

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar

2.1.1 Definisi

Masa *post partum* adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat kandungan kembali seperti pra hamil. Lama masa *post partum* yaitu 6-8 minggu (Rustam M., 1998 : 115)

2.1.2 Patofisiologi Post Partum

Nifas dibagi dalam 3 periode :

2.1.2.3 *Post partum* dini yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri, berjalan-jalan. Dalam agama Islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2.1.2.4. *Post partum* intermedial yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.

2.1.2.5. *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 atau tahunan.

2.1.3 Perubahan-perubahan pada *Post Partum*

2.1.3.1 Perubahan fisiologi

a) Tanda-tanda vital

Suhu oral dalam 24 jam pertama meningkat $\leq 38^{\circ}\text{C}$ sebagai akibat dari adanya dehidrasi, peregangan muskuler dan perubahan non formal. Jika setelah 24 jam didapatkan peningkatan suhu tubuh $\geq 38^{\circ}\text{C}$, selama 2 hari

berturut-turut dalam 10 hari *post partum*, maka dengan adanya infeksi, infeksi saluran kemih, endometritis, miastitis atau infeksi lainnya.

b) Sistem kardio vaskuler

Tekanan darah ibu stabil terjadi penurunan tekanan darah sistolik ≥ 20 mmHg terjadi perubahan posisi dari tidur ke duduk, disebut hipotensi *ortostatik*, yang merupakan kompensasi *kardiovaskuler* terhadap penurunan resistensi *vaskuler* di daerah panggul. Selain itu mengalami *diapnotesis* yaitu pengeluaran keringat yang berlebihan terutama pada malam hari sehingga ibu sering terbangun ini merupakan akibat dari pengeluaran sisa cairan dan pembakaran dalam tubuh. Jumlah komponen darah seperti hemoglobin, hematokrit dan sel darah merah umumnya penurunan ini dikarenakan perdarahan dalam persalinan.

c) Sistem urinaria

Selama proses persalinan kandung kemih mengalami trauma yang dapat mengakibatkan oedema dan menurunnya sensitifitas terhadap tekanan cairan. Perubahan ini menyebabkan tekanan yang berlebihan dan pengosongan kandung kemih tidak tuntas.

Hematuri 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 IV persalinan. Mengikuti lahirnya plasenta terjadi penurunan yang cepat dan 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 mulai sekitar hari ketiga *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 led down.

e) Sistem Gastro Intestinal

Pengembalian fungsi defekasi secara normal terjadi lambat dalam minggu pertama *post partum*. Hal ini berhubungan dengan penurunan motilitas usus, kehilangan cairan dan ketidaknyamanan perineal. Tindakan klisma pada Kala I dan penurunan otot abdomen juga merupakan predisposisi konstipasi fungsi defekasi kembali normal pada akhir minggu pertama sebagaimana pulihnya selesai makan ibu dan peningkatan cairan dan makanan berserat serta berkurangnya ketidaknyamanan 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 *trombo flebitis*.

g) Organ reproduksi

Involusi uteri terjadi segera setelah lahir dan prosesnya berlangsung cepat. Konstruksi uterus pada masa immediate kira-kira sebesar buah anggur. Inovasi uterus dalam 12 jam setelah melahirkan fundus uterus teraba 1 cm dibawah pusar. Dalam 2-3 minggu *post partum* kelenjar endometrium sudah melakukan proliferasi.

Setelah melahirkan uterus membersihkan dirinya sendiri dengan pengeluaran pervagina disebut *lochia*. Jenis lochia adalah *lochia rubra*, pengeluarannya selama 3 hari, berupa darah 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 mg mungkin disebabkan *endometritis*.

Involusi tempat menempelnya plasenta. Perdarahan pada tempat menempelnya plasenta dapat berhenti dengan adanya kompresi pada pembuluh darah oleh kontraksi saraf otot uterus. Saraf tersebut akan pulih sekitar 6 minggu *post partum*.

Perubahan pada vagina, dinding vagina tampak oedema 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 episiotami dapat memperlambat pemulihan *perineum*. Ketidaknyamanan yang terjadi tergantung pada jenis dan besarnya luka.

2.1.3.2 Perubahan Psikologi

Menjadi orang tua adalah situasi krisis dan merupakan masalah transisi, ikatan kasih dan keterikatan (*bonding and attachment*) antara ibu-ayah bayi dimana pada data IV. 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* masa antara perilaku bergantung dan mandiri. Fokus perhatian lebih luas termasuk pada bayinya, mandiri dan berinisiatif dalam perawatan diri dan bayinya. Timbul rasa kurang 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, penyesuaian hubungan keluarga dalam menerima kehadiran bayinya.

Terkadang ibu mengalami kekecewaan, mudah tersinggung, sedih pada masa *post partum* yang mengakibatkan nafsu makan menurun dan sulit tidur, manifestasi ini disebut *post partum blues* yang biasanya terjadi di RS, diperkirakan hal ini berlawanan dengan perubahan hormoni dan peran selama masa transisi.

Mendorong terjadinya *post partum blues* adalah rasa ketidaknyamanan dan kehabisan tenaga. Hal ini bisa berlanjut bisa menyebabkan depresi *post partum*. (Imami Nur N. 1997).

2.1.4 Perawatan Post Partum

2.1.4.1 Mobilisasi

Karena sehabis bersalin ibu harus istirahat, disesuaikan dengan kondisi klien. Kemudian miring kanan dan kiri untuk mencegah terjadinya *trombosis* dan *tromboemboli*. Pada hari ke-2 diperbolehkan duduk, hari ke-3 jalan-jalan dan hari ke-4 atau ke-5 sudah diperbolehkan pulang.

2.1.4.2 Diet

Makanan harus bermutu, bergizi dan cukup kalori kurang lebih 3000 kalori, sebaiknya makan makanan yang mengandung protein, banyak cairan sayur-sayuran dan buah-buahan, serta minuman kurang lebih 3000 cc.

2.1.4.3 Miksi

Hendaknya BAK dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang wanita mengalami sulit kencing dikarenakan spasma oleh iritasi. Muskulos sphinter ani selama persalinan. Bila kandung kemih penuh dan wanita sulit kencing sebelumnya dilakukan katerisasi.

2.1.4.4 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 per rektal.

2.1.4.5 Perawatan Payudara

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

2.1.4.6 Laktasi

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

2.1.4.7 Cuti Hamil dan Bersalin

Menurut undang-undang, bagi wanita bekerja berhak mengambil cuti hamil dan bersalin selama 3 bulan yaitu 1 bulan sebelum bersalin ditambah 2 bulan setelah persalinan.

2.1.4.8 Pemeriksaan Pasca Persalinan

Di Indonesia, ada kebiasaan atau kepercayaan bahwa wanita bersalin baru 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 wanita dengan persalinan luar biasa harus kembali untuk kontrol seminggu kemudian (Rustam M, 1998:116–118).

2.1.5. Dampak Masalah

2.1.5.1 Masalah Biologis

Pada *post partum* dengan adanya perubahan organ reproduksi akan terjadi kontraksi uterus, yang menyebabkan nyeri serta luka *episiotomi* yang memperlambat penyembuhan luka perineum. Perubahan pada sistem gastro intestinal bisa terjadi masalah BAB, perubahan sistem *genito urinaria* dapat menimbulkan masalah BAK.

2.1.5.2 Masalah psiko sosial

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

2.1.5.3 Masalah spiritual

Selama *post partum* ada perubahan pola dalam hal beribadah terutama pada caranya. Yang biasanya klien bisa menjalankan sholat selama *post partum* klien hanya diperbolehkan berdo'a.

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan

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

2.2.1 Pengkajian

a. Pengumpulan data

1). Identitas Penderita

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

2). Keluhan Utama

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

3). Riwayat Kesehatan

a). Riwayat kesehatan yang lalu.

Riwayat yang pernah di derita sebelumnya, seperti hepatitis, TBC, hipertensi, atau pengalaman waktu melahirkan.

b). Riwayat kesehatan sekarang

Kesadaran klien *compos mentis*, terasa nyeri pada daerah perineum . Didapatkan luka *episiotomi* pada perineum. Keluar lochia dari vagina. Terjadinya penurunan uterus yang bertahap kembali ke asal semula.

c). Riwayat kesehatan keluarga

Penyakit turunan yang pernah di derita keluarga seperti hipertensi, bayi kembar, DM, dan lain-lain.

d). 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.

4). Pola-pola Fungsi Kesehatan

a) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Persepsi klien tentang *post partum*, tata cara perawatannya. Berapa kali dia mandi dalam sehari, berapa sikat gigi serta dengan siapa klien bila meminta bantuan kesehatan.

b) Pola nutrisi dan metabolisme

Klien makan 3x sehari dengan 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 pantangan kecuali dikontraindikasikan seperti penyakit Hipertensi .

c) Pola aktivitas

Pasien dapat mengalami gangguan akibat adanya nyeri, apakah mandi, berjalan dan makan minum masih dibantu oleh keluarga atau perawat, apakah klien aktif dalam merawat bayi dan dirinya.

d) Pola eliminasi

Klien pada post partum 1-2 hari belum BAB masih dianggap normal, dan BAK maksimal 6-8 jam sehari. Pada klien *post partum* perawatan pada daerah genitalia, apakah sering di-bersihkan. Tanyakan konsistensi BAB dan BAK.

e) Pola tidur dan istirahat

Klien tidur malam 8 jam dan siang 2 jam, dengan memakai alat bantu apabila istirahat seperti bantal serta selimut, pada saat *post partum* klien sering terbangun karena keluar keringat banyak. Tetapi tidak mempengaruhi hal kebutuhan tidur.

f) Pola sensori dan kognitif

Klien apakah mengerti tentang perawatan dalam *post partum* atau bayinya, klien mengalami gangguan dalam pola sensori yaitu gangguan rasa nyeri. Pada ke lima panca indra tidak mengalami gangguan.

g) Pola persepsi diri

Klien mengalami masalah dalam harga dirinya, klien merasa tidak mampu dalam merawat bayi dan dirinya. Klien merasa bangga telah melahirkan seorang anak.

h) Pola hubungan dan peran

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

i) Pola reproduksi dan sex

Klien dalam hal ini mempunyai anak berapa. Berapa kali klien melakukan hubungan sex dalam seminggu. Pada alat reproduksi terdapat luka episiotomi, serta selama masa nifas tidak diperbolehkan melakukan hubungan seksual, adakah rencana klien untuk KB.

j) Pola penanggulangan stress

Dengan siapa klien memecahkan masalah serta bagaimana cara mekanisme koping klien, dalam menghadapi masalahnya.

k) Pola tata nilai kepercayaan

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

5). Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Tidak ada benjolan, warna rambut, adakah luka lecet, terdapat hiper pigmentasi pada muka.

b) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid atau para thyroid, adakah luka lecet.

c) Mata

Tidak didapatkan *oedema palpebra*. Fungsinya normal apa tidak, bentuk kanan dan kiri apakah simetris, tidak didapatkan anemia.

d) Hidung

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

e) Telinga

Tidak ada sekret, apakah fungsi pendengaran normal.

f) Dada

Dada tidak berbentuk *lordosis* atau *barel chest*, didapatkan perubahan payudara kenyal atau lunak. Apakah puting susu menonjol keluar atau masuk ke dalam. Sudah keluarakah kolostrum apa tidak.

g) Abdomen

Terdapat *striae* dan *linea gravida*, apakah luka lecet ada acites, bagaimana perubahan uterusnya. Berapa tinggi fundus uterus, adakah bekas garukan atau luka operasi. Peristaltik usus normal, adakah obstipasi, kembung. Kebiasaan eliminasi berapa kali dalam sehari dan bagaimana konsistensi waktu BAB. Pada otot-otot abdomen terjadi peregangan akibat melahirkan dan akan pulih kembali setelah 6 minggu .

h) Genitalia

Keluar lochia rubra, serosa, alba, warna apa, bau, darah yang keluar kurang lebih 100 cc-300 cc. Vagina oedema pada hari kedua. Bagaimana bau, berapa jumlah urinenya, warnanya apa. *Perineum* ada jahitan atau tidak, nyeri apa tidak. Kebersihannya bagaimana.

i) Anus

Tidak ada hemoroid, bentuk normal apa tidak adakah lecet

j) Punggung

Bentuknya bagaimana, ada nyeri tekan apa tidak, ada luka garukan.

k) Muskuloskeletal

Pergerakan normal apa tidak. Extremitas atas dan bawah tidak ada kelumpuhan.

l) Integumen

Warna kulit bagaimana, turgor, tekstur, ada hiper pigmentasi pada muka. Pada daerah *perineum* vagina oedema dan ada jahitan episiotomi

6). Analisa Data

Data yang telah dikumpulkan selanjutnya dikelompokkan meliputi data subjektif dan obyektif. Untuk menentukan masalah. Data yang telah dikelompokkan ditentukan masalah keperawatannya, kemudian ditentukan penyebabnya serta dirumuskan dalam diagnosis keperawatannya (Lismidar : 1990 ; 7-8).

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 : 13).

Adapun diagnosa keperawatan yang sering muncul baik aktual maupun potensial pada klien *post partum* normal sebagai berikut (Martin Ts dkk, 1998 : 837 – 880) :

- 1) Nyeri berhubungan dengan *episiotomi*
- 2) Konstipasi yang berhubungan dengan nyeri *episiotomi*
- 3) Potensial terhadap infeksi berhubungan dengan insisi
- 4) Potensial terhadap retensi perkemihan berhubungan dengan trauma
- 5) Potensial terhadap perubahan peran orang tua berhubungan dengan transisi pada masa menjadi orang tua.
- 6) Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang perawatan *post partum*
- 7) Situasi harga diri rendah dalam respons terhadap perasaan ketidak adekuatan berkenaan dengan tanggung jawab peran orang tua berhubungan dengan pengalaman melahirkan.
- 8) Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang prinsip-prinsip menyusui.

2.2.3. Perencanaan

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

2.2.3.1. Diagnosa Keperawatan

Nyeri yang berhubungan dengan *episiotomi*

1) Tujuan

Nyeri dapat dihilangkan atau intensitas nyeri berkurang

2) Kriteria hasil

- a) Tidak ada ungkapan rasa nyeri dari klien
- b) Nyeri telah berkurang atau hilang

3) Rencana tindakan

- a) Monitor karakteristik nyeri, catat keluhan verbal dan non verbal
- b) Dapatkan gambaran nyeri klien secara menyeluruh yaitu tentang lokasi lamanya, kualitas dan kapan terjadinya.
- c) Berikan kantung es pada *parineum* sesuai keadaan.
- d) Anjuran klien untuk menggunakan teknik relaksasi yang dipelajari pada post partum untuk nyeri setelah melahirkan selama menyusui.
- e) Observasi tanda-tanda vital sebelum memberikan obat-obat nyeri.
- f) Instruksi ibu untuk mengerutkan pantat bersama bila duduk, bila *episiotomi* terasa nyeri saat ambulasi.
- g) Lakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian :
 - (1) salep anti nyeri
 - (2) obat anti nyeri

4) Rasional

- a) Variasi dari ungkapan tingkah laku klien pada waktu adanya nyeri membantu di dalam pengkajian.

- b) Nyeri adalah pengamatan subjektif dan harus dapat diuraikan (digambarkan) oleh klien untuk membandingkan nyeri yang lain.
- c) Dengan memberikan kantung es pada *perineum* dapat terjadi fase kontraksi yang dapat mengurangi rasa nyeri.
- d) Peregangan otot-otot akan menghambat implus-impuls yang meneruskan rasa nyeri ke saraf pada ganglia.
- e) Kontra indikasi dari obat analgetik dapat terjadi seperti alergi
- f) Pengerutan otot-otot pada daerah panggul yang dilakukan bersamaan akan mengurangi rangsangan nyeri
- g) Dengan memberikan obat dan salep dapat menekan nyeri.

2.2.3.2. Diagnosa keperawatan II

Konstipasi yang berhubungan dengan nyeri *episiotomi*

1) Tujuan

Klien dapat defekasi secepat mungkin

2) Kriteria hasil

Klien defekasi dengan ketidak nyamanan minimal

3) Rencana tindakan

- a) Jamin masukan cairan adekuat
- b) Rendam duduk dengan air hangat sebelum defekasi
- c) Anjurkan pasien untuk ambulasi sesuai toleransi
- d) Pertahankan diet reguler dengan udapan dian antara makanan tingkatan jumlah, buah dan makanan kasar.
- e) Kalaborasi dengan tim medis tentang pemberian :
 - (1) pelunak feses
 - (2) salep anestetik

4) Rasional

- a) Dengan cairan adekuat, makanan dapat tersuplai dengan baik
- b) Air hangat dapat melemaskan otot-otot perineal
- c) Dengan ambulasi secepat mungkin maka kerja usus dapat bekerja dengan baik
- d) Buah yang tinggi serat serta makanan kasar akan cepat diabsorpsi oleh usus
- e) Pemberian obat-obat pencahar, dapat memudahkan defekasi

2.2.3.3. Diagnosa Keperawatan III

Potensial terhadap infeksi berhubungan dengan insisi

1) Tujuan

Tidak terjadi infeksi pada luka *episiotomi*

2) Kriteria hasil

- a) *Episiotomi* klien sembuh tanpa bukti infeksi
- b) Tidak ada tanda-tanda radang

3) Rencana tindakan

- a) Instruksikan pada klien pada perawatan perineum seperti *vulva hygiene*
- b) Ubah pembalut perineal dari depan ke belakang setelah setiap eliminasi
- c) Observasi kondisi *episiotomi* dan dokumentasikan setiap shift
- d) Perhatikan terhadap peningkatan suhu atau perubahan lain pada parameter tanda vital
- e) Perhatikan dan laporkan adanya drainase bau busuk
- f) Berikan antibiotik sesuai kebutuhan.

4) Rasional

- a) Perawatan pada daerah perineal yang teratur dan dikerjakan secara aseptik mencegah terjadinya infeksi serta mempercepat penyembuhan luka
- b) Pembalut yang basah akan mudah untuk kuman berkembang biak
- c) Mengetahui dengan cepat tentang penyembuhan luka episiotomy atau kondisi episiotomy dapat dicegah secara dini terjadinya infeksi
- d) Suhu yang meningkat pada klien menandakan terjadinya gejala infeksi
- e) Luka episiotomy bau busuk apabila ditangani dengan cepat dapat mencegah terjadinya infeksi lebih parah.
- f) Pencegahan agar tidak terjadi infeksi selain perawatan luka dengan pemberian anti biotik.

2.2.3.4. Diagnosa Keperawatan IV

Potensial terhadap retensi perkemihan berhubungan dengan trauma

1) Tujuan

Klien dapat berkemih setiap 6 sampai 8 jam lebih

2) Kriteria hasil

- a) Klien tidak mengalami distensi kandung kemih
- b) Klien berkemih setelah melahirkan

3) Rencana tindakan

- a) Hindari distensi kandung kemih, anjurkan klien berkemih maksimal dalam 6 jam sampai 8 jam setelah melahirkan
- b) Anjurkan klien untuk minum 3000 ml setiap harinya
- c) Anjurkan teknik berkemih sesuai dengan kondisi klien

- d) Anjurkan pada klien agar sebelum berkemih untuk merendam luka *episiotomi*.
- 4) Rasional
- a) Berkemih maximal setiap 6 sampai 8 jam sekali akan mencegah relensi perkemihan, dan dengan berkemih diharapkan dapat mengosongkan buli-buli.
 - b) Intake minuman 3000 ml dapat merangsang dengan cepat ginjal untuk memproduksi urine
 - c) Mencegah terjadinya nyeri waktu berkemih
 - d) Perendaman pada daerah perineum dapat terjadi peregangan otot-otot pada luka *episiotomi*

2.2.3.5 Diagnosa Keperawatan V

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

- 1) Tujuan
 - Klien dapat merawat bayinya sendiri .
- 2) Kriteria hasil
 - Klien mampu mendemostrasikan ketrampilan merawat bayi secara adekuat.
- 3) Rencana tindakan
 - a) Menutupi ibu dan bayi pada tempat tidur yang sama dibawah selimut penghangat
 - b) Bantu ibu dalam menggendong dan menginspeksikan bayi segera mungkin
 - c) Izinkan ibu untuk dekat bayi di tempat tidur sedekat atau sebanyak mungkin sesuai keinginan

- d) Bantu dan ajarkan ibu untuk melakukan semua tugas perawatan bayi
 - e) Libatkan pasangan atau orang terdekat dalam perawatan bayi dan penyuluhan
 - f) Observasi interaksi ibu-bayi, laporan pada dokter.
- 4) Rasional
- a) Menutupi ibu dan bayi pada satu selimut dapat meningkatkan inspeksi visual kulit pada kontak kulit dan kedekatan
 - b) Ibu akan terlibat secara aktif dalam perawatan bayi
 - c) Agar terjadi kedekatan antara ibu dan bayi serta tercipta lingkungan yang bahagia
 - d) Ibu dapat mendemonstrasikan sendiri tentang perawatan bayi
 - e) Bahwa antara ayah dan ibu sangat diperlukan dalam perawatan bayi, tidak hanya tugas merawat bayi itu, dibebankan oleh ibu
 - f) Interaksi antara ibu dan bayi, menandakan bahwa bayi tersebut dikehendaki oleh keluarga dan ibu mau merawat bayinya dengan baik .

2.2.3.6. Diagnosa Keperawatan VI

Kurangnya pengetahuan yang berhubungan dengan kurang informasi tentang perawatan pasca partum

1) Tujuan

Klien dapat mengetahui perawatan pasca partum sedini mungkin.

2) Kriteria hasil

Pasien mendemostrasikan dan mengungkapkan pemahaman keperawatan dari pasca partum.

3) Rencana tindakan

- a) Waspadakan pasien untuk menghindari mengangkat apapun yang lebih berat dari bayi selama 2 sampai 3 minggu
- b) Jelaskan perlunya periode istirahat terencana
- c) Jelaskan perlunya pembersihan dengan cermat pada bagian perineal
- d) Beritahu bahwa jahitan yang dapat diabsorpsi tidak perlu diangkat
- e) Jelaskan bahwa lochea dapat berlanjut selama 3 minggu sampai 4 mg
- f) Beritahu menstruasi akan kembali 6 minggu sampai 8 minggu setelah melahirkan
- g) Tekankan pentingnya rawat jalan terus menerus termasuk pemeriksaan pasca partum.

4) Rasional

- a) Mengistirahatkan serta mencegah terjadinya robekan perineum atau menghambat pemulihan otot-otot rahim
- b) Istirahat yang cukup serta terjadwal mempercepat pemulihan otot-otot rahim
- c) Mempercepat penyembuhan luka jahit dan mencegah terjadinya infeksi
- d) Benang seperti cat gut tidak perlu diangkat sehingga klien tidak perlu cemas
- e) Dapat mengetahui sedini mungkin, kemungkinan terjadinya infeksi dan perdarahan
- f) Bahwa waktu masa nifas memerlukan 60 hari pada orang yang normal dan setelah hari itu klien dapat menstruasi seperti biasa

- g) Pemeriksaan yang terus menerus dapat mengetahui kesehatan ibu serta bayinya.

2.2.3.7. Diagnosa Keperawatan VII

Situasi harga diri rendah dalam respons terhadap perasaan ketidak adekuatan berkenaan dengan tanggung jawab peran orang tua berkaitan dengan pengalaman melahirkan

1) Tujuan

Harga diri klien kembali normal .

2) Kriteria hasil

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

3) Rencana tindakan

- a) Anjurkan diskusi maximal nyata yang dirasakan oleh klien
- b) Bantu ibu memastikan kenyataan persalinannya dan pengalaman melahirkan.
- c) Berikan keyakinan mengenai kemampuan sebagai ibu
- d) Bantu pasien menerima luapan dan penurunan emosi dari periode post partum dan jelaskan bahwa perasaan ini dan perubahan umum selama waktu ini.
- e) Berikan kesempatan pada orang tua dan orang terdekat dalam interaksi merawat bayi.

4) Rasional

- a) Mengetahui masalah yang sedang dihadapi klien dan mencari jalan pemecahan yang terbaik.

- b) Bahwa setiap wanita akan mengalami persalinan dan hal itu adalah hal yang normal.
- c) Memberikan semangat pada klien bahwa dia pasti mampu dalam merawat bayi serta siap menjadi orang tua.
- d) Mengetahui ungkapan yang dirasakan klien, dapat mencegah terjadi emosi yang tidak terkontrol dan menjadi ibu merupakan kodrat sebagai seorang wanita, serta menerima perubahan tubuh selama dia melahirkan.
- e) Memberikan kesempatan pada kedua orang tua akan menjalin hubungan kasih sayang.

2.2.3.8. Diagnosa Keperawatan VIII

Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang prinsip-prinsip menyusui.

1) Tujuan

Klien mengetahui cara menyusui dengan benar .

2) Kriteria Hasil

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

3) Rencana Tindakan

- a) Diskusikan dan bantu ibu dalam hal : reflek menyusui, mencuci tangan sebelum menyusui, posisi bayi, posisi puting susu, insersi puting sesuai indikasi.
- b) Jelaskan bahwa suplai susu dihubungkan dengan kebutuhan.

- c) Tekankan pentingnya minum pada sedikitnya 6 sampai 8 gelas cairan setiap hari.
 - d) Beritahu bahwa susu dapat dikeluarkan ke dalam gelas bersih sekali pakai.
 - e) Diskusikan penilaian masukan diet untuk memenuhi kebutuhan bayi.
 - f) Jelaskan bahwa untuk beberapa setelah melahirkan ini normal mengalami normal kram uterus saat menyusui.
 - g) Diskusikan gejala komplikasi untuk dilaporkan pada pemberian perawatan kesehatan.
- 4) Rasional
- a) Mengetahui kapan bayi ingin menyusui atau tidak serta mencegah terjadinya muka lecet waktu menyusui dan bahaya tersedak sewaktu bayi menetek.
 - b) Pemberian susu pada bayi secara adekuat ditentukan sesuai usia bayi.
 - c) Akan mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu.
 - d) Untuk ibu yang bekerja atau puting susu yang tak menonjol keluar dapat dikeluarkan dalam gelas dan tidak mempengaruhi konsentrasi susu itu.
 - e) Diet yang seimbang, tinggi protein dan kalori akan memperbanyak produksi ASI.
 - f) Bahwa menyusui akan merangsang hormon ositosin dalam mengkontraksi uterus dan hal ini merupakan hal yang normal.
 - g) Mengetahui secara dini tanda-tanda mastitis atau bendungan air susu dalam mencegah terjadinya komplikasi pada payudara.

2.2.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan merupakan pengolahan dari perwujudan rencana tindakan yang meliputi beberapa kegiatan, yaitu : validasi, rencana keperawatan, menulis atau mendokumentasikan rencana keperawatan. Memberikan asuhan keperawatan dan mengumpulkan data (Limidar, 1990 : 60).

2.2.5 Evaluasi

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

- a. Tujuan tercapai, bila klien mampu menunjukkan perilaku pada waktu yang ditentukan sesuai dengan pernyataan tujuan yang ditentukan.
- b. Tujuan tercapai sebagian, penderita mampu menunjukkan perilaku tetapi hanya sebagian dari tujuan yang diharapkan.
- c. Tujuan tidak tercapai, bila penderita tidak mampu atau tidak sama sekali menunjukkan perilaku yang diharapkan sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan. (Lismidar, 1990 : 68).