



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N PASCA PARTUM
SPONTAN DENGAN RUPTURE PERINEUM
GRADE II DI RUANG SERUNI RUMAH
SAKIT MITRA KELUARGA
BEKASI BARAT**

Disusun Oleh:
NISMA AJENG VIRIANTI
201701032

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



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N PASCA PARTUM
SPONTAN DENGAN RUPTURE PERINEUM
GRADE II DI RUANG SERUNI RUMAH
SAKIT MITRA KELUARGA
BEKASI BARAT**

**Disusun Oleh:
NISMA AJENG VIRIANTI
201701032**

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

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Nisma Ajeng Virianti

NIM : 201701032

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Menyatakan bahwa Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny.N *Pasca Partum* Spontan Dengan *Rupture Perineum Grade II* Di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang dilaksanakan pada tanggal 13 Februari 2020 sampai dengan 15 Februari 2020 merupakan hasil karya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah dinyatakan benar. Orisinalitas Karya Tulis Ilmiah ini tidak ada unsur *plagiatisme* baik dalam aspek substansi maupun penulisan.

Demikian lembar 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, 30 Mei 2020

Yang membuat pernyataan



Nisma Ajeng Virianti

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny.N *Pasca Partum* Spontan Dengan *Rupture Perineum Grade II* Di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 30 Mei 2020

Pembimbing Makalah



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

Mengetahui,

Koordinator Program 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.N *Pasca Partum* Spontan Dengan *Rupture Perineum Grade II* Di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang disusun oleh Nisma Ajeng Virianti (201701032) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 8 Juni 2020.

Bekasi, 8 Juni 2020

Penguji I



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

Penguji II



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

Nama Mahasiswa : Nisma Ajeng Virianti
NIM : 201701032
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Pasca Partum Spontan Dengan Rupture Perineum Grade II Di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat
Halaman : xiv + 89 halaman + 1 tabel + 1 lampiran
Pembimbing : Lina Herida Pinem

ABSTRAK

Latar Belakang: Masa nifas merupakan lanjutan dari persalinan yang memiliki risiko komplikasi pada pembengkakan payudara, peradangan payudara, peradangan endometrium, *post partum blues*, dan infeksi *puerperalis*. Berdasarkan data *World Health Organization* (2015) Komplikasi tersebut dapat memicu peningkatan Angka Kematian Ibu yang saat ini berada pada angka 303.000 per 100.000 kelahiran hidup, sehingga pelayanan *pasca* persalinan yang berkualitas harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan Ibu dan bayi.

Tujuan Umum: Tujuan makalah ilmiah ini yaitu memberikan gambaran secara nyata dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien *pasca partum* spontan dengan *rupture perineum grade II* melalui pendekatan proses keperawatan secara komprehensif.

Metode Penulisan: Dalam penyusunan makalah ilmiah ini menggunakan metode penulisan deskriptif narasi dengan pendekatan studi kepustakaan yang mengungkapkan fakta sesuai dengan data-data yang didapat.

Hasil: Hasil dari pengkajian didapatkan tiga diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik, risiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, dan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang Informasi tentang keluarga berencana : kontrasepsi. Diagnosa keperawatan prioritas yang penulis angkat adalah nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik. Intervensi pada diagnosa keperawatan prioritas yaitu observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam, observasi reaksi non verbal mengenai ketidaknyamanan, lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset atau durasi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus, ajarkan penggunaan teknik non farmakologi seperti relaksasi nafas dalam, dan berikan terapi obat Asam Mefenamat 3x500 mg melalui oral sesuai dengan instruksi dokter.

Kesimpulan dan Saran: Asuhan keperawatan pada pasien *pasca partum* spontan dengan *rupture perineum grade II* perlu memperhatikan masalah keperawatan nyeri akut. Saran yang dapat diberikan hendaknya perawat dapat meningkatkan kerjasama antar tim maupun pasien yang sangat diperlukan untuk keberhasilan asuhan keperawatan.

Keyword: Asuhan keperawatan, Masa nifas, dan *Pasca partum*

Daftar Pustaka: 33 (2011-2019)

Name of Student : Nisma Ajeng Virianti
Student Number : 201701032
Study Program : Diploma of Nursing
Title of Writing : Nursing Care In Ny. N Spontaneous Pasca Partum With Perineal Rupture Grade II In The Seruni Room Of Mitra Keluarga Hospital, West Bekasi
Page : xiv + 89 pages + 1 table + 1 attachment
Supervisor : Lina Herida Pinem

ABSTRACT

Background: The puerperium is a continuation of labor that has a risk of complications breast swelling, breast inflammation, endometrial inflammation, postpartum blues, and puerperal infection. Based on data from the World Health Organization (2015) these complications can trigger an increase in maternal mortality which is currently in the numbers 303.000 per 100.000 live birth, so quality postpartum services must be provided at that time to meet the needs of mothers and babies.

General Purpose: The purpose of this scientific paper is to provide a real picture of nursing care in patient spontaneous pasca partum with perineal rupture grade II through a comprehensive approach to the nursing process.

Writing Method: In the preparation of this scientific paper using a narrative descriptive writing method with a literature study approach that reveals facts by the data obtained.

Results: The results of the study found three diagnosis of nursing namely acute pain associated with a physical injury agent, risk of infection associated with tissue trauma, and deficiency of knowledge associated with less information about contraception. The priority nursing diagnosis of the adopted author is acute pain associated with a physical injury agent. Intervention in the priority nursing diagnosis is the observation of vital signs every 4 hours, observation of non-verbal reactions about discomforts, do a comprehensive pain assessment that includes location, characteristics, onset or duration, quality, intensity or severity of pain and precipitating factors, teaching non-pharmacological techniques such as deep breathing relaxation, and given metafenamic acid drug therapy 3x500 mg by oral according to doctor's instructions.

Conclusions and Suggestions: Nursing care in patient spontaneous pasca partum with perineal rupture grade II need to pay attention to the problem of acute pain nursing. The advice that can be given should be that nurses can be increases collaboration between teams and patient which is very necessary for the success of nursing care.

Keyword: Nursing care, puerperium, and pasca partum

References: 33 (2011-2019)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat Rahmat dan Karunianya penulis dapat menyelesaikan Makalah Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. N *Pasca Partum* Spontan Dengan *Rupture Perineum Grade II* Di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat”.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Makalah Ilmiah ini penulis menemukan banyak kesulitan, akan tetapi berkat bantuan, bimbingan, serta dorongan dari berbagai pihak, makalah ini dapat diselesaikan dengan baik. Maka dalam kesempatan ini penulis ingin, mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Ns. Lina Herida Pinem, S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing Makalah Ilmiah serta penguji yang telah menyempatkan waktu untuk memberikan bimbingan, pengarahan, dan motivasi selama pembuatan Makalah Ilmiah ini.
2. Ibu Ns. Edita Astuti Panjaitan, S.Kep., M.Kep selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan dan pengarahan kepada penulis dalam penyusunan Makalah Ilmiah ini.
3. Ibu Ns. Aprillia Veranita, S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan motivasi dalam penyusunan Makalah Ilmiah ini.
4. Ibu Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B selaku ketua Program Studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga yang telah memberikan motivasi kepada penulis, sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan baik.
5. Ibu Hj.Susi Hartati, S.Kep., M.Kep., Ns. Sp.Kep.An selaku ketua STIKes Mitra Keluarga yang telah bersedia memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah.
6. Seluruh staf akademik dan non akademik STIKes Mitra Keluarga yang telah menyediakan fasilitas dan bantuan dalam bentuk apapun demi kelancaran Karya Tulis Ilmiah.

7. Ny.N sebagai pasien yang telah bersedia memberikan informasi secara terbuka kepada penulis, sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan baik.
8. Seluruh pihak Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat, *Clinical Mentor*, dan seluruh perawat di Ruangan Seruni yang telah membantu penulis dalam mengambil kasus kelolaan dan memberikan banyak arahan kepada penulis dengan mengobservasi langsung pasien kelolaan, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan baik.
9. Keluarga yang saya cintai, Papah saya Saberta Viriatmoko, Mamah saya Rojiah, Adik saya Saqila Fauziah dan Muhammad Fahri yang tidak pernah lelah mendoakan penulis, dan memberikan motivasi kepada penulis.
10. Kelompok Keperawatan Maternitas Mega Ayu Lestari, Aghis Nufadhillah, Ajeng Triani Larasati, Zahrina Zakiyyah, Nur Anisah Utami Augustyra yang telah memberikan semangat kepada penulis.
11. Teman-teman Angkatan VII STIKes Mitra Keluarga yang telah memberikan semangat dan motivasi kepada penulis.
12. Saudara saya Dwi Wahyu Ningsih yang selalu memberikan semangat dan motivasi kepada penulis.
13. Saudara saya Selly Septianingsih yang selalu memberikan motivasi kepada penulis.
14. Sahabat terdekat saya Lilis Widyastuti, Syifa Hudriyah, Ida Rosida, Luthfi Oktavia, Karpinih, Elsa Karina Chyntia, Diah Fauziah yang telah memberikan semangat kepada penulis.
15. Sahabat terdekat saya Nuzula Nur Azizah, Nabilla Juana Putri, dan Zidny Nudharraida yang telah memberikan motivasi kepada penulis.
16. Teman seperjuangan saya dari SMK Bella Nurkholifah Radila Putri, Ajeng Handaru Putri yang telah memberikan motivasi kepada penulis.
17. Teman seperjuangan saya Ninda Rahma Wijaya, Fidyah Arshidarafah, Bella Nurkholifah Radila Putri, Cut Vinny Novitasari, Pita Evi Utami, Siti Rismaya yang telah memberikan motivasi kepada penulis.

18. Semua pihak yang tidak mungkin penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa penulisan Makalah Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, karena keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki. Maka dalam kesempatan ini penulis mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun demi sempurnanya perbaikan penulisan ilmiah ini. Demikian penulisan makalah ini disusun, semoga dapat bermanfaat bagi penulis khususnya dan bagi semua pembaca lain umumnya.

Bekasi, 27 Mei 2020

Nisma Ajeng Virianti

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.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus.....	4
C. Ruang Lingkup.....	5
D. Metode Penulisan	5
E. Sistematika Penulisan	6

BAB II.....	7
TINJAUAN TEORI	7
A. Konsep Dasar Masa Nifas	7
1. Definisi Masa Nifas	7
2. Tujuan Asuhan Masa Nifas	8
3. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas	8
4. Tahap Masa Nifas.....	10
5. Kebutuhan Masa Nifas	10
6. Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas	12
7. Perubahan psikologis pada Masa Nifas	19
8. Komplikasi Masa Nifas	29
B. Konsep Dasar Rupture Perineum	29
1. Definisi <i>Rupture Perineum</i>	29
2. Etiologi <i>Rupture Perineum</i>	30
3. Klasifikasi <i>Rupture Perineum</i>	30
C. Asuhan Keperawatan Masa Nifas	32
1. Pengkajian	32
2. Diagnosa Keperawatan.....	37
3. Rencana Keperawatan	37
4. Implementasi keperawatan	45
5. Evaluasi keperawatan	46

BAB III	46
TINJAUAN KASUS.....	46
A. Pengkajian Keperawatan.....	46
B. Diagnosa Keperawatan.....	58
C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan	59
D. Skrining Edinburgh Post Natal Depression Scale	71
BAB IV	73
PEMBAHASAN	73
A. Pengkajian Keperawatan.....	73
B. Diagnosa Keperawatan.....	75
C. Perencanaan Keperawatan	77
D. Pelaksanaan Keperawatan.....	79
E. Evaluasi Keperawatan.....	81
BAB V.....	84
PENUTUP.....	84
A. Kesimpulan	84
B. Saran.....	85
DAFTAR PUSTAKA	87

DAFTAR TABEL

TABEL 3.1.....	57
----------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN I : Materi Keluarga Berencana (KB), SAP Keluarga Berencana (KB), Booklet Keluarga Berencana (KB), Leaflet Keluarga Berencana (KB).

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masa nifas atau *puerperium* berasal dari bahasa latin yaitu dari kata “*puer*” yang artinya bayi dan “*parous*” yang berarti melahirkan. Masa nifas adalah masa dimana tubuh Ibu melakukan adaptasi *pasca* persalinan, meliputi perubahan kondisi tubuh Ibu hamil kembali ke kondisi sebelum hamil. Masa nifas ini di mulai setelah plasenta lahir dan sebagai penanda berakhirnya masa nifas adalah ketika alat-alat kandungan sudah kembali seperti keadaan sebelum hamil. Sebagai acuan, rentang masa nifas berdasarkan penanda tersebut adalah 6 minggu atau 42 hari (Astuti et al., 2015).

Data dari Riset Kesehatan Dasar tahun 2015 menyebutkan bahwa angka persalinan normal sebesar 32,3% (Manurung & Panjaitan, 2018). Berdasarkan data dari medical record di salah satu Rumah Sakit Swasta di Bekasi Barat selama satu tahun terakhir menunjukkan angka persalinan *postpartum* spontan sebanyak 688 Ibu *pasca partum*. Beberapa komplikasi yang sering terjadi setelah proses persalinan maupun pada saat memasuki masa nifas sering disebut sebagai komplikasi *pasca partum*.

Komplikasi yang sering terjadi pada masa nifas yaitu pembengkakan payudara, mastitis (peradangan pada payudara), endometritis (peradangan pada endometrium), *postpartum blues*, dan infeksi *puerperalis* ditandai dengan pembengkakan, rasa nyeri, kemerahan pada jaringan terinfeksi atau pengeluaran cairan berbau dari jalan lahir selama persalinan atau sesudah persalinan (Aspiani, 2017).

Pembengkakan payudara merupakan masalah menyusui yang sering terjadi dikarenakan adanya keterlambatan dalam menyusui dini dan ASI yang kurang sering dikeluarkan sehingga dapat menimbulkan nyeri pada payudara. Pembengkakan payudara jika tidak ditangani dengan segera dapat menimbulkan masalah baru yaitu mastitis dan bahkan abses payudara. Menurut data dari WHO tahun 2015 bahwa persentase perempuan menyusui yang mengalami pembengkakan payudara rata-rata mencapai 87,05% (Sari et al., 2019). Mastitis sebagai salah satu infeksi masa nifas yang sering terjadi sebagai akibat terjadinya bendungan payudara. Adanya bendungan payudara sebagai dampak dari ibu nifas yang tidak menyusui (Achyar & Rofiqoh, 2016). Menurut Anasari & Sumarni (2014) bahwa mastitis diperkirakan dapat terjadi pada 3-20% ibu menyusui. Pada kasus mastitis yang tidak segera ditangani dapat menyebabkan terjadinya abses payudara yang bisa pecah kepermukaan kulit (Aminah, 2019).

Menurut Achyar & Rofiqoh (2016) bahwa komplikasi masa nifas yang mengalami gejala gangguan psikologis pada saat kehamilan akan berdampak mengalami depresi *postpartum*. Wanita yang sebelumnya mengalami gejala gangguan psikologis akan mengalami depresi *postpartum* sekitar 17-23%. Robekan perineum merupakan robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan alat atau tindakan (Hernawati & Kamila, 2017). Kejadian *ruptur perineum* pada Ibu bersalin di dunia pada tahun 2015 terdapat 2,7 juta kasus (Syamsiah & Malinda, 2018). Berdasarkan data *World Health Organization* tahun 2014 menyebutkan bahwa angka kejadian *ruptur perineum* di Indonesia sebanyak 67,2% (Widia, 2017). Pengetahuan ibu tentang perawatan *pasca* persalinan dan cara perawatan luka dapat menentukan lama penyembuhan luka *perineum*, Ibu yang mengetahui cara untuk merawat luka *perineum* akan merawat lukanya dengan baik sehingga diharapkan bisa berpengaruh terhadap penyembuhan luka *perineum*. Perawatan luka pada *perineum* sangat penting karena luka bekas jahitan jalan lahir ini dapat menjadi pintu

masuk kuman dan menimbulkan infeksi, Ibu menjadi demam, luka basah dan jahitan terbuka, bahkan ada yang mengeluarkan bau busuk dari jalan lahir (Pitriani & Afni, 2019). Komplikasi nifas yg sudah diuraikan diatas bahwa akan berdampak fatal bagi Ibu bahkan akan menyebabkan kematian pada Ibu.

Angka kematian ibu (AKI) merupakan salah satu indikator dalam menentukan derajat kesehatan masyarakat dengan mencerminkan risiko yang dihadapi Ibu selama kehamilan dan melahirkan yang dipengaruhi oleh status gizi Ibu, keadaan sosial ekonomi, keadaan kesehatan yang kurang baik menjelang kehamilan, kejadian berbagai komplikasi pada kehamilan dan kelahiran, tersedianya dan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan termasuk pelayanan *prenatal* dan obstetrik (Muthoharoh et al., 2016). Berdasarkan data *World Health Organization* (2015) terdapat 303.000 *Maternal Mortality Rate* (MMR) per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 menunjukkan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih tinggi sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Menurut Erlandia & Gemiharto (2014) bahwa Angka Kematian Ibu (AKI) di Provinsi Jawa Barat terdapat 363 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2012.

Salah satu upaya dalam mengatasi komplikasi nifas yaitu dengan memberikan pendidikan kesehatan pada saat masa kehamilan, persalinan dan nifas yaitu memberikan informasi mengenai kunjungan nifas yang harus dilakukan minimal 4 kali. Kunjungan *postpartum* sangat dianjurkan pada ibu nifas untuk mengetahui kondisi kesehatannya. Kunjungan *postpartum* merupakan kunjungan yang dilakukan ibu nifas ke tenaga kesehatan selama masa nifas yaitu dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Rahayu et al., 2016).

Perawat memiliki peran dalam memberikan pelayanan kesehatan yang optimal pada pasien. Adapun peran perawat diantaranya *promotif*, *preventif*, *kuratif*, dan *rehabilitative*. Sebagai *promotif*, perawat memberikan pendidikan kesehatan mengenai pentingnya perawatan luka perineum agar mencegah terjadinya infeksi. Sebagai *preventif*, mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas. Sebagai *kuratif*, perawat bekerjasama dengan tim kesehatan lain dan memberikan pengobatan yang sesuai dengan kondisi pasien agar tidak terjadi kegawatdaruratan yang dapat menimbulkan kematian. Sebagai *rehabilitative*, perawat dapat menganjurkan pasien untuk mengonsumsi makanan yang bergizi seimbang dan melakukan kunjungan masa nifas.

Berdasarkan uraian diatas bahwa pentingnya perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang optimal bagi pasien untuk membantu proses penyembuhan dan data hasil survei di Rumah Sakit selama tiga hari bahwa temuan yang penulis dapatkan adalah pasien tidak didapatkan tanda-tanda infeksi dan tidak ada komplikasi nifas. Maka penulis tertarik untuk membuat makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. N *Pasca Partum* Spontan Dengan *Rupture Perineum Grade II* Di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penulisan makalah ilmiah adalah diperolehnya pengalaman secara nyata dalam memberikan “Asuhan Keperawatan Pada Ny. N *Pasca Partum* Spontan Dengan *Rupture Perineum Grade II* Di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat”.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penulisan makalah ilmiah ini adalah:

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien *Pasca Partum* Spontan Dengan *Rupture Perineum Grade II*.

- b. Menentukan diagnosa keperawatan pada pasien *Pasca Partum Spontan Dengan Rupture Perineum Grade II*.
- c. Membuat perencanaan keperawatan pada pasien *Pasca Partum Spontan Dengan Rupture Perineum Grade II*.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada *Pasca Partum Spontan Dengan Rupture Perineum Grade II*.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien *Pasca Partum Spontan Dengan Rupture Perineum Grade II*.
- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik.
- g. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung penghambat serta mencari solusi atau alternatif pemecahan masalah.
- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien *Pasca Partum Spontan Dengan Rupture Perineum Grade II*.

C. Ruang Lingkup

Adapun ruang lingkup dalam penulisan makalah ilmiah ini adalah “Asuhan Keperawatan Pada Ny. N *Pasca Partum Spontan Dengan Rupture Perineum Grade II* Di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang dilaksanakan dari tanggal 13 Februari 2020 sampai dengan 15 Februari 2020.

D. Metode Penulisan

Metode dalam penulisan makalah ilmiah ini menggunakan metode deskriptif yaitu metode yang bersifat mengumpulkan data, menarik kesimpulan, dan kemudian disajikan dalam bentuk narasi. Dalam melengkapi makalah ilmiah ini digunakan berbagai sumber dan teknik penulisan yaitu:

1. Studi kasus yaitu memberikan asuhan keperawatan kepada pasien secara langsung sehingga dapat memperoleh data yang akurat dari pasien dan keluarga.

2. Studi kepustakaan yaitu teknik mempelajari dan membaca data berdasarkan buku-buku yang berhubungan dengan kasus maupun media cetak dan media elektronik.
3. Studi dokumentasi yaitu dengan cara melihat catatan keperawatan dan catatan medis yang berhubungan dengan pasien.

E. Sistematika Penulisan

Makalah ini terdiri dari lima BAB yang tersusun secara sistematis 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 definisi masa nifas, tujuan asuhan masa nifas, kebijakan program nasional masa nifas, tahap masa nifas, kebutuhan masa nifas, perubahan fisiologis masa nifas, perubahan psikologis masa nifas, definisi ruptur perineum, etiologi ruptur perineum, dan klasifikasi ruptur perineum, 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.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Masa Nifas

1. Definisi Masa Nifas

Masa nifas atau *puerperium* berasal dari bahasa latin yaitu dari kata “*puer*” yang artinya bayi dan “*parous*” yang berarti melahirkan. Masa nifas adalah masa dimana tubuh Ibu melakukan adaptasi *pasca* persalinan, meliputi perubahan kondisi tubuh Ibu hamil kembali ke kondisi sebelum hamil. Masa nifas ini di mulai setelah plasenta lahir, dan sebagai penanda berakhirnya masa nifas adalah ketika alat-alat kandungan sudah kembali seperti keadaan sebelum hamil. Sebagai acuan, rentang masa nifas berdasarkan penanda tersebut adalah 6 minggu atau 42 hari (Astuti et al., 2015).

Pasca partum atau yang biasa disebut sebagai masa nifas adalah masa enam minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil. Periode ini juga disebut *puerperium* atau trimester keempat kehamilan. Perubahan fisiologis yang terjadi sangat jelas, walaupun dianggap normal (Indriyani et al., 2016).

Masa nifas atau *puerperium* adalah masa setelah melahirkan bayi, sekitar 50% kematian Ibu terjadi dalam 24 jam pertama *postpartum* sehingga pelayanan *pasca* persalinan yang berkualitas harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan Ibu dan bayi (Pitriani & Andriyani, 2014).

Dapat disimpulkan bahwa masa nifas atau *puerperium* adalah masa yang dimulai setelah plasenta lahir dan organ-organ reproduksi kembali ke keadaan semula.

2. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik Ibu maupun Bayinya. Diperkirakan 60% kematian Ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama. Masa neonatus merupakan masa kritis bagi kehidupan Bayi, 2/3 kematian Bayi terjadi dalam 4 minggu setelah persalinan dan 60% kematian Bayi baru lahir terjadi dalam waktu 7 hari setelah lahir. Tujuan asuhan masa nifas normal di bagi menjadi dua, yaitu (Walyani & Purwoastuti, 2015) :

a. Tujuan umum

Membantu Ibu dan pasangannya selama masa transisi awal mengasuh anak

b. Tujuan khusus

- 1) Menjaga kesehatan Ibu dan Bayi baik fisik maupun psikologisnya
- 2) Melaksanakan skrining yang komprehensif
- 3) Mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi, dan perawatan bayi sehat
- 4) Memberikan pelayanan keluarga berencana

3. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Pada kebijakan program nasional masa nifas paling sedikit 4 kali melakukan kunjungan pada masa nifas dengan tujuan untuk menilai kondisi kesehatan Ibu dan Bayi, melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan kesehatan Ibu nifas dan Bayi, mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas, dan menangani komplikasi atau masalah yang timbul serta mengganggu kesehatan Ibu nifas maupun Bayinya (Walyani & Purwoastuti, 2015).

Program dan kebijakan masa nifas (Dewi & Sunarsih, 2011) :

- 1) Kunjungan pertama (6-8 jam setelah persalinan)
 - a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
 - b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut
 - c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
 - d) Pemberian ASI awal
 - e) Melakukan hubungan antara Ibu dan Bayi baru lahir
 - f) Menjaga Bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
- 2) Kunjungan kedua (6 hari setelah persalinan)
 - a) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau
 - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal
 - c) Memastikan Ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat
 - d) Memastikan Ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
 - e) Memberikan konseling pada Ibu mengenai asuhan pada Bayi dan tali pusat, serta menjaga Bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari
- 3) Kunjungan ketiga (2 minggu setelah persalinan)

Memastikan rahim sudah kembali normal dengan mengukur dan meraba bagian rahim.
- 4) Kunjungan keempat (6 minggu setelah persalinan)
 - a) Menanyakan pada Ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami atau Bayinya
 - b) Memberikan konseling untuk keluarga berencana secara dini

4. Tahap Masa Nifas

Masa nifas dibagi dalam tiga tahap, yaitu (Maryunani, 2015) :

- a. *Puerperium* dini (Periode *immediate postpartum*)
 - 1) Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam.
 - 2) Masa segera setelah plasenta lahir sampai kepulihan dimana Ibu sudah diperbolehkan mobilisasi jalan.
 - 3) Masa pulih atau kepulihan dimana Ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
 - 4) Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya perdarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu, harus dengan teratur melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lokhea, tekanan darah, dan suhu.
- b. *Puerperium* intermedial (Periode *early postpartum*)
 - 1) Masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.
 - 2) Pada masa ini, memastikan lokhea tidak berbau busuk, tidak demam, Ibu mendapatkan nutrisi yang cukup, dan Ibu dapat menyusui dengan baik.
- c. *Remote puerperium* (Periode *Late postpartum*)
 - 1) Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila Ibu selama hamil maupun bersalin mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan, dan tahunan.
 - 2) Pada periode ini tetap melakukan perawatan dan konseling keluarga berencana.

5. Kebutuhan Masa Nifas

Kebutuhan masa nifas meliputi (Wahyuningsih, 2019):

- a. Nutrisi dan cairan

Masalah nutrisi perlu mendapat perhatian karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan Ibu dan sangat

mempengaruhi susunan air susu. Kebutuhan gizi Ibu saat menyusui adalah:

- 1) Konsumsi tambahan 500 kalori setiap hari.
- 2) Diet berimbang protein, mineral, dan vitamin.
- 3) Minum sedikitnya 2 liter setiap hari (± 8 gelas).
- 4) Tablet tambah darah (Fe) sampai 40 hari *pasca* persalinan.
- 5) Kapsul vitamin A 200.000 unit.

b. Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah kebijaksanaan agar secepatnya tenaga kesehatan membimbing Ibu *postpartum* bangun dari tempat tidur dan membimbing secepat mungkin untuk berjalan. Ibu *postpartum* sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24 jam sampai dengan 48 jam *postpartum*. Hal ini dilakukan bertahap, ambulasi dini tidak dianjurkan pada Ibu *postpartum* dengan penyulit misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam, dan sebagainya.

c. Eliminasi

Hal-hal yang menyebabkan kesulitan berkemih (*retensio urine*) yaitu edema pada uretra, dinding kandung kemih kurang sensitif, dan Ibu *postpartum* diharapkan bisa defekasi atau buang air besar setelah hari kedua *postpartum*, jika hari ketiga belum defekasi bisa diberikan obat pencahar oral atau rektal.

d. Kebersihan diri

Pada masa *postpartum* seorang Ibu sangat rentan terhadap infeksi, oleh karena itu kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan sangat penting untuk tetap terjaga. Langkah-langkah yang dapat dilakukan sebagai berikut:

- 1) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh terutama perineum.
- 2) Mengajarkan Ibu cara membersihkan alat kelamin dengan sabun dan air dari depan ke belakang.
- 3) Sarankan Ibu ganti pembalut setidaknya dua kali sehari.

- 4) Membersihkan tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan alat kelamin.
- 5) Jika Ibu mempunyai luka episiotomi, laserasi ataupun luka jahit pada alat kelamin menyarankan untuk tidak menyentuh daerah tersebut.

e. Istirahat dan tidur

Menganjurkan Ibu istirahat cukup dan dapat melakukan kegiatan rumah tangga secara bertahap. Kurang istirahat dapat mengurangi produksi ASI, memperlambat proses involusi dan depresi *pasca* persalinan.

6. Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas

Perubahan fisiologis yang terjadi, yaitu (Walyani & Purwoastuti, 2015) :

a. Sistem kardiovaskular

Denyut jantung, volume, dan curah jantung 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 ekstrasvaskuler. 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 dua minggu sampai dengan tiga minggu setelah persalinan volume darah seringkali 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 anestesi. *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

Hari pertama masa nifas kadar fibrinogen dan plasma sedikit menurun, tetapi darah lebih kental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan pembekuan darah. Masa nifas bukan masa penghancuran sel darah merah tetapi tambahan-tambahan akan menghilang secara perlahan sesuai dengan waktu hidup sel darah merah. Pada keadaan tidak ada komplikasi, keadaan hematokrit dan hemoglobin akan kembali pada keadaan normal seperti sebelum hamil dalam 4-5 minggu *postpartum*. Leukositosis meningkat, dapat mencapai $15.000/\text{mm}^3$ selama persalinan dan tetap tinggi dalam beberapa hari *pasca partum*.

Jumlah sel darah putih normal rata-rata pada wanita hamil kira-kira $12.000/\text{mm}^3$. Selama 10-12 hari setelah persalinan umumnya bernilai antara $20.000\text{-}25.000/\text{mm}^3$, neutropil berjumlah lebih banyak dari sel darah putih dengan konsekuensi akan berubah. Sel darah putih bersama dengan peningkatan normal pada kadar sedimen eritrosit mungkin sulit diinterpretasikan jika terjadi infeksi akut pada waktu ini. Faktor pembekuan, yakni suatu aktivasi faktor pembekuan darah terjadi setelah persalinan. Aktivasi ini bersamaan dengan tidak adanya pergerakan, trauma atau sepsis yang mendorong terjadinya tromboemboli. Keadaan produksi tertinggi dari pemecahan fibrin mungkin akibat pengeluaran dari tempat plasenta. Kaki Ibu diperiksa setiap hari

untuk mengetahui adanya tanda-tanda trombosis (nyeri, hangat dan lemas, vena bengkak kemerahan yang dirasakan keras atau padat ketika disentuh). Mungkin positif terdapat tanda-tanda *human's* (doso fleksi kaki dimana menyebabkan otot-otot mengompresi vena tibia dan ada nyeri jika ada trombosis). Varises pada kaki dan hemoroid adalah umum pada kehamilan. Varises pada vulva umumnya akan segera kembali setelah persalinan.

c. Sistem reproduksi

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 dibawah 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* tinggi fundus uteri bertambah kecil dengan berat uterus 50 gram.

2) Lochea

Pengeluaran *lochea* dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya diantaranya (Rini & Kumala, 2017) :

a) *Lochea rubra* (Cruenta)

Lochea ini muncul pada hari 1-3 masa *postpartum*. *Lochea* ini berwarna merah segar dan mengandung darah dari perobekan atau luka pada plasenta, serabut dari

decidua serta chorion. Terdiri dari sel desidua, verniks kaseosa, rambut lanugo, dan sisa darah.

b) *Lochea sanguillenta*

Lochea ini berwarna merah kuning berisi darah dan lendir karena pengaruh plasma darah, pengeluarannya pada hari ke 4-7 hari *postpartum*.

c) *Lochea serosa*

Lochea ini muncul pada hari ke 8-14 *postpartum*. Warnanya biasanya kekuningan atau kecoklatan. *Lochea* ini terdiri dari lebih banyak darah dan lebih banyak serum, leukosit, dan robekan laserasi plasenta.

d) *Lochea alba*

Lochea ini muncul lebih dari hari ke 14 *postpartum*. Warnanya lebih pucat, putih kekuningan, dan lebih banyak mengandung leukosit, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati.

Perubahan (pengeluaran *lochea*) menunjukkan keadaan abnormal yang memerlukan penanganan seperti (Fitri, 2018):

- a) Perdarahan berkepanjangan.
- b) Pengeluaran *lochea* tertahan (*lochea statika*).
- c) *Lochea purulenta* yang berbentuk nanah.
- d) Rasa nyeri yang berlebihan.
- e) Terdapat sisa plasenta yang merupakan sumber perdarahan.
- f) Terjadi infeksi intrauterin.

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 tetap 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 lima, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan.

6) Payudara

Kadar prolaktin yang di sekresi oleh kelenjar hipofisis anterior meningkat secara stabil selama kehamilan, tetapi hormon plasenta menghambat produksi ASI. Setelah kelahiran plasenta konsentrasi estrogen dan progesteron menurun, prolaktin di lepaskan, dan sintesis ASI dimulai. Suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan *vascular* sementara.

Pelepasan oksitosin dari kelenjar hipofisis posterior di stimulasi oleh hisapan bayi. Hal ini menyebabkan kontraksi sel-sel miopitel didalam payudara dan pengeluaran ASI. Oksitosin juga menstimulasi kontraksi miometrium pada uterus yang biasanya dilaporkan wanita sebagai *after pain* (nyeri kontraksi uterus setelah melahirkan). ASI yang dapat dihasilkan oleh Ibu setiap harinya $\pm 150-300$ ml. ASI dapat

dihasilkan oleh kelenjar susu yang dipengaruhi oleh kerja hormon-hormon diantaranya hormon laktogen. ASI yang akan pertama muncul pada awal nifas adalah ASI yang berwarna kekuningan yang biasa disebut kolostrum. Kolostrum sebenarnya telah terbentuk didalam tubuh Ibu pada usia kehamilan ± 12 minggu dan kolostrum merupakan ASI pertama yang sangat baik untuk diberikan karena banyak sekali manfaatnya, kolostrum ini menjadi imun bagi bayi karena mengandung sel darah putih.

Jadi, perubahan pada payudara dapat meliputi :

- a) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan.
- b) Kolostrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari kedua atau hari ketiga setelah persalinan.
- c) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.

d. Sistem perkemihan

Buang air kecil sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan terdapat *spasme sfingter* dan edema leher buli-buli mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urine dalam jumlah yang banyak akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam setelah 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.

e. Sistem gastrointestinal

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.

f. Sistem endokrin

Kadar progesteron menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam *postpartum*. Progesteron turun pada hari ketiga *postpartum*. Kadar prolaktin 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. Sistem integumen

Penurunan melanin umumnya selama persalinan menyebabkan berkurangnya hiperpigmentasi kulit. Perubahan pembuluh darah yang tampak pada kulit karena kehamilan dan akan menghilang pada saat hormon estrogen menurun.

i. Perubahan tanda-tanda vital

Perubahan tanda-tanda vital seperti tekanan darah, nadi, pernapasan, dan suhu antara lain (Pitriani & Andriyani, 2014) :

1) Tekanan darah

Tekanan darah adalah tekanan yang dialami darah pada pembuluh darah arteri ketika darah dipompa oleh jantung ke seluruh anggota tubuh manusia. Tekanan darah normal adalah sistolik antara 90-120 mmHg dan diastolik 60-80 mmHg, *pasca* melahirkan pada kasus normal tekanan darah tidak berubah. Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah *pasca* melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan, sedangkan tekanan darah tinggi pada *pasca partum* merupakan tanda terjadinya preeklamsia *pasca partum*.

2) Nadi

Pasca melahirkan denyut nadi dapat bradikardi maupun takikardi. Denyut nadi melebihi 100 kali/menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan *pasca partum*.

3) Pernapasan

Frekuensi pernapasan normal pada orang dewasa adalah 16-24 kali/menit. Pada *pasca partum* umumnya pernapasan lambat atau normal. Hal ini dikarenakan Ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Bila pernapasan pada masa *pasca partum* menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

4) Suhu

Suhu tubuh wanita *inpartu* tidak lebih dari 37,2°C. Sesudah partus dapat naik kurang lebih 0,5°C dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 8°C. Sesudah 2 jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Bila suhu lebih dari 38°C, mungkin terjadi infeksi pada pasien.

7. Perubahan psikologis pada Masa Nifas

Wanita hamil akan mengalami perubahan psikologis yang nyata sehingga memerlukan adaptasi. Perubahan *mood* seperti sering menangis, lekas marah, sering sedih, dan cepat berubah menjadi senang merupakan manifestasi dari emosional yang labil. Proses adaptasi berbeda-beda antara satu Ibu dengan yang lain. Pada awal kehamilan Ibu beradaptasi menerima bayi yang dikandungannya sebagai bagian dari dirinya. Perasaan gembira bercampur dengan kekhawatiran dan kecemasan menghadapi perubahan yang sebentar lagi akan dijalani (Astuti et al., 2015). Seorang wanita setelah sebelumnya menjalani fase sebagai anak kemudian berubah menjadi istri dan harus bersiap menjadi Ibu. Proses ini memerlukan waktu untuk bisa menguasai perasaan dan pikirannya. Semakin lama akan timbul rasa memiliki pada janinnya sehingga ada rasa ketakutan akan

kehilangan bayinya atau perasaan cemas mengenai kesehatan bayinya. Ibu akan mulai berpikir bagaimana bentuk fisik bayinya sehingga muncul “*mental image*” tentang gambaran bayi yang sempurna dalam pikiran Ibu seperti berkulit putih, gemuk, dan sebagainya. Tanggung jawab bertambah dengan hadirnya bayi yang baru lahir. Dorongan dan perhatian dari keluarga lainnya merupakan dukungan positif untuk Ibu. Beberapa faktor yang berperan dalam penyesuaian Ibu antara lain (Astuti et al., 2015) :

- a. Dukungan keluarga dan teman.
- b. Pengalaman waktu melahirkan, harapan, dan aspirasi.
- c. Pengalaman merawat dan membesarkan anak sebelumnya.

Proses adaptasi psikologi sudah terjadi selama kehamilan, menjelang proses kelahiran, maupun setelah persalinan. Pada periode tersebut, kecemasan seorang wanita dapat bertambah. Pengalaman yang unik dialami oleh Ibu setelah persalinan. Perubahan peran seorang Ibu memerlukan adaptasi dan tanggung jawab Ibu mulai bertambah.

- a. Fase-fase yang akan dialami oleh Ibu pada masa nifas, yaitu

(Astuti et al., 2015) :

- 1) Fase *taking in*

Fase *taking in* yaitu periode ketergantungan, berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua melahirkan. Pada fase ini Ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir. Ibu perlu bicara tentang dirinya sendiri. Ketidaknyamanan fisik yang dialami Ibu pada fase ini seperti mules, nyeri pada jahitan, kurang tidur, dan kelelahan merupakan sesuatu yang tidak dapat dihindari. Hal tersebut membuat Ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gangguan psikologis yang mungkin dialami seperti menangis dan mudah tersinggung. Hal ini membuat Ibu cenderung lebih pasif terhadap lingkungannya. Pada fase ini petugas

kesehatan harus menggunakan pendekatan yang empatik agar Ibu dapat melewati fase ini dengan baik. Ibu ingin didengarkan dan diperhatikan. Kemampuan mendengarkan (*listening skills*) dan menyediakan waktu yang cukup merupakan dukungan yang tidak ternilai bagi Ibu. Kehadiran suami atau keluarga sangat diperlukan pada fase ini.

Gangguan fisiologis yang mungkin dirasakan Ibu, yaitu:

- a) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya seperti jenis kelamin tertentu, warna kulit, jenis rambut, dan lainnya.
- b) Ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan fisik yang dialami Ibu seperti rasa mules karena rahim berkontraksi untuk kembali pada keadaan semula, payudara bengkak, dan nyeri luka jahitan.
- c) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.
- d) Suami atau keluarga yang mengkritik Ibu tentang cara merawat bayi dan cenderung melihat saja tanpa membantu. Ibu akan merasakan tidak nyaman karena sebenarnya hal tersebut bukan hanya tanggung jawab Ibu semata.

2) Fase *taking hold*

Fase *taking hold* adalah periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini Ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan sangat sensitif, sehingga mudah tersinggung dan marah. Dukungan moral sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan diri Ibu. Bagi petugas kesehatan pada fase ini merupakan kesempatan yang baik untuk memberikan berbagai penyuluhan dan pendidikan kesehatan yang diperlukan Ibu nifas. Tugas kesehatan adalah mengajarkan cara merawat

bayi, cara menyusui yang benar, cara merawat luka jahitan, senam nifas, dan memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan Ibu seperti gizi, istirahat, dan kebersihan diri.

3) Fase *letting go*

Fase *letting go* adalah periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Ibu memahami bahwa bayi butuh disusui sehingga siap untuk memenuhi kebutuhan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya sudah meningkat pada fase ini. Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya. Pendidikan kesehatan yang diberikan pada fase sebelumnya akan sangat berguna bagi Ibu. Ibu lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya. Dukungan suami atau keluarga masih terus diperlukan Ibu. Suami atau keluarga dapat membantu merawat bayi, mengerjakan urusan rumah tangga sehingga Ibu tidak terlalu terbebani. Ibu memerlukan istirahat yang cukup sehingga mendapatkan kondisi fisik yang bagus untuk merawat bayinya.

b. Gangguan psikologis yang dialami oleh Ibu *pasca* melahirkan diantaranya (Sutanto, 2018):

1) *Postpartum blues (baby blues)*

Postpartum blues dikenal juga dengan kemurungan masa nifas. Keadaan ini umumnya sering terjadi pada Ibu baru yang pertama kali melahirkan. Biasanya disebabkan oleh perubahan-perubahan yang terjadi dengan sifat yang berbeda drastis antara perubahan satu dengan perubahan yang lain. Baik perubahan yang terjadi ketika masa kehamilan,

melahirkan, sampai pada cara hidupnya sesudah bayinya lahir. *Postpartum blues* adalah bentuk depresi yang paling ringan, biasanya timbul antara hari ke-2 sampai hari ke-14.

Faktor-faktor penyebab *postpartum blues*:

- a) Faktor hormonal, yaitu perubahan hormonal pada pertengahan masa *postpartum*. Perubahannya terjadi pada kadar estrogen, progesteron, prolaktin, serta estriol yang terlalu rendah. Kadar estrogen turun secara tajam setelah melahirkan dan estrogen memiliki efek supresi aktivitas enzim non adrenalin maupun serotonin yang berperan dalam suasana hati dan kejadian depresi.
- b) Faktor demografik, yaitu faktor penyebab yang berhubungan dengan umur dan paritas. Biasanya umur Ibu yang terlalu muda saat melahirkan cenderung memiliki kemungkinan lebih besar terkena kondisi ini, karena memikirkan tanggung jawab sebagai Ibu untuk mengurus anak. Tindakan ini merupakan sebuah bentuk ketidaksiapan terhadap perubahan peran yang terjadi pada Ibu.
- c) Pengalaman dalam proses kehamilan dan persalinan, yaitu kesulitan-kesulitan yang dialami Ibu selama kehamilan dan persalinan akan memburuk kondisi Ibu *pasca* melahirkan.
- d) Latar belakang psikologis Ibu yang bersangkutan, yaitu tingkat pendidikan, status perkawinan, kondisi ekonomi, status sosial serta kedekatan dengan keluarga suami dapat menjadi salah satu pemicu gangguan psikologis ini. Dukungan yang diberikan dari lingkungan misalnya suami, orangtua, dan keluarga akan menjadi obat yang ampuh bagi Ibu.
- e) Aktivitas fisik berhubungan dengan aktivitas mengasuh bayi, menyusui ataupun menggantikan popok yang

biasanya terjadi di malam hari dimana hal tersebut menjadi hal yang baru bagi Ibu bersalin. Ditambah lagi dengan ketidaknyamanan fisik seperti rasa sakit akibat luka jahit atau bengkak pada payudara yang dialami sehingga menimbulkan perasaan emosi pada wanita *pasca* melahirkan. Fisik yang sudah lelah dan kondisi psikis yang mengalami perubahan dapat menjadi salah satu pemicu gangguan psikologis ini.

- f) Faktor umur dan jumlah anak, yaitu pada sebagian Ibu yang memiliki anak dengan jarak usia yang terlalu dekat dapat memicu terjadinya gangguan psikologis ini. Hal tersebut berkaitan dengan kebutuhan dasar anak sebelumnya yang masih memerlukan perhatian dari orangtua ditambah dengan kelahiran anak berikutnya yang akan menyita perhatian lebih besar dari orangtua.
- g) Stress yang dialami oleh wanita itu sendiri misalnya belum bisa menyusui bayi atau rasa bosan terhadap rutinitas barunya.
- h) Rasa memiliki bayinya yang terlalu dalam sehingga takut yang berlebihan akan kehilangan bayinya.
- i) Ketidakmampuan beradaptasi terhadap perubahan-perubahan yang terjadi.

Gejala-gejala yang terjadinya *postpartum blues*:

- a) Reaksi : depresi, sedih, dan disforia.
- b) Sering menangis.
- c) Cemas.
- d) Labilitas perasaan.
- e) Cenderung menyalahkan diri sendiri.
- f) Gangguan tidur dan gangguan nafsu makan.
- g) Kelelahan.
- h) Mudah sedih.

- i) Cepat marah.
- j) *Mood* mudah berubah, cepat menjadi sedih, dan cepat pula menjadi gembira.
- k) Perasaan terjebak dan juga marah terhadap pasangannya serta bayinya.
- l) Perasaan bersalah.

Langkah-langkah mengatasi *postpartum blues*:

- a) Persiapan diri yang baik selama kehamilan untuk menghadapi masa nifas.
- b) Komunikasikan segala permasalahan atau hal yang ingin disampaikan.
- c) Selalu membicarakan rasa cemas yang dialami.
- d) Bersikap tulus serta ikhlas terhadap apa yang dialami dan berusaha melakukan peran barunya sebagai seorang Ibu dengan baik.
- e) Cukup istirahat.
- f) Menghindari perubahan hidup yang drastis.
- g) Berolahraga ringan.
- h) Berikan dukungan dari semua keluarga, suami, dan saudara.
- i) Konsultasikan pada tenaga kesehatan atau orang profesional agar dapat memfasilitasi faktor risiko lainnya selama masa nifas dan membantu dalam melakukan upaya pengawasan.

2) Depresi berat (depresi *postpartum*)

Gangguan psikologis ini sebenarnya tidak jauh beda dengan gangguan psikologis *postpartum blues*. Hanya saja yang membedakan terletak pada frekuensi, intensitas serta durasi berlangsungnya gejala-gejala yang timbul. Ibu yang depresi akan merasakan gejala dengan intensitas lebih sering, lebih hebat, dan lebih lama. Keadaan ini berlangsung selama 3-6

bulan. Bahkan pada beberapa kasus terjadi selama satu tahun pertama kehidupan bayi, sehingga biasanya Ibu tidak bisa menjalin hubungan kedekatan dengan bayi yang baru dilahirkannya. Penyebab depresi terjadi karena reaksi terhadap rasa sakit yang muncul saat melahirkan dan penyebab yang kompleks lainnya. Gejala-gejala depresi berat, antara lain:

- a) Perubahan pada *mood* disertai dengan tangisan tanpa sebab.
- b) Gangguan pada pola tidur dan pola makan.
- c) Perubahan mental dan libido.
- d) Dapat pula muncul fobia, serta ketakutan akan menyakiti dirinya sendiri dan bayinya.
- e) Tidak memiliki tenaga atau hanya sedikit saja tenaga yang dimiliki.
- f) Tidak dapat berkonsentrasi.
- g) Ada perasaan bersalah dan tidak berharga pada dirinya.
- h) Menjadi tidak tertarik dengan bayi atau terlalu memperhatikan dan mengkhawatirkan bayinya.
- i) Terdapat perasaan takut untuk menyakiti dirinya sendiri dan bayinya.
- j) Depresi berat akan terjadi biasanya pada wanita atau keluarga yang pernah mempunyai riwayat kelainan psikiatrik. Selain itu, kemungkinan dapat terjadi pada kehamilan selanjutnya.

Penatalaksanaan depresi berat:

- a) Dukungan keluarga dan lingkungan sekitar.
- b) Terapi psikologis dari psikiater.
- c) Kolaborasi dengan dokter untuk memberikan antidepresan (perlu diperhatikan pemberian antidepresan pada wanita hamil dan menyusui).

- d) Jangan ditinggal sendirian di rumah.
- e) Jika diperlukan lakukan perawatan di rumah sakit.
- f) Tidak dianjurkan rawat gabung (*rooming in*) dengan bayinya pada penderita depresi berat.

3) *Postpartum* psikosis (*postpartum* kejiwaan)

Postpartum psikosis yaitu masalah keperawatan kejiwaan serius yang dialami Ibu setelah proses persalinan dan ditandai dengan agitasi yang hebat, pergantian perasaan yang cepat, depresi, dan delusi. Wanita yang mengalami *postpartum* psikosis ini membutuhkan perawatan segera dan pengobatan psikiater. Penyebabnya dapat terjadi karena perubahan hormon, rendahnya dukungan sosial, emosional, rasa rendah diri, merasa terpencil, dan bisa jadi masalah keuangan. Gejala *postpartum* psikosis, antara lain:

- a) Adanya perasaan atau halusinasi yang diperintahkan oleh ketakutan dari luar untuk melakukan hal yang tidak bisa dilakukan.
- b) Adanya perasaan bingung yang intens.
- c) Melihat hal-hal lain yang tidak nyata.
- d) Perubahan *mood* atau tenaga yang ekstrem
- e) Ketidakmampuan untuk merawat bayi.
- f) Terjadi periode kebingungan yang serupa dengan amnesia (*memory lapse*).
- g) Serangan kegelisahan yang tidak terkendali.
- h) Pembicaraannya tidak dimengerti (mengalami gangguan komunikasi).

Penatalaksanaan *postpartum* psikosis:

Penatalaksanaan gangguan ini adalah dengan memberikan pendampingan psikiater. Hal tersebut dikarenakan wanita yang mengalami gangguan kejiwaan ini tidak selalu mampu

atau bersedia untuk berbicara dengan orang disekitarnya. Kondisi yang seperti ini biasanya membutuhkan obat antipsikosis, antidepresan, ataupun antiansietas. Cara mendeteksi depresi *postpartum* dengan menggunakan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) merupakan suatu alat bantu berupa kuesioner dengan validitas yang telah teruji dalam mengukur intensitas perubahan suasana depresi selama 7 hari *pasca* persalinan. Kuesioner ini terdiri dari 10 pertanyaan dimana setiap pertanyaan memiliki 4 pilihan jawaban yang mempunyai nilai atau skor tertentu dan diantara pilihan jawaban tersebut harus dipilih salah satu yang mendekati dengan kondisi perasaan yang dirasakan oleh Ibu saat itu. Pertanyaan-pertanyaan tersebut harus dijawab oleh Ibu dalam waktu 5 menit.

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) telah teruji validitasnya di beberapa negara seperti Belanda, Swedia, Australia, Indonesia, dan Italia. Ibu yang memiliki skor diatas 13 cenderung menderita penyakit depresi dengan tingkat keparahan yang bervariasi. Penilaian klinis yang cermat harus dilakukan untuk memastikan diagnosa. Skala ini menunjukkan bagaimana perasaan Ibu selama minggu sebelumnya. Berikut ini adalah petunjuk menggunakan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) :

- a) Ibu diminta untuk memeriksa respons yang paling dekat dengan perasaannya dalam 7 hari sebelumnya.
- b) Perhatikan untuk menghindari kemungkinan Ibu mendiskusikan jawaban dengan lainnya.
- c) Ibu harus menyelesaikan skalanya sendiri, kecuali Ibu kesulitan dalam berbahasa atau membaca.

8. Komplikasi Masa Nifas

Komplikasi masa nifas meliputi (Aspiani, 2017):

- a. Pembengkakan payudara
- b. Mastitis (peradangan pada payudara)
- c. Endometritis (peradangan pada endometrium)
- d. *Postpartum 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. Konsep Dasar *Rupture Perineum*

1. Definisi *Rupture Perineum*

Robekan perineum adalah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan alat atau tindakan. Robekan perineum umumnya terjadi pada garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat (Hernawati & Kamila, 2017).

Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Robekan ini dapat dihindarkan atau dikurangi dengan menjaga jangan sampai dasar panggul dilalui oleh kepala janin dengan cepat, sebaliknya kepala janin yang akan lahir jangan ditahan terlampau kuat dan lama karena akan menyebabkan asfiksia, perdarahan dalam tengkorak janin, melemahkan otot-otot dan fascia pada dasar panggul karena diregangkan terlalu lama. Robekan perineum umumnya terjadi di garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat, sudut arkus pubis lebih kecil daripada biasa sehingga kepala janin terpaksa lahir, kepala janin melewati pintu panggul bawah dengan ukuran yang lebih besar daripada sirkumferensia suboksipito bregmatika atau anak dilahirkan dengan pembedahan vaginal (Aspiani, 2017).

2. Etiologi *Rupture Perineum*

Penyebab terjadinya robekan pada perineum, yaitu (Hernawati & Kamila, 2017) :

- a. Kepala janin terlalu cepat lahir
- b. Persalinan tidak dipimpin sebagaimana mestinya
- c. Adanya jaringan parut pada perineum
- d. Adanya distosia bahu

Robekan perineum dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor maternal, faktor janin, dan faktor penolong. Faktor maternal meliputi partus *presipitatus* yang tidak dikendalikan dan tidak ditolong, pasien tidak mampu berhenti mengejan, partus diselesaikan secara tergesa-gesa dengan dorongan fundus yang berlebihan, edema dan kerapuhan pada perineum, *varikosis vulva* melemahkan jaringan perineum, *arcus pubis* sempit dengan pintu bawah panggul sehingga menekan kepala bayi ke arah *posterior*, serta perluasan pada episiotomi. Faktor janin meliputi bayi yang besar, posisi kepala yang abnormal misalnya presentasi muka, kelainan bokong, *ekstraksi forceps* dengan sukar *distosia bahu*, *anomaly*, dan *congenital* seperti *hydrosepalus*. Faktor penolong meliputi posisi meneran pada posisi persalinan (Sigalingging & Sikumbang, 2018).

3. Klasifikasi *Rupture Perineum*

Robekan perineum di bagi atas 4 tingkatan, yaitu (Maryunani, 2014) :

- a. Derajat I
 - 1) Ciri-cirinya :
robekan hanya terjadi pada selaput lendir vagina dengan atau tanpa mengenai kulit perineum. Dalam hal ini, robekan mengenai mukosa vagina dan kulit perineum.
 - 2) Langkah-langkah tindakan :
Robekan ini tidak perlu dijahit, dengan menjaga kebersihan perineum (segera ganti pembalut bila terasa penuh, cebok dengan air bersih), berpegang pada prinsip perawatan luka

terkini yaitu konsep lembab, gizi yang bagus atau banyak konsumsi protein. Maka robekan atau perlukaan akan segera sembuh.

b. Derajat II

1) Ciri-cirinya :

Robekan mengenai selaput lendir vagina dan otot perineal transversalis, tetapi tidak mengenai otot sfingter ani. Dalam hal ini, robekan mengenai mukosa vagina, kulit perineum, dan otot perineum.

2) Langkah-langkah tindakan :

Penyembuhan luka akan lebih baik bila dilakukan penjahitan, tingkatkan kebersihan, dan asupan gizi dengan protein tinggi.

c. Derajat III

1) Ciri-cirinya :

Robekan mengenai perineum sampai dengan otot sfingter ani. Dalam hal ini, robekan mengenai mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum, dan otot sfingter ani.

2) Langkah-langkah tindakan :

Jangan mencoba melakukan penjahitan pada laserasi tingkat tiga (pada pelayanan kesehatan tingkat dasar) dan rujuk Ibu segera.

d. Derajat IV

1) Ciri-cirinya :

Robekan mengenai perineum sampai dengan otot sfingter ani dan mukosa rektum. Dalam hal ini, robekan mengenai mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani yang meluas hingga mukosa rektum.

2) Langkah-langkah tindakan :

Jangan mencoba melakukan penjahitan pada laserasi tingkat empat (pada pelayanan kesehatan tingkat dasar) dan rujuk Ibu segera.

C. Asuhan Keperawatan Masa Nifas

1. Pengkajian

Menurut Aspiani (2017), hal-hal yang perlu dikaji pada masa nifas meliputi:

a. Identitas

- 1) Identitas pasien meliputi : nama, usia, status perkawinan, pekerjaan, agama, pendidikan, suku, bahasa yang digunakan, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, dan alamat rumah.
- 2) Identitas suami meliputi : nama suami, usia, pekerjaan, agama, pendidikan, dan suku

b. Keluhan utama

Keluhan utama yang dirasakan oleh pasien dengan *postpartum* adalah nyeri pada daerah genitalia.

c. Riwayat penyakit sekarang

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

d. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat yang pernah diderita yang ada hubungannya dengan penyakit sekarang.

e. Riwayat penyakit keluarga

Riwayat penyakit yang pernah diderita oleh penyakit keluarga atau keturunan.

f. Riwayat obstetri

Riwayat obstetri yang perlu diketahui, yaitu :

1) Keadaan haid

Keadaan haid meliputi *menarche*, siklus haid, hari pertama haid terakhir, jumlah dan warna darah yang keluar, lamanya haid, terdapat nyeri atau tidak.

2) Riwayat kehamilan

Riwayat kehamilan yang perlu diketahui adalah berapa kali melahirkan *Ante Natal Care* (ANC), selama kehamilan periksa dimana, perlu diukur tinggi badan dan berat badan.

3) Riwayat persalinan

Riwayat persalinan yang baru terjadi, jenis persalinan spontan atau *sectio caesarea*, penyulit selama persalinan.

g. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Pernapasan

Frekuensi pernapasan meningkat.

2) Nutrisi

Biasanya pasien 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 *postpartum*. Kadang-kadang wanita sulit buang air kecil 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 *postpartum*. Bila belum terjadi dapat mengakibatkan obstipasi, maka dapat diberikan

obat laksans per oral atau per rektal. Bila belum berhasil diberikan obat pencahar atau laksatif.

4) Istirahat atau tidur

Pasien biasanya tidak mengalami gangguan dalam istirahat atau tidurnya. Mempertahankan tubuh dan sirkulasi pada pasien dengan *postpartum* biasanya mengalami gangguan dalam hal temperatur tubuh, suhu tubuh dapat mencapai lebih dari 37,5°C.

5) Kebutuhan *personal hygiene*

Kebersihan diri merupakan pemeliharaan kesehatan untuk diri sendiri, dimana kebutuhan *personal hygiene* pasien dengan *postpartum* dibantu oleh keluarganya.

6) Aktivitas

Pada pasien dengan *postpartum* aktivitasnya terganggu, pekerjaan atau kegiatan sehari-hari tidak mampu dilakukan maksimal karena keadaannya setelah persalinan.

7) Gerak dan keseimbangan tubuh

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

8) Kebutuhan berpakaian

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

9) Kebutuhan keamanan

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

10) Sosialisasi

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

11) Kebutuhan spiritual

Kebutuhan spiritual ditanyakan apakah pasien tetap menjalankan ajaran agamanya ataukah terhambat karena keadaan yang sedang dialaminya.

12) Kebutuhan bermain dan rekreasi

Pasien dengan *postpartum* biasanya tidak dapat memenuhi kebutuhan bermain dan rekreasi.

13) Kebutuhan belajar

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

h. Pemeriksaan fisik *head to toe*

1) Kepala dan rambut

Bentuk kepala, kulit kepala apakah kotor atau terdapat ketombe, rambut apakah lusuh atau kusut, apakah ada laserasi atau luka.

2) Wajah

Warna kulit apakah pucat atau tidak, bentuk wajah apakah lonjong atau oval.

3) Mata

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

4) Hidung

Ada tidaknya septuminasi, polip, dan kebersihan hidung.

5) Telinga

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

6) Mulut, bibir, dan faring

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

7) Gigi

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

8) Leher

Ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid atau vena jugularis.

9) Integument

Warna kulit, apakah pucat atau tidak, kebersihan, turgor, dan tekstur kulit.

10) Thorax

Dikaji kesimetrisannya, ada tidaknya suara ronchi.

11) Payudara

Payudara membesar, *aerola mammae* warnanya lebih gelap, *papilla mammae* menonjol, keluar ASI atau tidak, ada tidaknya kolostrum, dan apakah puting susu masuk atau tidak.

12) Abdomen

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

13) Genetalia

Pengeluaran *lochea*, bagaimana warnanya, banyaknya, dan baunya, apakah adakah oedema pada vulva.

14) Ekstremitas atas

Simetris atau tidak, ujung-ujung jari terdapat sianosis tidak, apakah ada oedema atau tidak.

15) Ektremitas bawah

Simetris atau tidak, apakah ada oedema atau tidak, apakah terdapat sianosis atau tidak, bagaimana pergerakannya, refleks patella.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Aspiani (2017) diagnosa keperawatan pada masa nifas yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan (luka episiotomi), involusi uteri, pembengkakan payudara.
- 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 cara merawat bayi.
- g. Kurang perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

3. Rencana Keperawatan

Menurut Aspiani (2017) rencana keperawatan pada masa nifas yaitu:

- a. Diagnosa keperawatan: nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan (luka episiotomi), involusi uteri, pembengkakan payudara.

Tujuan (NOC):

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien dapat:

- 1) Mengontrol nyeri (*pain control*), dengan kriteria :
 - a) Pasien dapat mengetahui penyebab nyeri, onset nyeri.
 - b) Pasien mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri.
 - c) Pasien mampu mengenal tanda-tanda pencetus nyeri.

d) Pasien melaporkan nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.

2) Menunjukkan tingkat nyeri (*pain level*), dengan kriteria:

- a) Pasien mampu mengenal skala, intensitas, frekuensi, dan lamanya episode nyeri.
- b) Pasien mengatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.
- c) Tanda-tanda vital dalam batas normal.
- d) Ekspresi wajah tenang.

Intervensi (NIC):

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 non verbal dari ketidaknyamanan, khususnya dalam ketidakmampuan untuk komunikasi secara efektif.
- c) Gunakan komunikasi terapeutik agar pasien dapat mengekspresikan nyeri.
- d) Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (misalnya relaksasi, terapi musik, distraksi, dan *massage*).
- e) Evaluasi keefektifan dan tindakan mengontrol nyeri yang telah digunakan.
- f) Berikan informasi tentang nyeri, seperti penyebab, berapa lama terjadi, dan tindakan pencegahan.
- g) Kontrol faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan (misalnya temperatur ruangan, penyinaran, dan lain-lain).
- h) Tingkatkan tidur atau 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 pasien.

- k) Monitor kenyamanan pasien 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 pada prinsip 5 benar.
- c) Cek riwayat alergi obat.
- d) Pilih analgetik secara tepat atau 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. Diagnosa keperawatan: risiko kurang volume cairan berhubungan dengan pengeluaran yang berlebihan, perdarahan, diuresis, keringat berlebihan.

Tujuan (NOC):

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kebutuhan cairan adekuat. Status nutrisi : intake makanan dan cairan (*nutritional status : food and fluid intake*), dengan kriteria:

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

Intervensi (NIC):

- 1) Manajemen cairan (*fluid management*)
 - a) Pertahankan *intake* dan *output* yang adekuat.

- b) Monitor status hidrasi (kelembaban membran, nadi akurat, dan tekanan darah).
- c) Monitor vital sign sesuai kebutuhan.
- d) Monitor bunyi paru: adanya bunyi *crekles*, status respirasi, dan tentukan adanya *ortopneu*.
- e) Berikan makanan dan cairan sesuai kebutuhan.
- f) Monitor masukan makanan atau cairan sesuai kebutuhan, dan hitung *intake* kalori harian.
- g) Motivasi keluarga untuk membantu pasien makan.
- h) Tawarkan snack (jus buah ataupun buah segar).

2) Monitor cairan (*fluid monitoring*)

- a) Monitor *intake* dan *output*.
- b) Monitor tekanan darah, denyut nadi, dan status respirasi.
- c) Monitor membran mukosa dan turgor kulit.
- d) Kelola cairan sesuai kebutuhan.
- e) Pertahankan kecepatan pemberian cairan intravena.
- f) Kelola pemberian obat-obatan yang meningkatkan *urine output* sesuai kebutuhan.

c. Diagnosa keperawatan: risiko infeksi berhubungan dengan trauma jalan lahir.

Tujuan (NOC):

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien 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) Membran mukosa normal.
- 5) Tidak ada peningkatan leukosit.
- 6) Luka didaerah perineum tidak ada pus.

Intervensi (NIC):

- 1) Kontrol infeksi (*infection control*)

- a) Bersihkan lingkungan secara tepat setelah digunakan oleh pasien.
- b) Ganti peralatan pasien setiap selesai tindakan.
- c) Batasi jumlah pengunjung.
- d) Gunakan sabun untuk cuci tangan.
- e) Anjurkan pengunjung untuk cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.
- f) Gunakan sarung tangan steril.
- g) Lakukan perawatan vulva dan perineum.
- h) Anjurkan pasien untuk mengganti pembalut setiap kotor.
- i) Lakukan teknik perawatan luka yang tepat.
- j) Tingkatkan asupan nutrisi dan cairan.
- k) Anjurkan istirahat.
- l) Ajarkan pasien dan keluarga tentang tanda-tanda dan gejala dari infeksi.
- m) Ajarkan pasien dan anggota keluarga bagaimana mencegah infeksi.
- n) Berikan antibiotik kalau perlu.

2) Proteksi infeksi

- a) Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik.
- b) Monitor nilai absolut *white blood cell* (sel darah putih atau leukosit).
- c) Pertahankan teknik aseptik.
- d) Pertahankan teknik isolasi sesuai kebutuhan.
- e) Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap adanya kemerahan, panas, dan adanya pengeluaran cairan.
- f) Dorong masukan nutrisi yang cukup.
- g) Dorong intake cairan sesuai kebutuhan.
- h) Kelola pemberian antibiotika.
- i) Ajarkan pasien dan keluarga untuk melaporkan tanda dan gejala infeksi pada petugas kesehatan.

- j) Ajarkan pasien dan keluarga bagaimana menghindari infeksi.

d. Diagnosa keperawatan: gangguan eliminasi BAK (disuria) berhubungan dengan trauma perineum dan saluran kemih.

Tujuan (NOC):

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan eliminasi *urine* kembali normal (*urine elimination*), dengan kriteria:

- 1) Pasien dapat buang air kecil secara normal.
- 2) Pasien tidak mengalami nyeri pada saat buang air kecil.
- 3) *Urine output* normal.
- 4) Pasien tidak takut untuk buang air kecil.

Intervensi (NIC):

- 1) Manajemen eliminasi urine
 - a) Monitor eliminasi urine termasuk frekuensi, konsistensi, bau, volume, dan warna urine sesuai kebutuhan.
 - b) Ajarkan pasien tanda dan gejala infeksi saluran kemih.
 - c) Anjurkan pasien atau keluarga untuk melaporkan *urine output* sesuai kebutuhan.
 - d) Anjurkan pasien untuk banyak minum saat makan, diantara waktu makan dan waktu pagi hari.
 - e) Bantu pasien dalam mengembangkan rutinitas toileting sesuai kebutuhan.
 - f) Anjurkan pasien untuk memonitor tanda dan gejala infeksi saluran kemih.

e. Diagnosa keperawatan: konstipasi berhubungan dengan kurangnya mobilisasi, diet yang tidak seimbang, trauma persalinan.

Tujuan (NOC):

- 1) Manajemen konstipasi (*constipation management*)

- a) Observasi pola kebiasaan buang air besar termasuk waktunya, frekuensi buang buang air besar, konsistensi buang air besar, riwayat penggunaan obat-obatan laksatif, riwayat diet termasuk intake cairan, pola latihan, riwayat obstetri, dan pembedahan.
 - b) Kaji ulang penggunaan obat-obatan yang dapat mempengaruhi fungsi *bowel* termasuk anti depresan, anti hipertensi, anti konvulsan, diuretik, anti kolinergik, suplemen besi, dan obat penenang.
 - c) Palpasi adanya distensi abdomen, perkusi bunyi *dullnes* dan auskultasi bunyi peristaltik usus. Pada pasien dengan konstipasi, abdomen sering mengalami distensi.
 - d) Berikan privasi saat pasien buang air besar.
 - e) Anjurkan makan-makanan berserat seperti buah-buahan segar dan sayur-sayuran.
 - f) Anjurkan minum 1,5 liter sampai dengan 2 liter per hari.
 - g) Jika perlu berikan laksative dan suppositoria.
- f. Diagnosa keperawatan: risiko gangguan proses parenting berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang cara merawat bayi.
- Tujuan (NOC):
- Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi gangguan proses parenting, dengan kriteria:
- 1) Pasien dapat mengidentifikasi strategi untuk melindungi anak dari kelalaian.
 - 2) Pengetahuan pasien tentang cara merawat bayi meningkat.
 - 3) Pasien mampu merawat bayi.
- Intervensi (NIC):
- 1) *Family integrity promotion : childbearing*
 - a) Ciptakan lingkungan yang menerima.

- b) Ciptakan hubungan saling percaya dengan kedua orangtua.
- 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 antar anggota keluarga.
- h) Observasi hubungan pasangan satu dan yang lainnya setelah kelahiran bayi.
- i) Identifikasi sistem interaksi keluarga.
- j) Identifikasi mekanisme koping keluarga yang normal.
- k) Identifikasi mekanisme koping individu masing-masing anggota keluarga.
- l) Diskusikan reaksi sibling terhadap kelahiran bayi.
- m) Berikan informasi bagaimana mencegah persaingan sibling.

2) *Family integrity promotion*

- a) Jadi pendengar yang baik untuk anggota keluarga.
- b) Tentukan pemahaman pasien mengenai penyebab sakit.
- c) Identifikasi prioritas konflik diantara anggota keluarga.
- d) Bantu pasien untuk memecahkan konflik.
- e) Kolaborasi dengan keluarga mengenai pemecahan masalah.
- f) Dorong keluarga untuk mempertahankan hubungan yang positif.

- g. Diagnosa keperawatan: kurang perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

Tujuan (NOC):

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien menunjukkan partisipasi secara fisik dan verbal dalam makanan, berpakaian, toileting, dan mandi (*self care : activities of daily living*), dengan kriteria:

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

Intervensi (NIC):

- 1) Bantu perawatan diri (*self care assistance*)
 - a) Kaji tingkat kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri.
 - b) Bantu pasien dalam melakukan perawatan diri seperti mandi, toileting, dan berpakaian.
 - c) Latih pasien memenuhi kebutuhan *activities of daily living* secara bertahap sesuai kemampuan.
 - d) Tingkatkan partisipasi sesuai dengan kemampuan pasien.
 - e) Jaga *privacy* dalam setiap *self care assistance*.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan tindakan sesuai dengan yang telah direncanakan, mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat, bukan atas petunjuk data petugas kesehatan lain. Sementara itu, tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama seperti dokter atau petugas kesehatan lainnya (Ratnawati, 2017).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan hasil perkembangan Ibu dengan berpedoman kepada hasil dan tujuan yang hendak dicapai (Ratnawati, 2017). Dalam memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan pasien, maka digunakan komponen SOAP, meliputi:

a. S : Data Subjektif

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

b. O : Data Objektif

Data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada pasien dan yang dirasakan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

c. A : Analisis

Interpretasi dari data subjektif dan data objektif yang merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau dapat dituliskan masalah maupun diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan pasien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

d. P : Planning

Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya. Tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan dan tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan. Tindakan yang perlu dilanjutkan adalah tindakan yang masih kompeten untuk menyelesaikan masalah pasien dan membutuhkan waktu untuk mencapai keberhasilannya.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

Tanggal masuk 13 Februari 2020, Masuk pada pukul 13.00 WIB, Ruang seruni Kelas II, No kamar 306.3, Tanggal pengkajian 13 Februari 2020 pukul 15.00 WIB.

1. Identitas Pasien

Pasien bernama Ny. N berjenis kelamin perempuan dengan usia 29 tahun, Suku bangsa Padang, Beragama Islam, Pendidikan S1 Akuntansi bekerja sebagai Staf Akademik di Unisma. Nama suami Tn.F berjenis kelamin laki-laki dengan usia 34 tahun, Suku bangsa Padang, Beragama Islam, Pendidikan SMA bekerja sebagai karyawan swasta. Alamat Jl.Mekarsari No.05 RT 07 RW 03, status perkawinan menikah satu kali dengan lama perkawinan 6 tahun.

2. Resume

Pasien datang ke Ruang Bersalin Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat pada tanggal 13 Februari 2020 pukul 06.25 WIB dengan riwayat obstetrik G₃P₂A₀H₄₀ minggu. Pasien mengeluh perut kencang dan mules-mules dari pukul 04.00 WIB. Masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri akut. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 98 kali/menit, pernafasan 20 kali/menit, suhu 36,8°C. Pasien pada pukul 06.30 WIB dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil pasien sudah pembukaan 8 cm, pasien dilakukan palpasi dengan tinggi fundus uteri 36 cm. Pasien pada pukul 08.00 WIB terpasang infuse di vena cefalika sinistra RL+induxin 2 IU 8tpm. Pasien di induksi agar mempercepat proses persalinan. Pasien pada pukul 08.30 WIB dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil pembukaan lengkap. Bayi lahir pada pukul 08.42 WIB dengan jenis kelamin perempuan, berat badan lahir 4000 gram,

panjang badan 50 cm, bayi menangis kuat dengan APGAR score 9/10, bayi di IMD, pasien mengalami ruptur perineum grade II. Pada pukul 08.50 WIB plasenta lahir spontan. Pada pukul 08.55 WIB pasien dilakukan hecing dengan anastesi Lidocain. Pasien dilakukan manajemen aktif kala 3, massage fundus uterus kontraksi keras, dan tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat.

Pasien dipindahkan ke ruang seruni pada pukul 13.00 WIB pasien mengeluh nyeri pada luka jahitan jalan lahir, skala nyeri 4. Masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri akut. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 115/79 mmHg, nadi 90 kali/menit, pernafasan 16 kali/menit, suhu 36,5°C. Palpasi fundus uteri dengan hasil kontraksi keras, *lochea* rubra, tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat. Mengajarkan pasien teknik relaksasi nafas dalam, pasien mendapatkan infuse RL 20 tpm. Evaluasi secara umum masalah belum teratasi tujuan belum tercapai lanjutkan semua intervensi.

3. Riwayat Keperawatan

a. Keluhan Utama (saat ini)

Saat dilakukan pengkajian, pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan jalan lahir, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 4, pasien mengatakan nyeri timbul saat beraktivitas.

b. Riwayat Persalinan Sekarang

Tanggal Persalinan 13 Februari 2020 pukul 08.42 WIB, Tipe persalinan spontan, Lama persalinan pada Kala I 1 jam 55 menit, Kala II 12 menit, Kala III 8 menit. Jumlah lama persalinan 2 jam 15 menit. Jumlah perdarahan pada saat persalinan 100 cc, Jenis kelamin bayi Perempuan dengan Berat Badan 4000 gram dan Panjang Badan 50 cm. APGAR Score pada Menit ke-I 9 dan Menit ke-V 10.

c. Riwayat Obstetri : P₃ A₀ Anak Hidup₃

Anak pertama umur kehamilan 38 minggu, Penyulit saat kehamilan tidak ada, Jenis persalinan partus spontan, Penolong dokter, Penyulit saat persalinan tidak ada, Komplikasi nifas tidak ada, Jenis kelamin anak pertama adalah Laki-laki dengan Berat Badan 3400 gram, Panjang Badan 49 cm, Keadaan sehat, dan Umur sekarang 2 tahun 10 bulan. Anak kedua umur kehamilan 40 minggu, penyulit saat kehamilan tidak ada, Jenis persalinan partus spontan, Penolong dokter, Penyulit saat persalinan tidak ada, Komplikasi nifas tidak ada, Jenis kelamin anak pertama adalah Laki-laki dengan Berat Badan 3600 gram, Panjang Badan 51 cm, Keadaan sehat, dan Umur sekarang 1 tahun 6 bulan. Anak ketiga umur kehamilan 40 minggu, penyulit saat kehamilan tidak ada, Jenis persalinan partus spontan, Penolong dokter, Penyulit saat persalinan tidak ada, Komplikasi nifas tidak ada, Jenis kelamin anak pertama adalah Perempuan dengan Berat Badan 4000 gram, Panjang Badan 50 cm, Keadaan bayi sehat.

d. Riwayat Keluarga Berencana (KB)

Pasien mengatakan belum pernah menggunakan Keluarga Berencana (KB). Pasien mengatakan belum mengetahui jenis-jenis Keluarga Berencana (KB) dan rencana yang akan datang pasien belum mengetahui akan menggunakan alat kontrasepsi jenis apa. Pasien tampak bingung ketika ditanya tentang Keluarga Berencana (KB). Jarak usia anak pertama dengan anak kedua adalah 1 tahun 4 bulan.

e. Riwayat Imunisasi TT

Pasien mengatakan pernah imunisasi TT yang diberikan 3 kali dengan usia kehamilan pemberian imunisasi yaitu Anak pertama pada usia kehamilan 4 bulan dan 7 bulan, Anak kedua pada usia kehamilan 5 bulan.

f. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit pada keluarga.

g. Riwayat Kebiasaan Sehari-hari Sebelum Dirawat

1) Pola Nutrisi/Cairan

Frekuensi makan 2-3 kali/hari dengan jenis makanan seperti nasi, sayuran, buah-buahan, roti. Nafsu makan baik, pasien tidak ada alergi atau toleransi makanan. Rata-rata Berat Badan sebelum Hamil 75 kg dan Berat Badan sekarang 83,5 kg.

2) Pola Eliminasi

a) BAB

Frekuensi BAB 1 kali/hari, Karakteristik feses kecoklatan, Defekasi terakhir pada hari Rabu, 12 Februari 2020 pukul 07.00 WIB, Pasien tidak ada hemoroid, dan tidak ada keluhan pada BAB.

b) BAK

Frekuensi BAK 3-4 kali/hari, Karakteristik urine kuning jernih, Pasien tidak ada keluhan pada BAK.

3) Personal Hygiene

a) Mandi : Frekuensi mandi 2 kali/hari

b) Oral Hygiene : Frekuensi oral hygiene 3 kali/hari

c) Rambut : Frekuensi cuci rambut 1 kali/hari

4) Pola Aktifitas/Istirahat dan Tidur

Pasien bekerja sebagai Staf Akademik di Unisma, Waktu Bekerja dari pagi hingga sore hari, Pembatasan karena kehamilan/Kondisi Pasien mengatakan tidak boleh terlalu lelah, Kegiatan waktu luang Pasien selalu bermain bersama anak-anaknya, Pasien tidak ada keluhan dalam beraktifitas, Aktivitas kehidupan sehari-hari adalah mandiri, Pasien sering tidur siang dengan lama tidur 60 menit, Pasien tidak ada keluhan tidur dan tidak ada masalah tidur.

5) Pola Kebiasaan Yang Mempengaruhi Kesehatan

a) Merokok

Pasien mengatakan tidak ada kebiasaan merokok.

b) Minuman keras

Pasien mengatakan tidak ada kebiasaan minum-minuman keras.

c) Ketergantungan obat

Pasien tidak ketergantungan terhadap obat.

6) Pola Seksualitas

Pasien mengatakan tidak ada masalah seksualitas.

7) Pola psikososial

Perencanaan kehamilan pasien mengatakan tidak merencanakan kehamilan anak yang ketiga, perasaan pasien dan keluarga tentang kehamilan dan persalinan yaitu bahagia dan bersyukur bisa dikaruniai anak lagi, kesiapan mental menjadi Ibu pasien mengatakan sudah siap menjadi seorang Ibu, cara mengatasi stress biasanya pasien menonton TV, pasien tinggal bersama suami dan anak-anaknya, kesanggupan dan pengetahuan dalam merawat bayi pasien mengatakan bahwa sudah mampu merawat bayi nya karena sudah berpengalaman mengurus anak yang pertama dan anak yang kedua, harapan dari perawatan saat ini adalah pasien berharap bahwa anaknya dapat sehat terus, tidak ada faktor kebudayaan yang mempengaruhi kesehatan pasien.

h. Status Sosial Ekonomi

Pasien mengatakan penghasilan per bulan $\geq$ Rp 10.000.000, pengeluaran perbulan $\geq$ Rp 2.000.000, Jaminan Kesehatan yang dimiliki adalah BPJS.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Sistem Kardiovaskuler/Sirkulasi

Nadi 82 kali/menit dengan Irama teratur dan denyut kuat, Tekanan darah 120/79 kali/menit, Suhu 36,6°C, Pengisian kapiler ≤ 3 /detik, tidak ada edema, konjungtiva ananemis, sklera anikterik, tidak ada riwayat peningkatan tekan darah, tidak ada riwayat penyakit jantung, tidak ada Keluhan.

b. Sistem pernafasan

Jalan nafas bersih, frekuensi nafas 18 kali/menit, irama teratur, kedalaman pernafasan dalam, batuk tidak ada, suara nafas vesikuler.

c. Sistem pencernaan

Keadaan mulut pasien yaitu gigi pasien terdapat caries pada gigi sebelah kanan atas, tidak ada stomatitis, lidah pasien tidak kotor, pasien tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada bau mulut, tidak ada muntah, tidak ada kesulitan menelan, tidak ada mual, nafsu makan baik, tidak ada nyeri daerah perut, tidak ada rasa penuh di perut, Berat Badan sekarang 83,5 kg dan Tinggi Badan 159 cm hasil IMT = 33,4 (Obesitas), bentuk tubuh normal, membrane mukosa lembab, Lingkar Lengan Atas 30 cm, bising usus 8 kali/menit, pada saat pengkajian pasien tidak ada BAB, tidak ada hemoroid, pasien belum BAB sejak setelah melahirkan.

d. Neurosensori

Status mental orientasi, tidak memakai kaca mata, tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak ada gangguan bicara, tidak ada sakit kepala.

e. Sistem endokrin

Pasien tidak di periksa gula darah.

f. Sistem Urogenital

Pasien mengatakan baru BAK setelah melahirkan satu kali dengan jumlah BAK 100 cc, Warna kuning jernih, tidak ada keluhan pada BAK.

g. Sistem Integumen

Turgor kulit baik dan elastis, Warna kulit kemerahan, Keadaan kulit baik, Kebersihan kulit bersih, Keadaan rambut bersih.

h. Sistem Muskuloskeletal

Tidak ada kesulitan dalam pergerakan, ekstremitas tungkai simetris, Tidak ada tanda-tanda human sign, tidak ada oedema, tidak ada varices, reflek patella +/-.

i. Dada dan Axila

Mamae pada pasien membesar, Aerola mammae hiperpigmentasi, Papila mammae exverted, Kolostrum sudah keluar, Produksi ASI sudah ada, tidak ada sumbatan ASI, pasien sudah memberikan ASI kepada bayinya, tidak ada pembengkakan pada mammae.

j. Perut/Abdomen

Tinggi fundus uteri 24 cm, kontraksi/after pain kuat, konsistensi uterus keras, tidak ada luka operasi, tidak ada tanda infeksi.

k. Anogenital

Lochea rubra jumlah 50 cc, warna merah segar, bau khas, perineum laserasi dengan rupture perineum grade II, panjang luka laserasi 4 cm, tidak ada episiotomi, tanda-tanda REEDA tidak ada.

5. Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 16 September 2019 pukul 13.22 WIB. Hasil pemeriksaan hematologi berupa Hemoglobin 10,7 g/dl, Leukosit 10,440 /ul, Hematokrit 33 vol%, Trombosit 413,000 /ul, Eritrosit 4,09 juta/ul. Nilai eritrosit rata-rata berupa MCV 81 fl, MCH 26 pg, MCHC 32%. Imuno-Serologi Hepatitis berupa HBsAg Non reactive. Infeksi lain berupa Test HIV Non reactive. Urinalisa berupa Warna kuning keruh, BJ 1.005, pH 6,5 , Keton negative, Protein/Albumin negative, Glukosa negative, Bilirubin negative, Darah samar 1+, Nitrit negative, Urobilinogen 0.2 EU/dl. Sedimen Urine berupa Leukosit 6-8 /LPB, Eritrosit 1-2 /LPB, Silinder

negative /LPK, Epitel 1+, Bakteri positive, Kristal negative, Lain-lain negative, Morfologi eritrosit normal.

6. Penatalaksanaan

Pasien mendapat terapi infuse RL 20 tpm, pasien mendapatkan obat Amoxycillin 3x500 mg melalui oral, Asam mefenamat 3x500 mg melalui oral. Pasien mendapatkan diit biasa Tinggi Kalori Tinggi Protein (TKTP).

7. Data Fokus

Kamis, 13 Februari 2020

Keadaan Umum

Data Objektif: Keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis, hasil observasi tanda-tanda vital dengan tekanan darah 120/79 mmHg, nadi 82 kali/menit, pernafasan 18 kali/menit, suhu 36,6°C. Berat Badan 83,5 kg. Tinggi Badan 159 cm. IMT pasien 33,4.

Kebutuhan Fisiologis : Oksigen

Data Subjektif: Pasien mengatakan tidak ada sesak nafas, pasien mengatakan tidak ada batuk.

Data Objektif: Jalan nafas bersih, frekuensi pernafasan 18 kali/menit, irama pernafasan teratur, kedalaman pernafasan dalam, pasien tampak tidak ada batuk, suara nafas pasien vesikuler.

Kebutuhan Fisiologis : Cairan

Balance cairan pershift pada tanggal 13 Februari 2020 pukul 14.00 WIB sampai dengan pukul 21.00 WIB:

Data Subjektif: Pasien mengatakan sudah minum 3 kali (satu gelas 200 cc), pasien mengatakan tidak ada diare dan tidak ada muntah. Pasien mengatakan sudah buang air kecil 4 kali (setiap kali buang air kecil 100 cc).

Data Objektif: Pasien tampak tidak ada muntah, pasien tampak tidak ada edema di ekstremitas, turgor kulit elastis, *Capillary Refill Time* (CRT) ≤ 3 detik mukosa bibir pasien tampak lembab. Intake : oral 600 cc, infuse 500 cc. Output : urine 400 cc, perdarahan di ruang bersalin 100 cc, Jumlah *lochea* 300 cc IWL ($83,5 \times 10 = 835 : 3 = 278,3$ cc).

Balance cairan : intake (1.100 cc) – Output (1.078,3 cc) = +21,7 cc.

Balance cairan 24 jam pada tanggal 14 Februari 2020 pukul 07.00 WIB sampai dengan pukul 07.00 WIB:

Data Subjektif: Pasien mengatakan minum 7 kali/hari (satu gelas 200 cc), pasien mengatakan tidak ada diare dan tidak ada muntah.

Data Objektif: Pasien tampak tidak ada muntah, pasien tampak tidak ada edema di ekstremitas, turgor kulit elastis, *Capillary Refill Time* (CRT) ≤ 3 detik mukosa bibir pasien tampak lembab. Intake : oral 1.400 cc. Output : urine 500 cc, Jumlah *lochea* 200 cc IWL ($83,5 \times 10 = 835$ cc).

Balance cairan : intake (1.400 cc) – Output (1.535 cc) = -135 cc.

Kebutuhan Fisiologis : Nutrisi

Data Subjektif: Pasien mengatakan frekuensi makan 2-3 kali/hari, nafsu makan baik, pasien mengatakan tidak ada alergi makanan, pasien mengatakan tidak ada mual dan muntah, pasien tidak ada kesulitan menelan, Berat Badan sebelum hamil 75 kg, Berat Badan sekarang 83,5 kg. Tinggi Badan 159 cm.

Data Objektif: Pasien tidak ada stomatitis, konjungtiva ananemis, pasien tampak tidak mual dan muntah, pasien tampak menghabiskan 1 porsi makan. IMT : 33,4.

Kebutuhan Fisiologis : Aktivitas

Data Subjektif: Pasien mengatakan sudah bisa duduk dan aktivitasnya masih dibantu oleh suami.

Data Obyektif: Pasien tampak duduk sambil menyusui bayi nya.

Kebutuhan Rasa Aman : Infeksi

Data Subjektif: Pasien mengatakan sudah mengganti pembalut 2 kali, pasien mengatakan darah yang keluar berwarna merah segar.

Data Objektif: Pasien tampak terdapat ruptur perineum grade II dan panjang luka laserasi 4 cm, pasien tidak ada tanda-tanda infeksi seperti luka jahitan perineum tampak tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan pada luka jahitan perineum, tidak ada nanah yang keluar dari luka jahitan perineum. Hasil observasi tanda-tanda vital dengan hasil suhu 36,6°C. Jumlah darah dalam satu pembalut 100 cc. *Lochea rubra* dan berbau amis.

Kebutuhan Rasa Nyaman : Nyeri

Data Subjektif: Pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan jalan lahir, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 4, pasien mengatakan nyeri timbul saat beraktivitas.

Data Objektif: Pasien tampak menahan nyeri saat beraktivitas karena mengalami ruptur perineum grade II, hasil observasi tanda-tanda vital dengan tekanan darah 120/79 mmHg, nadi 82 kali/menit, pernafasan 18 kali/menit.

Kebutuhan Aktualisasi Diri

Data Subjektif: Pasien mengatakan belum pernah menggunakan Keluarga Berencana (KB). Pasien mengatakan belum mengetahui jenis-jenis Keluarga Berencana (KB) dan rencana yang akan datang pasien belum mengetahui akan menggunakan alat kontrasepsi jenis apa.

Data Objektif : Pasien tampak bingung ketika ditanya tentang Keluarga Berencana (KB) dan pasien tampak bingung ketika ditanya akan menggunakan alat kontrasepsi jenis apa. Jarak usia anak pertama dengan anak kedua adalah 1 tahun 4 bulan.

8. Analisa Data

Tabel 3.1

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	Data Subjektif: Saat dilakukan pengkajian, Pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan jalan lahir, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 4, pasien mengatakan nyeri timbul saat beraktivitas. Data Objektif: Pasien tampak menahan nyeri saat beraktivitas karena mengalami ruptur perineum grade II, hasil observasi tanda-tanda vital dengan tekanan darah 120/79 mmHg, nadi 82 kali/menit, pernafasan 18 kali/menit.	Nyeri Akut	Agens Cedera Fisik
2.	Data Subjektif: Pasien mengatakan sudah mengganti pembalut 2 kali, pasien mengatakan darah yang keluar berwarna merah segar. Data Objektif: Pasien tampak terdapat ruptur perineum grade II dan panjang luka laserasi 4 cm, pasien tidak ada tanda-tanda infeksi seperti luka jahitan perineum masih tampak	Risiko Infeksi	Trauma Jaringan

	basah,tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan pada luka jahitan perineum, tidak ada nanah yang keluar dari luka jahitan perineum. Hasil observasi tanda-tanda vital dengan hasil suhu 36,6°C. Jumlah darah dalam satu pembalut 100 cc. <i>Lochea</i> rubra dan berbau amis.		
3.	Data Subjektif: Pasien mengatakan belum pernah menggunakan Keluarga Berencana (KB). Pasien mengatakan belum mengetahui jenis-jenis Keluarga Berencana (KB) dan rencana yang akan datang pasien belum mengetahui akan menggunakan alat kontrasepsi jenis apa. Data Objektif: Pasien tampak bingung ketika ditanya tentang Keluarga Berencana (KB) dan pasien tampak bingung ketika ditanya akan menggunakan alat kontrasepsi jenis apa. Jarak usia anak pertama dengan anak kedua adalah 1 tahun 6 bulan.	Defisiensi Pengetahuan	Kurang Informasi tentang keluarga berencana : kontrasepsi

B. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik

Tanggal ditemukan : 13 Februari 2020

Tanggal teratasi : 15 Februari 2020

2. Risiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan
 Tanggal ditemukan : 13 Februari 2020
 Tanggal teratasi : 15 Februari 2020
3. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang keluarga berencana : kontrasepsi
 Tanggal ditemukan : 13 Februari 2020
 Tanggal teratasi : 14 Februari 2020

C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan

1. Diagnosa pertama : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik
 Data Subjektif:
 Pasien mengatakan nyeri pada luka jalan lahir, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 4, pasien mengatakan nyeri timbul saat beraktivitas.
 Data Objektif:
 Pasien tampak menahan nyeri saat beraktivitas karena mengalami ruptur perineum grade II, hasil observasi tanda-tanda vital dengan tekanan darah 120/79 mmHg, nadi 82 kali/menit, pernafasan 18 kali/menit.
 Tujuan:
 Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri segera teratasi.
 Kriteria Hasil:
 Tanda-tanda vital dalam batas normal seperti tekanan darah (110/80-120/80 mmHg), nadi (60-100 kali/menit), pernafasan (16-20 kali/menit), pasien tampak tidak menahan nyeri saat beraktivitas, nyeri berkurang hingga hilang (Skala 0-3).
 Rencana Tindakan:
 - a. Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam
 - b. Observasi reaksi non verbal mengenai ketidaknyamanan

- c. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset atau durasi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus
- d. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi seperti relaksasi nafas dalam
- e. Berikan terapi obat Asam Mefenamat 3x500 mg melalui oral sesuai dengan instruksi dokter

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 13 Februari 2020

Pukul 18.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital setiap 4 jam dengan hasil tekanan darah 124/81 mmHg, nadi 90 kali/menit, pernafasan 20 kali/menit. **Pukul 18.20 WIB** melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset atau durasi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus dengan hasil pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan jalan lahir, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 4, pasien mengatakan nyeri timbul saat beraktivitas. **Pukul 18.40 WIB** mengobservasi reaksi non verbal mengenai ketidaknyamanan dengan hasil pasien tampak menahan nyeri saat beraktivitas. **Pukul 18.45 WIB** mengajarkan penggunaan teknik non farmakologi seperti relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien dapat mengikuti instruksi dari perawat. **Pukul 19.00 WIB** memberikan terapi obat Asam Mefenamat 1x500 mg melalui oral sesuai dengan instruksi dokter dengan hasil obat telah berhasil diberikan. **Pukul 21.00 WIB** mengobservasi tanda-tanda vital setiap 4 jam dengan hasil tekanan darah 121/85 mmHg, nadi 88 kali/menit, pernafasan 16 kali/menit.

Evaluasi Keperawatan Tanggal 13 Februari 2020 Pukul 21.00

Subjektif: Pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan jalan lahir, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan

nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 4, pasien mengatakan nyeri timbul saat beraktivitas.

Objektif: Pasien tampak menahan nyeri saat beraktivitas karena mengalami ruptur perineum grade II, tekanan darah 121/85 mmHg, nadi 88 kali/menit, pernafasan 16 kali/menit.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan Shift Malam oleh perawat ruangan

Pukul 21.00 WIB pergantian dinas keadaan umum sakit sedang kesadaran composmentis dengan hasil pasien tampak tenang. **Pukul 22.00 WIB** mengkaji nyeri pada pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan jalan lahir skala 4. **Pukul 24.00 WIB** mengobservasi pasien dengan hasil pasien tampak tenang dan sedang tidur. **Pukul 05.00 WIB** mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 118/86 mmHg, nadi 70 kali/menit, pernafasan 20 kali/menit. **Pukul 06.00 WIB** mengkaji nyeri pada pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan jalan lahir skala 4. **Pukul 08.00 WIB** memberikan obat Asam Mefenamat 1x500 mg melalui oral dengan hasil obat telah berhasil diberikan.

Evaluasi Keperawatan Shift Malam oleh perawat ruangan Pukul 07.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan nyeri luka jahitan jalan lahir dengan skala nyeri 4.

Objektif: Pasien tampak tenang, pasien tampak menahan nyeri. Tekanan darah 110/73 mmHg, nadi 82 kali/menit, pernafasan 20 kali/menit.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 14 Februari 2020

Pukul 08.10 WIB mengobservasi tanda-tanda vital setiap 4 jam dengan hasil tekanan darah 110/84 mmHg, nadi 86 kali/menit, pernafasan 16 kali/menit. **Pukul 09.00 WIB** melakukan pengkajian komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset atau durasi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus dengan hasil pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan jalan lahir, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 3, pasien mengatakan nyeri timbul saat beraktivitas. **Pukul 09.20 WIB** mengobservasi reaksi non verbal mengenai ketidaknyamanan dengan hasil pasien tampak masih menahan nyeri saat beraktivitas. **Pukul 09.30 WIB** mengajarkan penggunaan teknik non farmakologi seperti relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien sudah bisa melakukan relaksasi nafas dalam. **Pukul 11.35 WIB** memberikan terapi obat Asam Mefenamat 1x500 mg melalui oral sesuai dengan instruksi dokter dengan hasil obat telah berhasil diberikan. **Pukul 12.10 WIB** mengobservasi tanda-tanda vital setiap 4 jam dengan hasil tekanan darah 125/82 mmHg, nadi 84 x/menit, pernafasan 18 kali/menit.

Evaluasi Keperawatan Tanggal 14 Februari 2020 Pukul 14.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan jalan lahir, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 3, pasien mengatakan nyeri timbul saat beraktivitas.

Objektif: Pasien tampak menahan nyeri saat beraktivitas karena mengalami ruptur perineum grade II, tekanan darah 128/84 mmHg, nadi 80 kali/menit, pernafasan 20 kali/menit.

Analisa: Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan intervensi a,b,c, dan e.

Pelaksanaan Keperawatan Shift sore oleh perawat ruangan

Pukul 14.00 WIB pergantian dinas keadaan umum sakit sedang kesadaran composmentis dengan hasil pasien tampak tenang. **Pukul 15.00 WIB** mengkaji nyeri pada pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan jalan lahir skala nyeri 3. **Pukul 15.10 WIB** mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 128/84 mmHg, nadi 85 kali/menit, pernafasan 20 kali/menit. **Pukul 19.00 WIB** memberikan obat Asam Mefenamat 1x500 mg melalui oral dengan hasil obat telah berhasil diberikan pada pasien.

Evaluasi Keperawatan Shift Sore oleh perawat ruangan Pukul 21.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan nyeri luka jahitan jalan lahir dengan skala nyeri 3.

Objektif: Pasien tampak tenang, pasien tampak menahan nyeri. Tekanan darah 120/82 mmHg, nadi 80 kali/menit, pernafasan 20 kali/menit.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan Shift Malam oleh perawat ruangan

Pukul 21.00 WIB pergantian dinas keadaan umum sakit sedang kesadaran composmentis dengan hasil pasien tampak tenang. **Pukul 24.00 WIB** mengobservasi pasien dengan hasil pasien tampak tenang dan sedang tidur. **Pukul 05.00 WIB** mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 126/80 mmHg, nadi 76 kali/menit, pernafasan 18 kali/menit. **Pukul 06.00 WIB** mengkaji nyeri pada pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan jalan lahir skala 3. **Pukul 08.30 WIB** memberikan obat Asam Mefenamat 1x500 mg melalui oral dengan hasil obat telah berhasil diberikan.

Evaluasi Keperawatan Shift Malam oleh perawat ruangan Pukul 07.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan nyeri luka jahitan jalan lahir dengan skala nyeri 3.

Objektif: Pasien tampak tenang, Tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 81 kali/menit, pernafasan 20 kali/menit.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 15 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital setiap 4 jam dengan hasil tekanan darah 122/82 mmHg, nadi 75 kali/menit, pernafasan 18 kali/menit. **Pukul 09.10 WIB** melakukan pengkajian komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset atau durasi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus dengan hasil pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan jalan lahir, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 2, pasien mengatakan nyeri timbul saat beraktivitas. **Pukul 09.30 WIB** mengobservasi reaksi non verbal mengenai ketidaknyamanan dengan hasil pasien tampak masih menahan nyeri saat beraktivitas. **Pukul 12.00 WIB** memberikan terapi obat Asam Mefenamat 1x500 mg melalui oral sesuai dengan instruksi dokter dengan hasil obat telah berhasil diberikan. **Pukul 12.20 WIB** mengobservasi tanda-tanda vital setiap 4 jam dengan hasil tekanan darah 120/78 mmHg, nadi 74 x/menit, pernafasan 20 kali/menit.

Evaluasi Keperawatan Tanggal 15 Februari 2020 Pukul 14.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan jalan lahir, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri

hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 2, pasien mengatakan nyeri timbul saat beraktivitas.

Objektif: Pasien tampak nyaman dan tidak tampak menahan nyeri saat beraktivitas karena mengalami ruptur perineum grade II, tekanan darah 110/78 mmHg, nadi 68 kali/menit, pernafasan 16 kali/menit.

Analisa: Masalah teratasi, tujuan tercapai.

Planning: Hentikan intervensi.

2. Diagnosa kedua : Risiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan.

Data Subjektif:

Pasien mengatakan sudah mengganti pembalut 2 kali, pasien mengatakan darah yang keluar berwarna merah segar.

Data Objektif:

Pasien tampak terdapat ruptur perineum grade II dan panjang luka laserasi 4 cm, pasien tidak ada tanda-tanda infeksi seperti luka jahitan perineum tampak tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan pada luka jahitan perineum, tidak ada nanah yang keluar dari luka jahitan perineum. Hasil observasi tanda-tanda vital dengan hasil suhu 36,6°C. Jumlah darah dalam satu pembalut 100 cc. *lochea* rubra dan berbau amis.

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi.

Kriteria Hasil:

Pasien tidak terdapat tanda-tanda infeksi seperti luka jahitan perineum tampak tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan pada luka jahitan perineum, tidak ada nanah yang keluar dari luka jahitan perineum, hasil tanda-tanda vital dalam batas normal seperti suhu (36,5-37,5°C), *lochea* rubra (1-3 hari masa *postpartum*)

Rencana Tindakan:

- a. Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam
- b. Kaji tanda-tanda infeksi pershift

- c. Kaji jumlah warna dan bau *lochea*
- d. Ajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi
- e. Ajarkan pasien cara membersihkan luka ataupun membersihkan alat kelamin yang benar
- f. Anjurkan pasien mengenai teknik mencuci tangan dengan tepat dan mengkonsumsi makanan yang tinggi kalori tinggi protein (TKTP) untuk mempercepat proses penyembuhan luka
- g. Lakukan teknik perawatan luka yang tepat (*perineal care*)
- h. Berikan terapi obat Amoxycillin 3x500 mg melalui oral sesuai instruksi dokter

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 13 Februari 2020

Pukul 18.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital setiap 4 jam dengan hasil suhu 36,5°C. **Pukul 18.20 WIB** mengkaji tanda-tanda infeksi pershift dengan hasil pasien tidak ada tanda-tanda infeksi seperti luka jahitan tampak tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan pada luka jahitan perineum, tidak ada nanah yang keluar dari luka jahitan perineum. **Pukul 18.30 WIB** mengkaji jumlah warna dan bau *lochea* dengan hasil pasien sudah mengganti pembalut dua kali dengan jumlah darah dalam satu pembalut 100 cc, *lochea* rubra, dan berbau amis. **Pukul 18.40 WIB** mengajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi dengan hasil pasien dan keluarga sudah paham dengan tanda dan gejala infeksi. **Pukul 18.45 WIB** menganjurkan pasien mengenai teknik mencuci tangan dengan tepat dan mengkonsumsi makanan yang tinggi kalori tinggi protein (TKTP) untuk mempercepat proses penyembuhan luka dengan hasil pasien sudah paham dengan teknik mencuci tangan dan pasien dapat mengikuti anjuran dari perawat. **Pukul 18.50 WIB** mengajarkan pasien cara membersihkan luka dan membersihkan alat kelamin yang benar dengan hasil pasien sudah paham mengenai cara membersihkan luka ataupun cara membersihkan alat kelaminnya. **Pukul 19.00 WIB** memberikan terapi obat Amoxycillin 1x500 mg melalui oral sesuai

dengan instruksi dokter dengan hasil obat telah berhasil diberikan. **Pukul 19.10 WIB** mengkaji jumlah warna dan bau *lochea* dengan hasil pasien sudah mengganti pembalut satu kali dengan jumlah darah dalam satu pembalut 100 cc, *lochea* rubra, dan berbau amis. **Pukul 21.00 WIB** mengobservasi tanda-tanda vital setiap 4 jam dengan hasil suhu 36,7°C.

Evaluasi Keperawatan Tanggal 13 Februari 2020 Pukul 21.00

Data Subjektif: Pasien mengatakan sudah mengganti pembalut 3 kali, pasien mengatakan darah yang keluar berwarna merah segar.

Data Objektif: Pasien tampak terdapat ruptur perineum grade II dan panjang luka laserasi 4 cm, pasien tidak terdapat tanda-tanda infeksi seperti luka jahitan perineum tampak tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan pada luka jahitan perineum, tidak ada nanah yang keluar pada luka jahitan perineum. suhu 36,7°C. Jumlah darah dalam satu pembalut 100cc, *lochea* rubra, dan berbau amis.

Analisa: Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan intervensi a,b,c, dan f.

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 14 Februari 2020

Pukul 08.10 WIB mengobservasi tanda-tanda vital setiap 4 jam dengan hasil suhu 36,8°C. **Pukul 08.30 WIB** mengkaji tanda-tanda infeksi pershift dengan hasil pasien tidak ada tanda-tanda infeksi seperti luka jahitan tampak tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan pada luka jahitan perineum, tidak ada nanah yang keluar dari luka jahitan perineum. **Pukul 08.40 WIB** mengkaji jumlah warna dan bau *lochea* dengan hasil pasien sudah mengganti pembalut satu kali dengan jumlah darah dalam satu pembalut 100 cc, *lochea* rubra, dan berbau amis. **Pukul 11.35 WIB** memberikan terapi obat Amoxycillin 1x500 mg melalui oral sesuai dengan instruksi dokter dengan hasil obat telah berhasil diberikan. **Pukul 11.40 WIB** mengkaji jumlah warna dan bau *lochea* dengan hasil pasien sudah mengganti

pembalut satu kali dengan jumlah darah dalam satu pembalut 100 cc, *lochea rubra*, dan berbau amis. **Pukul 12.10 WIB** mengobservasi tanda-tanda vital setiap 4 jam dengan hasil suhu 36,6°C.

Evaluasi Keperawatan Tanggal 14 Februari 2020 Pukul 14.00

Data Subjektif: Pasien mengatakan sudah mengganti pembalut 2 kali, pasien mengatakan darah yang keluar berwarna merah segar.

Data Obyektif: Pasien tampak terdapat ruptur perineum grade II dan panjang luka laserasi 4 cm, pasien tidak ada tanda-tanda infeksi seperti luka jahitan perineum tampak tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan pada luka jahitan perineum, tidak ada nanah yang keluar dari luka jahitan perineum. Hasil observasi tanda-tanda vital dengan hasil suhu 36,9°C. Jumlah darah dalam satu pembalut 100 cc. *lochea rubra* dan berbau amis.

Analisa: Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan intervensi a,b,c, dan f.

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 15 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital setiap 4 jam dengan hasil suhu 36,5°C. **Pukul 09.00 WIB** mengkaji tanda-tanda infeksi pershift dengan hasil pasien tidak ada tanda-tanda infeksi seperti luka jahitan tampak tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan pada luka jahitan perineum, tidak ada nanah yang keluar dari luka jahitan perineum. **Pukul 09.10 WIB** mengkaji jumlah warna dan bau *lochea* dengan hasil pasien sudah mengganti pembalut satu kali dengan jumlah darah dalam satu pembalut 100 cc, *lochea rubra*, dan berbau amis. **Pukul 12.00 WIB** memberikan terapi obat Amoxycillin 1x500 mg melalui oral sesuai dengan instruksi dokter dengan hasil obat telah berhasil diberikan. **Pukul 12.20 WIB** mengobservasi tanda-tanda vital setiap 4 jam dengan hasil suhu 36,7°C. **Pukul 12.30 WIB** mengkaji jumlah warna dan bau *lochea* dengan hasil pasien sudah mengganti pembalut satu kali dengan jumlah darah dalam satu pembalut 100 cc, *lochea rubra*, dan berbau

amis. **Pukul 12.40 WIB** melakukan teknik perawatan luka yang tepat (*perineal care*) dengan hasil luka jahitan perineum tampak tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan pada luka jahitan perineum, tidak ada nanah yang keluar dari luka jahitan perineum.

Evaluasi Keperawatan Tanggal 15 Februari 2020 Pukul 14.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan sudah mengganti pembalut 2 kali, pasien mengatakan darah yang keluar berwarna merah segar.

Objektif: Pasien tampak terdapat ruptur perineum grade II dan panjang luka laserasi 4 cm, pasien tidak ada tanda-tanda infeksi seperti luka jahitan perineum tampak tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan pada luka jahitan perineum, tidak ada nanah yang keluar dari luka jahitan perineum. Hasil observasi tanda-tanda vital dengan hasil suhu 36,5°C. Jumlah darah dalam satu pembalut 100 cc. *lochea rubra* dan berbau amis.

Analisa: Masalah teratasi, tujuan tercapai.

Planning: Hentikan intervensi.

3. Diagnosa ketiga : Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang keluarga berencana : kontrasepsi

Data Subjektif:

Pasien mengatakan belum pernah menggunakan Keluarga Berencana (KB). Pasien mengatakan belum mengetahui jenis-jenis Keluarga Berencana (KB) dan rencana yang akan datang pasien belum mengetahui akan menggunakan alat kontrasepsi jenis apa.

Data Objektif:

Pasien tampak bingung ketika ditanya tentang Keluarga Berencana (KB) dan pasien tampak bingung ketika ditanya akan menggunakan alat kontrasepsi jenis apa. Jarak usia anak pertama dengan anak kedua adalah 1 tahun 4 bulan.

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x30 menit diharapkan pasien dapat memahami tentang keluarga berencana : kontrasepsi

Kriteria Hasil:

Pasien dapat memilih jenis kontrasepsi yang akan dipakai, pasien paham dengan jenis kontrasepsi, pasien tampak tidak bingung ketika ditanya mau menggunakan KB apa.

Rencana Keperawatan:

- a. Gali pengetahuan dan pemahaman pasien terhadap pilihan kontrasepsi
- b. Diskusikan metode-metode kontrasepsi termasuk efektivitas, efek samping, kontraindikasi
- c. Tentukan kemampuan dan motivasi pasien dalam menggunakan metode kontrasepsi

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 14 Februari 2020

Pukul 13.00 WIB menggali pengetahuan dan pemahaman pasien terhadap pilihan kontrasepsi dengan hasil pasien mengatakan belum mengetahui jenis-jenis Keluarga Berencana (KB). **Pukul 13.05 WIB** mendiskusikan metode-metode kontrasepsi termasuk efektivitas, efek samping, kontraindikasi dengan hasil pasien sudah paham dengan jenis kontrasepsi yang akan dipakai. **Pukul 13.25 WIB** menentukan kemampuan dan motivasi pasien dalam menggunakan metode kontrasepsi dengan hasil pasien sudah diberikan motivasi untuk menggunakan kontrasepsi dan pasien mengatakan ingin menggunakan Keluarga Berencana (KB) spiral karena sudah mempunyai anak tiga.

Evaluasi Keperawatan Tanggal 14 Februari 2020 Pukul 14.00

Subyektif : pasien mengatakan sudah paham dengan jenis kontrasepsi yang akan dipakai dan pasien ingin menggunakan Keluarga Berencana (KB) spiral karena sudah mempunyai anak tiga.

Obyektif : pasien tampak sudah memilih jenis kontrasepsi yang akan dipakai yaitu Keluarga Berencana (KB) spiral, pasien tampak paham dan tidak bingung ketika ditanya ingin menggunakan Keluarga Berencana (KB) apa.

Analisa : Masalah teratasi, tujuan tercapai.

Planning : Hentikan intervensi.

D. Skrining Edinburgh Post Natal Depression Scale

Nama Ny.N, Alamat Jl.Mekarsari No.5 RT 07 RW 03, Tanggal kelahiran bayi 13 Februari 2020.

Dalam 7 hari terakhir :

1. Saya mampu tertawa dan merasakan hal-hal yang menyenangkan
Jawaban : Sebanyak yang saya bisa (0)
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 terlalu sering (1)
4. Saya merasa cemas atau merasa kuatir tanpa alasan yang jelas
Jawaban : Kadang-kadang (1)
5. Saya merasa takut atau panik 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
Jawab : Tidak pernah sama sekali (0)
10. Muncul pikiran untuk menyakiti diri saya sendiri
Jawab : Tidak pernah sama sekali (0)

Diperiksa/Ditelaah oleh Nisma Ajeng Virianti pada tanggal 13 Februari 2020. Hasil Edinburgh Post Natal Depression Scale (EPDS) Score 4.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada BAB ini penulis akan membahas adanya kesenjangan pada teori dengan kasus setelah melakukan Asuhan Keperawatan Pada Ny. N *Pasca Partum* Spontan Dengan *Rupture Perineum Grade II* Di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat yang dilaksanakan pada tanggal tanggal 13 Februari 2020 sampai dengan 15 Februari 2020. Penulis akan menjelaskan pembahasan antara teori dan kasus yang dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan yang meliputi faktor pendukung dan faktor penghambat dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Menurut Pitriani & Andriyani (2014), *pasca* melahirkan pada kasus normal tekanan darah tidak berubah. Perubahan pada tekanan darah menjadi lebih rendah *pasca* melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan, sedangkan tekanan darah tinggi pada *postpartum* merupakan tanda terjadinya *preeklamsia postpartum*. Tekanan darah adalah tekanan yang dialami darah pada pembuluh darah arteri ketika darah dipompa oleh jantung ke seluruh anggota tubuh manusia. Tekanan darah normal adalah sistolik antara 90-120 mmHg dan diastolik 60-80 mmHg. Namun, pada kasus yang ditemukan tidak adanya penurunan ataupun kenaikan pada tekanan darah. Tekanan darah pasien 120/79 mmHg.

Menurut Pitriani & Andriyani (2014), *pasca* melahirkan denyut nadi dapat bradikardi maupun takikardi. Denyut nadi melebihi 100 kali/menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan *pasca partum*. Pada saat dilakukan pengkajian denyut nadi pasien tidak melebihi 100 kali/menit. Denyut nadi pasien dalam batas normal yaitu 82 kali/menit.

Menurut Pitriani & Andriyani (2014), Frekuensi pernapasan normal pada orang dewasa adalah 16-24 kali/menit. Pada *pasca partum* umumnya pernapasan lambat atau normal. Hal ini dikarenakan Ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Bila pernapasan pada masa *pasca partum* menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok. Namun, pada kasus tidak ditemukan pernapasan cepat, hasil pernapasan pasien dalam batas normal yaitu 18 kali/menit.

Menurut Pitriani & Andriyani (2014), suhu tubuh wanita *inpartu* tidak lebih dari 37,2°C. Sesudah partus dapat naik kurang lebih 0,5°C dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 8°C. Sesudah 2 jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Bila suhu lebih dari 38°C , mungkin terjadi infeksi pada pasien. Didalam kasus tidak ditemukan adanya peningkatan suhu tubuh, hasil suhu tubuh pada pasien normal adalah 36,6°C. Menurut Aspiani (2017), robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Namun, yang ditemukan pada kasus pasien mengalami robekan perineum derajat II pada kelahiran anak yang ketiga. Pasien mengalami robekan perineum karena berat badan janin 4000 gram.

Menurut Aspiani (2017), buang air kecil secara spontan sudah harus dapat dilakukan dalam 8 jam *pasca partum*. Kadang-kadang wanita sulit buang air kecil karena *spinchter uretra* mengalami tekanan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi *musculus spinchter ani* selama persalinan. Namun, pada kasus pasien dapat buang air kecil 6 jam *pasca partum* sehingga pasien tidak mengalami gangguan pada eliminasi BAK.

Faktor pendukung pada saat pengkajian yaitu pasien dan keluarga sangat kooperatif dalam membantu penulis untuk mendapatkan informasi mengenai pasien dan perawat ruangan telah membantu penulis untuk mendapatkan data pasien dari rekam medis. Faktor penghambat dalam melakukan pengkajian

yaitu penulis menghadapi kesulitan adanya keterbatasan waktu dikarenakan *clinical mentor* tidak bisa menemani hingga malam hari.

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut Aspiani (2017), merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien *pasca partum* spontan dengan *rupture perineum grade II* terdapat tujuh diagnosa keperawatan. Pada kasus Ny. N dirumuskan tiga diagnosa keperawatan, dimana terdapat dua diagnosa yang muncul sesuai dengan teori yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan (luka episiotomi), involusi uteri, pembengkakan payudara.

Diagnosa keperawatan tersebut diangkat oleh penulis karena didukung oleh data pasien yang dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan jalan lahir, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 4, pasien mengatakan nyeri timbul saat beraktivitas. Maka, pasien membutuhkan penanganan lebih lanjut agar nyeri dapat segera teratasi dan dapat memberikan rasa nyaman pada pasien.

2. Risiko infeksi berhubungan dengan trauma jalan lahir.

Diagnosa keperawatan tersebut diangkat oleh penulis karena didukung oleh data pasien yang dibuktikan dengan pasien memiliki luka jahitan pada jalan lahir akibat *ruptur perineum grade II*. Maka, perlu dilakukan pemantauan pada pasien agar tidak terjadi infeksi pada luka jahitan jalan lahir.

Diagnosa keperawatan yang terdapat pada teori Aspiani (2017), namun tidak muncul dalam kasus yaitu:

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

Diagnosa keperawatan ini tidak diangkat oleh penulis karena tidak ditemukan data terjadinya risiko kurang volume cairan pada pasien.

Namun, dibuktikan bahwa pada saat pengkajian pasien tampak tidak ada muntah, pasien tampak tidak ada edema di ekstremitas, turgor kulit elastis, mukosa bibir pasien tampak lembab, perdarahan diruang bersalin 100 cc, dan *balance* cairan pershift +21,7 cc.

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

Diagnosa keperawatan ini tidak diangkat oleh penulis karena tidak ditemukan adanya gangguan eliminasi BAK (disuria) pada pasien. Namun, dibuktikan pada saat dilakukan pengkajian bahwa pasien mengatakan baru BAK setelah melahirkan satu kali dengan jumlah BAK 100 cc, Sehingga pasien tidak mengalami gangguan pada eliminasi BAK.

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

Diagnosa keperawatan ini tidak diangkat oleh penulis karena tidak ditemukan adanya konstipasi yang dibuktikan oleh data pasien pada saat pengkajian yaitu pasien mengatakan defekasi terakhir pada hari Rabu, 12 Februari 2020 pukul 07.00 WIB. Menurut Aspiani (2017) buang air besar harus terjadi pada 2-3 hari *postpartum*. Namun, Penulis melakukan pengkajian pada pasien setelah 6 jam *postpartum*.

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

Diagnosa keperawatan ini tidak diangkat oleh penulis karena tidak ditemukan adanya risiko gangguan proses parenting yang dibuktikan dengan pasien sudah mengetahui tentang cara merawat bayi dan pasien sudah memiliki anak tiga, sehingga pasien mengatakan lebih mempunyai pengalaman dalam merawat bayinya.

5. Kurang perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

Diagnosa keperawatan ini tidak diangkat oleh penulis karena pasien dapat melakukan perawatan diri seperti mandi, makan, dan eliminasi setelah 24 jam *pasca* melahirkan.

Diagnosa keperawatan tambahan yang terdapat pada kasus tetapi tidak terdapat pada teori, namun terdapat dalam (Herdman & Kamitsuru, 2015) yaitu:

1. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang keluarga berencana : kontrasepsi

Diagnosa keperawatan ini diangkat oleh penulis karena didukung adanya data pasien yang dibuktikan dengan pasien mengatakan belum pernah menggunakan Keluarga Berencana (KB). Pasien mengatakan belum mengetahui jenis-jenis Keluarga Berencana (KB) dan rencana yang akan datang pasien belum mengetahui akan menggunakan alat kontrasepsi jenis apa. Jarak usia anak pertama dengan anak kedua adalah 1 tahun 6 bulan.

Faktor pendukung dalam mengangkat diagnosa keperawatan yaitu dengan adanya diskusi antara penulis dan *clinical mentor* dalam menentukan diagnosa keperawatan pada pasien serta tersedianya referensi dari buku yang membantu penulis untuk mengangkat diagnosa keperawatan. Faktor penghambat dalam mengangkat diagnosa keperawatan yaitu tidak tersedianya referensi buku terbaru yang bisa dijadikan sumber oleh penulis.

C. Perencanaan Keperawatan

Pada tahap perencanaan keperawatan, terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus yaitu nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik, risiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, dan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang keluarga berencana : kontrasepsi. Diagnosa keperawatan prioritas yang penulis angkat adalah nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik karena masalah keperawatan yang diangkat sudah aktual.

Pada teori penentuan tujuan dalam perencanaan keperawatan tidak ditentukan batasan waktunya, namun pada kasus penulis menentukan tujuan dalam perencanaan keperawatan dengan batasan waktu 3x24 jam untuk diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik dan resiko

infeksi berhubungan dengan prosedur invasif serta penulis menentukan tujuan dalam perencanaan keperawatan dengan batasan waktu 1x30 menit untuk diagnosa keperawatan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang keluarga berencana : kontrasepsi.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik.

Penulis membuat tujuan dalam batasan waktu 3x24 jam. Menurut teori Aspiani (2017) bahwa perencanaan keperawatan yang dilakukan terdapat 19 tindakan keperawatan. Namun, penulis menyusun perencanaan keperawatan sesuai dengan keluhan pasien dan data-data yang dimiliki oleh penulis yaitu:

- a. Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam
- b. Observasi reaksi non verbal mengenai ketidaknyamanan
- c. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset atau durasi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus
- d. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi seperti relaksasi nafas dalam
- e. Berikan terapi obat Asam Mefenamat 3x500 mg melalui oral sesuai dengan instruksi dokter

2. Risiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan.

Penulis membuat tujuan dalam batasan waktu 3x24 jam. Menurut teori Aspiani (2017) bahwa perencanaan keperawatan yang dilakukan terdapat 14 tindakan keperawatan. Namun, penulis menyusun perencanaan keperawatan sesuai dengan data-data yang dimiliki oleh penulis agar pasien tidak terjadi infeksi yaitu:

- a. Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam
- b. Kaji tanda-tanda infeksi pershift
- c. Kaji jumlah warna dan bau *lochea*
- d. Ajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi
- e. Ajarkan pasien cara membersihkan luka atau membersihkan alat kelamin yang benar

- f. Anjurkan pasien mengenai teknik mencuci tangan dengan tepat dan mengkonsumsi makanan yang tinggi kalori tinggi protein (TKTP) untuk mempercepat proses penyembuhan luka
 - g. Lakukan teknik perawatan luka yang tepat (*perineal care*)
 - h. Berikan terapi obat Amoxycillin 3x500 mg melalui oral sesuai instruksi dokter
3. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang keluarga berencana : kontrasepsi.
- Penulis membuat tujuan dalam batasan waktu 1x30 menit. Diagnosa keperawatan ini terdapat pada kasus tetapi tidak terdapat pada teori, namun terdapat dalam (Herdman & Kamitsuru, 2015). Penulis melakukan perencanaan keperawatan sesuai dengan data yang dimiliki oleh penulis yaitu:
- a. Gali pengetahuan dan pemahaman pasien terhadap pilihan kontrasepsi
 - b. Diskusikan metode-metode kontrasepsi termasuk efektivitas, efek samping, kontraindikasi
 - c. Tentukan kemampuan dan motivasi pasien dalam menggunakan metode kontrasepsi

Faktor pendukung dalam perencanaan keperawatan yaitu adanya sumber referensi dari buku yang dapat membantu penulis untuk merencanakan asuhan keperawatan kepada pasien. Faktor penghambat dalam perencanaan keperawatan yaitu adanya bahasa perencanaan keperawatan dalam sumber referensi buku yang kurang dipahami oleh penulis.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan pada pasien telah disesuaikan dengan perencanaan keperawatan yaitu pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik, risiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan dan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang keluarga berencana : kontrasepsi. Diagnosa keperawatan yang terdapat pada

kasus sudah di implementasikan, karena penulis dalam melakukan pelaksanaan keperawatan berpanduan dalam perencanaan keperawatan yang sudah dibuat.

Pada diagnosa keperawatan pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik. Pelaksanaan keperawatan yang termasuk *independent* dapat dilakukan pada diagnosa keperawatan ini yaitu mengobservasi tanda-tanda vital, mengobservasi reaksi non verbal mengenai ketidaknyamanan, melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset atau durasi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus, dan mengajarkan penggunaan teknik non farmakologi seperti relaksasi nafas dalam. Pelaksanaan keperawatan yang termasuk *interdependent* dapat dilakukan pada diagnosa keperawatan ini yaitu memberikan terapi obat Asam Mefenamat 3x500 mg melalui oral sesuai dengan instruksi dokter. Pelaksanaan keperawatan dapat dilakukan karena adanya faktor pendukung dari pasien, keluarga, dan perawat ruangan seperti dalam pemberian obat yang dilakukan oleh perawat ruangan yang sedang bertugas pada saat itu.

Pada diagnosa keperawatan kedua yaitu risiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan. Pelaksanaan keperawatan yang termasuk *independent* dapat dilakukan pada diagnosa keperawatan ini yaitu mengobservasi tanda-tanda vital setiap 4 jam, mengkaji tanda-tanda infeksi pershift, mengkaji jumlah warna dan bau *lochea*, mengajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi, mengajarkan pasien cara membersihkan luka atau membersihkan alat kelamin yang benar, menganjurkan pasien mengenai teknik mencuci tangan dengan tepat dan mengkonsumsi makanan yang tinggi kalori tinggi protein (TKTP) untuk mempercepat proses penyembuhan luka, dan melakukan teknik perawatan luka yang tepat (*perineal care*). Pelaksanaan keperawatan yang termasuk *interdependent* dapat dilakukan pada diagnosa keperawatan ini yaitu memberikan terapi obat Amoxycillin 3x500 mg melalui oral sesuai instruksi dokter.

Pada diagnosa keperawatan ketiga yaitu defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang keluarga berencana : kontrasepsi. Pelaksanaan keperawatan yang termasuk *independent* dapat dilakukan pada diagnosa keperawatan ini yaitu menggali pengetahuan dan pemahaman pasien terhadap pilihan kontrasepsi, mendiskusikan metode-metode kontrasepsi termasuk efektivitas, efek samping, kontraindikasi, serta menentukan kemampuan dan motivasi pasien dalam menggunakan metode kontrasepsi. Pelaksanaan keperawatan dapat dilakukan karena adanya faktor pendukung dari pasien, keluarga, dan perawat ruangan seperti dalam pemberian obat yang dilakukan oleh perawat ruangan yang sedang bertugas pada saat itu.

Faktor pendukung dalam pelaksanaan keperawatan yaitu pasien sangat kooperatif dalam membantu penulis melakukan pelaksanaan tindakan keperawatan, dan perawat ruangan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan asuhan keperawatan kepada pasien. Faktor penghambat dalam pelaksanaan keperawatan yaitu penulis tidak dapat melakukan tindakan keperawatan selama 24 jam kepada pasien.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan sebagai tahap akhir dalam proses asuhan keperawatan, pada tahap evaluasi keperawatan ini penulis melihat sejauh mana keberhasilan asuhan keperawatan yang telah dicapai. Pada kasus perencanaan keperawatan pada setiap diagnosa keperawatan yang telah direncanakan sudah terlaksanakan sesuai dengan batasan waktu yang telah ditentukan.

Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik, diagnosa keperawatan ini setelah dilakukan dalam batasan waktu 3x24 jam nyeri akut segera teratasi dengan kriteria hasil tanda-tanda vital dalam batas normal seperti tekanan darah (110/80-120/80 mmHg), nadi (60-100 kali/menit), pernafasan (16-20 kali/menit), pasien tampak tidak menahan nyeri saat beraktivitas, nyeri berkurang hingga hilang (Skala 0-3). Masalah teratasi, tujuan tercapai yang dibuktikan dengan evaluasi keperawatan hari

ketiga pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan jalan lahir, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 2, pasien mengatakan nyeri timbul saat beraktivitas. Pasien tampak nyaman dan tidak tampak menahan nyeri saat beraktivitas, tekanan darah 110/78 mmHg, nadi 68 kali/menit, pernafasan 16 kali/menit.

Pada diagnosa keperawatan risiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, diagnosa keperawatan ini setelah dilakukan dalam batasan waktu 3x24 jam infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil Pasien tidak terdapat tanda-tanda infeksi seperti luka jahitan perineum tampak tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan pada luka jahitan perineum, tidak ada nanah yang keluar dari luka jahitan perineum, hasil tanda-tanda vital dalam batas normal seperti suhu ($36,5-37,5^{\circ}\text{C}$), *lochea* rubra (1-3 hari masa *pasca partum*). Masalah teratasi, tujuan tercapai yang dibuktikan dengan evaluasi keperawatan hari ketiga pasien mengatakan Pasien mengatakan sudah mengganti pembalut 2 kali, pasien mengatakan darah yang keluar berwarna merah segar. Pasien tidak ada tanda-tanda infeksi seperti luka jahitan perineum tampak tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan pada luka jahitan perineum, tidak ada nanah yang keluar dari luka jahitan perineum. Hasil observasi tanda-tanda vital dengan hasil suhu $36,5^{\circ}\text{C}$. Jumlah darah dalam satu pembalut 100 cc. *lochea* rubra dan berbau amis.

Pada diagnosa keperawatan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang keluarga berencana : kontrasepsi, diagnosa keperawatan ini setelah dilakukan dalam batasan waktu 1x30 menit pasien dapat memahami tentang keluarga berencana : kontrasepsi dengan kriteria hasil pasien dapat memilih jenis kontrasepsi yang akan dipakai, pasien paham dengan jenis kontrasepsi, pasien tampak tidak bingung ketika ditanya mau menggunakan KB apa. Masalah teratasi, tujuan tercapai yang dibuktikan dengan evaluasi keperawatan pasien mengatakan sudah paham dengan jenis kontrasepsi yang akan dipakai dan pasien ingin menggunakan Keluarga

Berencana (KB) spiral karena sudah mempunyai anak tiga. Pasien tampak sudah memilih jenis kontrasepsi yang akan dipakai yaitu Keluarga Berencana (KB) spiral, pasien tampak paham dan tidak bingung ketika ditanya ingin menggunakan Keluarga Berencana (KB) apa.

Faktor pendukung dalam melakukan evaluasi keperawatan yaitu adanya kerjasama antara penulis dengan *clinical mentor* dan perawat ruangan sehingga hasil pelaksanaan tindakan keperawatan dapat dibandingkan dengan kriteria hasil yang sudah dibuat oleh penulis. Faktor penghambat dalam melakukan evaluasi keperawatan yaitu penulis tidak dapat melakukan pemantauan selama 1x24 jam kepada pasien dikarenakan adanya keterbatasan waktu.

BAB V

PENUTUP

Pada BAB ini penulis akan menuliskan kesimpulan dan saran setelah dilakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi pada Ny. N *Pasca Partum* Spontan Dengan *Rupture Perineum Grade II*.

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien *pasca partum* spontan dengan *rupture perineum grade II* dan sudah membahas kesenjangan antara teori dengan kasus, maka penulis ingin menyimpulkan bahwa pengkajian yang perlu diperhatikan pada pasien yaitu keluhan pasien mengenai nyeri, dan tanda-tanda infeksi yang beresiko dapat terjadi kepada pasien dikarenakan pasien mengalami robekan perineum derajat II pada kelahiran anak yang ketiga. Pasien mengalami robekan perineum karena berat badan janin 4000 gram.

Diagnosa keperawatan pada pasien *pasca partum* spontan dengan *rupture perineum grade II* terdapat tujuh diagnosa keperawatan. Pada kasus Ny. N dirumuskan tiga diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik, risiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, dan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang keluarga berencana : kontrasepsi. Diagnosa keperawatan prioritas yang penulis angkat adalah nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik karena pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan jalan lahir, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 4, pasien mengatakan nyeri timbul saat beraktivitas. Sehingga, masalah keperawatan yang diangkat oleh penulis sudah aktual sesuai dengan data maupun kondisi pasien. Dalam perencanaan keperawatan, penulis memilih diagnosa prioritas yaitu nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik.

Perencanaan keperawatan yang dilakukan yaitu observasi tanda-tanda vital, observasi reaksi non verbal mengenai ketidaknyamanan, lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset atau durasi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus, dan ajarkan penggunaan teknik non farmakologi seperti relaksasi nafas dalam, serta berikan terapi obat Asam Mefenamat 3x500 mg melalui oral sesuai dengan instruksi dokter.

Pada tahap pelaksanaan keperawatan, tindakan keperawatan pada pasien sudah dapat dilakukan dengan baik karena adanya kerjasama antara penulis dengan *clinical mentor* dan perawat ruangan sehingga hasil pelaksanaan tindakan keperawatan dapat dibandingkan dengan kriteria hasil yang sudah dibuat oleh penulis. Namun, penulis tidak dapat melakukan pemantauan selama 1x24 jam kepada pasien dikarenakan adanya keterbatasan waktu.

Pada tahap evaluasi keperawatan ini penulis melihat sejauh mana keberhasilan asuhan keperawatan yang telah dicapai. Pada kasus perencanaan keperawatan pada setiap diagnosa keperawatan yang telah direncanakan sudah terlaksanakan sesuai dengan batasan waktu yang telah ditentukan. Seluruh diagnosa keperawatan yang diangkat oleh penulis telah teratasi dan tujuan sudah tercapai.

B. Saran

Berdasarkan pembahasan dan kesimpulan diatas, maka penulis memberikan beberapa saran yaitu:

1. Bagi Penulis

Diharapkan agar penulis lebih memperbanyak pengetahuan mengenai asuhan keperawatan pada masa nifas dengan cara memperbanyak mencari referensi yang sesuai dengan kasus melalui buku ataupun jurnal sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan yang lebih baik kepada pasien.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan agar institusi pendidikan menyediakan referensi buku perpustakaan yang memiliki sumber buku terbaru dan bisa lebih memperbanyak buku yang berada di perpustakaan mengenai konsep asuhan keperawatan pada masa nifas.

3. Bagi Perawat

Diharapkan agar perawat dapat mendokumentasikan tindakan keperawatan sesuai dengan standar yang telah ditentukan di rumah sakit dan perawat lebih menambah ilmu pengetahuan khususnya tentang masa nifas sehingga perawat dapat melakukan pelaksanaan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien, serta perawat dapat meningkatkan kerjasama antar tim maupun pasien yang sangat diperlukan untuk keberhasilan asuhan keperawatan pada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Achyar, K., & Rofiqoh, I. (2016). Pengaruh Kunjungan Nifas Terhadap Komplikasi Masa Nifas Di Wilayah Puskesmas Sokaraja 1 Kabupaten Banyumas. *Jurnal Ilmiah Ilmu-Ilmu Kesehatan*, Vol.14No.2, 60.
- Aminah, S. (2019). Hubungan Antara Teknik Menyusui Dengan Kejadian Mastitis Pada Ibu Menyusui Di Wilayah Kerja Pustu Pojok Kota Kediri Tahun 2018. *Java Health Journal*, Vol.6 No.1.
- Anasari, T., & Sumarni. (2014). Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Mastitis Di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. *Jurnal Involusi Kebidanan*, Vol.4 No.7, 42.
- Aspiani, R. Y. (2017). *Asuhan Keperawatan Maternitas Aplikasi NANDA, NIC, dan NOC*. Jakarta: Trans Info Media.
- Astuti, S., Judistiani, T. D., Rahmiati, L., & Susanti, A. I. (2015). *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Jakarta: Erlangga.
- Dewi, V. N. L., & Sunarsih, T. (2011). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Erlandia, D. R., & Gemiharto, I. (2014). Evaluasi Model Komunikasi Bidan Desa Sebagai Ujung Tombak Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu Bersalim Di Kabupaten Sukabumi Provinsi Jawa Barat. *Jurnal Kajian Komunikasi*, Vol.2 No.2, 187.
- Fitri, I. (2018). *Nifas, Kontrasepsi Terkini dan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2015). *Nanda International Inc. Diagnosis Keperawatan: Definisi Dan Klasifikasi*. Jakarta: EGC.

- Hernawati, E., & Kamila, L. (2017). *Buku Ajar Bidan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal (Dengan Soal-Soal Latihan Kasus Berbasis Uji Kompetensi Nasional)*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Indriyani, D., Asmuji, & Wahyuni, S. (2016). *Edukasi Postnatal Dengan Pendekatan Family Centered Maternity*. Yogyakarta: Trans Medika.
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). *InfoDatin Mothers Day Situasi Kesehatan Ibu*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Manurung, S. S., & Panjaitan, M. (2018). Hubungan Dukungan Suami Dengan Kesiapan Ibu Dalam Proses Persalinan Di Rumah Sakit Imelda Pekerja Indonesia Medan Tahun 2018. *Jurnal Imiah Farmasi Imelda, Vol.2 No.2*, 47.
- Maryunani, A. (2014). *Perawatan Luka Seksio Caesarea (SC) dan Luka Kebidanan Terkini (Dengan Penekanan "Moist Wound Healing)*. Bogor: In Media.
- Maryunani, A. (2015). *Asuhan Ibu Nifas dan Asuhan Ibu Menyusui*. Bogor: In Media.
- Muthoharoh, N. A., Purnomo, I., & NurLatif, V. (2016). Faktor –Faktor Yang Berhubungan Dengan Kematian Maternal Di Kabupaten Batang. *Jurnal Pena Medika, Vol.6 No.1*, 3.
- Pitriani, R., & Afni, R. (2019). Pencegahan Infeksi Perineum Dengan Perawatan Luka Perineum Pada Ibu Hamil Trimester III - Nifas. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Multidisiplin, Vol.3 No.2*, 147.
- Pitriani, R., & Andriyani, R. (2014). *Panduan Lengkap Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Normal*. Yogyakarta: CV Budi Utama.
- Rahayu, Sarkiah, & Utari, N. D. (2016). Hubungan Motivasi Ibu Dan Dukungan Keluarga Dengan Kunjungan Nifas Lengkap Di Wilayah Kerja Puskesmas Beruntung Raya Kota Banjarmasin. *Dinamika Kesehatan, Vol.7 No.2*, 268.
- Ratnawati, A. (2017). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

- Rini, S., & Kumala, F. (2017). *Panduan Asuhan Nifas dan Evidence Based Practice* (Edisi 1). Yogyakarta: CV Budi Utama.
- Sari, R. I., Dewi, Y. I., & Indriati, G. (2019). Efektivitas Kompres Aloe Vera Terhadap Nyeri Pembengkakan Payudara Pada Ibu Menyusui. *Jurnal Ners Indonesia, Vol.10No.1*, 39.
- Sigalingging, M., & Sikumbang, S. R. (2018). Faktor Yang Berhubungan Dengan Terjadinya Rupture Perineum Pada Ibu Bersalin Di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Medan. *Jurnal Bidan Komunitas, Vol.1 No.3*, 163.
- Sutanto, A. V. (2018). *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Syamsiah, S., & Malinda, R. (2018). Determinan Kejadian Ruptur Perineum Di BPM E.N Surabaya. *Jurnal Ilmiah Kesehatan, Vol.10No.2*, 190.
- Wahyuningsih, S. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum Dilengkapi Dengan Panduan Persiapan Pratikum Mahasiswa Keperawatan*. Yogyakarta: CV Budi Utama.
- Walyani, E. S., & Purwoastuti, E. (2015). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Widia, L. (2017). Hubungan Antara Mobilisasi Dini Dengan Proses Penyembuhan Luka Rupture Perineum Pada Fase Proliferasi Ibu Post Partum. *Dinamika Kesehatan, Vol.8 No.1*, 27.
- World Health Organization. (2015). *Trends In Maternal Mortality : 1990 to 2015 Estimates By WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group And The United Nation Population Division*. Geneva: World Health Organization.

LAMPIRAN MATERI

KELUARGA BERENCANA (KB)

A. Definisi Keluarga Berencana (KB)

Keluarga berencana adalah upaya peningkatan kepedulian masyarakat dalam mewujudkan keluarga kecil yang bahagia sejahtera (Undang-undang No 10 tahun 1992). Keluarga berencana (*family planning* atau *planned parenthood*) merupakan suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi (Sulistyawati, 2014).

B. Tujuan

Tujuan program KB adalah membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga, dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Tujuan lainnya meliputi pengaturan kelahiran, pendewasaan usai perkawinan, peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga (Sulistyawati, 2014).

C. Jenis-jenis Keluarga Berencana (KB)

1. Metode Amenorea Laktasi (MAL)

Metode amenore laktasi (MAL) merupakan metode KB yang cocok untuk ibu nifas dengan mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI) dengan syarat bayi tersebut berusia kurang dari 6 bulan (Mulyani & Rinawati, 2017).

2. Metode kalender

Metode kalender adalah metode kontrasepsi sederhana yang dilakukan oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan hubungan seksual pada masa subur dan memerlukan kerjasama yang baik antara suami istri (Mega & Wijayanegara, 2017).

3. Metode senggama terputus

Metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi, sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina serta tidak ada pertemuan antar sperma dan ovum dengan metode ini kehamilan dapat dicegah (Mulyani & Rinawati, 2017).

4. Metode Barrier

Metode barrier meliputi (Mulyani & Rinawati, 2017):

a. Kondom

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastic (vinil) atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis untuk menampung sperma ketika seorang pria mencapai ejakulasi saat berhubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silinder dengan muaranya berpinggir tebal yang digulung berbentuk rata. Standar kondom dilihat dari ketebalannya yaitu 0,02 mm

b. Diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk bulat, cembung, terbuat dari karet (lateks) yang di insersikan kedalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutupi serviks.

5. Kontrasepsi Pil

Kontrasepsi pil meliputi (Mulyani & Rinawati, 2017):

a. Mini pil

Mini pil merupakan pil Keluarga Berencana (KB) yang hanya mengandung hormone progesterone dalam dosis rendah. Mini pil atau pil progestin disebut juga pil menyusui. Dosis progestin yang digunakan 0,03-0,05 mg per tablet. Minipil cocok sebagai alat kontrasepsi untuk perempuan yang sedang menyusui dan sangat

efektif untuk masa laktasi serta tidak mengganggu hubungan seksual.

b. Pil kombinasi

Pil kombinasi adalah pil yang mengandung hormone estrogen dan progesterone sangat efektif bila diminum setiap hari. Pil harus diminum setiap hari pada jam yang sama.

6. Kontrasepsi suntik

Kontrasepsi suntik merupakan metode pencegahan kehamilan jangka panjang yang aman dan sangat efektif apabila penyuntikan dilakukan secara teratur dan sesuai jadwal (Mulyani & Rinawati, 2017).

7. Kontrasepsi implant

Kontrasepsi implan yaitu alat kontrasepsi dibawah kulit yang dapat dipakai oleh semua ibu dalam usia reproduksi yang memiliki perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun) dan alat kontrasepsi ini harus dipasang oleh tenaga kesehatan (Mega & Wijayanegara, 2017).

8. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Alat kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) merupakan alat kontrasepsi yang dipasang dalam rahim yang relative lebih efektif bila dibandingkan dengan metode pil,suntik dan kondom. Alat kontrasepsi dalam rahim terbuat dari plastik elastis, dililit tembaga atau campuran tembaga dengan perak. Lilitan logam menyebabkan reaksi anti fertilitas dengan waktu penggunaan dapat mencapai 2-10 tahun dengan metode kerja mencegah masuknya spermatozoa atau sel mani kedalam saluran tuba. Pemasangan dan pencabutan alat kontrasepsi ini harus dilakukan oleh tenaga medis (dokter atau bidan terlatih), dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi, namun tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar infeksi menular seksual (Setiyaningrum, 2015).

9. Kontrasepsi mantap

Kontrasepsi mantap meliputi (Setiyaningrum, 2015):

a. Tubektomi

Tubektomi adalah tindakan pada saluran telur wanita diikat ataupun dipotong sehingga tidak akan mendapatkan keturunan lagi.

b. Vasektomi

Vasektomi adalah saluran sperma pria diikat ataupun dipotong sehingga tidak akan terjadi pembuahan.

DAFTAR PUSTAKA

- Mega, & Wijayanegara, H. (2017). *Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Mulyani, N. S., & Rinawati, M. (2017). *Keluarga Berencana Dan Alat Kontrasepsi*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Setiyaningrum, E. (2015). *Pelayanan Keluarga Berencana Dan Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Sulistyawati, A. (2014). *Pelayanan Keluarga Berencana*. Jakarta: Salemba Medika.

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Diagnosa Keperawatan : Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang sumber pengetahuan tentang Keluarga Berencana (KB)

Topik : Keluarga Berencana (KB)

Sasaran : Ny. N

Waktu : Jumat, 14 Februari 2020

Tempat : Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat

TIU	TIK	MATERI	KBM		METODE	ALAT PERAGA	EVALUASI
			MAHASISWA	PASIEN			
Setelah dilakukan penyuluhan selama 1x30 menit diharapkan Ny.N mampu mengetahui tentang program Keluarga Berencana (KB) dan pasien memutuskan metode	Setelah dilakukan penyuluhan selama 1x30 menit Ny.N mampu: 1. Mengetahui pengertian Keluarga Berencana (KB)	1. Pengertian Keluarga Berencana (KB) 2. Tujuan Keluarga Berencana (KB) 3. Jenis-jenis Keluarga Berencana (KB)	Pembuka (5 menit) : 1. Salam pembuka 2. Perkenalan 3. Kontrak waktu 4. Penjelasan waktu Topik penyuluhan (20 menit) : 1. Menjelaskan pengertian Keluarga Berencana (KB)	Menjawab salam Menyetujui Memperhatikan	Ceramah Diskusi	Flipchart Leaflet	1. Menjelaskan pengertian Keluarga Berencana (KB) 2. Menyebutkan tujuan Keluarga Berencana (KB)

kontrasepsi yang akan digunakan.	2. Mengetahui tujuan Keluarga Berencana (KB) 3. Mengetahui jenis-jenis Keluarga Berencana (KB)		2. Menjelaskan tujuan Keluarga Berencana (KB) 3. Menjelaskan jenis-jenis Keluarga Berencana (KB) Penutup (5 menit) : 1. Memberi kesempatan bertanya 2. Bertanya atau evaluasi 3. Menyimpulkan 4. Salam penutup	Memperhatikan Bertanya Menjawab Memperhatikan Menjawab salam			3. Menyebutkan jenis-jenis Keluarga Berencana (KB)
----------------------------------	--	--	---	---	--	--	---



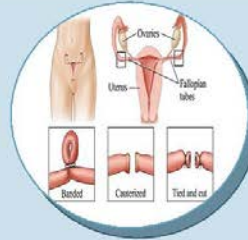
- **Pil Kombinasi** pil yang mengandung hormone estrogen dan progesterone.



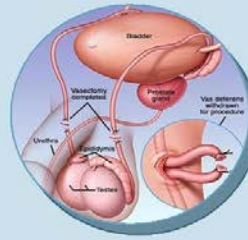
- **Kontrasepsi Suntik** merupakan metode pencegahan kehamilan jangka panjang yang aman dan sangat efektif.
- **Implan** alat kontrasepsi dibawah kulit yang memiliki perlindungan jangka panjang sampai 5 tahun.



- **Alat kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)** alat kontrasepsi yang dipasang dalam rahim dengan waktu penggunaan 2 tahun sampai dengan 10 tahun.



- **Tubektomi** saluran telur wanita diikat ataupun dipotong sehingga tidak akan mendapatkan keturunan lagi.



- **Vasektomi** Saluran sperma pria diikat ataupun dipotong sehingga tidak akan terjadi pembuahan.



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
MITRA KELUARGA

KELUARGA BERENCANA (KB)



Disusun oleh :

Mahasiswa STIKes Mitra Keluarga

DIII Keperawatan

Apa Itu Keluarga Berencana ??



Keluarga Berencana adalah suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi.

Tujuan Keluarga Berencana ??

Membentuk keluarga kecil dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh keluarga bahagia dan sejahtera.



Jenis-Jenis Keluarga Berencana

- Metode Amenore Laktasi (MAL) mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI) dengan syarat bayi tersebut berusia kurang dari 6 bulan.
- Metode Kalender dapat dilakukan oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan hubungan seksual pada masa subur.
- Metode Senggama Terputus dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi.



- Kondom dipasang pada alat kelamin pria untuk menampung sperma pada saat berhubungan seksual.
- Diafragma alat kontrasepsi yang dapat dipakai oleh wanita untuk berhubungan seksual.
- Mini pil merupakan pil KB yang hanya mengandung hormone progesterone dalam dosisrendah.

