindakan keperawatan dapat mencegah terjadinya komplikasi pada ibu postpartum, maka diharapkan untuk perawat selalu menjaga kesterilan alat serta kebersihan alat – alat untuk melakukan tindakan, serta selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah

melakukan tindakan, dan mematuhi standar operasional prosedur. Sebagai tempat pelayanan terutama untuk pasien ibu hamil dan ibu postpartum, dapat memberikan pelayanan serta sarana dan prasarana yang dibutuhkan dalam memberikan Asuhan Keperawatan.

3. Institusi Pendidikan

Untuk institusi pendidikan lebih perbanyak lagi literature terbaru mengenai Asuhan Keperawatan Maternitas dan memberikan waktu yang lebih untuk penulis mengkaji pasien agar lebih maksimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Angelia, etrawati. (2017). jurnal ilmu kesehatan masyarakat. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 8.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Riset Kesehatan Dasar*. https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-risikesdas-2018_1274.pdf
- Krismayanti, D. N. R. (2019). Konsep Dasar Ibu Postpartum Primipara. *Http://Repositoy.Poltekkes-Denpasar.Ac.Id*, 53(9), 1689–1699.
- Kumalasari, L. (2015). *Panduan praktik laboratorium dan klinik perawatan antenatal intronatal postnatal bayi baru lahir dan kontrasepsi* (1st ed.). salemba medika.
- Kustati budi lestari, dkk. (2013). *Asuhan keperawatan pada ibu postpartum dan bayi baru lahir* (1st ed.). mitra wacana media.
- Lowdermilk, kitty. (2013). *buku keperawatan maternitas* (8th ed.). salemba medika.
- Maritalia, D. (2017). *Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas* (1st ed.).
- Nurhayati, E. (2019). *Patologi & fisiologi persalinan distosia dan konsep dasar persalinan*. pustaka baru press.
- Prawirohardjo, sarwono. (2014). *ilmu kebidanan sarwono prawirohardjo* (1st ed.). PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Purwati, E. (2012). *Asuhan keperawatan untuk ibu nifas* (1st ed.). Cakrawala Ilmu.
- Rahayu, dkk. (2012). *buku ajar masa nifas dan menyusui* (J. Salman (ed.); 1st ed.). mitra wacana medika.
- Sciences, H. (2016). *Buku Kebidanan*. 4(1), 1–23.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *standar diagnosa keperawatan indonesia* (1st ed.). DPP PPNI.
- Walyani, endang. (2015). *Ilmu obstetri & ginekoloji sosial untuk kebidanan* (1st ed.).
- Warnaliza, N. (2014). *buku ajar asuhan keperawatan kehamilan* (1st ed.). nuha medika.
- WHO. (2019a). *Maternal Mortality*. www.who.int:<https://www.who.int/en/news->

roomfactsheets/detail/maternal-mortality

WHO. (2019). *World Health Statistic*.
www.who.int:https://www.who.int/data/gho/whs-2020-visual-summary

Lampiran 1 Satuan Acara Pembelajaran (SAP)

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN (SAP)

Pokok Bahasan : Ibu Postpartum

Sub Pokok Bahasan : Pijat Oksitosin

Sasaran : Keluarga Ny. J

Hari/Tanggal : Rabu, 16 Maret 2022

Tempat : Ruang RPKK RSUD Koja

Waktu : 30 menit

Penyuluh : Suci Nur Hikmah

I. Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah mendapatkan penyuluhan selama 1x30 menit diharapkan Ny. J, dapat memahami tentang teknik pijat oksitosin, Ny. J menyatakan keinginan untuk melakukan pijat oksitosin dan mendemostrasikan.

II. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah mendapatkan penyuluhan, Ny. J diharapkan dapat :

- a. Menyebutkan pengertian tentang pijat oksitosin dengan benar
- b. Menyebutkan tujuan dari pijat oksitosin dengan benar
- c. Menyebutkan manfaat dari pijat oksitosin dengan benar
- d. Menyebutkan indikasi dari pijat oksitosin dengan benar

- e. Menyebutkan kontra indikasi pijat oksitosin dengan benar
- f. Menyebutkan prosedur tindakan dari pijat oksitosin dengan benar
- g. Meredemostrasikan pijat oksitosin dengan benar

I. Materi Penyuluhan

- a. Pengertian pijat oksitosin
- b. Tujuan pijat oksitosin
- c. Manfaat pijat oksitosin
- d. Indikasi pijat oksitosin
- e. Kontra indikasi pijat oksitosin
- f. Prosedur pijat oksitosin
- g. Mendemostrasikan pijat oksitosin

II. Metode Penyuluhan

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

III. Media Penyuluhan

- a. Leaflet
- b. Lembar balik

IV. Rencana Kegiatan Penyuluhan

No	Kegiatan	Uraian Kegiatan	
		Penyuluh	Audience
1	Pembukaan (3 Menit)	a. Mengucapkan salam b. Menjelaskan nama c. Menyampaikan tujuan penyuluhan d. Meanyakan pengetahuan keluarga Tentang pijat oksitosin e. Melakukan apresiasi	a. Menjawab salam b. Menyetujui tujuan penyuluhan c. Mengikuti apresiasi

2	Penyampaian Materi (15 menit)	a. Menyampaikan pembahasan materi 1. Menyebutkan pengertian tentang pijat oksitosin dengan benar 2. Menyebutkan tujuan dari pijat oksitosin dengan benar 3. Menyebutkan manfaat dari pijat oksitosin dengan benar 4. Menyebutkan indikasi dari pijat oksitosin dengan benar 5. Menyebutkan kontra indikasi pijat oksitosin dengan benar 6. Menyebutkan prosedur tindakan dari pijat oksitosin dengan benar 7. Mendemostrasikan pijat oksitosin dengan benar b. Memberikan kesempatan bertanya dan menjawab c. Mendemostrasikan	a. Memperhatikan penyuluh dengan seksama b. Menyimak dan memahami apa yang disampaikan penyuluh c. Memberikan pertanyaan kepada penyuluh dan memahami d. Memperhatikan dengan seksama
3	Evaluasi (10 menit)	a. Menyampaikan kesimpulan hasil materi dan diskusi b. Memberikan kesempatan bertanya dan menjawab c. Mendemostrasikan	a. menyimak dan memahami hasil diskusi

4	Penutup (3 menit)	a. Menyimpulkan materi penyuluhan dan hasil diskusi b. Mengucapkan salam	a. Menyimak kesimpulan b. Menjawab salam
---	--------------------------	---	---

V. Evaluasi

1. Evaluasi Struktural

- Sap dan Media telah dikonsultasikan kepada pembimbing sebelum pelaksanaan
- Pemberi materi telah menguasai seluruh materi
- Tempat dipersiapkan H-1 sebelum pelaksanaan
- Persiapan alat dan bahan penyuluhan di ruangan Ny. J
- Mahasiswa dan peserta berada ditempat sesuai kontrak waktu yang telah disepakati

2. Evaluasi Proses

- Peran dan tugas mahasiswa sesuai dengan perencanaan
- Waktu yang dilaksanakan sesuai pelaksanaan
- Ny. J aktif dalam diskusi tanya jawab
- Ny. J mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir

3. Evaluasi Akhir

- 60% Ny. J dapat menyebutkan pengertian, tujuan, manfaat, indikasi, kontraindikasi serta prosedur tindakan pijat oksitosin
- Keluarga Ny. J dapat meredemostrasikan pijat oksitosin

SUMBER

- Handayani, Fitri dan Feri Kameliawati. 2020. Pelatihan pijat oksitosin untuk meningkatkan produksi ASI pada ibu menyusui.
- Triyanti, T. 2017. Penerapan pijat oksitosin menggunakan baby oil terhadap produksi dan pengeluaran air susu ibu (ASI) pada ibu nifas di puskesmas Rowokele. Artikel Ilmiah
- Wijayanti, Titik dan Atik Setiyaningsih. 2017. Perbedaan metode pijat oksitosin dan breast care dalam meningkatkan produksi asi pada ibu post partum.
- Dinas Kesehatan D. I. Y. 2016, profil kesehatan kota yogyakarta Tahun 2014.
- Khasanah, N. A. & Sulisyawati W. 2017, Buku Ajar Nifas dan Menyusui, CV kekata Group, Surakarta.
- Walyani, Elisabeth siwi dan Endang purwoastuti. (2015). Asuhan Kebidanan Masa Nifas & Menyusui.
- Setiowati, W. 2017, Hubungan Pijat Oksitosin dengan Kelancaran Produksi ASI pada Ibu Post Partum Fisiologis Hari ke 2-3, Jurnal Darul Azhar.
- Sukarni, K. I & Wahyu, P. 2013, Buku Ajar Keperawatan Maternitas, Nuha Medika, Yogyakarta.
- Widyasih, H & Suhernidan, Rahmawanti, A. 2013, Perawatan Masa Nifas, Fitramaya, yogyakarta.
- Wiji, Rizki. (2013). ASI dan Pedoman Ibu Menyusui. Yogyakarta: Nuha Medika.

Materi Pijat Oksitosin

1. Pengertian Pijat Oksitosin

Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi yang tepat untuk mempercepat dan memperlancar produksi dan pengeluaran ASI. Pijat oksitosin adalah pemijatan pada sepanjang tulang belakang. Pijat ini akan memberikan rasa nyaman dan rileks pada ibu setelah mengalami proses persalinan.

2. Tujuan Pijat Oksitosin

Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang refleks oksitosin atau refleks let down atau yang biasa disebut sebagai reaksi pengeluaran ASI

3. Manfaat Pijat Oksitosin

Manfaat dilakukan pijat oksitosin yaitu: (Suherni,dkk, dalam Wijayanti dan Setiyaningsih, 2017)

- a. Membuat kenyamanan serta memperbaiki perasaan
- b. Membuat ibu tidak stress dan menenangkan perasaan(rileks)
- c. Meningkatkan produksi ASI
- d. Memperlancar ASI
- e. Merileksasikan ketegangan pada punggung

4. Indikasi Pijat Oksitosin

pijat oksitosin biasanya dilakukan pada ibu post partum dengan gangguan produksi ASI

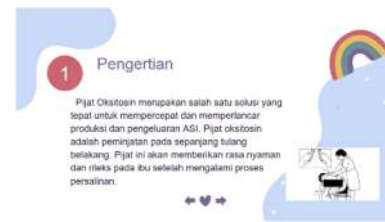
5. Kontraindikasi Pijat Oksitosin

Pijat oksitosin tidak boleh dilakukan pada ibu hamil, ada benjolan di belakang yang membuat sakit ketika dipijat.

6. Prosedur Tindakan Pijat Oksitosin

1. Melepaskan pakaian bagian atas dan bra
 2. Pasang handuk di pangkuan ibu
 3. Mengatur ibu dalam posisi duduk dengan kepala bersadarkan tangan yang dilipat ke depan dan meletakkan tangan yang dilipat di meja yang ada di depannya.
 4. Melumuri kedua telapak tangan menggunakan minyak dan baby oil
 5. Memijat sepanjang tulang belakang ibu dengan menggunakan dua kepal tangan, dengan ibu jari menunjuk ke depan dan menekan kuat-kuat kedua sisi tulang belakang membentuk gerakan-gerakan melingkar kecil-kecil dengan kedua ibu jari.
 6. Gerakan pemijatan dengan menyusuri garis tulang belakang ke atas kemudian kembali ke bawah
 7. Lakukan pemijatan selama 2-3 menit
- (Depkes RI, 2007 dalam Triyanti, 2017)

Lampiran 2 Lembar Balik



Lampiran 3 Leaflet

Manfaat

- Membuat kenyamanan serta memperbaiki perasaan
- Mengurangi bengkak (engorgement)
- Meningkatkan produksi ASI & memperlancar ASI
- Mempertahankan ASI ketika ibu dan bayi sakit





Sumber

- Wiji, Rizki. (2013) . ASI dan pedoman Ibu Menyusui. Yogyakarta : Nuha Medika
- (Depkes RI. 2017 dalam Triyanti. 2017)
- Setiowati, W. 2017, Hubungan Pijat Oksitosin dengan Kelancaran Produksi ASI pada Ibu Post Partum Fisiologis Hari ke 2-3, Jurnal Darul Azhar , vol3.

STIKES
RS HUSADA

**PIJAT
OSITOSIN**

Suci Nur H
191039



Pijat oksitosin

Pengertian pijat oksitosin

Pijat oksitosin adalah pemijatan pada sepanjang tulang belakang. Pijat ini akan memberikan rasa nyaman dan rileks pada ibu setelah mengalami proses persalinan.

Tujuan

Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang reflex oksitosin atau reflex let down. Atau yang biasa disebut sebagai reaksi pengeluaran ASI.



Indikasi :

- Pijat oksitosin biasanyaa dilakukan untuk ibu setelah melahirkan dengan gangguan produksi ASI

Kontraindikasi :

- Pijat oksitosin tidak boleh dilakukan pada ibu hamil, ada benjolan dibelakang yang membuat sakit ketika dipijat.



Prosedur :

1. Melepaskan pakaian bagian atas dan bra
2. Pasang handuk di pangkuan ibu
3. Mengatur ibu dalam proses duduk dengan kepala bersandarkan tangan yang dilipat ke depan dan meletakkan tangan yang dilipat ke meja yang ada didepannya
4. Melumuri kedua telapak tangan menggunakan minyak atau baby oil
5. Memijat sepanjang tulang belakang ibu dengan menggunakan dua kepal tangan, dengan ibu jari menunjuk ke depan dan menekan kuat-kuat kedua sisi tulang belakang membentuk gerakan melingkar kecil-kecil dengan kedua ibu jari
6. Gerakan pemijatan dengan menyusuri garis tulang belakang ke atas kemudian kembali ke bawah
7. Lakukan pemijatan selama 2-3

Lampiran 4 Lembar Konsultasi

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Jehan Puspasari, M. Kep

Nama Mahasiswa : Suci Nur Hikmah

Judul : Asuhan keperawatan pada Ny. J dengan postpartum ekstraksi vakum di ruang RPKK RSUD Koja Jakarta Utara

No	Tanggal	Konsultasi (saran/perbaikan)	Tanda tangan
1.	05 Maret 2022	BAB I 1. Perbaiki sesuai paragraf 2. Runtutan paragraf 3. Perhatikan margin, spasi, typo, tanda baca dan sitasi	
2.	23 Maret 2022	Perbaiki asuhan keperawatan	
3.	22 April 2022	Revisi BAB I	
4.	25 April 2022	1. ACC BAB I 2. Lanjutkan BAB II	
5.	27 April 2022	Perbaiki BAB III	

6.	12 Mei 2022	1. ACC BAB III 2. Masukan untuk BAB IV (masukan kesenjangan teori dan kasus)	
7.	23 Mei 2022	Revisi BAB IV	
8.	25 Mei 2022	Tambahkan teori dalam kesenjangan pada kasus	
9.	27 Mei 2022	Revisi BAB IV pada diagnosa keperawatan	
10.	30 Mei 2022	Tambahkan teori dan justifikasi pada tiap kesenjangan yang ada pada teori dan kasus	
11.	02 Juni 2022	ACC BAB IV	
12.	03 Juni 2022	ACC BAB V	
13.	06 Juni 2022	Konsultasi lembar persetujuan, cover, daftar pustaka	
14.	08 Juni 2022	Konsultasi PPT sidang	

