



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY T *PASCA PARTUM*
DENGAN TINDAKAN INDUKSI DAN EPISIOTOMI
DI RUANG SERUNI RUMAH SAKIT MITRA
KELUARGA BEKASI BARAT**

**Disusun oleh:
AJENG TRIANI LARASATI
201701041**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY T *PASCA PARTUM*
DENGAN TINDAKAN INDUKSI DAN EPISIOTOMI
DI RUANG SERUNI RUMAH SAKIT MITRA
KELUARGA BEKASI BARAT**

**Disusun oleh:
AJENG TRIANI LARASATI
201701041**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS KARYA TULIS ILMIAH

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ajeng Triani Larasati

Nim : 201701041

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga Program Studi
DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny T *Pasca Partum* dengan Tindakan Induksi dan Episiotomi di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang dilaksanakan pada tanggal 11 Februari 2020 sampai 13 Februari 2020 merupakan hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan benar. Orisinalitas Karya Tulis Ilmiah ini tidak ada unsur *plagiarism* baik dalam aspek substansi maupun penulisan.

Demikian lembar pernyataan orisinalitas ini dibuat dengan sebenar-benarnya. Apabila suatu saat ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia menanggung semua risiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 31 Mei 2020



(Ajeng Triani Larasati)

201701041

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny T *Pasca Partum* dengan Tindakan Induksi dan Episiotomi di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 31 Mei 2020

Pembimbing Makalah Ilmiah



(Ns. Lina Herida Pinem, S.Kep., M.Kep)

Mengetahui,

Koordinator Progam Studi DIII Keperawatan

STIKes Mitra Keluarga



(Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B)

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny T *Pasca Partum* dengan Tindakan Induksi dan Episiotomi di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang disusun oleh Ajeng Triani Larasati (201701041) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 08 Juni 2020.

Bekasi, 08 Juni 2020

Penguji I



(Ns. Edita Astuti Panjaitan, S.Kep., M.Kep)

Penguji II



(Ns. Lina Herida Pinem, S.Kep., M.Kep.)

Nama Mahasiswa : Ajeng Triani Larasati
NIM : 201701041
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Ny T *Pasca Partum* dengan Tindakan Induksi dan Episiotomi di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat
Halaman : xiii + 83 halaman + 1 tabel + 2 lampiran
Pembimbing : Lina Herida Pinem

ABSTRAK

Latar Belakang:

Persalinan normal dengan bantuan episiotomi saat ini masih tinggi dikarenakan berbagai macam indikasi dalam proses persalinan normal di Ruang Obstetri. Tahun 2013 ditemukan sebanyak 57% ibu mendapatkan jahitan perineum (28% karena episiotomi dan 29% karena robekan spontan). Komplikasi yang terjadi yaitu perdarahan pada luka robekan jalan lahir dan infeksi. Penanganan komplikasi yang lambat dapat menyebabkan terjadinya kematian mengingat kondisi ibu postpartum masih sangat lemah. Perawat memiliki peran sangat penting dalam upaya mencegah dan menangani komplikasi pasca persalinan, yaitu sebagai educator dimana perawat memberikan bimbingan dan pendidikan mengenai pentingnya pemberian ASI agar dapat mencegah terjadinya perdarahan pada ibu *pascapartum*.

Tujuan Umum:

Tujuan laporan kasus untuk memberikan gambaran nyata melakukan asuhan keperawatan pasien pascapartum spontan dengan luka episiotomi melalui proses keperawatan secara komprehensif.

Metode Penulisan:

Penyusunan laporan menggunakan metode studi kasus, kepustakaan, dokumentasi serta metode deskriptif naratif yaitu dengan mengungkap fakta sesuai dengan data-data yang didapat.

Hasil:

Didapatkan empat diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut, resiko perdarahan, resiko infeksi, dan defisiensi pengetahuan teknik menyusui yang benar. Diagnosa prioritas yaitu nyeri akut karena data-data yang ditemukan pasien nyeri saat bergerak, seperti ditusuk-tusuk, nyeri dibagian luka jahitan, skala nyeri 4, nyeri hilang timbul \pm 1 menit, Pasien tampak meringis. Intervensi: observasi tekanan darah dan nadi, kaji karakteristik nyeri, berikan pasien posisi semifowler, anjurkan pasien untuk relaksasi nafas dalam, dan berikan Mefinal 3 x 500mg peroral. Masalah teratasi, Dibuktikan pada evaluasi hari ketiga pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dari skala 3 menjadi 2, nyeri hilang timbul \pm 1 menit, tekanan darah 110/75 mmHg, nadi 71x/menit, pasien tampak rileks.

Kesimpulan dan Saran:

Asuhan keperawatan pasien pascapartum spontan dengan luka episiotomi perlu memperhatikan masalah keperawatan yaitu nyeri akut, risiko perdarahan, risiko infeksi, serta diperlukan bina hubungan saling percaya agar pasien kooperatif.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Episiotomi, Induksi dan Pascapartum.

Daftar Pustaka: 27 (2010-2019).

Name of Student : Ajeng Triani Larasati
Student Number : 201701041
Study Program : Diploma of Nursing
Title of Writing : Nursing Care in Mrs. T Postpartum with Induction and Episiotomy in Seruni Room of Mitra Keluarga Hospital West Bekasi
Pages : xiii + 83 page + 1 table + 2 attachments
Supervisor : Lina Herida Pinem

ABSTRACT

Background:

Normal childbirth with the help of episiotomy is still high due to various indications in the normal delivery process in the Obstetric Room. In 2013 57% of mothers found perineal sutures (28% due to episiotomy and 29% due to spontaneous tears). Complications that occur are bleeding in the birth canal wounds and wound infections. Handling of slow complications can lead to postpartum maternal death considering the condition of post partum mothers is still very weak. Nurses have a very important role in efforts to prevent and manage postpartum complications, namely as an educator where nurses provide guidance and education on the importance of breastfeeding in order to prevent bleeding in postpartum mothers.

General Purpose:

Purpose of this case report is to provide an real overview of conduct nursing care for patients with spontaneous pascapartum with episiotomy wounds that go through a comprehensive nursing process.

Method in writing:

In preparing this case report using the case study method, literature, and documentation as well as the descriptive narrative method, namely by revealing facts in accordance with the data obtained.

Result:

The result of the assessment, obtained four nursing diagnoses. among them are: the acute pain, risk of bleeding, risk of infection, and lack of knowledge about the correct position of breastfeeding. The priority diagnosis is the acute pain due to data found in patients, diagnosis is acute pain because the data found by the patient pain when moving, such as pricking, pain in the wound suture, pain scale 4, the pain disappeared \pm 1 minute, the patient seemed to wince. Interventions: observation of blood pressure and pulse, assess pain characteristics, give the patient a semifowler position, encourage the patient to breathe deeply, and give Mefinal 3 x 500 mg peroral. The problem was resolved, as evidenced in the third day of evaluation the patient said pain had decreased from scale 3 to 2, the pain disappeared \pm 1 minute, blood pressure 110/75 mmHg, pulse 71x / minute, the patient seemed relaxed.

Conclusion and Recommendations:

Nursing care for spontaneous pascapartum patients with episiotomy wounds need to pay attention to nursing problems namely the acute pain, risk of bleeding, and risk of infection, as well as the need to build a relationship of trust so that patients are cooperative.

Keyword: Episiotomy , Induction, Nursing Care, and Postpartum.

Bibliography: 27 (2010-2019).

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis ucapkan kepada Allah SWT, karena atas rahmat dan karuniaNya penulis masih diberikan kesempatan dan kesehatan untuk menulis karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny T *Pasca Partum* dengan Tindakan Induksi dan Episiotomi di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” sesuai waktu yang ditentukan. Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah menyelesaikan tugas akhir serta untuk memenuhi salah satu syarat kelulusan semester mata kuliah karya tulis ilmiah di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga. Karya tulis ilmiah ini disusun dengan baik atas doa, dukungan, dorongan dan motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Ns. Lina Herida Pinem, S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing KTI yang telah meluangkan waktu dan pikiran untuk membimbing, memberi saran, serta memotivasi penulis dalam rangka menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
2. Ibu Ns. Edita Astuti P, S.Kep., M.Kep selaku penguji yang telah bersedia untuk menguji penulis mengenai karya tulis ilmiah ini.
3. Ibu Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep.M.B selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga.
4. Dr. Susi Hartati S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An selaku Ketua STIKes Mitra Keluarga yang telah bersedia memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Ns. Renta Sianturi, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep J selaku Pembimbing Akademik yang selalu membimbing, memotivasi, memberikan semangat bagi penulis dari tingkat 1 hingga tingkat 3.
6. Ny.T sebagai pasien beserta keluarga yang bersedia untuk menerima penulis dalam memberikan informasi kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

7. Seluruh pihak Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat dan seluruh perawat di ruang Seruni yang telah bersedia memberikan tempat bagi penulis untuk mengambil kasus sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
8. Seluruh dosen pengajar Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga beserta staff yang telah membantu dan mempermudah penulis dalam proses belajar mengajar selama 3 tahun.
9. Kepada kedua Orang tua tersayang, Papa tercinta Sutikno dan Mama tercinta Nining Asmanah serta Kakak dan Adikku tersayang Astika Dwi Septiana dan Ilham Hidayat serta Nenekku tercinta Maemunah yang selalu memberikan dukungan, motivasi serta doa kepada penulis selama menjalankan studi selama 3 tahun.
10. Teman spesial: Pandu Andri Liestyanto Nugroho yang selalu memberikan semangat dan menjadi *support system* bagi penulis dalam penulisan makalah ilmiah ini.
11. Sahabat Julid yang terdiri dari Angelina Tama, Anissa Oktariyani, Siti Khodijah, dan Tio Vani yang memberikan semangat dan menjadi bagian dari kehidupan penulis selama perkuliahan.
12. Sahabat Dulu Pernah SMA yang terdiri dari Fiolla Gitaria, Jihan Salsabila, dan Farhan M.Basir yang selalu memberikan semangat serta motivasi bagi penulis dalam penulisan makalah ilmiah ini.
13. Teman-teman KTI Maternitas yang terdiri dari Nisma, Aghis, Wahyu, Feronika, Anisa, Zahrina, Mega, dan Febi.
14. Kakak tingkat: Puji Listianti, Amd.Kep dan Nur Amalina Safitri, Amd.Kep yang memberikan semangat dan memberikan motivasi dalam penulisan makalah ilmiah ini.
15. Seluruh teman-teman seperjuangan angkatan VII Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga khususnya tingkat 3 yang telah berjuang bersama dalam menyelesaikan pendidikan DIII Keperawatan dalam 3 tahun ini.
16. Semua pihak yang tidak mungkin penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa masih ada kekurangan baik dari segi isi maupun penulisan dalam makalah ilmiah ini. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan makalah ilmiah ini. Akhir kata penulis berharap semoga makalah ilmiah “Asuhan Keperawatan Pada Ny T *Pasca Partum* dengan Tindakan Induksi dan Episiotomi di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” ini dapat memberikan manfaat maupun inspirasi terhadap pembaca, khususnya bagi perawat dalam pemberian asuhan keperawatan.

Bekasi, 31 Mei 2020

(Ajeng Triani Larasati)

DAFTAR ISI

COVER DALAM	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus.....	5
C. Ruang Lingkup	6
D. Metode Penulisan	6
1. Studi Kasus.....	6
2. Studi Kepustakaan	6
3. Studi Dokumentasi	6
E. Sistematika Penulisan	7
BAB II TINJAUAN TEORI	8
A. Masa Nifas (Post Partum)	8
1. Definisi Masa Nifas.....	8
2. Adaptasi Fisiologi Ibu Masa Nifas	9
3. Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas	14
4. Masalah Psikologis Ibu Masa Nifas	15

5. Penatalaksanaan Medis.....	16
6. Komplikasi	17
B. Induksi Persalinan.....	17
1. Definisi Induksi Persalinan	17
2. Indikasi Induksi Persalinan	17
3. Kontraindikasi Induksi Persalinan	18
C. Episiotomi	18
1. Definisi Episiotomi	18
2. Tujuan Episiotomi	18
3. Indikasi Episiotomi	19
4. Klasifikasi Episiotomi	19
D. Konsep Asuhan Keperawatan.....	21
1. Pengkajian	21
2. Diagnosa Keperawatan.....	26
3. Perencanaan Keperawatan.....	27
4. Pelaksanaan Keperawatan	35
5. Evaluasi Keperawatan	35
BAB III TINJAUAN KASUS.....	37
A. Pengkajian Keperawatan	37
B. Diagnosa Keperawatan	52
C. Perencanaan, pelaksanaan, Evaluasi	52
BAB IV PEMBAHASAN.....	66
A. Pengkajian	66
B. Diagnosa Keperawatan.....	68
C. Perencanaan Keperawatan.....	71
D. Pelaksanaan Keperawatan	73
E. Evaluasi Keperawatan	76
BAB V PENUTUP.....	78
A. Kesimpulan.....	78
B. Saran.....	79
DAFTAR PUSTAKA	81

DAFTAR TABEL

TABEL 3.1 Analisa Data

DAFTAR LAMPIRAN

- LAMPIRAN I** : **Skrining *Edinbrugh Postnatal Depression Scale* (EPDS)**
- LAMPIRAN II** : **Materi Teknik Menyusui Yang Benar, SAP Teknik Menyusui Yang Benar, Leaflet Teknik Menyusui Yang Benar**

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Djami & Indrayani, 2016). Persalinan terdiri dari persalinan spontan dan persalinan buatan. Persalinan spontan atau lebih dikenal persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-40 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Aspiani, 2017). Menurut Rosyati (2017), Lamanya kala I yaitu 7 jam 20 menit pada multigravida, Lama kala II yaitu 30 menit pada multigravida, Lama kala III 10 menit pada multigravida, dan total waktu persalinan pada multigravida 8 jam. Persalinan normal dengan bantuan tindakan episiotomi saat ini masih tinggi di karenakan berbagai macam indikasi dalam proses persalinan normal di Ruang Obstetri.

Episiotomi adalah tindakan operatif untuk memperlebar jalan lahir dengan cara menyayat jaringan-jaringan perineum menurut alur tertentu. Penyayatan paling baik dilakukan pada saat kontraksi, ketika jaringan sedang merentang agar mudah terlihat daerahnya, dan perdarahan kemungkinan tidak akan terlalu parah (Nurasiah, Ai, A. Rukmawati, 2014). Indikasi dilakukanya tindakan episiotomi yaitu gawat janin, persalinan pervaginam dengan penyulit, jaringan parut pada perineum ataupun pada vagina, perineum kaku dan pendek, dan adanya ruptur yang membakat pada perineum (Nurasiah, Ai, A. Rukmawati, 2014). Pada tahun 2013 ditemukan sebanyak 57% ibu mendapatkan jahitan perineum (28%

karena episiotomi dan 29% karena robekan spontan) (Rohmin et al., 2017).

Episiotomi mempunyai pengaruh terhadap kesehatan ibu nifas yaitu gangguan libido 38,2%, orgasme 56,4%, dan yang terbanyak adalah gangguan nyeri yang mencapai 70,9%. Salah satu dari penyebab terbesar nyeri tersebut adalah jahitan episiotomi (Lee et al., 2012). Menurut Moloku et al (2013) dapat terjadi komplikasi pada luka perineum yaitu terjadinya perdarahan pada luka robekan jalan lahir dan infeksi pada luka. Munculnya infeksi pada perineum dapat merambat pada saluran kandung kemih atau pada jalan lahir. Penanganan komplikasi yang lambat dapat menyebabkan terjadinya kematian ibu post partum mengingat kondisi ibu post partum masih sangat lemah.

Menurut laporan WHO tahun 2014, Angka Kematian Ibu (AKI) di Asia Tenggara sebanyak 16.000 jiwa. Angka kematian ibu di negara-negara Asia Tenggara yaitu Indonesia 214 per 100.000 kelahiran hidup (Ella Nurlelawati, Kursih Sulastriningsih, 2019). Kematian ibu merupakan tanggung jawab bersama dan tidak akan bisa diselesaikan oleh sektor kesehatan sendiri. Perhatian khusus dan upaya keras semua pihak menjadi modal bagi pencapaian target penurunan angka kematian ibu (AKI) menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (Purnami & Noviyanti, 2019). Angka kematian ibu (AKI) telah mengalami penurunan dari sebesar 346 kematian menjadi 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup (Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat, 2018). Angka kematian Ibu menurut Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat (2017), Jumlah kematian ibu maternal yang dilaporkan sebanyak 696 orang (76.03/100.000 KH), jumlah ini mengalami penurunan dibandingkan tahun 2016, kematian ibu sebanyak 799. Jumlah Kematian Ibu dengan proporsi kematian pada Ibu Hamil 183 orang (19,9/100.000), pada Ibu Bersalin 224 orang (24,47/100.000 KH), dan pada Ibu Nifas, 289 orang (31,57/100.000

KH). Berdasarkan Kabupaten/Kota Jawa Barat proporsi kematian maternal pada ibu antara 23,4/100.000 KH – 131,4/100.000 KH, tertinggi terdapat di Kabupaten Karawang dan terendah di Kota Bekasi. Terdapat 10 Kabupaten/Kota dengan proporsi kematian ibu dibawah rata-rata Jawa Barat yaitu, Kota Bekasi, Kota Bogor, Kabupaten Bekasi, Kota Depok, Kabupaten Bogor, Kota Bandung, Kabupaten Cianjur, Kabupaten Bandung, Kabupaten Ciamis dan Kota Cirebon.

Kematian ibu di Indonesia masih didominasi oleh tiga penyebab utama kematian yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK), dan infeksi. Prevalensi penyebab AKI di Indonesia pada tahun 2015 yaitu adalah pendarahan sebelum dan setelah persalinan di peringkat pertama dengan persentase sebesar 30%, dilanjutkan dengan hipertensi dalam kehamilan dengan persentase sebesar 20% dan infeksi dengan persentase sebesar 12% (Martadiansyah et al., 2019). Infeksi yang menyebabkan kematian pada ibu tersebut dapat disebabkan oleh persalinan yang kurang memperhatikan tindakan aseptik. Persalinan secara fisiologis adalah persalinan pervaginam dimana tidak dilakukan tindakan invasif seperti penyayatan bagian perineum (episiotomi) dan operasi sesar atau dapat dikatakan dengan persalinan spontan. Persalinan secara patologis dimana persalinan tersebut dibantu/dilakukan tindakan invasif seperti operasi sesar maupun pelebaran perineum dengan cara di sayat (episiotomi).

Berdasarkan data yang diperoleh dari bagian rekam medik Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat pada tahun 2019 jumlah prevalensi keseluruhan kasus maternitas adalah sebanyak 1.419 pasien, dimana 731 (51,5%) pasien dilakukan persalinan *Sectio Caesarea* dan 688 (48,5%) pasien melahirkan dengan cara spontan/normal. Tidak disebutkan partus spontan tersebut dengan episiotomi atau tidak. Tetapi dapat dipastikan, ada beberapa tindakan partus yang dilakukan dengan episiotomi di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat karena beberapa indikasi yang sering terjadi. Salah satu indikasi yang sering dilakukan tindakan episiotomi

adalah karena partus lama/macet dan perineum kaku. Pada ibu yang mengalami partus lama/partus macet dan perineum kaku harus dilakukan tindakan episiotomi saat persalinan. Tindakan ini berupa luka sayatan kemudian dijahit untuk merapatkannya kembali sehingga dapat memberikan dampak seperti pendarahan, hematoma, nyeri, bahkan infeksi luka.

Perawat memiliki peran yang sangat penting dalam upaya mencegah dan menangani komplikasi pasca persalinan, yaitu sebagai care giver, edukator, dan kolaborator. Sebagai care giver perawat memberikan asuhan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien selama masa perawatan. Sebagai edukator yaitu perawat memberikan bimbingan dan pendidikan mengenai pentingnya pemberian ASI agar dapat mencegah terjadinya perdarahan pada ibu, memberikan penyuluhan tentang tanda-tanda perdarahan dan infeksi pada ibu *pascapartum*. Sebagai kolaborator, perawat bekerjasama dengan tim kesehatan lain dan memberikan pengobatan yang sesuai dengan penyakit yang diderita pasien agar tidak terjadi kegawatdaruratan yang dapat menimbulkan kematian.

Berdasarkan uraian yang telah dipaparkan diatas, penulis menyimpulkan bahwa peran perawat sangatlah penting dalam mengatasi masalah terjadinya perdarahan pada ibu, memberikan penyuluhan tentang tanda-tanda perdarahan dan infeksi pada ibu *pascapartum* dengan luka episiotomi. Maka dari itu penulis tertarik untuk mengambil judul kasus makalah ini “Asuhan Keperawatan Pada Ny T *Pasca Partum* dengan Tindakan Induksi dan Episiotomi di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” untuk memenuhi syarat kelulusan pada ujian akhir.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis memperoleh pengalaman secara nyata dalam merawat pasien dan gambaran atau informasi pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Ny T *Pasca Partum* dengan Tindakan Induksi dan Episiotomi di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat.

2. Tujuan Khusus

Penulis diharapkan mampu:

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan *pasca partum*.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan *pasca partum*.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan *pasca partum*.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan *pasca partum*.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *pasca partum*.
- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik.
- g. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta dapat mencari solusi atau alternatif pemecahan masalahnya.
- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien *pasca partum*.

C. Ruang Lingkup

Penulisan karya tulis ilmiah ini merupakan pembahasan mengenai Asuhan Keperawatan Pada Ny T *Pasca Partum* Spontan dengan Induksi dan Episiotomi di Ruangan Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat yang dilaksanakan pada tanggal 11 Februari sampai dengan 13 Februari 2020.

D. Metode Penulisan

Metode dalam penulisan makalah ilmiah ini menggunakan metode deskriptif naratif yaitu memberi gambaran pemberian asuhan keperawatan pada pasien melalui pendekatan proses keperawatan. Selain itu penulis juga menggunakan beberapa cara untuk menulis makalah ilmiah, seperti:,

1. Studi Kasus

Yaitu dengan cara memberikan asuhan keperawatan kepada pasien secara langsung dengan wawancara pada pasien dan anggota keluarga, observasi secara langsung, pemeriksaan fisik pada pasien, dan menerapkan proses asuhan keperawatan.

2. Studi Kepustakaan

Yaitu dengan memperoleh bahan ilmiah yang bersifat teoritis baik dalam lingkup medik maupun aspek keperawatan dengan menggunakan media cetak yaitu buku-buku dan menggunakan media elektronik yaitu internet yang berkaitan dengan masalah dalam makalah ilmiah.

3. Studi Dokumentasi

Mengumpulkan data yang diperoleh melalui *medical record* pasien yang terdiri dari hasil laboratorium, catatan perawat ruangan, dan catatan dokter.

E. Sistematika Penulisan

Penulis membagi bagian-bagian makalah ilmiah ini yang terdiri dari lima bab yang disusun secara sistematika dengan urutan sebagai berikut:

BAB I: Pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II: Tinjauan Teori yang terdiri dari Masa Nifas: definisi, adaptasi fisiologi, adaptasi psikologis, masalah psikologis masa nifas, penatalaksanaan medis, komplikasi masa nifas. Induksi Persalinan: Definisi, Indikasi, dan Kontraindikasi induksi. Episiotomi: Definisi, tujuan, indikasi, klasifikasi episiotomy. Konsep Asuhan Keperawatan: pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB III: Tinjauan Kasus yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB IV: Pembahasan yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB V: Penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran. Daftar Pustaka. Lampiran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Masa Nifas (Post Partum)

1. Definisi Masa Nifas

Masa nifas berasal dari bahasa Latin yaitu dari kata "*Puer*" yang artinya bayi dan "*Parous*" yang berarti melahirkan. Masa nifas dimulai setelah 2 jam postpartum dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan baik secara fisiologis maupun psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan (Nurjanah & Dkk, 2013).

Menurut Maryunani (2015), Masa nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kurang lebih 6 minggu.

Dengan demikian dapat disimpulkan arti dari masa nifas yaitu masa yang dilalui oleh seorang ibu dimulai setelah melahirkan hasil konsepsi (bayi dan plasenta) serta masa pemulihan alat-alat organ reproduksi seperti sebelum hamil selama 6 minggu atau 42 hari setelah melahirkan.

2. Adaptasi Fisiologi Ibu Masa Nifas

Menurut Walyani & Purwoastuti (2015), Perubahan-perubahan fisiologis selama masa nifas yaitu:

a. Sistem Kardiovaskuler

Denyut jantung, volume darah dan curah jantung emakin meningkat segera setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan beban jantung meningkat yang dapat diatasi dengan *haemokonsentrasi* sampai volume darah kembali normal, dan pembuluh darah kembali ke ukuran semula.

1) Volume darah

Perubahan pada volume darah tergantung pada beberapa variabel. Contohnya kehilangan darah selama persalinan, mobilisasi dan pengeluaran cairan ekstrasvaskular. Kehilangan darah mengakibatkan perubahan volume darah tetapi hanya terbatas pada volume darah total. Kemudian, perubahan cairan tubuh normal mengakibatkan suatu penurunan yang lambat pada volume darah. Dalam 2 sampai 3 minggu, setelah persalinan volume darah sering kali menurun sampai pada nilai sebelum kehamilan.

2) *Cardiac output*

Cardiac output terus meningkat selama kala I dan kala II persalinan. Puncaknya selama masa nifas dengan tidak memperhatikan tipe persalinan dan penggunaan anastesi. *Cardiac output* tetap tinggi dalam beberapa waktu sampai 48 jam *postpartum*. *Cardiac output* akan kembali pada keadaan semula seperti sebelum hamil dalam 2-3 minggu.

b. Sistem Hematologi

Lekositosis meningkat, sel darah putih sampai berjumlah 15.000 selama persalinan, tetap meningkat pada beberapa hari pertama *postpartum*. Jumlah sel darah putih dapat meningkat lebih lanjut sampai 25.000-30.000 di luar keadaan patologi jika ibu mengalami *partus* lama. Hb, Ht dan eritrosit jumlahnya berubah di dalam awal puerperium (Asih & Risneni, 2016).

c. Perubahan Sistem Reproduksi

Perubahan pada sistem reproduksi secara keseluruhan disebut proses involusi. Organ dalam sistem reproduksi yang mengalami perubahan yaitu:

1) Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

- a) Bayi lahir fundus uteri setinggi pusat dengan berat uterus 1000 gram.
- b) Akhir kala III persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari bawah pusat dengan berat uterus 750 gram.
- c) Satu minggu *postpartum* tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat uterus 500 gram.
- d) Dua minggu *postpartum* tinggi fundus uteri tidak teraba diatas simpisis dengan berat uterus 350 gram.
- e) Enam minggu *postpartum* fundus uteri bertambah kecil dengan berat uterus 50 gram.

2) *Lochea*

Lochea adalah cairan sekret yang berasal dari *cavum* uteri dan vagina dalam masa nifas. Macam-macam *lochea*:

a) *Lochea rubra (cruenta)*

Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan meconium, selama 2 hari *postpartum*.

b) *Lochea sanguilenta*

Berwarna merah kuning berisi darah dan lendir, hari ke 3-7 *postpartum*.

c) *Lochea serosa*

Muncul pada hari ke 7-14 *postpartum*, berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi.

d) *Lochea alba*

Cairan putih, setelah 2 minggu *postpartum*.

e) *Lochea purulenta*

Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

f) *Lochea stasis*

Lochea tidak lancer kelurnya.

3) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

4) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.

5) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada *postnatal* hari ke 5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan.

6) Payudara

Perubahan pada payudara dapat meliputi:

- a) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormone prolactin setelah persalinan.
- b) Kolostrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan.
- c) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.

d. Perubahan sistem pencernaan

Kerap kali diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema. Rasa sakit di daerah perineum dapat menghalangi keinginan ke belakang.

e. Perubahan sistem perkemihan

Buang air kecil lebih sulit selama 24 jam pertama, kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam waktu 6 minggu.

f. Sistem Endokrin

Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam *postpartum*. Progesteron turun pada hari ke-3 *postpartum*. Kadar prolactin dalam darah berangsur-angsur hilang.

g. Sistem Muskuloskeletal

Ambulasi pada umumnya dimulai 4-8 jam *postpartum*. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi.

h. Perubahan TTV pada masa nifas

Menurut Astutik (2015), Perubahan tanda-tanda vital pada masa nifas diantaranya adalah:

1) Suhu badan

Sekitar hari ke-4 setelah persalinan suhu ibu mungkin naik sedikit (antara 37,2-37,5°C). Kemungkinan disebabkan karena aktivitas payudara. Bila kenaikan mencapai 38 °C pada hari ke-2 sampai hari-hari berikutnya, perlu diwaspadai adanya infeksi atau sepsis masa nifas.

2) Denyut nadi

Setelah persalinan jika ibu dalam keadaan istirahat penuh, denyut nadi sekitar 60x/menit dan terjadi terutama pada minggu pertama nifas. Frekuensi nadi normal yaitu 60-80 x/menit. Denyut nadi masa nifas umumnya lebih stabil dibandingkan suhu badan. Pada ibu yang nervous, nadinya akan lebih cepat kira-kira 110x/menit, bila disertai peningkatan suhu tubuh bisa terjadi shock karena infeksi.

3) Tekanan darah

Tekanan darah <140mmHg, dan bisa meningkat dari sebelum persalinan sampai 1-3 hari masa nifas. Bila tekanan darah menjadi rendah perlu diwaspadai adanya perdarahan pada masa nifas. Sebaliknya bila tekanan darah tinggi, hal merupakan salah satu perunjuk kemungkinan adanya pre-eklamsi yang bisa timbul pada masa nifas dan diperlukan penanganan lebih lanjut.

4) Respirasi

Respirasi atau pernafasan umumnya lambat atau normal, karena ibu dalam keadaan pemulihan atau keadaan istirahat. Pernafasan yang normal setelah persalinan adalah 16-24x/menit atau rata-rata 18x/menit. Jika ditandai trachipneu maka perlu dikaji tanda pneumonial atau penyakit nifas lainnya. Bila respirasi cepat pada masa nifas (>30x/menit), kemungkinan adanya shock.

i. Sistem Integumen

- 1) Penurunan melanin umumnya setelah persalinan menyebabkan berkurangnya hyperpigmentasi kulit.
- 2) Perubahan pembuluh darah yang tampak pada kulit karena kehamilan dan akan menghilang pada saat estrogen menurun.

3. Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

Menurut Asih & Risneni (2016), Masa adaptasi psikologis terbagi dalam beberapa fase, yaitu:

a. *Fase Tacking In*

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mulse, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat yang cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi.

Gangguan psikologis yang dapat dialami oleh ibu pada fase ini adalah:

- 1) Kekecewaan pada bayinya.
- 2) Ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami.
- 3) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.
- 4) Kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya.

b. Fase Tacking Hold

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir atas ketidakmampuan dan rasa tanggungjawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan/ pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Tugas perawat antara lain: mengajarkan cara perawatan bayi, cara menyusui yang benar, cara perawatan luka jahitan, senam nifas, pendidikan kesehatan gizi, istirahat, kebersihan diri dan lain-lain.

c. Fase Letting Go

Fase ini merupakan fase menerima tanggungjawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi. Kebutuhan akan istirahat masih diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya.

4. Masalah Psikologis Ibu Masa Nifas

Menurut Maryunani (2015), Masalah psikologis yang sering terjadi pada masa nifas, yaitu:

a. Postpartum Blues

Postpartum blues merupakan depresi pada masa kehamilan relative rendah, namun meningkat dalam 12 bulan pertama setelah melahirkan. Umumnya gejala terjadi antara hari ke 3 sampai hari ke 10, seperti menangis, sangat lelah, insomnia, mudah tersinggung, dan sulit konsentrasi.

b. *Depresi Postpartum*

Depresi Postpartum merupakan stress pasca persalinan yang lebih berat daripada *baby blues*. Perbedaannya dengan *baby blues* yaitu terletak pada frekuensi, intensitas, dan durasi gejala. Masalah tidur merupakan satu cara untuk membedakannya dari *baby blues*, yaitu:

- 1) Jika ibu dapat tidur sementara orang lain mengasuh bayinya disebut *baby blues*.
- 2) Sedangkan, jika ibu tidak dapat tidur karena kecemasan, ini merupakan depresi postpartum.

c. *Postpartum Psikosis*

Jarang terjadi, gejala terlihat dalam 3-4 minggu setelah melahirkan. Gejala seperti delusi dan halusinasi. Hal ini biasanya dialami oleh ibu yang mengalami keguguran atau kematian bayi dalam kandungan/setelah dilahirkan.

5. Penatalaksanaan Medis

Menurut Aspiani (2017), Penatalaksanaan Medis terdiri dari:

- a. Observasi ketat 2 jam post partum (adanya komplikasi perdarahan).
- b. 6 – 8 jam pasca persalinan: Istirahat dan tidur tenang, usahakan miring kanan kiri.
- c. Hari ke 1-2 Memberikan KIE kebersihan diri, cara menyusui yang benar dan perawatan payudara, perubahan-perubahan yang terjadi pada masa nifas, pemberian informasi tentang senam nifas.
- d. Hari ke-2 mulai latihan duduk.
- e. Hari ke-3 diperkenankan berdiri dan berjalan.

6. Komplikasi

Menurut Aspiani (2017), Komplikasi masa nifas yaitu:

- a. Pembengkakan payudara.
- b. Mastitis (peradangan pada payudara)
- c. Endometritis (Peradangan pada endometrium)
- d. *Post partum blues*
- e. Infeksi puerperalis ditandai dengan pembengkakan, rasa nyeri, kemerahan pada jaringan terinfeksi atau pengeluaran cairan berbau dari jalan lahir selama persalinan atau sesudah persalinan.

B. Induksi Persalinan

1. Definisi Induksi Persalinan

Induksi persalinan adalah salah satu langkah medis untuk menginisiasi persalinan. Menginisiasi persalinan adalah memunculkan terjadinya proses persalinan. Menginduksi atau secara awam lebih dikenal dengan memacu proses persalinan, didasarkan atas banyak indikasi dan pertimbangan medis (Rahmatullah & Kurniawan, 2016). Menurut Manuaba & Manuaba (2009), Induksi persalinan adalah upaya untuk menimbulkan atau menambah kekuatan sehingga proses persalinan dapat berlangsung lebih cepat.

2. Indikasi Induksi Persalinan

Menurut Rahmatullah & Kurniawan (2016), Beberapa indikasi untuk dilakukan induksi persalinan yaitu:

- a. Kehamilan lewat waktu (*posterm*)
- b. Ketuban pecah dini (KPD), pada kehamilan ketuban pecah dini sementara kencang-kencang persalinan belum ada, yang berpotensi menyebabkan infeksi pada janin.
- c. Gawat janin, yaitu janin dalam kondisi gawat yang harus segera dilahirkan dengan pertimbangan kondisinya bayi akan lebih baik jika lahir daripada tetap di dalam kandungan.
- d. Hipertensi dalam kehamilan (*preeklamsia*).

3. Kontraindikasi Induksi Persalinan

Menurut Meiliya & Wahyuningsih (2010), Kontraindikasi untuk melakukan induksi yaitu:

- a. Lesi hiper aktif
- b. Karsinoma serviks invasive
- c. Letak janin melintang, Janin tidak berada dalam posisi yang tepat untuk kelahiran dan tidak dapat dilahirkan per vaginam.
- d. Riwayat seksio sesaria klasik
- e. Plasenta previa, Mulut serviks seluruhnya ditutupi oleh plasenta pada kondisi plasenta previa komplet. Kondisi ini dapat mengancam jiwa. Persalinan harus dihindari dan janin dilahirkan melalui kelahiran sectio caesarea.
- f. Vasa Previa, Vasa previa terjadi saat arteri dan vena umbilikal melintas mulut serviks di depan bagian presentasi. Kondisi ini merupakan komplikasi yang mengancam jiwa bagi janin.

C. Episiotomi

1. Definisi Episiotomi

Episiotomi adalah insisi perineum untuk memperlebar ruang pada lubang-lubang jalan lahir sehingga memudahkan kelahiran anak.

Episiotomi adalah prosedur bedah minor dimana kulit dan otot-otot yang mendasari daerah perineum-antara vagina dan rectum-dipotong pada saat kala 2 (kepala *crowning*) untuk membantu dalam proses melahirkan dengan memperbesar pembukaan jalan lahir dan memungkinkan bayi untuk keluar melalui vagina dengan lebih mudah (Maryunani, 2014).

2. Tujuan Episiotomi

Menurut Maryunani (2014), tujuan dilakukannya episiotomi yaitu:

- a. Mempercepat persalinan dengan melebarkan jalan lahir lunak/mempersingkat kala II (dua).
- b. Menghindari robekan perineum spontan.

- c. Mengendalikan robekan perineum untuk memudahkan menjahit.
- d. Mengurangi tekanan kepala janin sehingga dapat mencegah trauma akibat jalan lahir yang sempit dan juga mencegah kerusakan pada sfingter ani akibat desakan kepala bayi (Widiastini, 2018).

3. Indikasi Episiotomi

Tindakan episiotomi dapat dilakukan apabila perineum telah menipis dan kepala janin belum masuk kedalam vagina. Menurut Widiastini (2018), Indikasi dilakukan episiotomi yaitu:

- a. Bayi besar, untuk mencegah robekan perineum yang dapat terjadi akibat perineum tidak mampu beradaptasi terhadap regangan yang berlebihan.
- b. Persalinan prematur, untuk melindungi kepala janin yang prematur dari perineum yang ketat sehingga tidak terjadi cedera dan perdarahan intracranial.
- c. Perineum kaku, diharapkan dapat mengurangi luka yang lebih luas di perineum atau labia jika tidak dilakukan episiotomy.
- d. Terjadi gawat janin atau persalinan yang harus diselesaikan dengan bantuan alat (ekstraksi cunam atau vacum).

4. Klasifikasi Episiotomi

Jenis episiotomi yang umum digunakan saat ini ada dua, yaitu jenis episiotomi medialis dan mediolateral. Tetapi terdapat juga jenis episiotomi lainnya, yaitu episiotomi lateralis dan sekunder yang sudah jarang dilakukan (Maryunani, 2014).

Dibawah ini, diuraikan ciri-ciri dari masing-masing jenis episiotomi, yaitu (Maryunani, 2014):

a. Episiotomi *Medialis/midline*

- 1) Pengertian dan hal-hal berkaitan dengan insisi medialis:
Episiotomi medialis merupakan episiotomi dengan insisi yang dibuat digaris tengah. Dengan kata lain, pada teknik ini:

- a) Insisi dimulai dari ujung terbawah introitus vagina sampai batas atas otot-otot sfingter ani.
- b) Setelah pemberian anastesi lokal, dilakukan insisi dengan menggunakan gunting yang tajam dimulai dari bagian terbawah introitus vagina menuju anus, tetapi tidak sampai memotong pinggir atas sfingter ani, hingga kepala dapat dilahirkan

2) Manfaat episiotomi *medialis/midline*:

- a) Secara anatomis lebih alamiah.
- b) Menghindari pembuluh-pembuluh darah dan syaraf, jadi penyembuhan luka tidak terlalu sakit.
- c) Lebih mudah dijahit karena anastomosis jaringan lebih mudah.

3) Bahaya episiotomi *medialis*: jika meluas, bisa memanjang mencapai sfingter anus.

b. Episiotomi *Mediolateralis*

1) Pengertian dan hal-hal berkaitan dengan episiotomi *mediolateralis*:

Episiotomi *mediolateralis* merupakan insisi yang dibuat digaris tengah ke samping menjauhi anus.

Dengan kata lain, pada teknik ini:

- a) Insisi dimulai dari bagian belakang introitus vagina menuju ke arah belakang dan samping
- b) Arah insisi ini dapat dilakukan ke arah kanan atau kiri, tergantung kebiasaan orang yang melakukannya.
- c) Panjang insisi sekitar 4 cm.

2) Manfaat episiotomi *mediolateralis*, yaitu perluasan laserasi akan lebih kecil kemungkinannya mengenai sfingter ani.

3) Bahaya episiotomi *mediolateralis*:

- a) Penyembuhan luka terasa lebih sakit.
- b) Lebih sulit dijahit.

c) Mungkin kehilangan darah lebih banyak.

c. Episiotomi *Lateralis*

1) Pengertian dan hal-hal berkaitan dengan episiotomi *lateralis*:

Episiotomi *lateralis*, merupakan insisi yang dibuat 1-2 cm diatas *commisuro* posterior ke samping. Pada teknik ini, insisi dilakukan ke arah lateral mulai dari kira-kira pada jam 3 atau 9 menurut arah jarum jam.

2) Bahaya episiotomi *lateral* ini sekarang tidak dilakukan lagi oleh karena banyak menimbulkan komplikasi, antara lain:

a) Luka insisi ini dapat melebar ke arah dimana terdapat pembuluh darah pundental interna, sehingga dapat menimbulkan perdarahan yang banyak.

b) Selain itu, jaringan parut yang terjadi dapat menimbulkan rasa nyeri yang mengganggu pasien.

D. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Menurut Aspiani (2017), Pengkajian ibu masa nifas meliputi:

a. Identitas

1) Identitas klien

Yang perlu dikaji adalah umur (*post partum* biasanya terjadi pada umur 15-44 tahun).

2) Identitas Penanggung jawab.

b. Keluhan utama

Keluhan utama yang dirasakan oleh klien dengan *post partum* adalah nyeri pada daerah genitalia.

c. Riwayat penyakit sekarang

Biasanya klien merasakan nyeri karena trauma akibat proses persalinan. ASI sudah keluar dan klien dapat memberikan ASI pada bayinya.

- d. Riwayat penyakit dahulu
Menyangkut riwayat penyakit yang pernah diderita yang ada hubungannya dengan penyakit sekarang.
- e. Riwayat penyakit keluarga
Menyangkut riwayat penyakit yang pernah diderita yang menyangkut penyakit keluarga atau keturunan.
- f. Riwayat Obstetri
Untuk mengetahui riwayat obstetri pada klien dengan *post partum* yang perlu diketahui adalah:
 - 1) Keadaan haid
Yang perlu diketahui pada keadaan haid adalah tentang *menarche*, siklus haid, hari pertama haid terakhir, jumlah dan warna darah keluar, encer, menggumpal, lamanya haid, nyeri atau tidak dan bau.
 - 2) Riwayat kehamilan
Riwayat kehamilan yang perlu diketahui adalah berapa kali melakukan ANC (*ante natal care*), selama kehamilan periksa dimana, perlu diukur tinggi badan dan berat badan.
 - 3) Riwayat Persalinan
Riwayat persalinan yang baru terjadi, jenis persalinan spontan atau *Sectio Caesaria*, penyulit selama persalinan.
- g. Pola kebiasaan sehari-hari
 - 1) Respirasi
Frekuensi pernafasan meningkat.
 - 2) Nutrisi
Biasanya klien tidak mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan nutrisinya. Kebanyakan Ibu merasa sangat lapar. Permintaan untuk memperoleh makanan dua kali dari jumlah biasa dikonsumsi disertai konsumsi camilan yang sering ditemukan.

3) Eliminasi

Buang air kecil secara spontan sudah harus dapat dilakukan dalam 8 jam post partum. Kadang – kadang wanita sulit kencing, karena *spincter uretra* mengalami tekanan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi musculus spincter ani selama persalinan. Bila kandung kemih penuh dan wanita sulit kencing sebaiknya dilakukan kateterisasi.

Buang air besar harus terjadi pada 2-3 hari post partum. Bila belum terjadi dapat mengakibatkan obstipasi maka dapat diberikan obat laksans per oral atau perrektal atau bila berhasil diberikan obat pencahar/ laksatif.

4) Istirahat/tidur

Klien biasanya tidak mengalami gangguan dalam istirahat/ tidurnya. Mempertahankan temperature tubuh dan sirkulasi pada klien dengan *post partum* biasanya mengalami gangguan dalam hal temperature tubuh, suhu tubuh dapat mencapai lebih dari 37,5°C.

5) Kebutuhan *personal hygine*

Kebersihan diri merupakan pemeliharaan kesehatan untuk diri sendiri, dimana kebutuhan *personal hygiene* klien dengan post partum dibantu oleh keluarganya.

6) Aktivitas

Pada klien dengan *post partum* aktivitasnya terganggu, pekerjaan/kegiatan sehari-sehari tidak mampu dilakukan maksimal karena keadaannya yang semakin lemah.

7) Gerak dan keseimbangan tubuh.

Aktivitas berkurang, tidak bisa berjalan karena nyeri akibat adanya trauma persalinan.

8) Kebutuhan berpakaian

Klien dengan *post partum* tidak mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan berpakaian tersebut.

9) Kebutuhan Keamanan

Kebutuhan keamanan ini perlu dipertanyakan apakah klien tetap merasa aman dan terlindungi oleh keluarganya. Klien mampu menghindari bahaya dari lingkungan.

10) Sosialisai

Bagaimana klien mampu berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran dan opini.

11) Kebutuhan spiritual

Pada kebutuhan spritual ini tanyakan apakah klien tetap menjalankan ajaran agamanya atautkah terhambat karena keadaan yang sedang dialami.

12) Kebutuhan bermain dan rekreasi

Klien dengan *post partum* biasanya tidak dapat memenuhi kebutuhan bermain dan rekreasi karena dalam kondisi yang lemah.

13) Kebutuhan belajar

Bagaimana klien berusaha belajar, menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia.

h. Pemeriksaan Fisik

Menurut Aspiani (2017), Pemeriksaan fisik pada klien dengan *post partum* normal meliputi:

1) Keadaan Umum

Keadaan umum klien biasanya lemah.

2) Kesadaran

Kesadaran klien biasanya composmentis.

3) Pemeriksaan Tanda- tanda vital

- a) Tekanan darah : Normal 120/80 mmHg.
- b) Nadi : Meningkat (>90x/menit).
- c) Suhu : Meningkat di atas 37,5°C.

d) Pernapasan : Meningkat (>20x/menit).

4) Pemeriksaan fisik *head to toe*

a) Kepala dan rambut

Pada kepala yang perlu dikaji adalah bentuk kepala, kulit kepala apakah kotor atau berketombe, rambut apakah tampak lusuh atau kusut, apakah ada laserasi/luka.

b) Wajah

Yang perlu dikaji adalah warna kulit apakah pucat atau tidak, bentuk wajah apakah lonjong atau oral.

c) Mata

Bentuk bola mata, ada tidaknya gerak mata, konjungtiva anemis atau tidak, bentuk mata apakah simetris atau tidak.

d) Hidung

Ada tidaknya septuminasi, polip dan kebersihannya.

e) Telinga

Kebersihan atau tidaknya kelainan fungsi pendengaran, kelainan anatomi pada telinga.

f) Mulut, bibir dan faring

Bentuk bibir apakah simetris atau tidak, kelembaban, kebersihan mulut, ada tidaknya pembesaran tonsil, ada tidaknya kelainan bicara.

g) Gigi

Jumlah gigi lengkap atau tidak, kebersihan gigi, ada tidaknya peradangan pada gusi atau caries gigi, karang gigi.

h) Leher

Ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis.

i) Intugement

Meliputi warna kulit, apakah pucat atau tidak, kebersihan, turgor, tekstur kulit.

j) Thorax

Dikaji kesimetrisannya, ada tidaknya suara *ronchi*, ada tidaknya kolostrum, apakah puting susu masuk atau tidak, apakah tampak kotor atau tidak.

k) Payudara

Payudara membesar, aerola mammae warnanya lebih gelap, papilla mammae menonjol, keluar ASI.

l) Abdomen

Ada tidaknya distensi abdomen, tinggi fundus uteri masih setinggi pusat, bagaiman dengan bising usus, apakah ada nyeri tekan.

m) Genetalia

Adakah pengeluaran *lochea* (jenis, warna, bau, jumlah), adakah edema, peradangan, keadaan jahitan, tanda-tanda infeksi (*rubor, dolor, calor, functiolaesa*), dan adakah hemoroid pada anus.

n) Ekstremitas

Kesimetrisannya, ujung-ujung jari sianosis atau tidak ada tidaknya edema.

o) Ekstremitas bawah

Kesimetrisannya, ada tidaknya oedema, sianosis, bagaimana pergerakannya, refleks patella.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Aspiani (2017), Diagnosa keperawatan yang akan muncul meliputi:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan (luka episiotomi), involusi uteri, pembengkakkan payudara ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada daerah genetalia, nyeri pada payudara, payudara bengkak, ekspresi wajah meringis.
- b. Risiko kurang volume cairan berhubungan dengan pengeluaran yang berlebihan; perdarahan; diuresis; keringat berlebihan.

- c. Risiko infeksi berhubungan dengan trauma jalan lahir.
- d. Gangguan eliminasi BAK (disuria) berhubungan dengan trauma perineum dan saluran kemih.
- e. Konstipasi berhubungan dengan kurangnya mobilisasi; diet yang tidak seimbang; trauma persalinan.
- f. Risiko gangguan proses parenting berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang merawat bayi
- g. Kurangnya perawatan diri berhubungan dengan kelemahan; kelelahan *post partum*.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan menurut Aspiani (2017), yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan (luka episiotomi), involusi uteri, pembengkakkan payudara ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada daerah genetalia, nyeri pada payudara, payudara bengkak, ekspresi wajah meringis.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien dapat:

- 1) Mengontrol nyeri (*pain control*), dengan kriteria hasil:
 - a) Klien dapat mengetahui penyebab nyeri, onset nyeri.
 - b) Klien mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri.
 - c) Klien mampu mengenal tanda-tanda pencetus nyeri.
 - d) Klien melaporkan nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
- 2) Menunjukkan tingkat nyeri (*pain level*), dengan kriteria hasil:
 - a) Klien mampu mengenal skala, intensitas, frekuensi dan lamanya episode nyeri.
 - b) Klien mengatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
 - c) Tanda-tanda vital dalam batas normal.
 - d) Ekspresi wajah tenang.

Intervensi:

- 1) Manajemen Nyeri (*pain management*):
 - a) Kaji secara komprehensif tentang nyeri, meliputi: lokasi, karakteristik, onset, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dan faktor presipitasi.
 - b) Observasi isyarat-isyarat non verbal dari ketidaknyaman, khususnya dalam ketidakmampuan untuk komunikasi secara efektif.
 - c) Gunakan komunikasi terapeutik agar klien dapat mengekspresikan nyeri.
 - d) Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi (misalnya: relaksasi, terapi musik, distraksi, massase).
 - e) Evaluasi keefektifan dari tindakan mengontrol nyeri yang telah digunakan.
 - f) Berikan informasi tentang nyeri, seperti: penyebab, berapa lama terjadi, dan tindakan pencegahan.
 - g) Kontrol faktor-faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien terhadap ketidaknyaman (misalnya: temperature ruangan, penyinaran dan lain-lain).
 - h) Tingkatkan tidur/istirahat yang cukup.
 - i) Hilangkan faktor yang dapat meningkatkan pengalaman nyeri (misalnya: rasa takut, kelelahan dan kurangnya pengetahuan)
 - j) Modifikasi tindakan mengontrol nyeri berdasarkan respon klien.
 - k) Monitor kenyamanan klien terhadap manajemen nyeri.
 - l) Libatkan keluarga untuk mengurangi nyeri.
- 2) Pemberian Analgetik (*analgetic administration*):
 - a) Tentukan lokasi nyeri, karakteristik, kualitas, dan keparahan sebelum pengobatan.
 - b) Berikan obat dengan prinsip 5 benar.

- c) Cek riwayat alergi obat.
 - d) Pilih analgetik secara tepat/ kombinasi lebih dari satu analgetik jika telah diresepkan.
 - e) Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali.
 - f) Berikan analgetik yang tepat waktu terutama saat nyeri hebat.
 - g) Evaluasi efektivitas analgetik, tanda dan gejala (efek samping).
- b. Risiko kurang volume cairan berhubungan dengan pengeluaran yang berlebihan; perdarahan; diuresis; keringat berlebihan.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kebutuhan cairan adekuat. (*Nutritional Status: Food and luid Intake/* status nutrisi: intake makanan dan cairan), dengan kriteria hasil:

- 1) Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal.
- 2) Turgor kulit normal.
- 3) Membran mukosa lembab.
- 4) Tidak ada rasa haus berlebihan.
- 5) Klien dapat mempertahankan *urine output* sesuai dengan usia dan BB.

Intervensi:

- 1) Manajemen nyeri (*pain management*)
 - a) Pertahankan intake dan output yang adekuat.
 - b) Monitor status hidrasi (kelembaban membrane, nadi akurat, tekanan darah).
 - c) Monitor *vital sign* sesuai kebutuhan.
 - d) Monitoring bunyi paru: adanya bunyi crackles, status respirasi dan tentukan adanya otopneu dan keparahannya.
 - e) Berikan makanan dan cairan sesuai kebutuhan.

- f) Monitor masukan makanan/cairan dan hitung intake kalori harian.
 - g) Motivasi keluarga untuk membantu klien makan.
 - h) Tawarkan snack (jus buah, buah segar).
- 2) Monitor cairan (*fluid monitoring*)
- a) Monitor *intake* dan *output*.
 - b) Monitor tekanan darah, denyut nadi, dan status respirasi.
 - c) Monitor membrane mukosa dan turgor kulit.
 - d) Pertahankan kecepatan pemberian cairan intravena.
 - e) Kelola pemberian obat-obatan yang meningkatkan *urine output* sesuai kebutuhan. .
- c. Risiko infeksi berhubungan dengan trauma jalan lahir.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien dapat meningkatkan pertahanan tubuh (*Immune Status*) dengan kriteria:

- 1) Tidak ada tanda-tanda infeksi.
- 2) Tanda-tanda vital dalam rentang normal.
- 3) *Urine output* normal.
- 4) *Membrane mukosa normal*.
- 5) Tidak ada peningkatan leukosit.
- 6) Luka di daerah perineum tidak ada pus.

Intervensi:

- 1) Kontrol Infeksi (*Infection Control*):
 - a) Bersihkan lingkungan secara tepat setelah digunakan oleh klien.
 - b) Ganti pralatan klien setiap selesai tindakan.
 - c) Anjurkan pengunjung untuk cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien.
 - d) Gunakan sarung tangan steril.
 - e) Lakukan perawatan vulva dan perineum.
 - f) Anjurkan klien untuk mengganti pembalut setiap kotor.
 - g) Lakukan teknik perawatan luka yang tepat.

- h) Tingkatkan asupan nutrisi dan cairan.
 - i) Anjurkan istirahat.
 - j) Ajarkan klien dan anggota keluarga tentang tanda-tanda dan gejala infeksi.
 - k) Ajarkan klien dan anggota keluarga bagaimana mencegah infeksi.
 - l) Berikan antibiotic kalau perlu.
- 2) Proteksi Infeksi
- a) Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik.
 - b) Monitor nilai absolut *White Blood Cell* (sel darah putih/ leukosit).
 - c) Pertahankan teknik aspetik.
 - d) Pertahankan teknik isolasi sesuai kebutuhan.
 - e) Inspeksi kulit dan membrane mukosa terhadap adanya kemerahan, panas, atau adanya pengeluaran cairan.
 - f) Dorong masuk nutrisi yang cukup.
 - g) Dorong intake cairan sesuai kebutuhan.
 - h) Kelola pemberian antibiotika.
 - i) Ajarkan klien dan anggota keluarga tentang tanda-tanda dan gejala infeksi.
 - j) Ajarkan klien dan anggota keluarga bagaimana cara menghindari infeksi.
- d. Gangguan eliminasi BAK (disuria) berhubungan dengan trauma perineum dan saluran kemih.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan eliminasi urine kembali normal (*Urine Eliination*) dengan kriteria hasil:

- 1) Klien dapat BAK secara normal.
- 2) Klien tidak dapat mengalami nyeri pada saat BAK.
- 3) *Urine output* normal.
- 4) Klien tidak takut untuk BAK.

Intervensi:

- 1) *Urinay Elimination Management* (Manajemen Eliminasi Urine):
 - a) Monitor eliminasi urin termasuk frekuensi, konsistensi, bau, volume, dan warna urin sesuai kebutuhan.
 - b) Ajarkan klien tanda dan gejala infeksi saluran kemih.
 - c) Anjurkan klien atau keluarga untuk melaporkan *urine output* sesuai kebutuhan.
 - d) Anjurkan klien untuk banyak minum saat makan, diantara waktu makan dan waktu pagi hari.
 - e) Bantu klien dalam mengembangkan rutinitas toileting sesuai kebutuhan.
 - f) Anjurkan klien memonitor tanda dan gejala infeksi saluran kemih.
- e. Konstipasi berhubungan dengan kurangnya mobilisasi; diet yang tidak seimbang; trauma persalinan.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan eliminasi bab normal kembali (*Bowel Elimination/* eliminasi bab) dengan kriteria hasil:

- 1) Pasien dapat mempertahankan konsistensi bab lunak, bab 1x sehari.
- 2) Pasien dapat mengidentifikasi pencegahan dan pengobatan konstipasi.

Intervensi:

- 1) *Constipation Management* (Manajemen Konstipasi):
 - a) Observasi pola kebiasaan bab termasuk waktunya, frekuensi bab, konsistensi bab, riwayat penggunaan obat-obatan laksatif, riwayat diet termasuk intake cairan, pola latihan, riwayat obstetric, dan pembedahan.
 - b) Kaji ulang penggunaan obat-obatan yang dapat mempengaruhi fungsi bowel termasuk anti depresan, anti

- hipertensi, anti konvulsan, diuretic, anti kolinergik, suplemen besi dan obat penenang.
- c) Palpasi adanya distensi abdomen, perukusi bunyi dullnues dan auskultasi bunyi peristaltic usus. Pada klien dengan konstipasi, abdomen sering mengalami distensi.
 - d) Berikan privasi saat klien bab.
 - e) Anjurkan makan - makanan berserat, seperti buah-buahan segar dan sayur-sayuran.
 - f) Anjurkan minum 1,5 sampai dengan 2 liter per hari.
 - g) Jika perlu berikan laxative dan suppositoria.
- f. Risiko gangguan proses parenting berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang merawat bayi.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi gangguan proses parenting dengan kriteria hasil:

- 1) Klien dapat mengidentifikasi strategi untuk melindungi anak dan kelalaian.
- 2) Pengetahuan klien tentang cara merawat bayi meningkat.
- 3) Klien mampu merawat bayi.

Intervensi:

- 1) *Family Integrity Promotion: Childbearing*
 - a) Ciptakan lingkungan yang menerima.
 - b) Ciptakan hubungan saling percaya dengan kedua orang tua.
 - c) Berikan dukungan verbal langkah demi langkah dengan tenang.
 - d) Observasi situasi keluarga saat ini.
 - e) Observasi status psikososial keluarga.
 - f) Observasi pengaruh kelahiran bayi terhadap struktur keluarga.
 - g) Observasi hubungan antara anggota keluarga.
 - h) Observasi hubungan pasangan satu dan yang lainnya setelah kelahiran bayi.

- i) Identifikasi mekanisme coping keluarga yang normal.
- j) Identifikasi mekanisme coping individu masing-masing anggota keluarga.
- k) Diskusikan reaksi sibling terhadap kelahiran bayi.
- l) Tentukan reaksi sibling terhadap kelahiran bayi sesuai kebutuhan.
- m) Dorong orang tua untuk mengobservasi reaksi sibling terhadap kelahiran bayi.
- n) Berikan informasi bagaimana mencegah persaingan sibling.

2) *Family Integrity Promotion:*

- a) Jadi pendengar yang baik untuk anggota keluarga.
 - b) Tentukan pemahaman klien mengenai penyebab sakit.
 - c) Identifikasi prioritas konflik diantara anggota keluarga.
 - d) Bantu klien untuk memecahkan konflik.
 - e) Kolaborasi dengan keluarga mengenai pemecahan masalah.
 - f) Dorong keluarga untuk mempertahankan hubungan yang positif.
- g. Kurangnya perawatan diri berhubungan dengan kelemahan; kelelahan *post partum*.

Tujuan: setelah tindakan keperawatan klien menunjukkan partisipasi secara fisik dan atau verbal dalam makan, berpakaian, toileting dan mandi (*Self Care Activities of Daily Living*), dengan kriteria hasil:

- 1) Klien bebas dari bau badan dan dapat mempertahankan integritas kulit yang utuh.
- 2) Klien dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari dengan bantuan minimal tanpa kecemasan.
- 3) Klien dapat menjelaskan dan menggunakan metode mandi yang aman dan dengan kesulitan yang minimal.

Intervensi:

- 1) *Self care assistance* (Bantu Perawatan Diri)
 - a) Kaji tingkat kemampuan klien dalam melakukan perawatan diri.
 - b) Bantu klien dalam melakukan perawatan diri: Mandi, toileting, dan berpakaian
 - c) Latih klien memenuhi kebutuhan ADL secara bertahap sesuai kemampuan.
 - d) Libatkan keluarga dalam *self care assistance*.
 - e) Tingkatkan partisipasi sesuai dengan kemampuan klien.
 - f) Jaga *privacy* dalam setiap *self care assistance*.

4. 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 klien, mencatat serta melakukan pertukaran informasi yang relevan dengan perawatan kesehatan yang berkelanjutan dari klien (Nurbaeti & Dkk, 2013).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya (Nurbaeti & Dkk, 2013).

Evaluasi disusun dengan menggunakan **SOAP** yang operasional dengan pengertian:

S : adalah ungkapan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara subjektif oleh klien dan keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan.

O : adalah keadaan objektif yang didefinisikan oleh perawatan menggunakan pengamatan yang objektif setelah implementasi keperawatan.

A : merupakan analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif klien yang dibandingkan dengan kriteria dan standar yang telah ditentukan mengacu pada tujuan rencana keperawatan klien.

P : adalah perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

Pasien bernama Ny.T berusia 29 tahun, bersuku jawa, menganut agama islam, memiliki pendidikan SLTA, saat ini Ny.T sehari-hari sebagai ibu rumah tangga. Suami dari Ny.T bernama Tn.R berumur 30 tahun, bersuku jawa, beragama islam, memiliki pendidikan SLTA. Saat ini Tn.L bekerja sebagai karyawan swasta. Ny.T dan Tn.R tinggal dirumah yang beralamat Perum Bumi Babelan Jaya, Bekasi. Status perkawinan yaitu menikah 1 kali dengan lama pernikahan 5 tahun.

2. Resume

Pasien Ny.T datang ke Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat pada tanggal 10 Februari 2020 pukul 12.15 WIB dengan riwayat obstetri G2P1A0 hamil 39 minggu. Masuk ke ruang VK dengan keluhan pasien mengatakan mules dari jam 05.30 WIB, dan keluar air jam 08.30 WIB. Dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil Tekanan Darah 111/78 mmHg, Suhu 36,1 °C, Nadi 103 x/menit, RR 20 x/menit. Dilakukan palpasi TFU 31 cm, dengan presentasi kepala, DJJ 140 x/menit, pembukaan 1 cm, portio tebal lunak, ketuban tidak ada yang mengalir. Pasien dianjurkan dokter untuk dirawat karena lakmus +, ICA 7,8. Pada pukul 12.30 WIB pasien dicukur di area genital dan dilakukan fleet enema. Pukul 12.40 pasien diberikan obat Bactesyn 375 mg peroral dengan hasil pasien berhasil meminum obat dan obat tidak dimuntahkan. Pada pukul 14.45 WIB pasien di CTG. Pukul 15.25 pasien dilakukan cek ulang darah rutin. Pukul 16.40 WIB pasien diperiksa dalam balon lepas pembukaan 4 cm, portio tebal, DJJ 140x/menit, His 2 x 10 menit, kontraksi kuat. Pukul 17.45 WIB

dilakukan pemeriksaan DJJ 145 x/menit, his 2x10 menit, kontraksi kuat. Pukul 18.30 WIB observasi DJJ 138 x/menit, His 2 x 10 menit, kontraksi kuat. Pukul 20.00 WIB dilakukan pemeriksaan DJJ 143 x/menit, His 2 x 10 menit, kontraksi kuat. Pukul 21.50 WIB dokter visit, pembukaan 4 cm portio tebal, ketuban (-), DJJ 145 x/menit. Pukul 23.10 dilakukan pemeriksaan DJJ 157 x/menit, His 1 x 10 menit, kontraksi kuat, pasien dianjurkan untuk beristirahat. Pukul 00.30 WIB dilakukan pemeriksaan DJJ 146x/menit, His 2 x 10 menit, kontraksi kuat. Pukul 01.30 WIB dilakukan pemeriksaan DJJ 150x/menit, His 2 x 10 menit, kontraksi kuat. Pukul 03.30 WIB dilakukan pemeriksaan DJJ 148x/menit, His 2 x 10 menit, kontraksi kuat. Pukul 05.30 WIB dilakukan CTG ulang dan dilakukan pemeriksaan oleh bidan, pembukaan 4-5 cm, portio tebal lunak, ketuban (+). Dokter menginstruksikan pemberian tutofusin 500cc+ induxin 5u sampai his adekuat. Pukul 07.00 WIB pergantian dinas, pasien dilakukan pengukuran tanda-tanda vital dengan hasil 120/84 mmHg, Suhu 36,4°C, Nadi 104 x/menit, RR 20 x/menit, DJJ 146 x/menit. Pukul 07.40 WIB pasien dipasang infus Tutofusin 500cc + induxin 5 u pada vena metacarpal sinistra. Pukul 08.45 WIB dilakukan pemeriksaan DJJ 130x/menit, His 2 x 10 menit, kontraksi kuat. Pukul 09.50 WIB dokter visit dan melakukan pemeriksaan dengan hasil pembukaan 5 cm, portio tebal lunak, ketuban ada, kepala HI, DJJ 138x/menit, dilakukan amniotomi, pembukaan 5 cm, portio tebal lunak, ketuban hijau encer, kepala HI . Pukul 10.00 WIB pasien dilakukan CTG ulang. Pukul 10.25 WIB dokter melakukan pemeriksaan dengan hasil pembukaan lengkap, DJJ 146x/menit, pasien dipimpin untuk meneran, kepala turun perlahan-lahan lalu dilakukan episiotomi oleh dokter dikarenakan perineum ibu kaku karena pembukaan belum lengkap. Pukul 10.33 WIB bayi lahir dengan jenis kelamin laki-laki, bayi menangis kuat, apgar skor 9/10, dilakukan suction pada mulut bayi, lalu bayi dikeringkan dan dibaringkan di dada ibu untuk IMD (Inisiasi Menyusui Dini). Induksin 10 iu diberikan secara im dan dilakukan pemotongan

tali pusat. Pukul 10.40 WIB plasenta lahir, massage uterus kuat. Pukul 10.45 WIB pasien diberikan postpartin 1 ampul, infus tutofusin + 5 iu induxin sisa 300 cc, ditambahkan induxin 10 iu kedalam infus. Dokter melakukan tindakan heacting subcuticular pada luka episiotomy dengan anastesi lidokain 3 ampul + HR 375. Tindakan selesai lalu pasien dirapihkan dan dibersihkan. TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus kuat, perdarahan pervagina persalinan ± 150 cc. Pukul 11.20 WIB bayi selesai IMD, lalu bayi ditimbang disaksikan ayah bayi dengan berat badan bayi 3200 gram, panjang bayi 48 cm, meconium (+) dan miksi (+). Pukul 11.00 WIB dilakukan pemantauan kala IV selama 2 jam dengan hasil 1 jam pertama untuk pemantauan setiap 15 menit TD 113/80 mmHg, Nadi 92 x/menit, Suhu 36,3°C, TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus kuat, konsistensi uterus keras, kandung kemih kosong, darah yang keluar ± 10 cc. Pukul 11.15 WIB menit TD 114/79 mmHg, Nadi 90 x/menit, Suhu 36,3°C, TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus kuat, konsistensi uterus keras, kandung kemih kosong, darah yang keluar ± 10 cc. Pukul 11.30 WIB menit TD 110/82 mmHg, Nadi 91 x/menit, Suhu 36,3°C, TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus kuat, konsistensi uterus keras, kandung kemih kosong, darah yang keluar ± 10 cc. Pukul 11.45 WIB menit TD 111/81 mmHg, Nadi 89 x/menit, Suhu 36,3°C, TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus kuat, konsistensi uterus keras, kandung kemih kosong, darah yang keluar ± 5 cc. Pemantauan 1 jam kedua Pukul 12.15 WIB menit TD 112/80 mmHg, Nadi 92 x/menit, Suhu 36,2°C, TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus kuat, konsistensi uterus keras, kandung kemih kosong, darah yang keluar ± 5 cc. Pukul 12.45 WIB menit TD 111/83 mmHg, Nadi 90 x/menit, Suhu 36,2°C, TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus kuat, konsistensi uterus keras, kandung kemih kosong, darah yang keluar ± 5 cc. Pasien sudah BAK spontan.

Pukul 14.00 WIB pasien di jemput dari ruang VK ke ruang seruni dengan *postpartum* spontan dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 114/77 mmHg, nadi 88x/menit, RR

18x/menit, suhu 36,6° C, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi kuat, konjungtiva anemis, putting exverted, asi belum keluar, tidak ada tanda-tanda REEDA, Homan Sign negative, jumlah perdarahan ¼ (±12,5cc) pembalut. Pasien mengatakan skala nyeri 4. Masalah keperawatan yang muncul yaitu gangguan rasa nyaman: nyeri. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan mengajarkan teknik relaksasi napas dalam, memberikan posisi semifowler, dan mengkaji skala nyeri. Tindakan kolaborasi yang telah dilakukan yaitu memberikan obat Mefinal 500 mg peroral. Evaluasi secara umum masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

3. Riwayat Keperawatan

a. Keluhan Utama

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 11 Februari 2020 pukul 15.00 WIB. Pasien mengatakan nyeri saat bergerak, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri dibagian luka jahitan perineum, skala nyeri 4, nyeri hilang timbul ± 1 menit. Pasien tampak meringis saat bergerak.

b. Riwayat Persalinan Sekarang

Ny.T melakukan persalinan pada tanggal 11 Februari 2020 pukul 10.33 WIB tipe persalinan normal dengan luka episiotomi. Lama persalinan kala 1 22 jam 10 menit, kala 2 pembukaan lengkap sampai bayi lahir 8 menit. Kala 3 plasenta lahir setelah bayi lahir 7 menit. Total jumlah jam nya 22 jam 25 menit. Jumlah perdarahan kurang lebih 150cc. Jenis kelamin bayi Ny.T yaitu laki-laki dengan berat badan 3200 gram, panjang badan 48 cm. Hasil *Apprence, pulse, Grimace, Activity, Respiratory* (APGAR) score yaitu 9 pada 5 menit pertama dan 10 pada 5 menit kedua.

c. Riwayat Obstetri

Persalinan P2A0 anak hidup 2. Pada persalinan anak pertama dengan usia kehamilan 38 minggu, tidak ada penyulit pada masa kehamilan, jenis persalinan dilakukan dengan normal, penolong

dokter, penyulit persalinan tidak ada, komplikasi nifas tidak ada, jenis kelamin perempuan dengan berat badan 3000 gram, panjang 49 cm, keadaan anak sehat dan sekarang berusia 4 tahun. Anak kedua dengan usia kehamilan 39 minggu, tidak ada penyulit pada masa kehamilan, jenis persalinan dilakukan dengan normal dengan bantuan episiotomi, penolong dokter, tidak ada penyulit persalinan, komplikasi nifas tidak ada, jenis kelamin laki- laki dengan berat 3200 gram, panjang badan 48 cm, keadaan anak sekarang berusia 0 hari sehat dan berada dikamar bayi.

d. Riwayat Keluarga Berencana (KB)

Pasien mengatakan menggunakan KB, jenis Kontrasepsi yang digunakan yaitu kontrasepsi suntik (3 bulan). Pasien mengatakan menggunakan kontrasepsi pada saat setelah kehamilan anak pertama. Rencana yang akan datang pasien mengatakan ingin menggunakan kontrasepsi suntik (3 bulan). Pasien sudah mengerti saat ditanya tentang kontrasepsi.

e. Riwayat Imunisasi TT

Pasien mengatakan selama kehamilan tidak melakukan imunisasi TT (*Tetanus Toxoid*), imunisasi TT dilakukan pada saat sebelum pasien menikah.

f. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit seperti DM, Jantung, Hipertensi dan penyakit yang serius pada keluarga maupun pasien sendiri.

g. Riwayat Kebiasaan Sehari-hari sebelum dirawat

1) Pola Nutrisi/Cairan

Pasien mengatakan makan 3 x sehari, jenis makanan yang dikonsumsi nasi, sayur, dan lauk pauk. Nafsu makan pasien baik, pasien tidak mempunyai alergi pada makanan, pasien minum sehari sekitar 6-7 gelas perhari (1000-1500 ml). Rata-rata berat badan sebelum hamil pasien 47 kg dan berat badan sekarang 49 kg.

2) Pola Eliminasi

Pasien mengatakan BAB 1x sehari dengan konsistensi lembek, defekasi terakhir sebelum melahirkan yaitu pada tanggal 11 Februari 2020. Pasien mengatakan tidak ada hemoroid, dan pasien tidak mempunyai keluhan selama BAB. Pasien mengatakan BAK 6–7x sehari dengan karakteristik urine kuning jernih, dan pasien mengatakan tidak ada keluhan saat BAK.

3) Personal Hygiene

Pasien mengatakan mandi 2x sehari yaitu pada pagi dan sore, melakukan oral hygiene 2x sehari pada pagi dan sore, dan mencuci rambut 1 x sehari.

4) Pola Aktifitas / Istirahat dan tidur

Pasien mengatakan sekarang bekerja sebagai ibu rumah tangga. Pasien mengatakan tidak ada pembatasan karena kehamilan, kegiatan waktu luang yang pasien lakukan yaitu bermain dengan anaknya, memasak, dan menonton tv. Tidak ada keluhan yang dialami saat pasien beraktifitas. Pasien mengatakan aktifitas kehidupan sehari-hari dilakukan secara mandiri. Pasien mengatakan selalu tidur siang selama kurang lebih 2 jam dan tidur malam 6 jam perhari. Pasien tidak mempunyai masalah tidur. Pasien bedrest sampai jam 17.30 WIB.

5) Pola Kebiasaan Yang mempengaruhi Kesehatan :

Pasien mengatakan tidak merokok, tidak minum-minuman keras, dan pasien tidak ada ketergantungan obat.

6) Pola Seksualitas

Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam seksualitas.

7) Riwayat Psikososial

Pasien mengatakan merencanakan kehamilan anak kedua ini. Pasien dan keluarga mengatakan senang mempunyai anak laki-laki dikarenakan belum mempunyai anak laki-laki.

Pasien mengatakan sudah siap menjadi ibu dan siap merawat anak kedua ini. Pasien mengatakan cara mengatasi stress yaitu bermain dengan anak dan melakukan sholat. Pasien tinggal dengan suami. Peran dalam struktur keluarga yaitu sebagai seorang istri bagi suaminya dan seorang ibu bagi anaknya. Pasien mengatakan sudah tahu dan sudah berpengalaman dalam merawat bayi, tetapi pasien mengatakan tidak mengetahui posisi menyusui bayi yang benar seperti apa, pasien tampak bingung saat ditanya tentang posisi menyusui bayi yang benar. Harapan saat ini adalah ingin cepat pulang dan cepat sehat. Pasien mengatakan tidak ada faktor yang mempengaruhi dalam kesehatan.

8) Status sosial ekonomi

Pasien mengatakan penghasilan dalam sebulan lebih dari Rp.1.000.000,- dengan pengeluaran dalam sebulan kurang lebih Rp.4.000.000,- untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Pasien mengatakan memiliki jaminan kesehatan yaitu asuransi perusahaan.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan hasil Nadi 85x/menit dengan irama teratur dan denyut nadi kuat, Tekanan darah 110/72 mmHg, Suhu 36,4 °C, Pengisian kapiler kurang dari 3 detik, pasien tidak ada edema, konjungtiva tampak anemis, sklera an ikterik, pemeriksaan lab tanggal 10-02-2020 Hb 8,6 g/dl. Pasien tidak ada riwayat penyakit jantung dan tidak ada keluhan seperti pusing.

b. Sistem Pernafasan

Jalan nafas pasien bersih dengan frekuensi nafas 20x/menit, irama nafas teratur dengan kedalaman dalam. Pasien tidak ada batuk dan suara nafas terdengar vesikuler/normal.

c. Sistem Pencernaan

Keadaan mulut pasien tidak ada caries, tidak ada stomatitis, lidah tidak tampak kotor, pasien tidak memakai gigi palsu, tidak bau mulut, pasien tidak ada muntah, tidak ada kesulitan menelan dan tidak ada mual maupun muntah, nafsu makan pasien baik, tidak ada nyeri di daerah perut, tidak ada rasa penuh di perut. Berat badan sekarang 49 kg dan TB 155cm, dengan bentuk tubuh terlihat kurus, membran mukosa lembab, lingkaran lengan atas 24cm, BAB belum ada, tidak ada hemoroid.

d. Neurosensori

Status mental pasien orientasi, pasien tidak menggunakan kacamata, tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak ada gangguan bicara, dan pasien mengatakan tidak ada keluhan sakit kepala.

e. Sistem Endokrin

Tidak ada pemeriksaan Gula darah.

f. Sistem Urogenital

Pasien saat ini baru 1 kali BAK dengan jumlah ± 200 cc, warna kuning. Pasien mengatakan tidak ada keluhan saat BAK.

g. Sistem Integumen

Turgor kulit pasien baik elastis, warna kulit pasien tampak kemerahan dengan keadaan kulit baik, kebersihan kulit pasien bersih, dan keadaan rambut pasien bersih.

h. Sistem Muskuloskeletal

Pasien tidak ada kesulitan dalam pergerakan, ekstremitas pada tungkai simetris, tidak ada tanda-tanda Homan, tidak ada edema, Reflek patella positif.

i. Dada dan Axilla

Hasil pemeriksaan keadaan mammae membesar, aerola mammae menghitam dan melebar, papila mammae kanan dan kiri *exverted* atau menonjol, kolostrum keluar, produksi ASI ada tetapi masih sedikit keluar, tidak ada sumbatan pada ASI, dilakukan IMD dan

sudah memberikan ASI 1/2 jam setelah melahirkan. Tidak ada pembengkakan dan nyeri pada payudara.

j. Perut/Abdomen

Tinggi fundus uteri pasien 2 jari dibawah pusat, kontraksi atau after pain kuat, konsistensi uterus keras, tidak ada luka operasi.

k. Anogenital

Lochea rubra dengan karakteristik warna merah segar, jumlah ½ pembalut (\pm 100 cc), sudah ganti pembalut 1 kali di ruang VK dengan ukuran 42 cm, dan darah berwarna merah segar, bau khas, terdapat luka episiotomy jenis mediolateral dextra pada pasien, dan dilakukan hecting subcuticuler pada luka episiotomy. Tidak ditemukan tanda-tanda REEDA pada luka episiotomy: Redness (kemerahan) tidak ada, tidak terjadi Edema, Echimosis tidak ada, tidak terdapat Drainage (rembesan), dan Approximatly tidak ada jahitan rapat.

5. Pemeriksaan Penunjang

Tanggal 10 Februari 2020

HB : 8,6 gr/dl *
 Leukosit : 9,030 /ul
 Hematokrit : 28 vol% *
 Trombosit : 355.000 /ul
 Eritrosit : 3.59 juta/ul *

6. Penatalaksanaan

Terapi obat yang diberikan yaitu:

Oral

- a. Bactesyn 2 x 375mg : antibiotik
- b. Mefinal 3 x 500 mg : analgesic
- c. Lactamor 3 x 1 tab : suplemen memperlancar ASI
- d. Emineton 2 x 1 tab : suplemen pencegah kekurangan darah

7. Data fokus

Data klinik dengan keadaan umum sakit sedang, kesadaran *composmentis*, tekanan darah 110/72 mmhg, nadi 85x/menit, suhu 36,4°C, RR 20x/menit, lingkaran lengan 24 cm, BB sebelum hamil 47 kg sekarang 49 kg, TB 155 cm, IMT 20.

a. Kebutuhan fisiologis: Oksigenasi

Data subjektif:

Pasien mengatakan tidak mengeluh batuk, pasien mengatakan tidak ada sesak nafas.

Data objektif:

Jalan nafas pasien bersih dengan frekuensi nafas 20x/menit, irama nafas teratur dengan kedalaman dalam. Pasien tidak tampak batuk dan tidak tampak sesak, suara nafas terdengar vesikuler.

b. Kebutuhan fisiologis: Cairan

Data subjektif:

Pasien mengatakan sudah minum 500cc, pasien mengatakan tidak ada mual dan muntah, pasien mengatakan sudah ganti pembalut 1 kali di ruang VK dengan ukuran 42 cm, dan darah berwarna merah segar.

Data Objektif :

Tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/72 mmhg, nadi 85x/menit, suhu 36,4°C, RR 20x/menit, tidak ada mual dan muntah, tidak tampak adanya edema pada ekstremitas, turgor kulit elastis, membran mukosa lembab. TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus kuat, lochea rubra (merah segar), bau amis, jumlah perdarahan ½ pembalut ±100 cc, perdarahan saat persalinan ±150 cc, balance cairan per-7 jam: intake (250+500cc) - ouput (200+100+150+200) = +100 cc. CRT < 3 detik.

c. Kebutuhan Fisiologis: Nutrisi

Data Subjektif:

Pasien mengatakan nafsu makan baik, tidak ada mual dan muntah, pasien mengatakan tidak mempunyai alergi makanan, pasien

mengatakan makan 3x sehari, jenis makanan biasa seperti nasi, sayur dan lauk pauk. Pasien mengatakan ASI hanya keluar sedikit.

Data objektif :

Pasien tampak lemas, konjungtiva anemis, pasien tidak ada stomatitis, BB pasien 49 kg, TB 155cm, IMT 20, ASI tampak keluar sedikit saat dipencet pasien. Hb 8,6 gr/dl (10/02/20).

d. Kebutuhan Fisiologis: Eliminasi

Data Subjektif:

Pasien mengatakan belum BAB, BAB terakhir saat sebelum melahirkan (11/02/20). Pasien mengatakan sudah BAK ±200cc.

Data Objektif: abdomen supel, bising usus 8 x/menit

e. Kebutuhan Fisiologis: Aktivitas

Data subjektif:

Pasien mengatakan masih sedikit lemas, pasien mengatakan tidak sulit dalam pergerakan.

Data Objektif :

Pasien tampak lemas, pasien tampak berbaring di tempat tidur, pasien dianjurkan bedrest sampai jam 17.30 WIB.

f. Kebutuhan Rasa Aman: Infeksi

Data Subjektif :

Pasien mengatakan tidak ada demam.

Data Objektif :

Lochea rubra, warna darah tampak merah segar, jumlah ½ pembalut ±100cc, perdarahan saat persalinan 150cc, suhu 36,4°C, leukosit 9,030/ul (10-02-20), pasien tampak terdapat luka jahitan episiotomy, tidak ada tanda-tanda REEDA pada luka episiotomy: Redness (kemerahan) tidak ada, tidak terjadi Edema, Echimosis tidak ada, tidak terdapat Drainage (rembesan), dan Approximatly tidak ada jahitan rapat.

g. Kebutuhan rasa nyaman: Nyeri

Data subjektif :

P: pasien mengatakan nyeri saat bergerak., Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri dibagian luka jahitan perineum, S: skala nyeri 4 (sedang), T: nyeri hilang timbul \pm 1 menit.

Data Objektif :

Pasien tampak meringis kesakitan jika bergerak, tekanan darah 110/72 mmhg, nadi 85x/menit, RR 20x/menit.

h. Kebutuhan Akualisasi Diri

Data Subjektif: Pasien mengatakan sudah tahu dan sudah berpengalaman dalam merawat bayi, tetapi pasien mengatakan tidak mengetahui posisi menyusui bayi yang benar seperti apa.

Data Objektif: pasien tampak bingung saat ditanya oleh perawat tentang posisi menyusui bayi yang benar, Pasien tampak menyusui bayinya dengan posisi duduk dan bayi terkadang tampak menangis

8. Analisa data

Tabel 3.1 Analisa Data 1

No	Data	Masalah	Etiologi
1	<p>Data subjektif :</p> <p>a. P : pasien mengatakan nyeri saat bergerak.</p> <p>b. Q : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tus</p> <p>c. R : pasien mengatakan nyeri dibagian luka jahitan</p>	Nyeri Akut	Agen cedera fisik (trauma)

	<p>d. S : skala nyeri 4 (sedang)</p> <p>e. T : nyeri hilang timbul \pm 1 menit.</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. Pasien tampak meringis kesakitan jika bergerak,</p> <p>b. TD : 110/72 mmhg,</p> <p>c. Nadi 85 x/menit</p> <p>d. Tampak jahitan subcuticular pada luka episiotomi</p>		
2	<p>Data subjektif :</p> <p>a. pasien mengatakan sudah ganti pembalut 1 kali (\pm50 cc) di ruang VK dan darah berwarna merah segar.</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. pasien post partum 4,5 jam</p> <p>b. TD 110/72 mmHg</p> <p>c. Nadi 85x/menit</p> <p>d. CRT < 3 detik</p> <p>e. Hb 8,6 g/dl (10-02-20),</p> <p>f. Konjungtiva anemis</p> <p>g. kontraksi uterus</p>	Resiko perdarahan	Trauma Jalan Lahir

	<p>kuat</p> <p>h. konsistensi uterus keras</p> <p>i. TFU 2 jari dibawah pusat</p> <p>j. warna lochea merah segar (lochea rubra), jumlah $\frac{1}{2}$ pembalut $\pm 25cc$</p> <p>k. jumlah perdarahan saat persalinan $\pm 150cc$.</p> <p>l. total jumlah perdarahan $\pm 175 cc$</p>		
3	<p>Data Subjektif :</p> <p>a. Pasien mengatakan tidak ada demam</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. Suhu $36,4^{\circ}C$</p> <p>b. Pasien terdapat luka jahitan episiotomy</p> <p>c. Tidak tampak tanda-tanda REEDA: Redness (kemerahan) tidak ada, tidak terjadi Edema, Echimosis tidak ada, tidak terdapat Drainage (rembesan), dan</p>	Resiko Infeksi	Luka Episiotomi

	<p>Approximatly tidak ada.</p> <p>d. Lochea rubra (merah segar)</p> <p>e. Leukosit 9.030 /ul</p>		
4	<p>Data Subjektif:</p> <p>a. Pasien mengatakan sudah tahu dan sudah berpengalaman dalam merawat bayi, tetapi pasien mengatakan tidak mengetahui posisi menyusui bayi yang benar seperti apa</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. pasien tampak bingung saat ditanya oleh perawat tentang posisi menyusui bayi yang benar.</p> <p>b. Pasien tampak menyusui bayinya dengan posisi duduk dan bayi terkadang tampak menangis</p>	Defisiensi Pengetahuan	Kurang sumber pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar

B. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (trauma)
 - Tanggal ditemukan : 11 Februari 2020
 - Tanggal tertasi : 13 Februari 2020
2. Resiko perdarahan berhubungan dengan Trauma jalan lahir
 - Tanggal ditemukan : 11 Februari 2020
 - Tanggal teratasi : 13 Februari 2020
3. Resiko Infeksi berhubungan dengan Luka Episiotomi
 - Tanggal ditemukan : 11 Februari 2020
 - Tanggal teratasi : 13 Februari 2020
4. Defisiensi Pengetahuan berhubungan dengan kurang sumber pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar
 - Tanggal ditemukan : 11 Februari 2020
 - Tanggal teratasi : 12 Februari 2020

C. Perencanaan, pelaksanaan, Evaluasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (trauma)

Data Subjektif:

P: pasien mengatakan nyeri saat bergerak., Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri dibagian luka jahitan perineum, S: skala nyeri 4 (sedang), T: nyeri hilang timbul \pm 1 menit.

Data Objektif:

Pasien tampak meringis kesakitan jika bergerak, tekanan darah 110/72 mmhg, nadi 85x/menit, dan tampak jahitan subcuticular pada luka episiotomy.

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang sampai dengan hilang.

Kriteria Hasil:

Tanda-tanda vital dalam batas normal (TD : 120/80mmhg, nadi 60-100x/ menit, nyeri berkurang dengan skala nyeri 1 sampai 2, pasien tampak tenang rileks.

Rencana Keperawatan:

- a. Observasi tanda-tanda vital (tekanan darah dan nadi) per shift
- b. Kaji karakteristik nyeri pasien (faktor pencetus, kualitas, lokasi, skala, dan waktu) per shift
- c. Berikan pasien posisi nyaman (semifowler)
- d. Anjurkan pasien untuk teknik relaksasi nafas dalam saat nyeri timbul
- e. Berikan obat Mefinal 3 x 500mg per oral

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 11 Februari 2020

Pukul 16.00 WIB memantau tanda-tanda vital pasien dengan hasil tekanan darah 115/80 mmHg, nadi 88 x/menit, RR 18 x/menit, suhu 36,6°C. Pukul 17.00 WIB mengkaji keluhan nyeri pasien (faktor pencetus, kualitas, lokasi, skala, waktu) dengan hasil P: pasien mengatakan nyeri saat bergerak, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri dibagian luka jahitan perineum, S: skala nyeri 4 (sedang), T : nyeri hilang timbul \pm 1 menit, pasien tampak meringis saat bergerak. Memberikan pasien posisi nyaman (semifowler) dengan hasil pasien mengatakan lebih nyaman dengan posisi sekarang (semifowler), dan pasien tampak rileks. Mengajarkan pasien relaksasi nafas dalam saat nyeri timbul dengan hasil pasien mampu melakukan reklasasi nafas dalam yang diajarkan oleh perawat. Pukul 18.30 WIB memberikan obat Mefinal 500 mg per oral dengan hasil obat Mefinal 500 mg berhasil diminum dan obat tidak dimuntahkan pasien. Pukul 21.00 WIB Mengkaji keluhan nyeri pasien (faktor pencetus, kualitas, lokasi, skala, waktu) dengan hasil P: pasien mengatakan nyeri saat bergerak, Q: pasien mengatakan nyeri

seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri dibagian luka jahitan perineum, S: skala nyeri 3, T : nyeri hilang timbul \pm 1 menit, pasien tampak tenang (perawat ruangan). Pukul 05.00 WIB memantau tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 122/70 mmHg, nadi 82x/menit, RR 20 x/menit, suhu 36,4°C (perawat ruangan).

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 11 Februari 2020 pukul 21.00 WIB

S: P: pasien mengatakan nyeri saat bergerak, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri dibagian luka jahitan perineum, S: skala nyeri 4 (sedang), T : nyeri hilang timbul \pm 1 menit.

O: tekanan darah 115/80 mmHg, nadi 88 x/menit, pasien tampak meringis saat bergerak.

A: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

P: Lanjutkan intervensi a,b,c,d, dan e.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB memantau tanda-tanda vital pasien dengan hasil tekanan darah 96/72 mmHg, nadi 74x/menit, RR 18 x/menit, suhu 36,3°C. Pukul 08.00 WIB memberikan obat Mefinal 500 mg per oral dengan hasil obat Mefinal 500 mg berhasil diminum dan obat tidak dimuntahkan pasien. Pukul 09.30 WIB mengkaji keluhan nyeri pasien (faktor pencetus, kualitas, lokasi, skala, waktu) dengan hasil P: pasien mengatakan nyeri saat bergerak dan berjalan, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri dibagian luka jahitan perineum, S: skala nyeri 3, T: nyeri hilang timbul \pm 1 menit, pasien tampak meringis saat berjalan ke kamar mandi. Pukul 09.35 WIB Memberikan pasien posisi nyaman (semifowler) dengan hasil pasien mengatakan lebih nyaman dengan posisi sekarang (semifowler), dan pasien tampak rileks. Mengajarkan pasien relaksasi

nafas dalam saat nyeri timbul dengan hasil pasien mampu melakukan reklasasi nafas dalam yang diajarkan oleh perawat. Pukul 13.00 WIB memberikan obat Mefinal 500 mg per oral dengan hasil obat Mefinal 500mg berhasil diminum dan obat tidak dimuntahkan pasien. Pukul 15.00 WIB memantau tanda-tanda vital pasien dengan hasil tekanan darah 103/76 mmHg, nadi 77 x/menit, suhu 36,2°C (perawat ruangan). Mengkaji keluhan nyeri pasien (faktor pencetus, kualitas, lokasi, skala, waktu) dengan hasil P: pasien mengatakan masih nyeri saat bergerak, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri dibagian luka jahitan perineum, S: skala nyeri 3, T : nyeri hilang timbul \pm 1 menit, pasien tampak tenang (perawat ruangan). Pukul 19.30 WIB memberikan obat Mefinal 500 mg per oral dengan hasil obat Mefinal 500 mg berhasil diminum dan obat tidak dimuntahkan pasien (perawat ruangan). Pukul 05.00 WIB memantau tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 101/68 mmHg, nadi 70x/menit, suhu 36°C (perawat ruangan).

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020 pukul 14.00 WIB

S: hasil P: pasien mengatakan nyeri saat bergerak dan berjalan, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri dibagian luka jahitan perineum, S: skala nyeri 3, T : nyeri hilang timbul \pm 1 menit

O: tekanan darah 96/72 mmHg, nadi 74x/menit, pasien tampak meringis saat berjalan ke kamar mandi.

A: Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

P: lanjutkan intervensi a,b, dan e.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB memantau tanda-tanda vital pasien dengan hasil tekanan darah 110/75 mmHg, nadi 71x/menit, RR 18x/menit, suhu 36,2°C. Pukul 08.00 WIB memberikan obat Mefinal 500mg per oral dengan hasil obat Mefinal 500mg berhasil diminum dan obat tidak dimuntahkan pasien. Pukul 09.00 WIB mengkaji keluhan nyeri pasien (faktor pencetus, kualitas, lokasi, skala, waktu) dengan hasil P: pasien mengatakan nyeri saat berjalan, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri dibagian luka jahitan perineum, S: skala nyeri 2, T : nyeri hilang timbul \pm 1 menit, pasien tampak rileks. Pukul 13.00 WIB memberikan obat Mefinal 500 mg per oral dengan hasil obat Mefinal 500 mg berhasil diminum dan obat tidak dimuntahkan pasien.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020 pukul 14.00 WIB

S: P: pasien mengatakan nyeri saat berjalan, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri dibagian luka jahitan perineum, S: skala nyeri 2, T : nyeri hilang timbul \pm 1 menit,
O: tekanan darah 110/75 mmHg, nadi 71x/menit, pasien tampak rileks.

A: Masalah teratasi, tujuan tercapai.

P: Hentikan intervensi, pasien pulang pukul 14.00 WIB

2. Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma jalan lahir

Data subjektif:

Pasien mengatakan sudah ganti pembalut 1 kali (50cc) di ruang VK dan darah berwarna merah segar.

Data objektif:

TD 110/72 mmHg, Nadi 85x/menit, CRT < 3 detik, Hb 8,6 g/dl (10-20), kontraksi uterus kuat, konsistensi uterus keras, TFU 2 jari

dibawah pusat, warna lochea merah segar (*lochea rubra*), jumlah $\frac{1}{2}$ pembalut ± 100 cc, jumlah perdarahan saat persalinan 150cc, dan total jumlah perdarahan ± 175 cc.

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam perdarahan tidak terjadi.

Kriteria Hasil:

Tanda-tanda vital dalam batas normal (100/60-120/80 mmHg), nadi 60-100x/menit, TFU 2 jari dibawah pusat, lochea rubra, jumlah perdarahan lochea dalam batas normal (< 500 cc), kontraksi uterus kuat, konsistensi uterus keras.

Rencana Keperawatan:

- a. Observasi tanda-tanda vital (tekanan darah dan nadi) per shift
- b. Observasi lochea (warna, jumlah, bau) per shift
- c. Observasi TFU dengan palpasi per shift
- d. Kaji kontraksi dan konsistensi uterus per shift
- e. Anjurkan pasien menyusui sesering mungkin
- f. Berikan obat emineton 2 x 1 tab peroral

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 11 Februari 2020

Pukul 16.00 WIB memantau tanda-tanda vital pasien dengan hasil tekanan darah 115/80 mmHg, nadi 88 x/menit, RR 18 x/menit, suhu 36,6°C. Mengobservasi lochea pasien dengan hasil lochea berwarna merah segar (*lochea rubra*), jumlah $\frac{1}{2}$ pembalut ± 25 cc, berbau amis. Mengkaji kontraksi pada uterus dengan hasil kontraksi uterus kuat dan konsistensi uterus keras. Mengobservasi tinggi fundus uteri dengan hasil tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat. Pukul 18.30 WIB memberikan obat Eminenton 1 tablet peroral dengan hasil obat emineton 1 tablet berhasil diminum dan obat tidak dimuntahkan, pasien tampak tenang. Pukul 21.00 WIB memantau tanda-tanda vital pasien dengan hasil tekanan darah 117/72 mmHg, nadi 81 x/menit

(perawat ruangan). Mengkaji kontraksi pada uterus dengan hasil kontraksi uterus kuat dan konsistensi uterus keras (perawat ruangan). Mengobservasi tinggi fundus uteri dengan hasil tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat (perawat ruangan). Pukul 05.00 WIB memantau tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 122/70 mmHg, nadi 82x/menit, RR 20 x/menit, suhu 36,4°C (perawat ruangan).

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 11 Februari 2020 pukul 21.00 WIB

S : -

O : Tekanan darah 115/80 mmHg, nadi 88 x/menit, RR 18 x/menit, suhu 36,6°C, lochea berwarna merah segar (*lochea rubra*), jumlah ½ pembalut ±25 cc, berbau amis, kontraksi uterus kuat dan konsistensi uterus keras, tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat.

A : Perdarahan masih berisiko

P : Lanjutkan semua intervensi a,b,c,d,e, dan f

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB memantau tanda-tanda vital pasien dengan hasil tekanan darah 96/72 mmHg, nadi 74x/menit. Pukul 08.00 WIB memberikan obat Eminenton 1 tablet peroral dengan hasil obat eminenton 1 tablet berhasil diminum dan obat tidak dimuntahkan, pasien tampak tenang. Pukul 09.00 WIB Mengobservasi lochea pasien dengan hasil lochea berwarna merah segar (*lochea rubra*), jumlah ½ (25cc) pembalut, berbau amis. Mengkaji kontraksi pada uterus dengan hasil kontraksi uterus kuat dan konsistensi uterus keras. Mengobservasi tinggi fundus uteri dengan hasil tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat. Pukul 15.00 WIB memantau tanda-tanda vital pasien dengan hasil tekanan darah 103/76 mmHg, nadi 77 x/menit, suhu 36,2°C (perawat ruangan). Pukul 17.00 WIB Mengkaji kontraksi pada uterus dengan hasil kontraksi uterus kuat dan konsistensi uterus

keras (perawat ruangan). Mengobservasi lochea pasien dengan hasil lochea berwarna merah segar (*lochea rubra*), jumlah $\frac{1}{2}$ (25 cc) pembalut, berbau amis (perawat ruangan). Mengobservasi tinggi fundus uteri dengan hasil tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat (perawat ruangan). Pukul 19.30 WIB memberikan obat Eminenton 1 tablet peroral dengan hasil obat eminenton 1 tablet berhasil diminum dan obat tidak dimuntahkan, pasien tampak tenang (perawat ruangan). Pukul 05.00 WIB memantau tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 101/68 mmHg, nadi 70x/menit, suhu 36°C (perawat ruangan).

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020 pukul 14.00 WIB

S : -

O : Tekanan darah 96/72 mmHg, nadi 74 x/menit, RR 18 x/menit, suhu 36,3°C, lochea berwarna merah segar (*lochea rubra*), jumlah $\frac{1}{2}$ (25 cc) pembalut, berbau amis, kontraksi uterus kuat dan konsistensi uterus keras, tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat.

A : perdarahan tidak terjadi

P : lanjutkan semua intervensi a,b,c,d,e, dan f.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB memantau tanda-tanda vital pasien dengan hasil tekanan darah 110/75 mmHg, nadi 71x/menit. Pukul 08.00 WIB memberikan obat Eminenton 1 tablet peroral dengan hasil obat eminenton 1 tablet berhasil diminum dan obat tidak dimuntahkan, pasien tampak tenang. Pukul 08.30 WIB Mengobservasi lochea pasien dengan hasil lochea berwarna merah segar (*lochea rubra*), jumlah $\frac{1}{2}$ (25 cc) pembalut, berbau amis. Mengkaji kontraksi pada uterus dengan hasil kontraksi uterus kuat dan konsistensi uterus keras. Mengobservasi tinggi fundus uteri dengan hasil tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020 pukul 14.00 WIB

S : -

O : Tekanan darah 110/75 mmHg, nadi 71 x/menit, RR 18 x/menit, suhu 36,2°C, lochea berwarna merah segar (*lochea rubra*), jumlah ½ (25 cc) pembalut, berbau amis, kontraksi uterus kuat dan konsistensi uterus keras, tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat.

A : Masalah teratasi, tujuan tercapai

P : Hentikan semua intervensi, pasien pulang pukul 14.00 WIB

3. Resiko Infeksi berhubungan dengan Luka Episiotomi

Data Subjektif:

Pasien mengatakan tidak ada demam.

Data Objektif:

Lochea rubra, warna darah tampak merah segar, jumlah ½ (25cc) pembalut ±100cc, perdarahan saat persalinan 150cc, suhu 36,4°C, leukosit 9,030/ul (10-02-20), pasien tampak terdapat luka jahitan episiotomy, tidak ada tanda-tanda REEDA: Redness (kemerahan) tidak ada, tidak terjadi Edema, Echimosis tidak ada, tidak terdapat Drainage (rembesan), dan Approximatly tidak ada.

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi pada pasien.

Kriteria Hasil:

Suhu tubuh dalam batas normal (36°C-37,5°C), tidak ada tanda-tanda infeksi (rubor, dolor, calor, tumor, fungsiolaesa) disekitar luka jahitan episiotomi, *lochea rubra* (2 hari), *lochea sanguilenta* (3-7 hari postpartum).

Rencana Keperawatan:

- a. Pantau tanda-tanda vital (suhu) per shift
- b. Observasi warna dan bau *lochea*
- c. Observasi adanya tanda-tanda infeksi (rubor, calor, dolor, tumor, functio laesa) di luka jahitan episiotomi
- d. Lakukan perawatan perineum
- e. Anjurkan pasien makan makanan yang mengandung protein dan Vitamin C
- f. Berikan obat Bactesyn 2 x 375mg per oral

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 11 Februari 2020

Pukul 16.00 WIB mengobservasi suhu dengan hasil suhu 36,6°C. Mengobservasi lochea pasien dengan hasil lochea berwarna merah segar (*lochea rubra*), jumlah ½ pembalut (±25cc), berbau amis. Mengobservasi adanya tanda-tanda infeksi (rubor, calor, dolor, tumor, functio laesa) di luka jahitan episiotomi dengan hasil tidak terdapat tanda-tanda infeksi di luka jahitan episiotomi, luka jahitan masih tampak basah, tidak ada panas, tidak ada pembengkakan. Pukul 18.00 WIB menganjurkan pasien untuk banyak makan yang mengandung protein dan vitamin C dengan hasil pasien mengatakan akan mengikuti saran dari perawat. Pukul 18.30 WIB memberikan obat Bactesyn 375mg per oral dengan hasil obat bactesyn 375 mg berhasil diminum dan obat tidak dimuntahkan pasien. Pukul 21.00 WIB Mengobservasi lochea pasien dengan hasil lochea berwarna merah segar (*lochea rubra*), jumlah ¼ (±12,5cc) pembalut, berbau amis (perawat ruangan). Pukul 05.00 WIB memantau tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 122/70 mmHg, nadi 82x/menit, RR 20 x/menit, suhu 36,4°C (perawat ruangan).

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 11 Februari 2020 pukul 21.00

S: -

O: suhu 36,6°C, lochea berwarna merah segar (*lochea rubra*), jumlah ½ pembalut (± 25 cc), berbau amis. tidak terdapat tanda-tanda infeksi di luka jahitan perineum, luka jahitan masih tampak basah, tidak ada panas, tidak ada pembengkakan, Pasien tampak menerima anjuran dan pasien tampak kooperatif.

A: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

P: lanjutkan semua intervensi a,b,c,d, f.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB memantau tanda-tanda vital pasien dengan hasil suhu 36,3°C. Pukul 08.00 WIB memberikan obat Bactesyn 375 mg per oral dengan hasil obat bactesyn 375 mg berhasil diminum dan obat tidak dimuntahkan. Pukul 09.00 WIB Mengobservasi lochea pasien dengan hasil lochea berwarna merah segar (*lochea rubra*), jumlah ½ (± 25 cc) pembalut, berbau amis. Mengobservasi adanya tanda-tanda infeksi (rubor, calor, dolor, tumor, fungsiolaesa) di luka jahitan perineum dengan hasil tidak terdapat tanda-tanda infeksi di luka jahitan perineum, luka jahitan sudah tampak kering, tidak ada panas, tidak ada pembengkakan. Pukul 15.00 WIB Memantau tandal-tanda vital dengan hasil suhu 36,2°C (perawat ruangan). Pukul 19.30 WIB memberikan obat Bactesyn 375mg per oral dengan hasil obat bactesyn 375 mg berhasil diminum dan obat tidak dimuntahkan pasien (perawat ruangan). Pukul 05.00 WIB memantau tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 101/68 mmHg, nadi 70x/menit, suhu 36°C (perawat ruangan).

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020 pukul 14.00

S: -

O: suhu 36,3°C, lochea berwarna merah segar (*lochea rubra*), jumlah ½ (±25cc) pembalut, berbau amis. tidak terdapat tanda-tanda infeksi di luka jahitan perineum, luka jahitan tampak kering, tidak ada panas, tidak ada pembengkakan.

A: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

P: Lanjutkan semua intervensi a,b,c,d,f

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB memantau tanda-tanda vital pasien dengan hasil suhu 36,2°C. Pukul 08.00 WIB memberikan obat Bactesyn 375 mg per oral dengan hasil obat bactesyn 375 mg berhasil diminum dan obat tidak dimuntahkan. Pukul 08.30 WIB Mengobservasi lochea pasien dengan hasil lochea berwarna merah segar (*lochea rubra*), jumlah ½ (±25cc) pembalut, berbau amis. Mengobservasi adanya tanda-tanda infeksi (rubor, calor, dolor, tumor, fungsiolaesa) di luka jahitan perineum dengan hasil tidak terdapat tanda-tanda infeksi di luka jahitan perineum, luka jahitan tampak kering.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020 pukul 14.00

S: -

O: suhu 36,2°C, lochea berwarna merah segar (*lochea rubra*), jumlah ½ (±25cc) pembalut, berbau amis. tidak terdapat tanda-tanda infeksi di luka jahitan perineum, luka jahitan tampak kering.

A: Masalah teratasi, tujuan tercapai.

P: Hentikan intervensi, pasien pulang pukul 14.00 WIB

4. Defisiensi Pengetahuan berhubungan dengan kurang sumber pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar.

Data Subjektif:

Pasien mengatakan sudah tahu dan sudah berpengalaman dalam merawat bayi, tetapi pasien mengatakan tidak mengetahui posisi menyusui bayi yang benar seperti apa.

Data Objektif:

pasien tampak bingung saat ditanya oleh perawat tentang posisi menyusui bayi yang benar, Pasien tampak menyusui bayinya dengan posisi duduk dan bayi terkadang tampak menangis

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 30 menit pengetahuan pasien mengalami peningkatan dari skala 2 (pengetahuan terbatas) menjadi skala 4 (pengetahuan banyak).

Kriteria Hasil:

Pasien mengerti tentang teknik menyusui bayi yang benar, pasien mengetahui keuntungan pemberian ASI untuk ibu dan bayi, pasien mengetahui posisi menyusui yang benar, dan pasien dapat menerapkan dan mendemonstrasikan cara posisi menyusui bayi yang benar.

Rencana Keperawatan:

- a. Kaji tingkat pengetahuan pasien tentang cara posisi menyusui bayi yang benar.
- b. Jelaskan tujuan dari tindakan tersebut.
- c. Berikan informasi terkait dengan posisi menyusui bayi yang benar.
- d. Demonstrasikan tentang cara posisi menyusui bayi yang benar.

Perencanaan Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020

Pukul 10.00 WIB mengkaji tingkat pengetahuan pasien tentang cara posisi menyusui bayi yang benar dengan hasil pasien mengatakan hanya mengetahui posisi menyusui bayi duduk dan didekap saja, pasien belum mengetahui posisi menyusui bayi yang benar seperti apa. Pukul 10.05

WIB memberikan informasi tentang teknik menyusui bayi yang benar, keuntungan pemberian ASI untuk ibu dan bayi, posisi menyusui bayi yang benar, serta melakukan demonstrasi dengan hasil pasien memperhatikan penjelasan dari perawat, pasien tampak antusias dan kooperatif, pasien mengatakan sekarang sudah mengerti teknik dan posisi untuk menyusui yang benar seperti apa, dan pasien tampak mempragakan cara posisi menyusui bayi yang benar dengan bayinya.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020 pukul 10.30 WIB

S: pasien mengatakan sekarang sudah mengerti teknik dan posisi untuk menyusui yang benar seperti apa.

O: pasien memperhatikan penjelasan dari perawat, pasien tampak antusias dan kooperatif, dan pasien tampak mempragakan cara posisi menyusui bayi yang benar dengan bayinya.

A: Masalah teratasi, tujuan tercapai

P: Hentikan semua intervensi

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada BAB ini penulis akan membahas tentang kesenjangan antara teori dengan kasus setelah melakukan Asuhan Keperawatan Pada Ny T *Pasca Partum* dengan tindakan Induksi dan Episiotomi di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat yang dilaksanakan pada tanggal 11-13 Februari 2020. Penulis akan menguraikan kesenjangan yang dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan, serta penulis akan mengidentifikasi faktor penghambat dan faktor pendukung dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

A. Pengkajian

Pada tahap pengkajian terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Menurut Rosyati (2017), Lamanya kala I yaitu 7 jam 20 menit pada multigravida, Lama kala II yaitu 30 menit pada multigravida, Lama kala III 10 menit pada multigravida, dan total waktu persalinan pada multigravida 8 jam. Pada kasus yang dikelola oleh penulis ditemukan kesenjangan yaitu lama persalinan Kala I mencapai 22 jam 10 menit, kala 2 pembukaan lengkap sampai bayi lahir 8 menit. Kala 3 plasenta lahir setelah bayi lahir 7 menit. Total jumlah jam nya 22 jam 25 menit. Kesenjangan lamanya kala I dikarenakan pasien cemas melahirkan anak kedua dan keadaan serviks yang buruk yaitu tidak membuka dan perineum kaku.

Menurut Aspiani (2017), Tanda-tanda vital pada masa nifas akan mengalami perubahan yaitu tekanan darah normal 120/80 mmHg. Sedangkan menurut (Astutik, 2015), Tekanan darah <140mmHg, dan bisa meningkat dari sebelum persalinan sampai 1-3 hari masa nifas. Bila tekanan darah menjadi rendah perlu diwaspadai adanya perdarahan pada masa nifas. Sebaliknya bila tekanan darah tinggi, hal merupakan salah satu

petunjuk kemungkinan adanya pre-eklamsi yang bisa timbul pada masa nifas dan diperlukan penanganan lebih lanjut. Namun, pada kasus yang ditemukan peneliti tidak menemukan adanya penurunan atau kenaikan tekanan darah. Tekanan darah masih dalam batas normal dengan hasil TD 110/72 mmHg.

Menurut Aspiani (2017), pasien dengan post partum biasanya mengalami gangguan dalam temperature tubuh, suhu meningkat di atas 37,5°C. Sedangkan menurut Astutik (2015), Sekitar hari ke-4 setelah persalinan suhu ibu akan mengalami kenaikan antara 37,2-37,5°C. Kenaikan suhu ini kemungkinan disebabkan karena aktivitas payudara. Bila kenaikan mencapai 38 °C pada hari ke-2 sampai hari-hari berikutnya, perlu diwaspadai adanya infeksi atau sepsis masa nifas. Pada kasus 4,5 jam setelah pasca partum, pasien tidak mengalami kenaikan suhu dibuktikan dengan suhu pasien 36,4°C, pada saat dilakukan pengkajian tidak ada pembengkakan dan nyeri pada payudara, dan tidak ada tanda-tanda infeksi pada sekitar luka episiotomi.

Menurut Aspiani (2017), Nadi pada ibu *post partum* biasanya mengalami peningkatan yaitu >90x/menit. Sedangkan menurut Astutik (2015), Nadi pada ibu dalam keadaan istirahat penuh, denyut nadi sekitar 60x/menit dan terjadi terutama pada minggu pertama nifas. Frekuensi nadi normal yaitu 60-80 x/menit. Denyut nadi masa nifas umumnya lebih stabil dibandingkan suhu badan. Pada saat dilakukan pengkajian nadi tidak mengalami penurunan maupun peningkatan, hal ini dibuktikan dengan hasil pemeriksaan nadi 85 x/menit.

Menurut Aspiani (2017), pernafasan pada ibu *post partum* meningkat > 20x/menit. Sedangkan menurut Astutik (2015), Respirasi atau pernafasan umumnya lambat atau normal, karena ibu dalam keadaan pemulihan atau keadaan istirahat. Pernafasan yang normal setelah persalinan adalah 16-24x/menit atau rata-rata 18x/menit. Pada saat dilakukan pengkajian

pernafasan tidak mengalami peningkatan, pernafasan pasien masih dalam batas normal 20 x/menit.

Menurut Aspiani (2017), Perubahan sistem perkemihan selama 24 jam pertama buang air kecil lebih sulit, kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Namun pada kasus pasien *pasca partum* spontan dengan luka episiotomi tidak terjadi spasme sfingter dan edema leher buli-buli.

Menurut (Asih & Risneni, 2016), Fase *tacking in* merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu ibu terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Tetapi pada kasus, tidak ditemukan pasien terfokus dengan dirinya sendiri, pasien tampak senang atas kelahiran anak keduanya.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan pengkajian yaitu pasien dan keluarga kooperatif dalam memberikan informasi kepada penulis secara terbuka, dan penulis bisa melihat kelengkapan data pasien yang kurang dari rekam medis. Adapun faktor penghambat dalam melakukan pelaksanaan keperawatan yaitu keterbatasan waktu dalam praktek di Rumah Sakit.

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut Aspiani (2017), terdapat 7 diagnosa keperawatan pada pasien dengan postpartum spontan. Sedangkan pada kasus Ny T *pasca partum* dengan Induksi dan episiotomi dirumuskan empat diagnosa keperawatan, dimana kedua diagnosa yang muncul sesuai dengan teori yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (trauma)

Diagnosa keperawatan tersebut diangkat oleh penulis karena didukung oleh adanya data pasien yang dibuktikan pasien mengatakan nyeri

pada daerah luka jahitan episiotomi dengan skala 4, maka dari itu perlunya pemantauan dan penanganan lebih lanjut agar pasien tidak merasakan nyeri berlebihan dan memberikan rasa nyaman pada pasien.

2. Resiko Infeksi berhubungan dengan Trauma jalan lahir

Diagnosa keperawatan tersebut diangkat oleh penulis karena didukung oleh adanya data yang dibuktikan dengan saat melakukan pengkajian pasien baru 4,5 jam postoperasi dengan luka jahitan episiotomi, maka dari itu perlunya pemantauan lebih lanjut agar tidak terjadi infeksi pada pasien pada luka jahitan episiotomi.

Diagnosa keperawatan tambahan pada kasus yang tidak terdapat pada teori, namun ada dalam Herdman et al (2015) dan kasus, yaitu:

1. Resiko Perdarahan berhubungan dengan Trauma

Diagnosa keperawatan tersebut diangkat oleh penulis karena didukung oleh adanya data pasien yang dibuktikan pasien baru saja 4,5 jam persalinan spontan, oleh karena itu, pemantauan lebih lanjut perlu dilakukan agar tidak terjadi perdarahan yang abnormal atau berlebihan walaupun pada saat pengkajian data pasien semua normal tetapi penulis mengangkat masalah masih risiko untuk mencegah agar masalah tidak menjadi aktual.

2. Defisiensi Pengetahuan berhubungan dengan Kurang sumber pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar

Diagnosa keperawatan tersebut diangkat oleh penulis karena didapatkan data pasien mengatakan tidak mengetahui posisi menyusui bayi yang benar seperti apa, dan pada saat ditanya pasien tampak bingung tentang posisi menyusui bayi yang benar. Oleh karena itu penulis mengangkat diagnosa tersebut agar pasien dapat mengetahui teknik menyusui yang benar seperti apa.

Sedangkan diagnosa yang terdapat pada teori tetapi tidak muncul dalam kasus adalah:

1. Risiko kurang volume cairan berhubungan dengan pengeluaran yang berlebihan; perdarahan; diuresis; keringat berlebihan.

Diagnosa kepetawatan ini tidak diangkat karena pasien balance cairan per 7 jam pasien +100 cc.

2. Gangguan eliminasi BAK (disuria) berhubungan dengan trauma perineum dan saluran kemih.

Diagnosa kepetawatan ini tidak diangkat dikarenakan pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan setelah persalinan sudah BAK pada tanggal 11 februari 2020 pukul 13.00 wib.

3. Konstipasi berhubungan dengan kurangnya mobilisasi; diet yang tidak seimbang; trauma persalinan.

Diagnosa kepetawatan ini tidak diangkat dikarenakan pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan sebelum persalinan sudah defekasi pada tanggal 11 februari 2020 di pagi hari.

4. Risiko gangguan proses parenting berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang merawat bayi

Diagnosa kepetawatan ini tidak diangkat karena pasien mengetahui cara merawat bayi, dan persalinan ini merupakan kelahiran anak kedua.

5. Kurangnya perawatan diri berhubungan dengan kelemahan; kelelahan *post partum*.

Diagnosa kepetawatan ini tidak diangkat karena pasien dapat melakukan perawatan diri seperti mandi, makan dan eliminasi setelah 24 jam paska partum.

Faktor pendukung dalam mengangkat diagnosa keperawatan yang telah diangkat penulis yaitu adanya keluhan pasien dan data-data pasien yang mendukung dalam menegakkan diagnosa dengan batasan karakteristik diagnosa keperawatan serta terdapat referensi buku yang dapat membantu penulis untuk menegakkan diagnosa.

Faktor penghambat dari penulis dalam mengangkat diagnosa keperawatan dikarenakan perawat ruangan hanya mengangkat satu diagnosa saja, namun yang terdapat pada pasien adalah 4 diagnosa keperawatan dan referensi buku yang kurang terbaru yang bisa dijadikan sumber bagi penulis.

C. Perencanaan Keperawatan

Penulis menetapkan diagnosa keperawatan prioritas pada kasus adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (trauma), Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma jalan lahir, Resiko Infeksi berhubungan dengan luka episiotomy, dan Defisiensi Pengetahuan berhubungan dengan kurang sumber pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar.

Diagnosa prioritas yang penulis angkat adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (trauma) karena data-data yang ditemukan pada pasien yaitu pasien mengatakan nyeri saat bergerak, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri dibagian luka jahitan perineum, skala nyeri 4 (sedang), nyeri hilang timbul \pm 1 menit, Pasien tampak meringis kesakitan jika bergerak, tekanan darah 110/72 mmhg, nadi 85x/menit, RR 20x/menit.

Pada teori, penentuan tujuan dalam perencanaan keperawatan tidak ada batasan waktu. Tetapi pada kasus, penulis membuat tujuan dengan batasan waktu 3x24 jam. Hal tersebut diberikan waktu untuk mengetahui tingkat keberhasilan dari perencanaan yang telah dibuat oleh penulis.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (trauma)

Penulis membuat tujuan dengan batasan waktu 3x24 jam. Menurut teori Aspiani (2017), intervensi yang dapat dilakukan yaitu ada 19 intervensi. Namun intervensi yang penulis lakukan sesuai dengan keluhan dan data yang dimiliki penulis, yaitu:

- a. Observasi tanda-tanda vital (tekanan darah dan nadi) per shift
- b. Kaji karakteristik nyeri pasien (faktor pencetus, kualitas, lokasi, skala, dan waktu) per shift
- c. Berikan pasien posisi nyaman (semifowler)
- d. Anjurkan pasien untuk tehnik relaksasi nafas dalam saat nyeri timbul
- e. Berikan obat Mefinal 3 x 500mg per oral

2. Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma jalan lahir

Penulis membuat tujuan dengan batasan waktu 3x24 jam. Pada diagnosa keperawatan ini penulis melakukan intervensi dengan pendekatan kriteria hasil NOC dan intervensi NIC:

- a. Observasi tanda-tanda vital (tekanan darah dan nadi) per shift
- b. Observasi lochea (warna, jumlah, bau) per shift
- c. Observasi TFU dengan palpasi per shift
- d. Kaji kontraksi dan konsistensi uterus per shift
- e. Anjurkan pasien menyusui sesering mungkin
- f. Berikan obat emineton 2 x 1 tab peroral

3. Resiko Infeksi berhubungan dengan Luka Episiotomi

Penulis membuat tujuan dengan batasan waktu 3x24 jam. Menurut teori Aspiani (2017), intervensi yang dapat dilakukan yaitu ada 21 intervensi. Namun intervensi yang penulis lakukan sesuai dengan keluhan dan data yang dimiliki penulis, yaitu:

- a. Pantau tanda-tanda vital (suhu) per shift
- b. Observasi warna dan bau *lochea*
- c. Observasi adanya tanda-tanda infeksi (rubor, kalor, dolor, tumor, fungsiolaesa) di luka jahitan perineum
- d. Lakukan perawatan perineum
- e. Anjurkan pasien makan makanan yang mengandung protein dan Vitamin C
- f. Berikan obat Bactesyn 2 x 375mg per oral

4. Defisiensi Pengetahuan berhubungan dengan kurang sumber pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar.

Pada diagnosa keperawatan ini penulis melakukan intervensi dengan pendekatan kriteria hasil NOC dan intervensi NIC:

- a. Kaji tingkat pengetahuan pasien tentang cara posisi menyusui bayi yang benar.
- b. Jelaskan tujuan dari tindakan tersebut.
- c. Berikan informasi terkait dengan posisi menyusui bayi yang benar.
- d. Demonstrasikan tentang cara posisi menyusui bayi yang benar.

Faktor pendukung dalam merencanakan perencanaan keperawatan yaitu dengan adanya sumber referensi yang sesuai yang dapat dijadikan rujukan untuk merencanakan asuhan keperawatan sesuai dengan keadaan atau kondisi pasien.

Faktor penghambat yang ditemukan penulis dalam merencanakan perencanaan keperawatan yaitu kurangnya referensi dari berbagai buku untuk merumuskan perencanaan keperawatan dan kurangnya bahasa perencanaan yang sedikit tidak dipahami oleh penulis.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan pada pasien disesuaikan dengan intervensi yang telah ditetapkan, yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (trauma), Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma jalan lahir, Resiko Infeksi berhubungan dengan luka episiotomi, dan Defisiensi Pengetahuan berhubungan dengan kurang sumber pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar.

Pada diagnosa pertama yaitu nyeri akut, semua tindakan keperawatan dapat dilaksanakan semua baik secara independet maupun secara interdependent. Pelaksanaan independent yang dilakukan pada diagnosa ini adalah mengobservasi tanda-tanda vital (tekanan darah dan nadi), mengkaji karakteristik nyeri pasien (faktor pencetus, kualitas, lokasi, skala, dan waktu), memberikan pasien posisi nyaman (semifowler), dan menganjurkan pasien untuk tehnik relaksasi nafas dalam saat nyeri timbul. Sedangkan secara interdependent yang dapat dilakukan adalah memberikan obat Mefinal 3 x 500mg peroral. Semua pelaksanaan dapat dilakukan dengan baik karena adanya faktor pendukung baik dari keluarga pasien maupun perawat ruangan, seperti dalam pemberian obat yang dilakukan oleh perawat ruangan yang bertugas pada saat itu.

Pada diagnosa kedua yaitu resiko perdarahan, semua tindakan keperawatan dapat dilaksanakan semua baik secara independent maupun interdependent. Pelaksanaan independent yang dilakukan pada diagnosa ini adalah mengobservasi tanda-tanda vital (tekanan darah dan nadi) pasien, mengbservasi lochea (warna, jumlah, bau), mengobservasi tinggi fundus uteri, mengkaji kontraksi dan konsistensi uterus, dan menganjurkan pasien menyusui sesering mungkin. Pelaksanaan interdependent yang dapat dilakukan adalah meberikan obat eminenton 2 x 1 tab peroral. Semua pelaksanaan dapat dilakukan dengan baik karena adanya faktor pendukung baik dari keluarga pasien maupun perawat ruangan, seperti dalam pemberian obat yang dilakukan oleh perawat ruangan yang bertugas pada saat itu.

Pada diagnosa ketiga yaitu resiko infeksi, semua tindakan keperawatan dapat dilaksanakan dengan baik secara independent maupun interdependent. Pelaksanaan independent yang dilakukan pada diagnosa ini adalah memantau tanda-tanda vital pasien (suhu), mengobservasi warna dan bau lochea, mengobservasi adanya tanda-tanda infeksi (rubor, kalor, dolor, tumor, fungsiolaesa) di luka jahitan episiotomi, melakukan

perawatan perineum, menganjurkan pasien makan-makanan yang mengandung protein dan vitamin C. Tindakan interdependent yaitu memberikan obat Bactesyn 2 x 375mg per oral. Semua pelaksanaan dapat dilakukan dengan baik karena adanya faktor pendukung baik dari keluarga pasien maupun perawat ruangan, seperti dalam pemberian obat yang dilakukan oleh perawat ruangan yang bertugas pada saat itu.

Pada diagnosa keempat yaitu defisiensi pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar, semua tindakan dapat dilaksanakan dengan baik secara independent. Pelaksanaan independet yang dilakukan pada diagnosa ini adalah mengkaji tingkat pengetahuan pasien tentang cara posisi menyusui bayi yang benar, menjelaskan tujuan dari tindakan tentang teknik menyusui yang benar, memberikan informasi terkait dengan posisi menyusui bayi yang benar, dan mendemonstrasikan tentang cara posisi menyusui bayi yang benar. Semua pelaksanaan dapat dilakukan dengan baik karena adanya faktor pendukung baik dari keluarga pasien maupun perawat ruangan.

Faktor pendukung dalam melaksanakan pelaksanaan keperawatan, yaitu pasien sangat komunikatif dan kooperatif serta kolaborasi tim perawat ruangan sehingga dapat melakukan rencana keperawatan dengan baik.

Faktor penghambat dalam melaksanakan pelaksanaan keperawatan, yaitu adanya keterbatasan waktu sehingga penulis tidak dapat melakukan seluruhnya dengan maksimal. Solusi yang dilakukan penulis yaitu dengan melakukan kolaborasi bersama perawat ruangan sebagai tim dan monitor perkembangan pasien melalui tindakan yang dilakukan oleh perawat ruangan.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yaitu sebagai tahap akhir dari proses asuhan keperawatan, dalam tahap evaluasi ini penulis melihat sejauh mana keberhasilan asuhan keperawatan yang telah dicapai. Pada kasus semua intervensi pada setiap diagnosa yang telah direncanakan sudah terlaksanakan dengan baik, antara lain:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (trauma)

Diagnosa keperawatan ini ditentukan setelah dilakukan 3x24 jam nyeri akut tidak terjadi dengan kriteria hasil tanda-tanda vital dalam batasan normal (TD : 120/80mmhg, nadi 60-100x/ menit, RR 16-20x/menit, nyeri berkurang dengan skala nyeri 1 sampai 2, pasien tampak tenang rileks. Masalah teratasi, tujuan tercapai. Dibuktikan pada evaluasi hari ketiga pasien mengatakan nyeri saat berjalan, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri dibagian luka jahitan perineum, pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dari skala 3 menjadi 2, nyeri hilang timbul \pm 1 menit, tekanan darah 110/75 mmHg, nadi 71x/menit, pasien tampak rileks.

2. Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma jalan lahir

Diagnosa keperawatan ini ditentukan setelah dilakukan 3x24 jam resiko perdarahan tidak terjadi dengan kriteria hasil tanda-tanda vital dalam batas normal (100/60-120/80 mmHg), nadi 60-100x/menit, TFU 2 jari dibawah pusat, lochea (rubra-sanguinolenta), jumlah perdarahan lochea dalam batas normal (< 500 cc), kontraksi uterus kuat, konsistensi uterus keras. Masalah teratasi, tujuan tercapai. Dibuktikan pada evaluasi hari ketiga tekanan darah 110/75 mmHg, nadi 71 x/menit, RR 18 x/menit, lochea berwarna merah segar (*lochea rubra*), jumlah ½ pembalut, berbau amis, kontraksi uterus kuat dan konsistensi uterus keras, tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat.

3. Resiko Infeksi berhubungan dengan luka episiotomi

Diagnosa keperawatan ini ditentukan setelah dilakukan 3x24 jam resiko infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil suhu tubuh dalam batas normal (36°C-37,5°C), tidak ada tanda-tanda infeksi (rubor,

dolor, calor, tumor, fungsiolaesa) disekitar luka jahitan episiotomi, *lochea rubra* (2 hari), *lochea sanguilenta* (3-7 hari postpartum). Dibuktikan pada evaluasi hari ketiga suhu 36,2°C, lochea berwarna merah segar (*lochea rubra*), jumlah ½ pembalut, berbau amis. tidak terdapat tanda-tanda infeksi di luka jahitan episiotomi, luka jahitan tampak kering,

4. Defisiensi Pengetahuan berhubungan dengan kurang sumber pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar

Diagnosa keperawatan ini ditentukan setelah dilakukan 1x30 menit pengetahuan pasien mengalami peningkatan dari skala 2 (pengetahuan terbatas) menjadi skala 4 (pengetahuan banyak) dengan kriteria hasil Pasien mengerti tentang teknik menyusui bayi yang benar, pasien mengetahui keuntungan pemberian ASI untuk ibu dan bayi, pasien mengetahui posisi menyusui yang benar, dan pasien dapat menerapkan dan mendemonstrasikan cara posisi menyusui bayi yang benar. Dibuktikan pada evaluasi pasien mengatakan sekarang sudah mengerti teknik dan posisi untuk menyusui yang benar seperti apa, pasien memperhatikan penjelasan dari perawat, pasien tampak antusias dan kooperatif, dan pasien tampak mempragakan cara posisi menyusui bayi yang benar dengan bayinya.

Faktor pendukung dalam melakukan evaluasi yang penulis alami, yaitu adanya catatan perkembangan pasien.

Faktor penghambat, yaitu kurangnya efektifitas dalam pemantauan terhadap pasien karena keterbatasan waktu.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah melakukan Asuhan Keperawatan Pada Ny T *Pasca Partum* dengan Tindakan Induksi dan Episiotomi di Ruangan Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat dan sudah membahas kesenjangan-kesenjangan antara teori dan kasus, penulis ingin menyimpulkan bahwa berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan terhadap kasus ibu *Pasca Partum* Spontan dengan Induksi dan Episiotomi, pengkajian yang perlu dilakukan pada pasien *Pasca Partum* dengan tindakan Induksi dan Episiotomi yaitu keluhan pasien mengenai nyeri, tanda-tanda perdarahan, maupun infeksi yang beresiko terjadi.

Pada diagnosa keperawatan pada ibu postpartum menurut teori terdapat 7 diagnosa, sedangkan pada kasus hanya ditemukan 4 diagnosa yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (trauma), Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma jalan lahir, Resiko Infeksi berhubungan dengan luka episiotomi, dan Defisiensi Pengetahuan berhubungan dengan kurang sumber pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar. Diagnosa yang menjadi prioritas yang penulis angkat yaitu yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (trauma) dikarenakan pada saat pengkajian ditemukan data-data pada pasien yaitu pasien mengatakan nyeri saat bergerak, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri dibagian luka jahitan perineum, skala nyeri 4 (sedang), nyeri hilang timbul \pm 1 menit, Pasien tampak meringis kesakitan jika bergerak, tekanan darah 110/72 mmhg, nadi 85x/menit, tampak jahitan subcuticular pada luka episiotomi dan untuk diagnosa kedua yaitu resiko perdarahan karena pasien baru saja 4,5 jam persalinan spontan, oleh karena itu, pemantauan lebih lanjut perlu dilakukan agar tidak terjadi perdarahan yang abnormal atau berlebihan.

Perencanaan pada setiap diagnosa keperawatan yang timbul pada pasien dibuat berdasarkan prioritas utama sesuai dengan keluhan pasien. Perencanaan yang sesuai dengan prioritas diagnosa keperawatan yang penulis rencanakan antara lain observasi tanda-tanda vital (tekanan darah dan nadi), kaji karakteristik nyeri pasien (faktor pencetus, kualitas, lokasi, skala, dan waktu), berikan pasien posisi nyaman (semifowler), dan anjurkan pasien untuk teknik relaksasi nafas dalam saat nyeri timbul dan berikan obat Mefinal 3 x 500mg peroral.

Pada tahap implementasi tindakan keperawatan untuk Ny T disesuaikan dengan intervensi yang sudah ditetapkan. Dalam pelaksanaan keperawatan tidak semua dilakukan selama 24 jam dikarenakan keterbatasan waktu, tetapi penulis mendelegasikan kepada perawat ruangan dan mendokumentasikan.

Berdasarkan teori evaluasi dilakukan dengan penulisan SOAP (subjektif, objektif, analisa, dan planning) dan berdasarkan pada tujuan dan kriteria hasil yang sudah direncanakan. Seluruh diagnosa keperawatan yang diangkat penulis telah teratasi dan tujuan tercapai.

B. Saran

Saran penulis dalam pengumpulan data dan pengolahan data, yaitu:

1. Bagi Mahasiswa Keperawatan

Agar perawat lebih memperbanyak pengetahuan tentang memberikan asuhan keperawatan pada ibu *Pasca Partum* dengan tindakan Induksi dan Episiotomi, dengan cara lebih memperbanyak mencari referensi-referensi terkait dengan kasus melalui jurnal dan buku-buku agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang lebih baik kedepannya.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan untuk menambahkan refensi buku perpustakaan yang terbaru mengenai konsep tentang episiotomi yang mungkin bisa terjadi pada ibu *pascapartum* dan konsep asuhan keperawatan pada ibu *pascapartum*.

3. Bagi Perawat Ruangan

Diharapkan perawat ruangan harus mendokumentasikan setiap tindakan sesuai SOP yang telah dilakukan diruangan secara lengkap serta menambah ilmu pengetahuan tentang berbagai macam penyakit khususnya pada ibu *Pasca Partum* dengan tindakan induksi dan Episiotomi agar perawat dapat melakukan implementasi sesuai dengan kebutuhan pasien dan perawat harus melakukan pendidikan kesehatan mengenai perdarahan yang berisiko pada ibu nifas.

DAFTAR PUSTAKA

- Asih, Y., & Risneni, H. (2016). *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui Diilengkapi dengan Evidence Based Practice dan Daftar Tilik Asuhan Nifas*. TIM.
- Aspiani, R. Y. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas Aplikasi NANDA, NIC dan NOC*. TIM.
- Astuti, S., Judistiani, R. T. D., Rahmiati, L., & Susanti, A. I. (2015). *ASUHAN KEBIDANAN NIFAS & MENYUSUI*. Penerbit Erlangga.
- Astutik, Y. R. (2015). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui*. CV. Trans Info Media.
- Barat, D. K. P. J. (2017). Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat 2017. *Www.Diskes.Jabarprov.Go.Id*, 52.
- Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat. (2018). *Peran rumah sakit dalam rangka menurunkan AKI dan AKB*. 1–27.
- Djami, M. E. ., & Indrayani. (2016). *Update Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. TIM.
- Ella Nurlelawati, Kursih Sulastriningsih, N. H. A. (2019). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Terjadinya Blighted Ovum Pada Ibu Hamil Di RSUD Pasar Rebo Tahun 2017*. 2(1), 41–50. <http://ejurnal.akperbinainsan.ac.id/index.php/JSS/article/view/19>
- Herdman, T. H., & Kamitsuru., S. (2015). *Nanda International Inc. Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi*. EGC.
- Lee, S., Hahn, C., Rhee, M., Oh, J. E., Song, J., Chen, Y., Lu, G., Perdana, & Fallis, A. . (2012). 濟無No Title No Title. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Manuaba, I. A. C., & Manuaba, I. B. G. F. (2009). *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. EGC.
- Martadiansyah, A., Qalbi, A., & Santoso, B. (2019). Prevalensi Kejadian

- Preeklampsia dengan Komplikasi dan Faktor Risiko yang Mempengaruhinya di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang (Studi Prevalensi Tahun 2015, 2016, 2017). *Sriwijaya Journal of Medicine*, 2(1), 231–241. <https://doi.org/10.32539/sjm.v2i1.53>
- Maryunani, A. (2014). *PERAWATAN LUKA SEKSIO CAESAREA (SC) DAN LUKA KEBIDANAN TERKINI*. IN MEDIA.
- Maryunani, A. (2015). *Asuhan Ibu Nifas dan Asuhan Ibu Menyusui*. IN MEDIA.
- Meiliya, E., & Wahyuningsih, E. (2010). *Buku Saku Kebidanan*. EGC.
- Moloku, F., Wantouw, B., & Sambeka, J. (2013). HUBUNGAN PENGETAHUAN TENTANG PERAWATAN DENGAN PENYEMBUHAN LUKA EPISIOTOMI PADA IBU POST PARTUM DI RUANGAN IRINA D BAWAH RSUP PR. *Ejournal Keperawatan (e-Kp)*, 1, 1. <https://media.neliti.com/media/publications/113475-ID-hubungan-pengetahuan-tentang-perawatan-d.pdf>
- Nurasiah, Ai, A. Rukmawati, D. L. B. (2014). *Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan*. PT Refika Aditama.
- Nurbaeti, I., & Dkk. (2013). *Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Partum dan bayi Baru Lahir* (Penerbit M).
- Nurjanah, S. N., & Dkk. (2013). *Asuhan Kebidanan Postpartum dilengkapi dengan Asuhan Kebidanan Post Sectio Caesarea*. PT Refika Aditama.
- Purnami, R. W., & Noviyanti, R. (2019). Effectiveness of Perineal Massage During Pregnant Women on Perineal Laseration. *Jurnal Kesehatan Madani Medika*, 10(2), 61–68. <https://doi.org/10.36569/jmm.v10i2.41>
- Rahmatullah, I., & Kurniawan, N. U. (2016). *9 Bulan Dibuat Penuh Cinta Dibuai Penuh Harap Menjalani Kehamilan & Persalinan Yang Sehat* (P. G. P. Utama (ed.)).
- Rinata, E., Rusdyati, T., & Sari, P. A. (2016). Teknik Menyusui Posisi, Perlekatan dan Keefektifan Menghisap-Studi Pada Ibu Menyusui di RSUD Sidoarjo. *Temu Ilmiah Hasil Penelitian Dan Pengabdian Masyarakat*, 128–139.
- Rohmin, A., Octariani, B., & Jania, M. (2017). Faktor Risiko yang Mempengaruhi Lama Penyembuhan Luka Perineum pada Ibu Post Partum (Risk Factor

- Affecting the Period of Perineal Wound Healing in Postpartum Mothers).
Jurnal Kesehatan, 8(3), 449–454. <https://doi.org/10.26630/jk.v8i3.660>
- Rosyati, H. (2017). *Modul Persalinan*.
- Walyani, E. S., & Purwoastuti, E. (2015). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas & Menyusui*. PUSTAKA BARU PRESS.
- Widiastini, L. P. (2018). *Buku Ajar ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN DAN BAYI BARU LAHIR*. IN MEDIA.
- Yusrina, A., & Devy, S. R. (2016). Influencing Factors of the Intentions Mothers Breastfeeding Exclusively in Kelurahan Magersari , Sidoarjo. *Jurnal Promkes*, 4(1), 11–21.

**LAMPIRAN SKRINING EDINBRUGH POSTNATAL DEPRESSION
SCALE (EPDS)**

Nama : Ny. T
Alamat : Perum Bumi Babelan Jaya, Bekasi
Tanggal Lahir : 13-10-1992 (29 tahun)
Tanggal Kelahiran Bayi : 11-02-2020

Dalam 7 hari terakhir:

1. Saya mampu tertawa dan merasakan hal-hal yang menyenangkan
Jawaban: tidak terlalu banyak (1)
2. Saya melihat segala sesuatunya kedepan sangat menyenangkan
Jawaban: sebanyak sebelumnya (0)
3. Saya menyalahkan diri saya sendiri saat sesuatu terjadi tidak sebagaimana mestinya
Jawaban: tidak pernah sama sekali (0)
4. Saya merasa cemas atau merasa kuatir tanpa alasan yang jelas
Jawaban: jarang-jarang (1)
5. Saya merasa takut atau panic tanpa alasan yang jelas
Jawaban: tidak terlalu sering (1)
6. Segala sesuatunya terasa sulit untuk dikerjakan
Jawaban: tidak terlalu, sebagian besar berhasil saya tangani (1)
7. Saya merasa tidak bahagia sehingga mengalami kesulitan untuk tidur
Jawaban: tidak pernah sama sekali (0)
8. Saya merasa sedih dan merasa diri saya menyedihkan
Jawaban: tidak pernah sama sekali (0)
9. Saya merasa tidak bahagia sehingga menyebabkan saya menangis
Jawaban: disaat tertentu saja (0)
10. Muncul pikiran untuk menyakiti diri saya sendiri
Jawaban: tidak pernah sama sekali (0)

Score: 4

Diperiksa/ditelaah oleh: Ajeng Triani Larasati

Tanggal: 13 Februari 2020

Satuan Acara Penyuluhan (SAP)

Diagnosa keperawatan	: Defisiensi pengetahuan b.d kurang sumber pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar
Topik	: Teknik Menyusui yang benar
Sasaran	: Ibu T <i>pascapartum</i> spontan
Tanggal/Waktu	: 12 Februari 2020, Pukul 10.00 WIB – 10.30 WIB
Tempat	: Ruang Seruni RSMK Bekasi

TIU	TIK	Materi	KBM		Metode	Alat Peraga	Evaluasi
			Mahasiswa	Peserta			
Setelah dilakukan penyuluhan, pada ibu T selama 1x30 menit diharapkan ibu T dapat menerapkan teknik menyusui yang benar	Setelah dilakukan penyuluhan pada ibu T selama 1x30 menit diharapkan ibu T dapat: 1. Menjelaskan pengertian teknik menyusui yang benar 2. Menyebutkan Keuntungan pemberian ASI untuk bayi dan ibu 3. Menyebutkan posisi menyusui yang benar 4. Mendemonstrasikan posisi	1. Pengertian teknik menyusui yang benar 2. Keuntungan pemberian ASI untuk ibu 3. Keuntungan pemberian ASI untuk bayi 4. Menjelaskan posisi menyusui yang benar 5. Menjelaskan langkah menyusui yang benar 6. Mendemonstrasikan posisi	Pembukaan (2 menit) 1. Salam pembuka 2. Perkenalan 3. Kontrak waktu 4. Menjelaskan tujuan 5. Topik Penyuluhan/isi (20 menit) 1. Pengertian teknik menyusui yang benar 2. Keuntungan pemberian ASI untuk ibu	Menjawab salam Menyetujui Memperhatikan	1. Ceramah 2. Diskusi 3. Demonstrasi	1. Leaflet	1. Ibu T dapat menjelaskan pengertian teknik menyusui 2. Ibu T dapat menyebutkan keuntungan pemberian ASI untuk ibu dan bayi 3. Ibu T dapat menyebutkan posisi menyusui yang benar 4. Ibu T dapat mendemonstrasikan posisi

	menyusui yang benar	menyusui yang benar.	<ol style="list-style-type: none">3. Keuntungan pemberian ASI untuk bayi4. Menjelaskan posisi menyusui yang benar5. Menjelaskan langkah menyusui yang benar6. Mendemonstrasikan posisi menyusui yang benar.				menyusui yang benar.
--	---------------------	----------------------	--	--	--	--	----------------------

			<p>Penutup (8 menit)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan kesempatan bertanya 2. Bertanya/evaluasi (mendemonstrasikan posisi menyusui yang benar) 3. Menyimpulkan 4. Salam penutup 	<p>Bertanya</p> <p>Menjawab</p> <p>Mendemonstrasikan</p> <p>Menjawab salam</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--

LAMPIRAN MATERI TEKNIK MENYUSUI YANG BENAR

A. Teknik Menyusui

Teknik menyusui penting diajarkan kepada ibu untuk mencegah kesulitan dalam pemberian ASI (Astuti et al., 2015). Teknik menyusui yang benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi ibu dan bayi dengan benar. Untuk mencapai keberhasilan menyusui diperlukan pengetahuan mengenai teknik-teknik menyusui yang benar. Indikator dalam proses menyusui yang efektif meliputi posisi ibu dan bayi yang benar (body position), perlekatan bayi yang tepat (latch), keefektifan hisapan bayi pada payudara (effective sucking) (Rinata et al., 2016).

B. Keuntungan Pemberian ASI

1. Menurut Yusrina & Devy (2016), Keuntungan untuk bayi:
 - a. mengandung antibodi yang melindungi bayi dari penyakit infeksi bakteri, virus, jamur, dan parasit
 - b. meningkatkan kecerdasan bayi,
 - c. terhindar dari alergi yang biasanya timbul karena konsumsi susu formula,
 - d. bayi merasakan kasih sayang ibu secara langsung saat proses menyusui,
 - e. ketika beranjak dewasa akan mengurangi risiko untuk terkena hipertensi, kolesterol, overweight, obesitas dan diabetes tipe 2.
2. Menurut Yusrina & Devy (2016), Keuntungan untuk ibu:
 - a. sebagai kontrasepsi alami saat ibu menyusui dan sebelum menstruasi,
 - b. menjaga kesehatan ibu dengan mengurangi risiko terkena kanker payudara
 - c. membantu ibu untuk menjalin ikatan batin kepada anak.
 - d. Pemberian ASI dapat membantu mengurangi pengeluaran keluarga karena tidak membeli susu formula yang harganya mahal

C. Posisi Menyusui

Ada berbagai macam posisi menyusui. Posisi yang tergolong biasa dilakukan adalah dengan duduk atau berbaring. Bila duduk, lebih baik menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak tergantung dan punggung ibu dapat bersandar pada sandaran kursi. Selain itu, ada posisi khusus yang berkaitan dengan situasi tertentu seperti pada ibu pascaoperasi Caesar, yaitu bayi diletakkan di samping kepala ibu dengan kaki di atas. Menyusui bayi kembar dapat dilakukan dengan posisi seperti memegang bola, kedua bayi disusui secara bersamaan di payudara kiri dan kanan (Astuti et al., 2015).

Posisi menyusui lainnya, yaitu:

1. Posisi berbaring
2. Posisi menyusui sambil duduk
3. Posisi ibu menyusui sambil berdiri
4. Posisi menyusui di bawah lengan (*underarm position*)
5. Posisi menyusui bayi memegang bola

D. Langkah menyusui yang benar

1. Sebelum mulai menyusui, keluarkan sedikit ASI kemudian oleskan pada puting susu dan sekitar areola
2. Letakkan bayi sehingga menghadap perut atau payudara ibu
3. Ibu menatap bayi dengan kasih sayang
4. Ibu menopang payudaranya dengan satu tangan dengan posisi ibu jari diatas dan jari yang lain menopang dibawah.
5. Dekatkan bayi dan tempatkan mulut bayi tepat didepan puting ibu
6. Sentuh mulut bagian bawah bayi dengan puting susu ibu, rangsang bayi hingga ia membuka mulut lebar
7. Kemudian dengan cepat kepala bayi didekatkan ke payudara ibu dengan puting serta areola dimasukkan kemulut bayi
8. Jika posisi menyusui benar, pipi dan dagu bayi akan menyentuh payudara ibu
9. Jika hidung bayi menempel pada payudara ibu tidak akan berbahaya pada bayi. Bayi akan menggerakkan kepalanya jika ia kesulitan untuk bernapas.
10. Tanda-tanda bayi menyusui dengan benar adalah Ibu merasakan sensasi

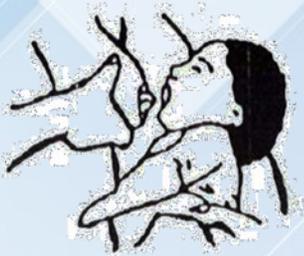
- yang kuat pada puting susu, Bayi menghisap putng susu ibu, Rahang bayi bergerak halus saat menghisap ASI, & Terdengar suara menelan dari bayi
11. Jika ibu merasa nyeri atau kurangnya hisapan dari bayi, posisi dan sikap menyusui ditinjau kembali. Lepaskan mulut bayi dari puting susu ibu kemudian dekatkan kembali dengan cara yang sama.
 12. Untuk mencegah terjadinya trauma pada puting susu ibu saat melepaskan bayi puting susu dari mulut bayi, masukkan jari kelingking ibu diantara gusi bayi hingga puting terlepas dari mulut bayi.
 13. Waktu memperhadapan bayi, perut ibu harus ketemu perut bayi & telinga bayi sejajar dengan bahu

Referensi:

- Astuti, S., Judistiani, R. T. D., Rahmiati, L., & Susanti, A. I. (2015). *ASUHAN KEBIDANAN NIFAS & MENYUSUI*. Penerbit Erlangga.
- Rinata, E., Rusdyati, T., & Sari, P. A. (2016). Teknik Menyusui Posisi, Perlekatan dan Keefektifan Menghisao-Studi Pada Ibu Menyusui di RSUD Sidoardjo. *Temu Ilmiah Hasil Penelitian Dan Pengabdian Masyarakat*, 128–139.
- Yusrina, A., & Devy, S. R. (2016). Influencing Factors of the Intentions Mothers Breastfeeding Exclusively in Kelurahan Magersari , Sidoarjo. *Jurnal Promkes*, 4(1), 11–21.

LANGKAH MENYUSUI YANG BENAR

1. Sebelum mulai menyusui, keluarkan sedikit ASI kemudian oleskan pada puting susu dan sekitar areola
2. Letakkan bayi sehingga menghadap perut atau payudara ibu
3. Ibu menatap bayi dengan kasih sayang
4. Ibu menopang payudaranya dengan satu tangan dengan posisi ibu jari diatas dan jari yang lain menopang dibawah.
5. Dekatkan bayi dan tempatkan mulut bayi tepat didepan puting ibu
6. Sentuh mulut bagian bawah bayi dengan puting susu ibu, rangsang bayi hingga ia membuka mulut lebar .
7. Kemudian dengan cepat kepala bayi didekatkan ke payudara ibu dengan puting serta areola dimasukkan kemulut bayi



8. Jika posisi menyusui benar, pipi dan dagu bayi akan menyentuh payudara ibu
9. Jika hidung bayi menempel pada payudara ibu tidak akan berbahaya pada bayi. Bayi akan menggerakkan kepalanya jika ia kesulitan untuk bernapas.
10. Tanda-tanda bayi menyusui dengan benar adalah Ibu merasakan sensasi yang kuat pada puting susu, Bayi menghisap putng susu ibu, Rahang bayi bergerak halus saat menghisap ASI, & Terdengar suara menelan dari bayi
11. Jika ibu merasa nyeri atau kurangnya hisapan dari bayi, posisi dan sikap menyusui ditinjau kembali. Lepaskan mulut bayi dari puting susu ibu kemudian dekatkan kembali dengan cara yang sama.
12. Untuk mencegah terjadinya trauma pada puting susu ibu saat melepaskan bayi puting susu dari mulut bayi, masukkan jari kelingking ibu diantara gusi bayi hingga puting terlepas dari mulut bayi.
13. Waktu memperhadapan bayi, perut ibu harus ketemu perut bayi & telinga bayi sejajar dengan bahu



TEKNIK MENYUSUI YANG BENAR



By:
Ajeng Triani Larasati (201701041)

APA ITU TEKNIK MENYUSUI YANG BENAR??



Teknik menyusui yang benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi ibu dan bayi dengan benar.

KEUNTUNGAN PEMBERIAN ASI UNTUK IBU

1. sebagai kontrasepsi alami saat ibu menyusui dan sebelum menstruasi,
2. menjaga kesehatan ibu dengan mengurangi risiko terkena kanker payudara
3. membantu ibu untuk menjalin ikatan batin kepada anak.
4. Pemberian ASI dapat membantu mengurangi pengeluaran keluarga karena tidak membeli susu formula yang harganya mahal

KEUNTUNGAN PEMBERIAN ASI UNTUK BAYI

1. mengandung antibodi yang melindungi bayi dari penyakit infeksi bakteri, virus, jamur, dan parasit
2. meningkatkan kecerdasan bayi,
3. terhindar dari alergi yang biasanya timbul karena konsumsi susu formula,
4. bayi merasakan kasih sayang ibu secara langsung saat proses menyusui,



POSISI MENYUSUI YANG BENAR

1. MEMEGANG BOLA



2. DUDUK (BUAIAN)



3. BERBARING (TIDUR MIRING)



4. BERDIRI

