

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Dasar

##### 2.1.1 Definisi

Primi para adalah wanita yang pertama kali melahirkan. Masa post partum adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat kandungan kembali seperti pra hamil ; lama post partum yaitu 6 – 8 minggu. ( Rustam M, 1998 : 115 ).

##### 2.1.2 Patofisiologi post partum

Nifas dibagi menjadi 3 periode :

- 1) post partum dini yaitu : kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri berjalan – jalan. Dalam agama dianggap telah bersih dan boleh melakukan hubungan seksual setelah 40 hari.
- 2) Post partum intermediat yaitu kepulihan menyeluruh alat – alat genetalia yang lamanya 6 – 8 minggu.
- 3) Post partum terlambat yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu - minggu bulanan dan tahunan. ( Rustam M, 1998 : 115 ).

### 2.1.3 Perubahan – perubahan pada post partum.

#### 1) Perubahan fisiologi

##### a) Tanda – tanda vital.

Suhu oral dalam 24 jam pertama meningkat kurang lebih 38 derajat celcius sebagai akibat dari adanya dehidrasi, peregangan muskuler dan perubahan non formal. Jika dalam 24 jam didapatkan peningkatan suhu tubuh lebih dari 38 derajat celcius selam 2 hari berturut – turut dalam 10 hari, post partum maka dengan adanya infeksi, infeksi saluran kemih, endometritis, miastitis atau infeksi lainnya.

##### b) Sistem Kardiovaskuler

Tekanan darah ibu stabil terjadi penurunan darah sistolik lebih dari 20 mmhg pada saat perubahan posisi dari tidur ke duduk, disebut hipotensi orthostatik, yang merupakan kompensasi kardiovaskuler terhadap penurunan resistensi vaskuler didaerah panggul.

Kenaikan tekanan sistolik 30 mmhg atau diastolik 150 mmhg dan bila disertai sakit kepala atau gangguan penglihatan maka harus dicurigai adanya preeklamsi post partum.

##### c) Sistem Urinaria

Selama proses persalinan kandung kemih mengalami trauma yang mengakibatkan oedema dan menurunnya sensifitas terhadap tekanan cairan perubahan ini menyebabkan tekanan

yang berlebihan dan pengkosonghan kandung kemih tidak tuntas.

Hematuria pada masa early post partum menandakan adanya trauma pada kandung kemih pada waktu persalinan. Bila berlanjut dikhawatirkan ada infeksi saluran kemih.

#### d) Sistem Endokrin

Sistem endokrin mulai mengalami perubahan pada hari ke-4 persalinan. Mengikuti lahirnya plasenta terjadi penurunan yang cepat, begitu juga estrogen, progesteron dan prolaktin. Kadar prolaktin pada ibu tidak menyusui akan berubah dalam batas normal sampai beberapa hari post partum.

Sedangkan pada ibu menyusui kadar prolaktin akan menguat sebagai respon terhadap rangsangan dari isapan bayi. Menstruasi biasanya terjadi 12 minggu post partum. Produksi ASI sekitar hari ke-3 post partum. Adanya pembesaran payudara terjadi karena peningkatan sistem vaskuler dan limfatik yang mengelilingi payudara. Payudara menjadi besar kenyal, kencang dan nyeri jika disentuh. Produksi ASI mulai dalam sel – sel alveoli atas pengaruh hormon prolaktin reflek let down.

#### e) Sistem Gastro intestinal

Pengembalian fungsi defekesi secara normal terjadi lambat dalam minggu pertama post partum. Hal ini berhubungan

dengan penurunan motilitas usus, kehilangan cairan dan ketidaknyamanan perineal. Tindakan klimak pada kala I dan penurunan otot abdomen juga merupakan predisposisi konstipasi. Fungsi defekasi kembali normal pada akhir minggu pertama sebagaimana pulihnya selera makan ibu dan peningkatan cairan dan makanan berserat serta berkurangnya ketidaknya manan perineal.

f) Sistem Muskuloskeletal

Otot abdomen terus-menerus meregang selama kehamilan yang mengakibatkan kurangnya tonus otot yang tampak pada masa post partum. Ibu mengalami peregangan dan penekanan otot akibat proses persalinan. Penurunan aktivitas merupakan faktor predisposisi terjadi tromboplebitis.

g) Organ Reproduksi

Involusi uterus terjadi segera setelah lahir dan proses berlangsung cepat, kontraksi uterus pada masa immediate kira – kira sebesar buah anggur. Involusi uterus dalam 12 jam setelah melahirkan fundus uteri teraba 1 cm dibawah pusat. Dalam 2 –3 minggu post partum kelenjar endometrium sudah melakukan proliferasi.

Setelah melahirkan uterus membersihkan dirinya sendiri dengan pengeluaran darah pervagina yang disebut lochia. Jenis lochia adalah rubra pengeluaran selama 3 hari, berupa

darah segar dan sedikit bekuan darah. Lochia serosa, berwarna lebih terang seperti pink atau kecoklatan, pengeluaran sampai hari kesembilan. Lochia alba pengeluaran dimulai hari kesepuluh, warna kuning keputihan, sel lekosit, bau lochia seperti darah menstruasi, bila berbau busuk menunjukkan setelah 2-3 minggu mungkin disebabkan endometritis.

Involusi tempat menempelnya plasenta. Diameter tempat menempelnya plasenta kurang lebih 8-9 cm. Perdarahan pada tempat tersebut dapat berhenti dengan adanya kompresi pada pembuluh darah oleh kontraksi syaraf otot uterus yang biasanya pulih sekitar 6 minggu post partum.

Perubahan pada vagina, dinding vagina tampak oedem dan memerah serta sedikit lecet. Rugae tidak ada, Hymen tampak tersisa pada beberapa tempat Rugae akan kembali dalam 3 minggu. Labia mayora dan minora sedikit teregang dan kurang licin. Perubahan pada perineum bila dilakukan episiotomi dapat memperlambat pemulihan perineum. Ketidaknyamanan yang terjadi tergantung pada jenis dan besarnya luka.

## 2) Perubahan Psikologis

Menjadi orang tua adalah situasi krisis dan merupakan masalah transisi. Ikatan kasih sayang dan keterkaitan (Bonding

and attachment) antara ibu dan ayah bayi. Adapun fase maternal dalam masa post partum menurut Rubbin adalah:

- a) Fase taking in, dimana ibu berperilaku tergantung pada orang lain, perhatian ibu berfokus pada dirinya sendiri, pasif, bergantung belum ingin kontak atau merawat bayinya. Berlangsung sekitar 1 –2 hari.
- b) Fase taking hold massa antara perilaku tergantung pada bayinya, mandiri dan berinisiatif dalam perawatan diri dan bayinya. Timbul kurang rasa percaya diri. Fase ini merupakan fase yang paling tepat untuk memberikan pendidikan.
- c) Fase letting go, memperoleh peran dan tanggung jawab baru, kemandirian dalam perawatan diri dan bayinya semakin meningkat. Menyadari bahwa dirinya terpisah oleh bayinya.  
( Imam Nur R, 1997 ).

#### 2.1.4 Perawatan post partum

##### 1) Mobilisasi

Karena sehabis bersalin ibu harus beristirahat, disesuaikan dengan kondisi klien kemudian miring kekanan dan kekiri untuk mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli. Pada hari ke 2 diperbolehkan duduk, hari ke 3 jalan – jalan dan hari ke 4 atau ke 5 diperbolehkan pulang.

## 2) Diet

Makanan harus bermutu, bergizi dan cukup kalori kurang lebih 3000 kalori, sebaiknya makan makanan yang mengandung protein, banyak cairan sayur mayur dan buah – buahan serta minum lebih dari 3000 cc.

## 3) Miksi

Hendaknya BAK dapat dilakukan sendiri secepatnya, kadang- kadang wanita mengalami sulit kencing dikarenakan spasme oleh iritasi. Muskulo spinter ani selama persalinan. Bila kandung kemih penuh dan wanita sulit kencing sebelumnya dilakukan kateterisasi.

## 4) Defekasi

Buang air besar harus dilakukan 3-4 hari pasca persalinan bila masih sulit buang air besar dan terjadi obstipasi apalagi berak keras dapat diberikan obat laksans per oral atau perrektal.

## 5) Perawatan payudara

Perawatan mammae telah dimulai sejak wanita hamil supaya putting susu lemas, tidak keras dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya.

#### 6) Laktasi

Untuk menghadapi masa laktasi sudah sejak dini ibu harus mengetahui terjadi perubahan-perubahan pada kelenjar mammae, maka pada waktu post partum ibu harus bisa mneteki bayinya. Disamping ASI merupakan makanan utama bayi juga menyusui bayi dapat menumbuhkan kasih sayang antara ibu dan bayi.

#### 7) Pemeriksaan pasca persalinan

Di Indonesia ada kebiasaan atau kepercayaan bahwa wanita bersalin boleh keluar rumah setelah habis nifas. Bagi wanita dengan persalinan normal hal ini baik dan dilakukan pemeriksaan mulai dari kepala sampai kaki dan kembali memeriksakan setelah 6 minggu persalinan. Namun bagi persalinan luar biasa harus kembali untuk kontrol seminggu kemudiaan. (Rustam M, 1998 : 116 – 118).

### 2.1.5 Dampak Masalah

#### 1) Masalah Biologis

Pada post partum dengan adanya perubahan organ reproduksi akan terjadi kontraksi uterus yang menyebabkan nyeri luka episiotomi yang memperlambat penyembuhan luka peritonium. Perubahan pada gastrointestinal bisa terjadi masalah BAB karena penurunan motalitas usus sedangkan perubahan genitourinaria dapat menimbulkan masalah BAK karena terjadi trauma pada kandung kemih.



## 2) Masalah Psikososial.

Pada klien post partum biasanya terjadi perubahan konsep diri (harga diri) terhadap kelahiran seorang bayi.

## 3) Masalah Spiritual

Selama post partum ada perubahan pola dalam hal ibadah terutama pada caranya yang biasanya klien bisa menjalankan sholat selama post partum klien hanya berdoa.

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan**

Dalam hal melaksanakan asuhan keperawatan pada klien post partum meliputi beberapa tahap diantaranya :

### 2.2.1 Pengkajiaan

#### 1) Pengumpulan data

##### a) Identitas penderita

Meliputi : nama, umur, jenis kelamin, agama, bahasa yang dipakai sehari-hari, status perkawinan, kebangsaan, pekerjaan, alamat, pendidikan, tanggal dan jam MRS dan Diagnosa medis.

##### b) Keluhan Utama

Ditemukan Nyeri, konstipasi, takut BAK, kurang pengetahuan perawatan diri, serta bayinya.

## c) Riwayat Kesehatan

## (1) Riwayat kesehatan lalu.

Riwayat yang pernah diderita sebelumnya, seperti : hepatitis, TBC Hipertensi serta infeksi post partum seperti HPP, febris purpuralis, mastitis atau pengalaman waktu melahirkan.

## (2) Riwayat Kesehatan sekarang

Bagaimana kesadaran klien, terdapat rasa nyeri pada daerah perinium didapatkan luka episiotomi pada peritonium, keluar lochia dari vagina. Terjadinya penurunan uterus yang bertahap kembali keasal semula.

## (3) Riwayat kesehatan keluarga

Penyakit turunan yang pernah diderita keluarga seperti : Hipertensi, bayi kembar, DM dan lain-lain.

## (4) Riwayat psikososial

Perasaan terpisah oleh orang yang terdekat dan kebebasan klien sebelumnya, apakah klien seorang ibu yang bekerja atau tidak. Klien merasa harga dirinya rendah karena tidak bisa merawat bayinya (fase taking in).

## d) Pola-pola fungsi kesehatan

## (1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Persepsi klien tentang post partum, tata cara perawatannya, Berapa kali dia mandi dalam sehari, berapa

kali sikat gigi serta dengan siapa klien bila meminta bantuan kesehatan. Bagaimana kebersihan luka episiotomi.

(2) Pola nutrisi dan metabolisme

Pada ibu nifas atau post partum diberikan diet TKTP serta harus mencukupi diet yang dibutuhkan oleh ibu menyusui (3000 kalori) dan minum kurang lebih 3000 cc. Pada ibu post partum tidak boleh ada diet tantangan kecuali di kontra indikasi seperti penyakit hipertensi.

(3) Pola aktivitas

Klien dapat mengalami keterbatasan aktivitas karena adanya nyeri. Apakah mandi, makan, minum masih dibantu keluarga atau perawat, apakah klien aktif dalam perawat bayi dan dirinya.

(4) Pola eliminasi

Klien pada post partum 1 sampai 2 hari belum BAB masih dianggap normal dan BAK maksimal 6 – 8 jam sehari. Pada klien post partum perawatan pada daerah genitalia, apakah sering dibersihkan. Tanyakan konsistensi pola BAB dan BAK

(5) Pola tidur dan istirahat

Terjadi perubahan pola tidur dan istirahat kerana sering terbangun oleh tangisan bayi kerana ngompol dan ibu harus mengganti popoknya.

(6) Pola sensori dan kognitif.

Klien belum mengerti tentang perawatan dalam post partum atau bayinya, klien akan mengalami gangguan dalam pola sensori atau gangguan rasa nyeri. Pada panca indra klien tidak mengalami gangguan.

(7) Persepsi diri.

Dapat terjadi penurunan harga diri sehubungan dengan ketidak mampuan dalam merawat bayi dan dirinya. Klien terasa bangga telah melahirkan seorang anak.

(8) Pola hubungan dan peran.

Klien mengalami perubahan kondisi kesehatan dan sudah mempunyai seorang anak maka akan mempengaruhi hubungan dan peran terhadap dirinya.

(9) Pola Reproduksi dan seksual.

Berapa kali klien melakukan hubungan seksual dalam seminggu. Pada alat reproduksi terdapat luka episiotomi, serta selama masa nifas tidak diperbolehkan melakukan hubungan seksual, adakah rencana klien untuk ber - KB.

(10) Pola penanggulangan stres

Dengan siapa klien memecahkan masalah serta bagaimana cara mekanisme coping klien dalam menghadapi masalahnya

(11) Pola tata nilai kepercayaan

Kepercayaan apa yang dianut oleh klien, ketaatan dalam menjalankan ibadahnya, adakah perubahan beribadah selama post partum.

e) Pemeriksaan fisik.

(1) Kepala

Adakah benjolan, warna rambut, adakah hiperpigmentasi pada muka.

(2) Leher

Adakah pembesaran kelenjar thyroid atau parathyroid.

(3) Mata

Adakah odema palpebra, amenis pada konjungtiva atau tidak, bentuk kanan dan kiri apakah simetris.

(4) Hidung

Apakah didapatkan pernafasan cuping hidung atau penyakit hidung lainnya, apakah kebersihan hidung selalu dijaga.

(5) Telinga

Adakah sekret, apakah fungsi pendengaran normal

(6) Dada

Didapatkan perubahan payudara kenyal atau lunak. Apakah puting susu menonjol keluar atau masuk kedalam, sudah keluar kolesterum atau tidak.

(7) Abdomen

Terdapat striae dan linea gravida, adakah asites bagaimana kontraksi uterus keras atau lunak, berapa tinggi fundus uterus, adakah bekas garukan atau operasi, Peristaltik usus menurun pada otot-otot abdomen terjadi peregangan akibat melahirkan dan akan pulih kembali selama 6 minggu.

(8) Genetalia.

Keluar lochia rubra, serosa atau alba, warna apa, bau darah yang keluar kurang lebih 100 – 300 cc . vagina odem pada hari ke 3 bagaimana bau, berapa jumlah urinenya, warnanya apa, perinium ada jahitan atau tidak nyeri atau tidak kebersihannya bagaimana.

(9) Anus

Apakah ada hemoroid, bentuk normal atau tidak adakah lecet atau tidak.

(10) Punggung.

Bentuknya bagaimana, adakah nyeri tekan atau tidak, adakah luka garukan.

(11) Muskuloskeletal

Pergerakan normal atau tidak ekstremitas atas dan bawah tidak ada kelumpuhan, adalah oedem.

(12) Integumen

Warna kulit bagaimana, turgor dan tekstur, ada hiperpigmentasi pada muka. Pada daerah perinium ada jahitan atau tidak vagina oedem.

2) Analisa Data

Data yang telah dikumpulkan selanjutnya dikelompokkan meliputi data subyektif dan obyektif untuk menentukan masalah. Data yang telah dikelompokkan ditentukan masalah keperawatannya, kemudian ditentukan penyebabnya serta dirumuskan kedalam diagnosa keperawatan (Lismidar, 1990).

2.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu pernyataan dari masalah klien yang nyata (potensial) dan membutuhkan tindakan keperawatan sehingga masalah klien dapat ditanggulangi atau dikurangi (Lismidar, 1990).

Adapun diagnosa keperawatan yang sering muncul baik aktual maupun potensial pada klien post partum normal sebagai berikut (Martin Ts dkk, 1998) :

- 1) Nyeri yang berhubungan dengan episiotomi.

- 2) Konstipasi yang berhubungan dengan penurunan peristaltik usus dan penurunan aktivitas.
- 3) Potensial terhadap infeksi berhubungan dengan luka episiotomi.
- 4) Potensial terhadap retensi urin berhubungan dengan trauma pasca persalinan.
- 5) Potensial terhadap perubahan peran orang tua berhubungan dengan transisi pada masa menjadi orang tua.
- 6) Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan post partum.
- 7) Situasi harga diri rendah dalam respon terhadap perasaan ketidakadekuatan berkenaan dengan tanggung jawab peran orang tua berhubungan dengan pengalaman melahirkan.
- 8) Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang prinsip – prinsip menyusui.
- 9) Potensial terjadinya bendungan ASI berhubungan dengan kurang perawatan pada ante partum.

### 2.2.3 Perencanaan

Setelah diagnosa keperawatan diprioritaskan sesuai dengan masalah yang paling dirasakan oleh klien yang mengancam jiwa klien yang memerlukan tindakan keperawatan terlebih dahulu dalam rangka mengurangi masalah klien. Selanjutnya dibuat rencana tindakan masing – masing diagnosa keperawatan tersebut diatas sebagai berikut :



1) Diagnosa keperawatan I

Nyeri yang berhubungan dengan episiotomi

a) Tujuan

Nyeri dapat dihilangkan atau intensitas nyeri berkurang

b) Kriteria hasil :

(1) Skala nyeri turun.

(2) Nyeri berkurang atau hilang.

(3) Mampu adaptasi terhadap nyeri

c) Rencana tindakan

(1) Monitor karakteristik nyeri, lokasi, lamanya dan kualitas nyeri.

(2) Anjurkan klien untuk menggunakan teknik relaksasi yang dipelajari pada post partum untuk nyeri setelah melahirkan

(3) Observasi tanda-tanda vital sebelum memberikan obat analgesik.

(4) Intruksikan ibu untuk mengerutkan pantat bersama bila duduk, bila episiotomi terasa nyeri saat ambulasi.

(5) Lakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik.

d) Rasional

(1) Untuk mengetahui seberapa berat respon nyeri yang dialami klien.

- (2) Peregangan otot-otot akan menghambat impuls-impuls yang meneruskan rasa nyeri ke syaraf pada ganglia.
- (3) Mengantisipasi komplikasi dari pemberian analgesik yang biasanya seperti alergi.
- (4) Pengerutan otot – otot pada daerah panggul yang dilakukan bersama akan mengurangi rangsangan nyeri.
- (5) Analgesik sebagai upaya medis untuk mempercepat mengurangi nyeri.

2) Diagnosa keperawatan II

Konstipasi yang berhubungan dengan penurunan peristaltik usus dan penurunan aktivitas.

a) Tujuan

Klien dapat berkemih setiap 6 – 8 jam lebih

b) Kriteria hasil :

Klien defekasi secepat mungkin.

c) Rencana tindakan

- (1) Jamin masukan cairan adekuat.
- (2) Rendam duduk dengan air hangat sebelum defekasi
- (3) Anjurkan klien untuk ambulasi sesuai toleransi
- (4) Pertahankan diet reguler dengan asupan diantara makanan, tingkatkan jumlah buah dan makanan kasar.
- (5) kolaborasi dengan tim dalam pemberian :
  1. pelunak feses.

## 2. Salep anti septik.

### d) Rasional

- (1) Dengan cairan yang adekuat makanan dapat tersuplai dengan baik.
- (2) Air hangat dapat melemaskan otot – otot perineum.
- (3) Dengan ambulasi secepatnya mungkin maka kerja usus dapat bekerja dengan baik.
- (4) Buah yang tinggi serat dan makanan cepat diabsorpsi oleh usus.
- (5) Pemberian obat – obat pencahar dapat memudahkan defekasi.

### 3) Diagnosa keperawatan III

Potensial terhadap infeksi berhubungan dengan luka episiotomi

#### a) Tujuan

Tidak terjadi infeksi pada luka episiotomi

#### b) Kriteria hasil

- (1) Episiotomi klien sembuh tanpa bukti infeksi
- (2) Tidak ada tanda – tanda radang.

#### c) Rencana tindakan

- (1) Instruksikan pada klien pada perawatan perineum seperti hygiene.
- (2) Ubah pembalut perinial dari depan kebelakang setelah setiap eliminasi.

- (3) Observasi kondisi episiotomi dan dokumentasikan setiap shift.
- (4) Perhatikan terhadap peningkatan suhu atau perubahan lain pada parameter tanda vital.
- (5) Perhatikan dan laporkan adanya drainase bau busuk.
- (6) Berikan antibiotik sesuai kebutuhan.

d) Rasional

- (1) Perawatan pada daerah perineal yang teratur dan dikerjakan secara aseptik mencegah terjadinya infeksi.
- (2) Pembalut yang basah akan mudah untuk kuman berkembang biak.
- (3) Mengetahui dengan cepat tentang penyembuhan luka episiotomi atau kondisi episiotomi dapat dicegah secara dini terjadinya infeksi.
- (4) Suhu yang meningkat pada klien menandakan terjadinya infeksi.
- (5) Luka episiotomi bau busuk apabila ditandai dengan cepat dapat mencegah terjadinya infeksi lebih parah.
- (6) Mencegah agar tidak terjadi infeksi selain perawatan luka dengan pemberian anti biotik.

4) Diagnosa Keperawatan IV

Potensial terhadap retensi urine berhubungan dengan pasca persalinan.

## a) Tujuan

Klien dapat berkemih kembali 6 – 8 jam setelah melahirkan.

## b) Kriteria Hasil

(1) Klien dapat mengalami distensi kandung kemih

(2) Klien BAK setelah melahirkan

## c) Rencana tindakan

(1) Hindari distensi kandung kemih, anjurka klien berkemih maksimal dalam 6 jam sampai 8 jam setelah melahirkan.

(2) Anjurkan klien untuk minum 3000 ml setiap harinya.

(3) Anjurkan teknik berkemih sesuai dengan kondisi klien.

(4) Anjurkan pada klien agar sebelum berkemih untuk merendam luka episiotomi.

## d) Rasional

(1) Berkemih setiap 6 sampai dengan 8 jam sekali akan cegah retensi perkemihan dan dengan berkemih diharapkan dapat mengosongkan buli – buli.

(2) Intake minuman 3000 ml dapat merangsang dengan cepat ginjal untuk memproduksi urine.

(3) Mencegah terjadinya nyeri waktu berkemih.

(4) Peredalam pada daerah perineum dapat terjadi peregangan otot pada luka episiotomi.

## 5) Diagnosa Keperawatan V

Potensial terhadap perubahan peran orang tua berbuhungan dengan transisi pada masa menjadi orang tua.

## a) Tujuan

Klien dapat merawat bayinya sendiri

## b) Kriteria Hasil

Klien mampu mendemostrasikan keterampilan merawat bayi secara adekuat.

## c) Rencana tindakan

(1) Berikan ibu dan bayi selimut penghangat pada tempat tidur yang sama.

(2) Bantu ibu dalam mengendong dan berikan sentuhan pada bayi segera mungkin.

(3) Ijinkan ibu untuk dekat bayi ditempet tidur sedekat atau sebanyak mungkin sesuai keinginan.

(4) Bantu dan ajarkan ibu untuk melakukan semua tugas perawatan bayi dan penyuluhan.

(5) Libatkan pasangan atau orang terdekat dalam perawatan bayi dan penyuluhan.

(6) Observasi interaksi ibu dan bayi.

## d) Rasional

- (1) Menutupi ibu dan bayi pada satu selumut dapat meningkatkan inspeksi visual kulit pada kontak kulit dan kedekatan.
- (2) Ibu akan terlibat secara aktif dalam perawatan bayi.
- (3) Agar terjadi kedekatan antara ibu dan bayi serta tercipta lingkungan yang bahagia.
- (4) Ibu dapat mendemonstrasikan sendiri tentang perawatan bayi.
- (5) Bahwa antara ayah dan ibu sangat diperlukan dalam perawatan bayi, tidak hanya tugas merawat bayi itu dibebankan oleh ibu saja.
- (6) Interaksi antara ibu dan bayi menandakan bahwa bayi tersebut dikehendaki oleh keluarga dan ibu mau merawat bayinya dengan baik.

## 6) Diagnosa keperawatan VI

Kurangnya pengetahuan yang berhubungan dengan kurang informasi tentang pasca persalinan.

## a) Tujuan

Klien dapat mengetahui perawatan pasca persalinan sedini mungkin

## b) Kriteria hasil

Klien mampu mendemonstrasikan dan mengungkapkan pemahaman keperawatan dari pasca partum.

c) Rencana tindakan

- (1) Anjurkan klien untuk menghindari mengangkat apapun yang lebih berat dari bayi selama 2 sampai 3 minggu.
- (2) Jelaskan perlunya periode istirahat terencana.
- (3) Jelaskan perlunya pembersihan dengan cermat pada bagian perineal.
- (4) Beritahu bahwa jahitan yang dapat diabsorpsi tidak perlu diangkat.
- (5) Jelaskan bahwa lochia dapat berlanjut selama 3 minggu sampai 4 minggu.
- (6) Beritahu menstruasi akan kembali 6 minggu sampai 8 minggu setelah melahirkan.
- (7) Tekankan pentingnya rawat jalan terus menerus termasuk pemeriksaan pasca persalinan

d) Rasional

- (1) Mengistirahatkan serta mencegah terjadinya robekan perineum atau menghambat otot – otot rahim.
- (2) Istirahatkan yang cukup serta terjadwal mempercepat pemulihan otot – otot rahim
- (3) Mempercepat penyembuhan luka jahit dan mencegah terjadinya infeksi.



(4) Benang seperti cat gut tidak perlu diangkat sehingga klien tidak perlu cemas.

(5) Dapat mengetahui sedini mungkin, kemungkinan terjadinya infeksi dan perdarahan.

(6) Bahwa waktu nifas memerlukan 60 hari pada orang yang normal dan setelah hari itu klien dapat mentruasi seperti biasa.

(7) Pemeriksaan yang terus menerus dapat mengetahui kesehatan ibu serta bayinya.

#### 7) Diagnosa Keperawatan VII

Situasi harga diri rendah dalam respon terhadap perasaan ketidakadekuatan berkenaan dengan tanggung jawab peran orang tua berkaitan dengan pengalaman melahirkan.

##### a) Tujuan

Harga diri klien kembali normal

##### b) Kriteria Hasil

Klien mampu mendemonstrasikan penilaian emosi efektif dan harga diri sehat dibuktikan dengan pernyataan positif tentang diri dan tentang kemampuan untuk merawat diri.

##### c) Rencana Tindakan

(1) Anjurkan pada klien untuk mengungkapkan keluhan yang dirasakannya.

- (2) Bantu ibu memastikan kenyataan persalinannya dan pengalaman melahirkan.
  - (3) Berikan keyakinan mengenai kemampuan sebagai ibu.
  - (4) Bantu klien menerima luapan dan penurunan emosi dari periode post partum dan jelaskan bahwa perasaan ini dan perubahan umum selama waktu ini.
  - (5) Berikan kesempatan pada orang tua dan orang terdekat dalam interaksi merawat bayi.
- d) Rasional
- (1) Mengetahui masalah yang sedang dihadapi klien dan mencari jalan pemecahan yang baik.
  - (2) Bahwa setiap wanita akan mengalami persalinan dan hal itu adalah hal yang normal.
  - (3) Memberikan semangat pada klien bahwa dia pasti mampu dalam merawat bayi serta siap menjadi orang tua.
  - (4) Mengetahui ungkapan yang dirasakan klien. Dapat mencegah terjadinya emosi yang tidak terkontrol dan menjadi ibu merupakan kodrat sebagai seorang wanita, serta menerima perubahan tubuh selama dia melahirkan.
  - (5) Memberikan kesempatan pada kedua orang tua akan menjalin kasih sayang.

#### 8) Diagnosa Keperawatan VIII

Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang prinsip – prinsip menyusui

##### a) Tujuan

Klien mengetahui cara menyusui dengan benar.

##### b) Kriteria Hasil

Klien mampu mendemonstrasikan teknik menyusui yang benar serta tidak terjadi komplikasi.

##### c) Rencana tindakan

(1) Diskusikan bantu ibu dalam hal : reflek menyusui, mencuci tangan sebelum menyusui, posisi bayi, posisi puting susu, insersi puting sesuai indikasi.

(2) Jelaskan bahwa suplai susu dihubungkan dengan kebutuhan.

(3) Tekankan pentingnya minum pada sedikitnya 6 sampai 8 gelas cairan setiap hari.

(4) Beritahu bahwa susu dapat dikeluarkan kedalam gelas bersih sekali pakai.

(5) Diskusikan penilaian masukan diet untuk memenuhi kebutuhan bayi.

(6) Jelaskan bahwa untuk beberapa setelah melahirkan ini normal mengalami kram uterus saat menyusui.

(7) Diskusikan gejala komplikasi untuk dilakukan pada pemberian perawatan kesehatan.

d) Rasional

(1) Mengetahui kapan bayi ingin menyusui atau tidak, serta mencegah terjadinya maka lecet waktu menyusui dan bahaya tersedak waktu bayi menetek.

(2) Pemberian susu pada bayi secara adekuat ditentukan seusia dengan usia bayi

(3) Akan mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu.

(4) Untuk ibu yang bekerja atau puting susu yang tidak menonjol keluar dapat dikeluarkan dalam gelas dan tidak mempengaruhi konsentrasi susu ibu.

(5) Diet yang seimbang, tinggi protein dan kalori akan memperbanyak produksi ASI.

(6) Bahwa menyusui akan merangsang hormon oksitosin dalam mengkontraksi uterus dalam hal ini merupakan hal yang normal.

(7) Mengetahui secara dini tanda – tanda mastitis atau bendungan air susu dalam mencegah terjadinya komplikasi pada payudara.

9) Diagnosa Keperawatan IX

Potensial terjadinya bendungan ASI berhubungan dengan kurangnya perawatan pada ante partum.

## a) Tujuan

Tidak terjadi bendungan pada produksi ASI

## b) Kriteria Hasil

(1) ASI lancar.

(2) Tidak didapatkan pembengkakan pada payudara

## c) Rencana Tindakan

(1) Berikan penjelasan tentang pentingnya perawatan payudara pada masa ante partum.

(2) Demonstrasikan perawatan payudara pada ibu.

(3) Tekankan pentingnya nutrisi bagi ibu pada masa ante partum ( 2300 kalori ).

(4) Observasi tanda – tanda adanya pembengkakan pada payudara.

(5) Anjurkan ibu untuk memberikan ASI sedini mungkin.

## 4) Rasional

(1) Ibu mengerti tentang pentingnya perawatan payudara dan mau melaksanakan yang dianjurkan perawat.

(2) Perawatan payudara yang dilakukan sedini mungkin akan memperlancar pengeluaran ASI dan klien diharapkan juga berpartisipasi

(3) Dengan asupan nutrisi yang adekuat pada masa ante partum akan memperbanyak produksi ASI

(4) Untuk mengetahui sejak dini adanya bendungan pada ASI.

(5) Pemberian ASI sedini mungkin akan berpengaruh pada pengeluaran ASI karena faktor isapan bayi.

#### 2.2.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan merupakan pengelolaan dari perwujudan rencana tindakan yang meliputi beberapa kegiatan yaitu: validasi, rencana tindakan keperawatan mensdokumentasikan rencana tindakan keperawatan, memberikan asuhan keperawatan dan mengumpulkan data (Lismidar, 1990 : 60).

#### 2.2.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap atau langkah dalam proses keperawatan yang dilaksanakan dengan sengaja dan terus menerus yang dilakukan oleh perawat dan anggota tim kesehatan lainnya dengan tujuan untuk memenuhi apakah tujuan dan rencana keperawatan atau tidak serta untuk melakukan pengkajian ulang, sehingga didapatkan penilaian sebagai berikut :

- 1) Tujuan tercapai, bila klien mampu menunjukkan perilaku pada waktu yang telah ditemukan sesuai dengan pernyataan tujuan yang telah ditentukan.
- 2) Tujuan tercapai sebagianm, penderita mampu menunjukkan perilaku tetapi hanya se bagian dari tujuan yang diharapkan.

- 3) Tujuan tidak tercapai, bila klien tidak mampu atau tidak sama sekali menunjukkan perilaku yang diharapkan sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan ( Lismidar, 1990 : 68 ).