KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)

JUDUL:

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. N POST PARTUM PERVAGINAM + EPISIOTOMI DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR NYERI DENGAN KOMPRES DINGIN (NaCL 0.9%) DI RUANGAN KB IGD RSUD ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2019

OLEH:

FIVI NOVITA
1814901673

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKes PERINTIS PADANG
TAHUN AJARAN 2019

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar Ners

JUDUL:

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. N POST PARTUM PERVAGINAM + EPISIOTOMI DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR NYERI DENGAN KOMPRES DINGIN (NaCL 0.9%) DI RUANGAN KB IGD RSUD ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2019

OLEH:

FIVI NOVITA
1814901673

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKes PERINTIS PADANG
TAHUN AJARAN 2019

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIATISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Fivi Novita

Nim : 1814901673

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIAN : Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Post Partum Pervaginam + Episiotomi Dalam Pemenuhan Kebutuhan Dasar Nyeri Dengan Kompres Dingin (Nacl 0,9%) Di Ruangan KB IGD RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.

Dengan ini saya yang menyatakan bahwa dalam karya ilmiah Akhir Ners ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar Ners di suatu tempat Perguruan Tinggi dan sepanjang pengetahuan penulis juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali tertulis di acu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila ternyata kelak terbukti ada ketidakbenaran dalam pernyataan saya diatas, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya.

Bukittinggi, Juli 2019

METERAI TEMPEL 6000

Fivi Novita

HALAMAN PERSETUJUAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. N POST PARTUM PERVAGINAM + EPISIOTOMI DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR NYERI DENGAN KOMPRES DINGIN (NaCL 0,9%) DI RUANGAN KB IGD RSUD ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2019

OLEH:

FIVI NOVITA
1814901673

Karya Ilmiah Akhir Ners ini Telah di Seminarkan

Bukittinggi, 06 Juli 2019

Dosen Pembimbing

Pembimbing I	Pembimbing II
(Ns. Yessi Andriani, M.Kep.Sp.Kep.Mat)	(Ns. Yoselina, S.Kep)
NIK: 1420116078611073	NIK: 197510281998032002

Mengetahui
Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners
STIKes Perintis Padang

(Ns. Mera Delima, M. Kep)
NIK: 1420101107296019

HALAMAN PENGESAHAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. N POST PARTUM PERVAGINAM + EPISIOTOMI DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR NYERI DENGAN KOMPRES DINGIN (NaCL 0,9%) DI RUANGAN KB IGD RSUD ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2019

OLEH:

FIVI NOVITA
1814901673

Pada :

HARI/TANGGAL : Sabtu / 06 Juli 2019

JAM : 13.00 WIB

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji:

Penguji I	**: Ns. Yasmi, S.Kep, M.Kes**	( )
Penguji II	**: Ns. Yessi Andriani, M.Kep.Sp.Kep.Mat**	( )

Mengetahui
Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners
STIKes Perintis Padang

(Ns. Mera Delima, M. Kep)
NIK: 1420101107296019

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N POST PARTUM PERVAGINAM + EPISIOTOMI DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR NYERI DENGAN KOMPRES DINGIN (NACL 0,9 %) DI RUANGAN KB IGD RSUD ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2019.

Fivi Novita[1], Yessi Andriani[2], Yosefina[3]
Mahasiswa Profesi Ners, STIKes Perintis Padang[1]
Dosen Profesi Ners, STIKes Padang[2, 3]
Email : fnovita97@gmail.com

Abstrak

Proses persalinan merupakan keadaan yang melelahkan secara fisik dan psikis sehingga masa post partum dapat berdampak bagi kualitas hidup ibu diantaranya yang mengalami robekan perineum/episiotomi. Luka episiotomi akan menimbulkan nyeri yang terjadi pada hari pertama sampai hari ke empat post partum. Penatalaksanaan nyeri episiotomi salah satunya adalah pemberian kompres dingin NaCL 0,9 yang bertujuan untuk mengurangi nyeri pada luka episiotomi. Tujuannya untuk menganalisa hasil implementasi asuhan keperawatan dengan intervensi pemberian kompres dingin NaCL 0,9% pada ibu post partum pervaginam + episiotomi terhadap pemenuhan kebutuhan dasar nyeri. Metode dalam penulisan karya ilmiah akhir ners ini berupa studi kasus yang diambil saat praktek klinik diruangan KB IGD dengan melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari. Hasil yang didapatkan setelah melakukan intervensi terdapat adanya pengurangan nyeri selama pemberian kompres dingin NaCL 0,9 % pada ibu post partum pervaginam dengan episiotomi. Skala nyeri setelah dilakukan kompres dingin yaitu 1 skala nyeri ringan dari skala nyeri 4 sedang. Disimpulkan adanya pengaruh yang signifikan terhadap pemberian kompres NaCL 0,9 % pada ibu post partum pervaginam + episiotomi dalam pemenuhan kebutuhan dasar nyeri. Disarankan kepada rumah sakit agar bisa menerapkan intervensi kompres dingin NaCL 0,9 % selain obat farmakologi dan non farmakologi yang telah diberikan oleh rumah sakit.

Kata kunci : Post Partum, Episiotomi, Kompres Dingin NaCL 0,9%
Daftar Pustaka : 31 (2001-2017)

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N POST PARTUM PERVAGINAM + EPISIOTOMI DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR NYERI DENGAN KOMPRES DINGIN (NACL 0,9 %) DI RUANGAN KB IGD RSUD ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2019.

Fivi Novita[1], Yessi Andriani[2], Yosefina[3]
Professional Student Nurses, Padang Perintis STIKes[1]
Professional Lecturers, Padang Perintis STIKes [2,3]
Email: fnovita97@gmail.com

Abstrac

The labor process is a tiring condition physically and psychologically so that the post partum period can have an impact on the quality of life of the mother, including those who experience perineal / episiotomy tears. Episiotomy wounds will cause pain that occurs on the first day to the fourth day post partum. Management of episiotomy pain is one of which is the administration of NaCL 0.9 cold compress which aims to reduce pain in episiotomy wounds. The aim was to analyze the results of the implementation of nursing care with the intervention of giving 0.9% NaCL cold compress to postpartum vaginal women + episiotomy to fulfill basic needs for pain. The method in writing final scientific papers is intheform of case studies taken during the clinical practice in the family planning room by conducting nursing care for 3 days. The results obtained after intervention therewas areduction in pain during the administration of 0.9% NaCL cold compress in vaginal post partum mothers with episiotomy. The scale of pain after a cold compress is 1 mild pain scale from the 4 moderate pain scale. It was concluded that there was a significant effect on the administration of 0.9% NaCL compresses in vaginal postpartum + episiotomy in fulfilling the basic needs of pain. It is recommended to the hospital to be able to apply the 0.9% NaCL cold compress intervention in addition to the pharmacological and non-pharmacological drugs that have been given by the hospital.

Keywords : Post Partum, Episiotomy, NaCL Cold Compress 0.9%
Bibliography : 31 (2001-2017)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Fivi Novita

Nim : 1814901673

Tempat/Tanggal Lahir : Subang Ciasem, 21 Februari 1997

Alamat : Ds. Sidolego Kec. Tabir Lintas Kab. Merangin

No. Hp : 082281020867

Program Studi : Profesi Ners

Agama : Islam

Orang Tua

Ayah : Noviendi

Ibu : Juwita

Riwayat pendidikan :

1. SD N 27/VI Sidolego Tahun 2002-2008
2. SMP N 10 Merangin Tahun 2008-2011
3. SMA N 2 Merangin Tahun 2011-2014
4. S1 Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Dharmas Indonesia, Dharmasraya Tahun 2014-2018
5. STIKes Perintis Padang Program Profesi Ners Tahun 2018-2019

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَٰنِ الرَّحِيمِ

Dengan menyebut nama Allah yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang. Puji syukur penulis ucapkan kepada ALLAH SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia- Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Post Partum Pervaginam + Episiotomi Dalam Pemenuhan Kebutuhan Dasar Nyeri Dengan Kompres Dingin (NaCL 0,9 %) di Ruangan KB IGD RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019" sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners Keperawatan. Dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis banyak mendapatkan bantuan, bimbingan dan pengarahan dari berbagai pihak, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terimakasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan dan bantuan sehingga Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat terselesaikan :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M. Biomed. Selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
2. Ibu Ns. Mera Delima M. Kep. Selaku Ketua Program Studi Profesi Pendidikan Ners STIKes Perintis Padang.
3. Ibu Ns. Yessi Andriani, M. Kep. SP.MAT Selaku Pembimbing I yang telah banyak memberikan petunjuk, arahan, yang sangat bermanfaat sehingga penulis dapat meneruskan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
4. Ibu Ns. Yosefina, S. Kep Selaku Pembimbing II yang telah banyak memberikan petunjuk, arahan yang sangat bermanfaat sehingga penulis dapat meneruskan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
5. Dosen dan Staf Program Studi Pendidikan Profesi Ners STIKes Perintis Padang yang telah memberikan bimbingan, bekal ilmu pengetahuan dan bantuan kepada penulis dalam menyusun Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

6. Teristimewa teruntuk kedua orang tua dan keluarga yang selalu memberikan do’a dan dukungan yang tidak terhingga.
7. Para sahabat dan teman-teman ners terkhusus kelompok 5 yang namanya tidak disebutkan satu persatu yang telah sama-sama berjuang dalam suka dan duka menjalani pendidikan ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih banyak terdapat kekurangan. Hal ini bukan lah suatu kesengajaan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuan penulis. Untuk itu penulis mengharapkan tanggapan, kritikan dan saran yang bersifat membangun dari smua pihak demi kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

Akhir kata penulis berharap Karya Ilmiah Akhir Ners ini bermanfaat khususnya bagi penulis sendiri dan pihak yang telah membacanya, serta penulis mendo’akan semoga segala bantuan yang telah di berikan, mendapatkan balasan dari Allah SWT amin.

Bukittinggi,

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN

HALAMAN JUDUL ..... **i**
HALAMAN SAMPUL ..... **ii**
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIATISME ..... **iii**
HALAMAN PERSETUJUAN ..... **iv**
HALAMAN PENGESEHAN ..... **v**
ABSTRAK ..... **vi**
ABSTRAC ..... **vii**
DAFTAR RIWAYAT HIDUP ..... **viii**
KATA PENGANTAR ..... **ix**
DAFTAR ISI ..... **xi**
DAFTAR TABEL ..... **xiii**
DAFTAR GAMBAR ..... **xiv**
DAFTAR BAGAN ..... **xv**
DAFTAR LAMPIRAN ..... **xvi**

BAB I PENDAHULUAN
1.1 Latar Belakang 1
1.2 Rumusan Masalah 7
1.3 Tujuan Penulisan 7
1.4 Manfaat Penelitian 8

BAB II TINJAUAN TEORITIS
2.1 Pengertian 10
2.2 Anatomi dan Fisiologi 12
2.3 Klasifikasi 28

2.4 Etiologi 30
2.5 Patofisiologi 31
2.6 WOC 33
2.7 Manifestasi Klinis 34
2.8 Penatalaksanaan 34
2.9 Komplikasi 39
2.10 Asuhan Keperawatan Teoritis 40

BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

3.1 Asuhan Keperawatan Kasus 62

BAB IV PEMBAHASAN

4.1 Analisis Masalah Keperawatan Kesehatan Masyarakat Perkotaan Pada Ibu Post Partum dengan Episiotomi 91
4.2 Analisis Intervensi Keperawatan dengan Kompres Dingin NaCL 0,9% dan Penelitian Terkait 96
4.3 Alternatif Pemecahan Masalah yang Dapat Dilakukan 98

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan 99
5.2 Saran 100

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tanda-tanda REEDA Normal dan Tidak Normal..... 50

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan 52

Tabel 3.1 Pola Kebiasaan selama Post Partum 68

Tabel 3.2 Pemeriksaan Fisik 71

Tabel 3.3 Pemeriksaan Penunjang 73

Tabel 3.4 Analisa Data..... 73

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan Kasus..... 76

Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan..... 81

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.2.1 Organ Reproduksi Interna Pada Wanita..... 12

Gambar 2.2.2. Organ Reproduksi Eksterna Pada Wanita..... 18

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.5 WOC 33

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi Pembimbing I

Lampiran 2 Lembar Konsultasi Pembimbing II

Lampiran 3 Lembar Revisi Penguji 1

Lampiran 4 Lembar Revisi Penguji 2

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pasca partum yakni suatu masa saat setelah melahirkan atau masa setalah persalinan. Masa per jam nya sesudah lahir plasenta atau disebut dengan tali pusat sampai dalam minggu ke 6 setelah dilakukan nya persalinan, setelah kelahiran yang meliputi minggu selanjutnya dimana pada saat dari saluran reproduksi kembali normal seperti pada saat sebelum ibu mulai hamil (Marmi, 2012). Perubahan fisiologis yang telah di rasakan oleh ibu setelah melahirkan yaitu ibu mengalami perubahan sistem reproduksi dimana ibu mengalami proses pengerutan pada uterus sesudah plasentalahir akibat dari adanya kontraksi otot polos pada uterus. Perubahan adaptasi psikologis terlihat dengan ada rasa nya ketakutan serta kekhawatiran pada ibu yang baru melahirkan.

Menurut *WorldHealthOrganitation* (WHO) tahun 2015, menyatakan bahwa dalam setiap menit nya seorang ibu dapat melahirkan dan meninggal karena ada beberapa komplikasi di saat melahirkan 1420 perempuan yang meninggal lebih dari satu tahun karena kehamilan berkisar 50.200 perempuan yang meninggal pada persalinan dan nifas.

AngkaKematianIbu (AKI) pada negara-negara ASEAN lainnya, yakni pada negara Thailand di tahun 2014 adalah 43/100.000 kelahiran yang hidup, di negara Malaysia 38/100.000 kelahiran yang hidup dan Singapura 6/100.000 kelahiran yang hidup (Herawati,2016).

Angka Kematian Ibu (AKI) di negara Indonesia masih saja sangat tinggi salahsatunya di Sumatera Barat untuk tahun 2017. Berdasarkan data yang diperoleh dari Kabupaten dan Kota di Sumatera Barat, terdapat angka kasus kematian ibu sebesar 87,02 %. Kematian maternal yang banyak yaitu setelah melahirkan sebesar 49,15% dan selanjutnya pada waktu melahirkan sebesar 23,78%. Baerdasarkan data dari bidang pelayanan kesehatan (Yankes) dan Dinas Kesehatan (Dinkes) Provinsi Sumatera Barat pada tahun 2017, Untuk data kasus kematian ibu yaitu sebesar 74,97 % dan meningkat menjadi 86,21% kelahiran hidup pada tahun 2017 (Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Barat, 2017).

Masalah kesehatan psikis dan fisik pada ibu hamil, bersalin, nifas, dan ibu menyusui juga termasuk resiko dalam persalinann serta kehamilan yang mungkin timbul dan memiliki efek- efek yang berarti pada hidup ibu.seorang ibu akan melewati masa persalinan jika ia sudah memasuki masa kehamilan dalam jangka waktu yang ada. Proses dari persalinan itu sendiri adalah keadaan yang melelahan secara psikis baik fisik pada ibu sehingga masa post partum bisa sangat memiliki efek dan dampak terhadapnya kualitas hidup ibu diantaranya mengalami robekan perineum. Robekan perineumbaik secaraalami maupun episiotomi, bisa mengakibatkan gangguan fungsi otot dasar panggul, sehingga dapat menurunkan kualitas hidup ibu setelah melahirkan. Ibu menjadi tidak mampu mengontrol BAK dan BAB karena beberapa saraf atau bahkan otot yang terputus. Peregangandan robekan yang terjadi akibat episiotomi atau tidak dilakukan episiotomi pada jalan lahir selama proses persalinan dapat melemahkanotot-otot dasar panggul (Bobak, 2012).

Pada saat persalinan, tindakan episiotomi sering dilakukan untuk mengendalikan sobekan di jalan lahir dengan begitu memudahkan penyembuhan luka karena lebih mudah dijahit dan menyatu kembali (Manuaba, 2011), penyembuhan luka episiotomi dapat membutuhkan waktu ber minggu-minggu, bulan bahkan tahunan tergantung pada kondisi kesehatan dan perawatan perineum tersebut.

Pada penelitian Romi (2012) mengatakan bahwa luka post episiotomy yang tidak di rawat akan menimbulkan komplikasi secara fisik maupun psikologis. Efisiotomi akan berpengaruh dengan meningkatnya jumlah produksi darah yang hilang, resiko hematoma, meningkatkan resiko dari infeksi dan meninkatnya nyeri jika episiotomi dilakukan seecara rutin. Menurut Saifudin (2011), mengatakan bahwa episiotomi bisa dilakukan jika terdapat indikasi tertentu misalnya perineum kaku, distosia bahu, fetal distress, persalinan preterm dan persalinan dengan tindakan vacum maupun menggunakan forcep.

Episiotomi merupakan insisi yang dilakukan disekitar perineum dan vagina untuk memperpendek bagian lunak jalan lahir sekaligus memperlebar jalan lahir. Robekan perineum tau ruptur terjadi pada hampir setiap pada persalinan yang pertama dan tidak jarang juga pada persalinan selanjutnya. Seorang primipara yang baru pertama kali melahirkan terjadi ketika kepala janin keluar. Luka terjadi sering ringan tetapi juga terjadi luka yang luas dan berbahaya. Jahitan perineum tadi pasti menimbulkan rasa nyeri. Nyeri bisa terjadi pada saat ke hari 1 – 4 hari setelah post partum di tambah episiotomi karena adanya proses pelepasan zat-zat kimia seperti prostaglandin yang bisa meningkatkan transmisi nyeri serta terjadinya prose inflamasi (Rukiyah dkk, 2010).

Nyeri dapat bersifat subjektif, jadi setiap orang tidak memiliki respon yang sama saat merasakan nyeri. Nyeri tidak bisa diukur secara objektif, misalnya menggunakan pemeriksaan darah. Orang yang dapat mengukur tingkatakan nyeri adalah orang ang erasakan nyeri itu sendiri (Potter dan Perry, 2010). Berdasarkan durasi nya, nyeri dibagi ke dalam dua kelompok, yaitu akut dan kronis (Weatherbee, 2009). Nyeri akut (*acute pain*) yaitu nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah dan memiliki proses yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat), dan berlangsung untuk waktu yang singkat (Andarmayo, 2013). Nyeri akut berdurasi singkat (kurang lebih 6 bulan) dan akan menghilang tanpa pengobatan setelah area yang rusak pulih kembali (Prasetyo, 2012). Sedangkan nyeri kronik yaitu nyeri konstan yang intermitan menetap sepanjang suatu periode waktunya. Nyeri ini dapat berlangsung lebih lama dengan intensitas yang bervariasi dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan (Potter & Perry, 2007).

Penatalaksanaan nyeri ada 2 yaitu dengan farmakologi dan non farmakologi. Penatalaksanaan non farmakologi yaitu dari berbagai tindakan mencakup intervensi perilaku dan kognitif yang menggunakan agen fisik (Bernatzky, 2011). Pemberian melakukan intervensi dengan teknik nonfarmakologi merupakan tindakan independen dari seorang perawat dalam mengatasi respon nyeri klien (Andarmoyo, 2013).

Salah satu carapenanganan nyerinon farmakologi dengan pemberian kompres dingin. Kompres dingin yaitu merupakan suatu prosedur yang menempatkan dengan benda dingin pada tubuh di bagian luar. Dampak dari fisiologisnya itu sendiri yaitu vasokontriksipada pembuluh darah, dapat mengurangi rasa nyeri serta dapat menurunkan aktivitas pada ujung

saraf otot (Silvina, 2011). Kompres dingin dapat dilakukan dengan menggunakan cairan NaCL 0,9%. Cairan NaCL 0,9% yaitu merupakan cairan yang bersifat fisiologis, tidak memilik racun dan tidak menimbulkan hipersensitivitas sehingga aman digunakan untuk tubuh dalam kondisi apapun. Cairan NaCL 0,9% yaitu larutan isotonis yang aman bagi tubuh, tidak membuat iritasi, bisa melindungi granulasi jaringan dari kondisi kering, menjaga kelembapan sekitar luka dan membantu luka menjalani proses penyembuhan. Pemberian kompres dengan cairan dari NaCL 0,9 % pada luka juga dapat menurunkan gejala pada edema karena cairan NaCL 0,9 % dapat menarik cairan luka melalui proses yang disebut dengan proses osmosis (Bashir dan Afzal , 2010).

Berdasarkan hasil wawancara pada tanggal 17 Oktober 2018 dengan pasien "Ny.N" post partum episiotomi di ruangan KB IGD, pasien mengalami nyeri dengan skala nyeri yaitu 4. Peneliti menggunakan pengukur skala nyeri Numerical Ratting Scale (NRS), dengan kriteria 0: tidak mengalami nyeri, 1-3: skala nyeri ringan, 4-6: skala nyeri sedang, 7-9 : skala nyeri berat, 10: skala nyeri sangat berat. Dari wawancara tersebut, didapatkan hasil bahwa pasien mengalami nyeri dengan tingkat sedang. Pasien mengatakan belum pernah melakukan atau pun diberikan tentang kompres dingin untuk mengurangi rasa nyeri. Pasien merasa serba salah dengan kondisi nyeri yang dirasakan, gelisah untuk merawat bayi, stress serta ibu susah tidur, selain itu pemenuhan ASI pada bayi berkurang dan tidak tahu apa yang harus dilakukan untuk mengalihkan rasa nyerinya. Apabila nyeri tidak segera ditangani akan mengakibatkan stress fisik, kecemasan, ketakutan, dan rasa putus asa serta menimbulkan masalah secara psikologis karena tidak dapat berinteraksi dengan bayinya. Dalam manajemen nyeri pasien post episiotomi, perawat ruangan melakukan intervensi farmakologis dan nonfarmakologi baru sebatas teknik relaksasi napas dalam, untuk terapi

kompres dingin belum pernah dilakukan karena mereka bernggapan bahwa nyeri pada pasien post episitomi itu wajah dan akan hilang dengan pemberian analgetik. Berdasarkan data dan fenomena diatas, maka penulis tertarik untuk melihat seberapa besar pengaruh dilakukannya pemberian kompres dingin untuk manajemen nyeri di ruangan KB IGD RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk menganalisis asuhan keperawatan pada Ny.N dengan post partum pervaginam + episiotomi dalam pemenuhan kebutuhan dasar nyeri dengan kompres dingin (NaCL 0,9%) di Ruangan KB IGD RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi.

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Pemberian asuhan keperawatan maternitas pada ibu post partum pervaginam + episiotomi dalam pemenuhan kebutuhan dasar nyeri dengan kompres dingin NaCL 0,9 % di Ruangan KB IGD RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi.

1.3.2 Tujuan Khusus

a. Penulis mampu memahami terhadap asuhan keperawatan maternitas dengan post partum pervagianam + episiotomi.
b. Penulis mampu melakukan penerapan asuhan keperawatan dengan melaksanakan lima proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, membuat intervensi, melakukan implementasi serta evaluasi keperawatan pada Ny.N dengan Post Partum Pervaginam + Episiotomi.

c. Penulis mampu menganalisa dan mengaplikasikan jurnal yang terkait kasus pada pasien Post Partum Pervaginam + Episiotomi.

d. Penulis mampu menganalisa kepanjangan antara teori dan jurnal kasus kelolaan.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi Penulis

Perawat mampu memberikan asuhan keperawatan yang profesional melalui lima tahap proses keperawatan yang dimulai dari melakukan pengkajian, menegakan diagnose, membuat intervensi, melakukan inplementasi dan melakukan evaluasi keperawatan pada pasien post partum pervaginam + episiotomi.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Menjadi indikator mutu untuk intitusi pendiikan dalam mengevaluasi keberhasilan program pendidikan khususnya pada bahan ajar mata kuliah keperawatan maternitas tentang post partum pervaginam + episiotomi.

1.4.3 Bagi Rumah Sakit

Adapun manfaat praktis yang dapat diperoleh antara lain:

a. Sebagai bahan masukkan dan sumbangan pemikiran terhadap penyelenggaraan rekam medik agar bisa sesuai dengan adanya peraturan agar dapat dilaksanakan atau di implementasikan di rumah sakit dalam menghadapi akreditasi.

b. Dapat digunakan untuk pemecahan masalah dan perbaikan sebagai pertimbangan, terutama pada masalah dalam pemenuhan standar akreditasi rekam medis di rumah sakit

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian

Post partum yaitu merupakan masa dimana setelah melahirkan. Masa setelah bayi dan plasenta lahir sampai memasuki minggu ke enam setelah ibu melahirkan (Marmi, 2012). Post partum yaitu masa menyesuaikan terhadap datang nya anggota keluarga baru, penyembuhan dan perubahan, waktu kembali pada keadaan tidak hamil (Mitayani, 2011). Post Partum yaitu masa dimana keluarnya plasenta/tali pusat ke masa dimana alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Ambarwati, 2010).

Episiotomi yaitu insisi yang di buat pada perineum dan vagina untuk memperpendek jalan lahir dan bahkan memperlebar bagian lunak jalan lahir. Robekan perineum atau ruptur terjadi pada hampir setiap persalinan yang pertama dan tidakjarang jugo pada persalinan selanjutnya. Pada ibu primipara atau ibu yang baru pertama melahirkan terjadi ketika kepala janin keluar. Luka-luka biasanya ringan tetapi juga terjadi luka luas serta berbahaya. Dari jahitan perineum tadi bisa menimbulkan rasa nyeri. Nyeri yang terjadi pada hari pertama sampai hari ke empat post episiotomi karena proses inflamasi dan terjadi pelepasan zat-zat kimia seperti prostaglandin yang dapat meningkatkan transmisi nyeri (Rukiyah dkk, 2010). Episiotomi yaitu insisi di perineum untukmemudahkan persalinandan mencegah ruptur perineum totalis (Sulistyawati & Nugraheny, 2010). Episiotomi yaitu suatu tindakan insisi pada perineum yang menyebabkan terpotongnya selaput lendir vagina,

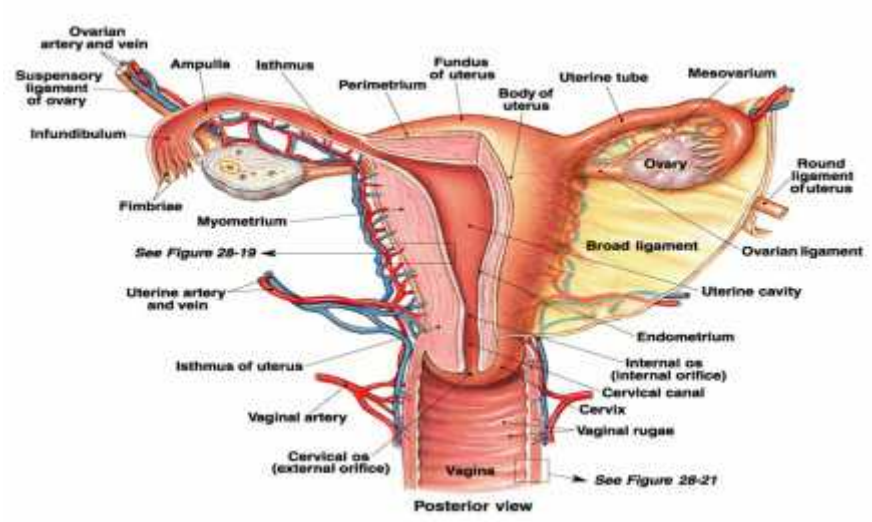
cincin selaput dara, jaringan pada septum rektovaginal, otot-otot dan fasia perineum dan kulit sebelah depan perineum (Prawirahardjo, 2012).

Smeltzer dan Bare (2002) dalam buku Judha (2012) mendefinisikan nyeri yaitu pengalaman emosional dan sensori yang sangat tidak menyenangkan akibat dari rusaknya jaringan potensial dan aktual. Nyeri bisa sangat menyulitkan dan mengganggu lebih banyak orang- orang di banding suatu penyakit manapun. Nyeri juga didefinisikan sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan ekstensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya (Tamsuri, 2007). Menurut Internasional association forstudyof pain (IASP), nyeri yakni keadaaan dimana sensori subjektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang didapat terkait dengan kerusakan jaringan aktua dan potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan. Nyeri perineum disebut sebagai nyeri yang terjadi pada badan perineum (perineal body), daerah otot dan jaringan fibrosa yang bisa menyebar mulai dari simpisis pubis sampai ke coccy karena adanya suatu robekan terjadi baik secara tidak sengaja maupun yang sudah ruptur spontan. Kondisi ini diarasakan oleh ibu berbeda dengan nyeri yang lain. Nyeri perineum lebih jelas di rasa oleh ibu dan bukan sperti nyeri yang dialami pada saat seperti berhubungan (intercourse). Nyeri perineum di rasa sesudah pos partum setelah beberapa hari pascasalin. Nyeri yang dirasakan pada saat berhubungan seksula berbeda dengan nyeri dispareunia karen anyeri ini bisa dirasakan sesperti rasa ketidaknyamanan dan nyeri termasuk nyeri saat penetrasi..

2.2 Anatomi dan fisiologi

2.2.1 Anatomi Organ Reproduksi Wanita

a. Organ Generatif Interna



Gambar 2.2.1 Organ Reproduksi Interna Pada Wanita

(Sumber: Wiknjo Sastro,2002).

Keterangan:

1) Vagina

Vagina yaitu merupakan jaringan membran muskulo membranosa seperti tabung memanjang dari vulva ke uterus yang berada pada kandung kemih di anterior dan serat rectum yang ada posterior.

2) Uterus

Uterus yaitu organ yang berongga atau muskuler serta berdinding tebal dan sebagian tertutup oleh peritoneum/serosa. Fungsinya sebagai implantasi, pemberi lindungan serta nutrisi pada janin, mendorong keluarnya janin dan

plasenta pada persalinan serta mengendalikan pendarahan dari tempat perlekatan plasenta.

Ukuran dan bentuk yang bervariasi di pengaruhi paritas dan usia seorang ibu. Sebelum masuk masa pubertas panjang uterus bervariasi antara 2,5-3,5 cm. Uterus seorang wanita yang pernah melakukan persalinan antara 50-70 gram, sedangkanpada wanita yangbelum pernah melakukan persalinan 80 gram atau lebih.

Pada bagian serviks dan berongga serta merupakan celah yang sempit dengan disebut sevikalis kanalis berbentuk fusiformosis dengan lubang kecil pada kedua ujung, yakni ostiumeksterna dan ostium interna. Setelah masuk masa menopause uterus mengecil sebagai dari adanya endometrium dan atropi miometrium.

Uteri aterina dan arteri ovarika merupakan suplay askuler uterus. Uteri aterina yang adalah suatu cabang utama arteri hipogastrika menurun masuk dasar ligamentum latum dan berjalan ke medali menuju sisi uterus. Arteri uterina terbagi menjadi dua cabang utama, yakni arteri serviko vaginalis lebih kecil memperdarahi bagian atas serviks dan bagian atas vagina. Cabang utama memeperdarahi bagian bawah serviks dan korpus uteri. Artei ovarika yang merupakan cabang aorta masuk dalam lagmentum latum melalui lagamentum infundibulopelvikulum.

3) Serviks Uteri

Seriksuterimerupakanbagianuterus yang terletakdibawah isthumsdi anterior batas atas serviks yaituostium interna, kurang lebih tinggginya sesuai denggan batas peritoneum pada kanddung kemih. Ostiumeksternaterletak pada ujung bawahsegmen vagina serviks yaitu portiovaginalis. Serviks yang sedang perobekan yang dalam saat waktu persalinan sesudah sembuh bisa menjadi berbentuk tidak berraturan, noduler atau menyerupai bintang. Serviks memiliki serabut otot polos, namun terutama terdiri dari jaringan kolagen, jaringan elastin serta pembuluh darah. Selamaa masa kehamilan serta persalinan, kemampuan serviks untuk meregang merupakan akibat pemecahan kolagen. Mukosa kanalis servik adalah kelanjutan endometrium.

4) Korpus Uteri

Dinding korpus uteri terdiri dari 3 lapisan, yaitu endometrium, miometrium dan peritoneum.

a) Endometrium

Endometrium yaitu bagian terdalam uterus, seperti lapisan mukosa yang melapisi rongga uterus padawanitayang tidak hamil. Endometrium serupa lauaknya membran tipis dengan warna merah muda, seperti beludru, yang bila diamatidaridekat akanterlihat ditembusi oleh banyak lubang-lubang kecil yaitu muara kelenjar uterine.

b) Miometrium

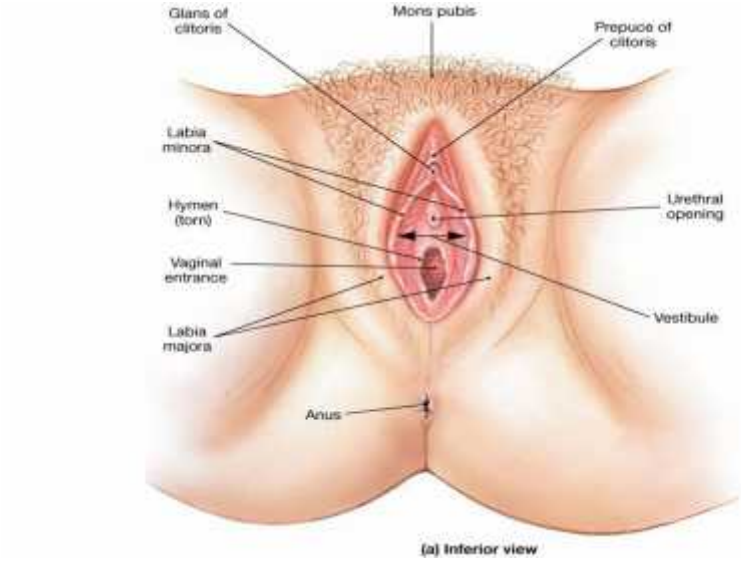
Miometrium adalah jaringan pembentuk sebgian besar dari uterus, yang terdiri dari kumpulan otot polos yang disatukan jaringan ikat dengan banyak serabut elastin di

dalamnya. Selama kehamilan miometrium membesar namun tidak terjadi perubahan berarti pada otot seriks. Dalam lapisan ini tersusun serabut otot yang terdiri atas tunikla muskularis longitidinalis eksterna, oblique media, sirkularis interna dan sedikit jaringan fibrosa.

c) Peritonium

Peritoneum adalah lapisan seperti serosa menyelubungi uterus, yang mana peritonium melekat erat kecuali pada daerah diatas kandung kemih dan pada tepi lateral dimana peritoneum berubah arah sedemikian rupa membentuk ligamentum latum.

b. Organ Generatif Eksterna



Gambar 2.2.2. Organ Reproduksi Eksterna Pada Wanita

(Sumber: Wiknjo Sastro, 2002)

Keterangan :

1) Mons Veneris

Mons veneris adalah menonjol nya bagian atas simfisis. Pada wanita dengan umur dewasa sudah ada dan ditutupi rambut kemaluan. Pada wanita umumnya batas atasnya melintang sampai pinggir atas simfisis, sedangkan kebawah sampai sekitar anus dan paha.

2) Labia Mayora atau (bibir-bibir besar)

Terdiri atas bagian kanan dan kirii, yaitu lonjong mengecil ke bawah, terisi jaringan lemaka serupa dengan yang ada di mons veneris.

3) Labia Minora (bibir-bibir kecil)

Labia minora merupakan lipatan tipis dari kulit sebela dalam bibir besar. Kedepan dua bibir kecil yang bertemu dan membentuk diatas klitoris preputium klitorisdis dan dibawah klitoris frenulum klitoridis. Kebelakang kedua bibir kecilbersatu dan membentuk fossa navikulure. Kulit yang meliputi bibir kecil yang sangat sensitif dan dapat mengembang.

4) Klitoris

Besarnya seperti kacang ijo yang tertutupi oleh preputium klitoridis, terdiri atas glans klitoridis , korpus klitoridis, dandua krura yang menggantungkan klitoris ke os pubis. Glans klitoridi memiliki jaringan yang dapat mengembang , penuh urat saraf dan amat sensitif.

5) Vulva

Bentuk yang lonjong dan ukuran panjang darimuka ke belakang dan dibatasi dimuka oleh klitoriskanan dan kiri oleh kedua bibirkecil dan dibelakang olehperineum; embriologiksesuai sinus urogenitalis.

6) BulbusVestibuliSinistraet Dekstra

Terletak pada selaputlendir vulva di dekat ramusos pubis, panjang 3-4 cm, lebar 1-2 cm dan tebal 0,51- 1cm; terdapat pembuluh darah, sebagiantertutup oleh muskulus iskio kavernosus dan muskuluskonstriktor vagina. Saat persalinankedua bulbus tertarik ke atas ke bawah arkus pubis, tetapi bagian bawahnya yangmelingkari vagina sering mengalami cedera dan timbulhamatoma vulva atau perdarahan.

7) Introitus Vagina

Mempunyai ukuran serta bentu yang berbeda , ditutupi selaput dara (hymen). Himen mempunyai bentuk berbeda – beda.dari yangsemilunar (bulan sabit) sampai yang berlubang- lubangatau yang ada pemisahnya (septum); konsistensinya dari yang kaku sampaiyang lunaksekali. Hiatushimenalis (lubang selaput dara) dari yang seujung jari sampai yangmudah dilalui oleh2 jari. Umumnya himen robek pada koitus. Robekan terjadi pada tempatjam 5 atau jam 7 dan sampai dasar selaput dara. Sesudah persalinan himen robek pada beberapa tempat.

8) Perineum

Terletak antara vulva dan anus , panjangnya rata-rata 4 cm.

2.2.2 Fisiologi

Sistem reproduksi dan struktur terkait pasca partum :

a. Adaptasi Fisiologi Pada Post Partum

1) Proses *Involusi*

Proseskembalinyauterus kekeadaan sebelumhamil setelah melahirkan disebut *involusi*. Proses dimulai setelah plasentakeluar akibat konstraksi otot-otot polos uterus. Pada akhir persalinan tahap III, uterusberada digaristengah, kira-kira 2 cm dibawah umbilikus dengan fundus bersandar pada promoontorium sakralis. Ukuran uterus saat kehamillan enam minggu beratnya kira-kira 1000gr. Dalam waktu 12 jam, tinggi fundus kurang lebih 1 cm diatas umbilikusr (Bobak,2004:493).

2) Konstraksi Uterus

Intensitas kontraksii uterus meningkat setelah bayi lahir, diduga adanya penurunan volume intrauterin yang sangat besar. Hemostatispascapartum dicapai akibat kompresi pembuluh darah intramiometrium, bukanoleh agregasi trombosit dan pembentukan pembekuan. Hormon desigen dilepasdari kelenjar hipofisis untuk memperkuat dan mengatur konstraksi. Selama 1-2 jam I pascapartumintensitas konstraksi uterus bisa berkurang dan menjaditidak teratur, karena untuk mempertahankan kontraksi uterus biasanya disuntikkanaksitosan secara intravena (Bobak, 2004: 493).

3) Tempat Plasenta

Setelah plasenta dan ketuban ikeluarkan, kontriksivaskuler dan trombosis menurunkantempat plasenta kesuatu area yang meninggi dan bernodul tidak teratur. Pertumbuhan endometrium meyebabkan pelepasan jaringan nekrotik dan mencegah

pembentukan jaringan parut yang menjadi karakteristik penyembuhan luka. Proses penyembuhanmemampukan endometrium menjalankan siklusnya seperti biasa dan memungkinkanimplantasi untukkehamilan dimasayang akan datang. Regenerasi endometrium selesai akhir minggu ketiga pascapartum, kecuali bekas tempat plasenta (Bobak, 2004: 493).

4) *Lochea*

Lochea adalah rabass uterus yang keluar setelah bayi lahir, mula-mula berwarna merah lalu menjadi merahtua atau merah coklat. Rabas mengandung bekuan darah kecil. Selama 2 jam pertama setelah lahir, jumlahcairan yang keluar dari uterus tidak boleh lebih dari jumlah smaksimal yang keluar selama menstruasi. *Lochea rubra* mengandung darah dan *debris desidua* dan *debris trofoblastik.* Aliran menyembur menjadi merah muda dancoklat setelah 3-4 hari (*lochea serosa*). *lochea serosa* terdiri dari darah lama serum, leukosit dasn debris jaringan. Sekittar 10 hari setelah bayi lahir, warna cairan ini menjadi kuning sampai putih (*lochea alba*). *Lochea alba* mengandung leukosit, desidua, sel epitel, mucus, serum dan bakteri. Lochea alba bertahan selama 2-6 minggu setelah bayi lahir (Bobak, 2004: 494).

5) Serviks

Serviks menjadilunak sesudah ibu malahirkan yaitu setelah 18 jam pascapartum, serviks memendekdan konsistensinya lebih padat kembali ke bentuk semula. Muara serviks berdilatasi 10 cm, sewaktu melahirkan, menutup bertahap 2 jari masih dapat dimasukkan Muara serviks hari keempat dan keenam pascapartum (Bobak, 2004: 495).

6) Vagina dan Perinium

Estrogen setelah partum menurun berperan dalam penipisan mucosa vagina dan hilangnya rugae. Vagina semulasangat teregangkembali secara bertahap keukuran sebelum hamil, 6-8 minggu setelah bayii lahir . Rugae akan kembali terlihat pada sekitar minggu keempat (Bobak, 2004:495).

7) Payudara

Konsentrasi hormone menstimulasi perkemmbangan payudara selama wanita hamil (estrogen, progesteron, *human chrorionic gonadotropin*, prolaktin, dan insulin) menurun dengan cepat setelah bayi lahir. Payudarabengkak, kerasnyeri biladitekan, dan hangat jika diraba (kongestipembuluh darah menimbulkan rasahangat). Pembengkakan dapat hilang dengan sendirinya dan rasa tidak nyamanberkurang dalam 24 jam sampai 36 jam (Bobak, 2004:498).

9) Sistem Endokrin

Selama pasca partum terjadinyapenurunan hormon*humanplacentalatogen* (HPL), estrogen dan kortisol serta *placental enzimeinsulinase* membalik efek diabetogenik kehamilan, oleh karena itu kadar gula darahmenurun pada masa puerperium. Pada wanita yang tidak menyusui, kadar estrogenmeningkat pada minggu kedua setelah melahirkan dan lebih tinggi dari wanita yangmenyusui pascapartum hari ke-17 (Bobak, 2004: 496).

b. Adaptasi Psikologis Post Partum

MenurutRubindalamVarney (2007) adaptasi psikologis post partum dibagi menjadi beberapa fase yaitu :

1) Fase Taking In (dependent)

Fase takingindimulai pada hari kesatudan kedua setelahmelahirkan, dimana ibu membutuhkan perlindungan dan pelayanan pada tahapini pasien sangat ketergantungan.

2) Fase Taking Hold (dependent- independent)

Fase taking hold dimulai pada hari ketiga setelah melahirkan dan berakhir pada minggu keempat sampai kelima. Sampai hari ketiga ibu siap menerima pesan barunya dan belajar tentang hal-hal baru, pada fase ini ibu membutuhkan banyak sumber informasi.

3) Fase Letting Go (independent)

Fase dimulai minggukelima sampaiminggu keenamsetelah kelahirandimana ibu mampu menerimatanggung jawab normal.

2.3 Klasifikasi

2.3.1 Klasifikasi Episiotomi

MenurutArief Mansjoer dalam buku Kapita selekta Kedokteran 2001 klasifikasi episiotomi yaitu :

a. Episiotomi mediana,merupakan insisiyang paling mudah diperbaiki, penyembuhanlebih baik, dan jarang menimbulkan dispareuni. Episiotomi jenis ini dapatmenyebabkan ruptur perineitotalis.

b. Episiotomimediolateral, merupakan jenis insisi yang banyak digunakan karena lebih aman.

c. Episiotomilateral, snagat tidakdianjurkan karena dapat menimbulkan sedikit relaksasi introitus, pendarahan lebih banyak, dan sukar direparasi.

2.3.2 Klasifikasi Nyeri

Tamsuri (2007) mengklasifikasikan nyeri berdasarkan waktu kejadian meliputi:

a. Nyeriakut merupakan nyeriyang terjadii dalam waktu (durasi) dari satu detik sampai dengan kurangdari enam bulanyang pada umumnya terjadi pada cedera, penyakit akut, atau pada pembedahan denagnawitan yang cepat tingkat keparahan yang bervariasi.

b. Nyeri kronis yakni nyeri yang terjadi dallam waktu lebih darienam bulan, dimana umumnya timbul tidak teratur, interniten, atau bahkan persisten.

Ada beberapa cara untuk mengkaji intensitas nyeri yang biasanya digunakan antara lain :

1) Visual Analog Scale (VAS)

Skalaini dapat diketahui dengan kata pada keadaan yang ekstremyaitu ‘tidak nyeri’ dan ‘nyeri senyeri-nyerinya’. Skala ini tidak memiliki tingkatanyang tepat tanpa angka dan tidakk memberikan pasien kebebasan untukmemilih dengan apa yang dialami, hal ini menyebabkan kesulitann (Tamsuri, 2007).

2) Verbal Numerical Rating Scale (VNRS)

Skala ini memiliki nilai numeris danhubungan antara berbagai tingkat nyeri. Skala nyeri ini terdiri dari garis 0-10 cm yangtelah ditentukan terlebih dahhulu berdasarkan daerah yang paling nyeri kemudian diberi skalanya. Numerical Ratting Scale (NRS), dengan kriteria 0 : tidak mengalami nyeri, 1-3 : skala nyeri ringan, 4-6 : skala nyeri sedang, 7-9

: skala nyeriberat, 10 : skala nyeri sangat berat. Walaupun demikian, pasien masih mengalami kesulitan dalam menentukan angka pada pengalaman nyeri yang manusiawi dan membutuhkan perhitungan yang matematis (Tamsuri, 2007).

3) McGill Pain Questioner (MPQ)

Skala ini kombinasi antara verbal dan nilai numerik yang melekat dan gambar tubuh. Instrumen ini mengubah pengenalan sifat yang multidimensional pengalaman nyeri dengan menentukan intensitas, kualitas, dan durasi seseoarang. Aplikasi MPQ memberikan informasi kuantitatif dalam bentuk rangkaian skor yang menunjukan dimensi (Tamsuri, 2007).

2.4 Etiologi atau Predisposisi

Faktor dilakukan episiotomi menurut APN Revisi 2007 adalah :

a. Persalinan yang lama karena perinium yang kaku
b. Gawat janin
c. Gawat ibu
d. Pada tindakan operatif (ekstraksi cunam, vakum)

Sedangkan menurut Rusda (2004), penyebab dilakukan episiotomi berasal dari faktor ibu maupun faktor janin.

Faktor ibu antara lain:

a. Primigravida
b. Perinium kaku dan riwayat robekan perinium pada persalinan lalu .
c. Terjadi peregangan perinium berlebihan misalnya persalinan sungsang, persalinan cunam, ekstraksi vakum dan anak besar.
d. Arkus pubis yang sempit.

Faktor Janin antara lain:

a. Janin premature
b. Janin letak sungsang, letak defleksi, dan janin besar.
c. Keadaan dimana ada indikasi untuk mempersingkat kala II seperti pada gawat janin, tali pusat menumbung.

Menurut ignatavicus pada buku tamsuri (2007), secara umum stimulus nyeri disebabkan oleh :

a. Kerusakan jaringan
b. Kontraksi atau spasme otot yang menimbulkan ischemic type pain.
c. Kebutuhan oksigen meningkat tetapi suplai darah terbatas misalnya disebabkan karena penekanan vaskuler.

2.4. Patofisiologi

Ibu dengan persalinan episiotomi disebabkan oleh adanya persalinan yang lama: gawat janin (janin prematur, letak sungsang dan janin besar), tindakan operatif dan gawat ibu (perineum kaku, riwayat robekan perineum lalu, arkus pubis sempit). Persalinan dengan episiotomi dapat mengakibatkan terputusnya jaringan yang dapat menyebabkan menekan pembuluh syaraf sehingga timbul rasa nyeri dimana ibu akan merasa cemas sehingga takut untuk BAB dan ini menyebabkan resti konstipasi.

Terputusnya jaringan juga dapat merusak pembuluh darah dan menyebabkan resiko defisit volume cairan. Terputusnya jaringan menyebabkan resti infeksi apabila tidak dirawat dengan baik kuman mudah berkembang karena semakin besar mikroorganisme masuk ke dalam tubuh maka semakin besar pula resiko terjadinya infeksi.

Ibu dengan persalinan episiotomi sesudah 6 minggu persalinan, ibu berada dalam masa nifas. Pada saat ibu memasuki masa nifas ibu mengalami perubahan psiokologis dan fisiologis. Perubahan fisiologis yan terjadi pada ibu akan terjadi uterus kontraksi. Kontraksi uterus bisa adekuat dan tidak adekuat. Dikatakan adekuat apabila kontraksi uterus kuat dimana terjadi adanya perubahan involusi yaitu proses pengembalian uterus ke dalam bentuk normal yang dapat menyebabkan nyeri/ mules, yang prosesnya mempengaruhi syaraf pada uterus. Setelah melahirkan ibu mengeluarkan lochea yaitu merupakan ruptur dari sisa plasenta sehingga pada daerah vital kemungkinan terjadi resiko kuman mudah berkembang. Dikatakan tidak adekuat dikarenakan kontraksi uterus lemah akibatnya terjadi perdarahan dan atonia uteri.

Perubahan fisiologis dapat mempengaruhi payudara dimana setelah melahirkan terjadi penurunan hormone progesteron dan estrogen sehingga terjadi peningkatan hormon prolaktin yang menghasilkan pembentukan ASI dimana ASI keluar untuk pemenuhan gizi pada bayi, apabila bayi mampu menerima asupan ASI dari ibu maka reflek bayi baik berarti proses laktasi efektif.sedangkan jika ASI tidak keluar disebabkan kelainan pada bayi dan ibu yaitu bayi menolak, bibir sumbing, puting lecet, suplai tidak adekuat berarti proses laktasi tidak efektif.

Pada perubahan psikologos terjadi Taking In, Taking Hold, dan Letting Go.Pada fase Taking In kondisi ibu lemah maka terfokus pada diri sendiri sehingga butuh pelayanan dan perlindungan yang mengakibatkan defisit perawatan diri.Pada fase Taking Hold ibu belajar tentang hal baru dan mengalami

perubahan yang signifikan dimana ibu butuh informasi lebih karena ibu kurang pengetahuan.Pada fase Letting Go ibu mampu memnyesuaikan diri dengan keluarga sehingga di sebut ibu yang mandiri, menerima tanggung jawab dan peran baru sebagai orang tua.

2.5 WOC

2.6 Manifestasi Klinis

a. Laserasi Perineum

Biasanya terjadi pada saat kepala janin dilahirkan. Luas dari robekan didefinisikan berdasarkan kedalaman robekan :

1) Derajat pertama (robekan mencapai kulit dan jaringan)
2) Derajat kedua (robekan mencapai otot-otot perineum)
3) Derajat tiga (robekan berlanjut ke otot sfinger ari)
4) Derajat empat (robekan mencapai dinding rektum anterior)

b. Laserasi Vagina

Dapat menyertai dan sering terjadi adanya robekan perineum, robekan vagina cenderung terjadi mencapai dinding lateral (sulci) dan jika cukup dalam, dapat mencapai levator ani.

c. Cedera Serviks

Terjadi pada saat seriks beretraksi melalui kepala janin yang keluar. Laserasi serviks terjadi disebabkan oleh persalinan Laserasi serviks akibat persalinan terjadi pada sudut lateral ostium eksterna, kebanyakan dangkal dan pendarahan minimal (Bobak,2004: 344-345).

2.7 Penatalaksanaan

a. Perbaikan Episiotomi

1) Jika adanya hematoma, darah dikeluarkan, jika tidak ada tanda infeksi dan pendarahan sudah berhenti, lakukan penjahitan.

2) Jika infeksi, buka dan drain luka

3) Jika infeksi mencapai otot dan terdapat nekrosis, lakukan debridemen dan berikan antibiotika secara kombinasi sampai pasien bebas demam dalam 48 jam (Prawirohardjo, 2002).

b. Perawatan luka episiotomi di rumah sakit

Perawatan luka episiotomi pada jam- jam pertama setelah bersalin, biasanya dilakukan setelah mengkaji stabilitas fisik ibu, dan untuk 2 jam berikutnya perawatan luka episiotomi dilakukan setelah buang air kecil, buang air besar, ataupun pada saat personal higiene.

Menurut Morison (2004), prinsip-prinsip pencegahan infeksi luka didasarkan pada pemutusan rantai kejadian yang menyebabkan organisme makin berkembang dan menginfeksi luka. Hal yang penting dilakukan untuk pencegahan infeksi luka tersebut ialah mengisolasi sumber infeksi potensial dengan barier perawatan, membersihkan dan melakukan desinfeksi secara efektif terhadap lingkungan fisik, perawat dan bidan melakukan cuci tangan yang benar, teknik pembalutan yang aseptik serta melindungi pasien yang rentan. Dalam Perawatan Luka epsiotomi dilakukan sesuai dengan standar operasional yang ada.

Menurut Sulistiawaty (2009), perawatan luka episiotomi dilakukan bersamaan dengan vulva hygiene sehingga perlu menyediakan botol berisi air hangat untuk membersihkan bagian vulva yang kotor karena lochea, bekas BAK, dan BAB.

Rosyidi (2013), memfokuskan sebuah prosedur perawatan luka episiotomi dan menyatakan hal pertama dilakukan sebelum melakukan perawatan adalah mempersiapkan peralatan antara lain.

Menurut Sulistyawati (2009), handscoen DTT (Desinfeksi Tingkat Tinggi) juga dapat digunakan dalam melakukan perawatan luka perineum sebagai pengganti bila tidak tersedia handscoen steril yang baru. Persiapan pasien, perawat maupun bidan memberikan penjelasan tentang tindakan yang akan dilakukan, kemudian menutup pintu/jendela atau di pasang sampiran untuk menjaga privasi pasien.

Langkah-langkah tindakan perawatan luka episiotomi adalah sebagai berikut:

1) Menjelaskan prosedur kepada pasien
2) Menempatkan alat ke dekat pasien
3) Mengatur posisi pasien senyaman mungkin
4) Mencuci tangan kemudian memakai handscoen bersih/pinset lepaskan balutan
5) Observasi karaktersitik dan jumlah drainase pada balutan
6) Letakkan balutan kotor di tempat sampah, lepas sarung tangan.
7) Membuka perangkat alat steril disamping pasien

8) Memakai handscoen steril

9) Membersihkan luka sampai bersih dengan memakai pinset dan depress/kasa steril, desinfektan dari arah depan ke belakang.

10) Depress kotor dibuang pada tempatnya

11) Pinset yang tidak steril diletakkan di bengkok

12) Luka dikeringkan dengan depress /kassa steril

13) Lalu di beri obat salep / antiseptik lalu ditutup dengan pembalut

14) Sarung tangan dilepas

15) Rapikan alat dan pasien

16) Mencuci tangan

17) Dokumentasikan : karakteristik luka

(Rosyidi, 2013)

c. Penatalaksanaan Nyeri Post Episiotomi

Penatalaksanaa nyeri dibagi menjadi dua yaitu dengan farmakologi dan nonfarmakologi. Penatalaksanaan nonfarmakologi terdiri dari berbagai tindakan yang mencakup bebrapa intervensi perilaku dan kognitif menggunakan agen-agen fisik (Bernatzky, 2011). Pemberian melakukan intervensi dengan teknik nonfarmakologi merupakan tindakan *independen* dari seorang perawat dalam mengatasi respon nyeri klien (Andarmoyo, 2013). Manageman secara non farmakologis lebih aman diterapkan karena mempunyai risiko yang lebih kecil, tidak menimbulkan efek samping serta menggunakan proses fisiologis (Bobak 2014).

Salah satu cara penanganan nyeri non farmakologi dengan pemberian kompres dingin. Kompres dingin merupakan suatu prosedur

menempatkan suatu benda dingin pada tubuh bagian luar. Dampak fisiologisnya adalah vasokontriksi pada pembuluh darah, mengurangi rasa nyeri dan menurunkan aktivitas ujung saraf pada otot-otot (Silviana, 2011).

Kompres dingin dapat dilakukan dengan menggunakan cairan NaCL 0,9 %. NaCl 0,9% merupakan cairan isotonis yang bersifat fisiologis, non toksik dan tidak menimbulkan hipersensitivitas sehingga aman digunakan untuk tubuh dalam kondisi apapun. NaCl 0,9% merupakan larutan isotonis aman untuk tubuh, tidak iritan, melindungi granulasi jaringan dari kondisi kering, menjaga kelembaban sekitar luka dan membantu luka menjalani proses penyembuhan.

Pemberian cairan kompres NaCl 0,9% pada luka bisa menurunkan gejala edema karena cairan normal salin dapat menarik cairan dari luka melalui proses osmosis (Bashir dan Azal, 2010).

Selain itu dalam penelitian Wawan (2015) mengatakan bahwa kompres NaCl 0,9% lebih efektif dari pada kompres alkohol 70% dalam menurunkan intensitas nyeri. Kompres cairan NaCl 0,9% terbukti lebih ampuh pada pasien mekanik dan kimiawi karena dengan ciran terbut bisa berkurang eritema dan edema. Sedangkan kompres mengunakan cairan alkohol 70% ampuh pada luka yang disebabkan oleh bakteri, namun perlu diperhatikan lama pemberian kompres alkohol 70% karena apabila pemberian terlalu lama dengan frekuensi sering kemungkinan tekstur

kulit menjadi kering dan berpotensi banyaknya akumulasi mikrorganisme di permukaan kulit.

2.8 Komplikasi

a. Pendarahan

Karena proses episiotomy bisa menyebabkan terputusnya jaringan yang dapat merusak pembuluh darah terjadilah pendarahan.

b. Infeksi

Infeksi ada kaitan nya pada jalan tindakan episiotomy berhubungan dengan ketidaksterilan alat-alat yang digunakan.

c. Hipertensi

Penyakit hipertensi berpengaruh dalam morbiditas dan mortalitas maternal dan perinatal. Penyakit Hipertensi dinilai menjadi komplikasi sekitar 7% sampai 10% seluruh kehamilan pada saat ini.

d. Gangguan Psikososial

Kondisi psikososial mempengaruhi integritas keluarga dan menghambat ikatan emosional bayi dan ibu. Beberapa kondisi dini bisa mengancam keamanan serta kesejahteraan bagi ibu dan bayi.

ASUHAN KEPERAWATAN TEORITIS

1. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah pertama yang dilakukan dalam proses keperawatan yang diberikan untuk mengumpulkan data-data yang akurat dari klien sehingga dapat diketahui berbagai permasalahan yang ada.

1. Data Subjektif

a. Biodata yang mencakup identitas pasien menurut Anggraini (2010), meliputi :

1) Nama : Untuk mengetahui nama jelas serta lengkap, jika perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan suatu tindakan keperawatan.

2) Umur : Bisa tercatat dalam tahun untuk mengetahui adanya atau tidak resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan bila umur sudah lebih dari 35 tahun rentan terjadi perdarahan dalam pasca partum. Untuk respon nyeri, umur juga mempengaruhi karena pada umur anak-anak belum bisa mengungkapkan nyeri, pada umur orang dewasa kadang melaporkan nyeri jika sudah patologis dan mengalami kerusakan fungsi. Dengan umur lansia cenderung memendam nyeri yang dialami, karena mereka menganggap nyeri adalah hal alamiah yang harus di jalani dan mereka takut kalau mengalami penyakit berat atau meninggal jika nyeri di periksakan.

3) Agama : Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa.

4) Suku Bangsa : Dapat dipengaruhi pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari. Elajar dari bagaimana budaya orang, berespon terhadapa nyeri yang berngaruh seperti suatu daerah menganut kepercayaan bahwa nyeri adalah akibat yang harus diterima karena mereka melakukan berbagai kesalahan, jadi mereka tidak megeluh jika ada nyeri.

5) Pendidikan : Berguna untuk mengetahui dalam sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga perawat dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya. Bila pasien memiliki pengetahuan yang baik terhadap perawatan luka maka luka akan sembuh pada hari ke tujuh setelah persalinan dan bila tidak dirawat dengan baik maka akan terjadi infeksi pada pasien post partum.

6) Pekerjaan : data ini berguna untuk menilai status tingkat ekonomi, juga untuk menilai status gizi terhadap pasien.

7) Alamat : data ini di gunakan jika ada melakukan kunjungan rumah.

b. Keluhan utama

Untuk mengetahui bagaimana masalah dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas setalah melahirkan, misalnya pasien merasa kontraksi, nyeri pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum (Ambarwati, 2010). Keluhan utama pada ibu post partum dengan luka perawatan episiotomi adalah nyeri dibekas luka jahitan (Bobak, 2005).

c. Riwayat Kesehatan

Menurut Ambarwati (2010), riwayat kesehatan meliputi :

1) Riwayat kesehatan yang lalu

   Sangat diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut,kronisseperti : Jantungg, diabetes mellitus, hipertensi, asma yang dapat mempengaruhi pada masa post partum ini.

2) Riwayat kesehatan sekarang

   Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa post partum dan bayinya.

3) Riwayat kesehatan keluarga

   Untuk mengetahui adanya data kemungkinan adanya pengaruh atau tidaknya penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, penyakit keluarga yang menyertainya, apakah mengetahui adanya riwayat penyakit menurun seperti asma, jantung, DM dan hipertensi dan penyakit menular seperti asma / TBC (Prawirohardjo, 2005).

d. Riwayat Menstruasi

kapan di ketahui nya mulai menstruasi, bagaimana siklus mentruasi, lamanya menstruasi, banyaknya darah menstruasi, teratur atau tidak menstruasinya, sifat darah menstruasi, keluhan yang dirasakan pada sakit waktu menstruasi atau sering disebut disminorea (Estiwidani, 2008).

e. Riwayat Perkawinan

Status perkawinan yang dinyatakan yakni kawin syah, berapa kali sudah menikah atau apakah ini pernikah pertama, berapa usia saat menikah yang dimaksudkan yaitu berapa tahun, tinggal bersama dengan suami usia berapa, berapa lama perkawinan, dan sudah mempunyai anak belum (Estiwidani, 2008).

f. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu

Untuk mengetahui jumlah kehamilan dan kelahiran, riwayat persalinan yaitu jarak dari dua kelahiran, dimana tempat melakukan kelahiran/ persalinan, lamanya saat melakukan persalinan, dan bagaimana cara melahirkan atau tindakan apa yang dilakuakan. Masalah atau gangguan kesehatan yang sering muncul pada saat hamil dan pada saat melahirkan. Riwayat kelahiran dari anak, mencakup BB dari bayi sewaktu melahirkan, apakah ada kelainan dari bawaan bayi, jenis kelamin bayi, keadaan bayi hidup / mati saat dilahirkan (Estiwidani, 2008).

Paritas mempengaruhi persepsi terhadap nyeri persalinan karena primipara mempunyai proses persalinan yang lama dan lebih melelahkan dengan multipara. Hal ini di karenkan pada servik klien primipara memerlukan tenaga yang lebih besar untuk mengalami regangan karena dari pengaruh intensitas konstraksi lebih besar selama kala I persalinan. Selain itu, pada ibu dengan primipara menunjukan peningkatan kecemasan dan keraguan untuk mengantisipasi rasa nyeri selama persalinan.

g. Riwayat Keluarga Berencana

Untuk mengetahui sebelumnya sudah menggunakan riwayat keluarga berencana atau apakah pasien pernah ikut KB dan kontrapsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah masa nifas ini dan beralih ke kontrasepsi apa (Anggraini, 2010).

h. Riwayat Kehamilan Sekarang

Menurut Saifuddin (2006), meliputi :

1) Hari pertam haid terakhir serta kapan tafsiran persalinan
2) Keluhan-keluhan pada trisemester I, II, III.
3) Tempat iu memeriksakan kandungan nya pertama kali dan selanjutnya.
4) Berapa kali selama hamil ibu melakukan pemeriksaan
5) Penyuluhan yang sudah didapat oleh ibu selama masa kehamilan
6) Pergerakana anakk pertama kali saat dirasakan dan pada saat kehamilan berapa minggu merasakan hal tersebut.
7) Imunisasi TT : sudah / belum imunisasi, berapa kali telah dilakukan imunisasi TT selama hamil.

i. Riwayat Persalinan Sekarang

Untuk mengetahui jenis dari persalinannya, kapan tanggal persalinan, jenis kelamin dari anak,bagaimana keadaan bayi meliputi PB, BB,dan siapa yang melakukan pertolongan dalam persalinan. Hal ini perlu dikaji agar dapat menilai dan mengetahui bagaimana proses dari persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada masa nifas saat ini (Anggraini, 2010).

j. Pola Kebiasaan Selama Masa Post Partum

1) Nutrisi

Dengan meminum tambahan 500 kalori per hari nya, makan diet yang seimbang agar memperoleh protein, vitamin serta vitamin yang cukup dan serat-serat makanan yang cukup, sehingga proses penyembuhan luka episiotomi lebih cepat. Ibu dianjurkan untuk minum sedikitnya 3 liter air setiap hari. Mengkonsumsi zat besi setidaknya selama 90 hari post partum (Saifuddin, 2006)

2) Eliminasi

Untuk mengetahui bagaimana pola fungsi sekresi yakni dengan kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi BAB, jumlah BAB, konsistensi dan bau serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi BAK, warna BAK, jumlah dari buang air kecil (Ambarwati, 2010). Pada ibu post partum dengan perawatan luka episiotomi biasanya buang air besar secara spontan akan tertunda 2 – 3 hari setelah melahirkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan, pada saat buang air kecil juga akan merasakan nyeri pada luka episiotomy (Bobak, 2005).

3) Istirahat / tidur

Untuk mengetahui dan Menggambarkan bagiamana pola istirahat dan tidur pasien setelah persalnian, berapa jam pasien dapat tidur,

bagaimana kebiasaan pasien sebelum tidur, kebiasaan mengkonsumsi obat tidur atau tidak sebelum tidur, serta bagaimana kebiasaan tidur siang pasien. Istirahat sangat penting bagi ibu pasca partu karena dengan ibu bisa istirahat atau tidur yang cukup dapat mempercepat penyembuhan setelah melewati pasca persalinan (Anggraini, 2010).

4) Keadaan psikologis

Untuk mengetahui bagaimana perasaan dari ibu pada saat setelah melakukan persalinan, apakah ibu takut atau mungkin merasa cemas dengan keadaan nya sekarang setelah melahirkan melakukan persalinan (Nursalam, 2008).

5) Riwayat Sosial Budaya

Untuk mengetahui bagaimana kehamilan tersebut atau memang direncanakan / tidak, diterima / tidak, jenis kelamin pada janin yang diharapkan atau tidak dan untuk mengetahui pasien dan keluarga yang menganut adat istiadat yang akan menguntungkan atau kah malah merugikan pasien khusus untuk pada ibu post partum misalnya pada kebiasaan makan dilarang makan ikan atau yang makan yang amis-amis (Anggraini, 2010).

6) Penggunaan obat-obatan / rokok

Untuk mengetahui iya atau tidaknya ibu mengkonsumsi obat terlarang ataukah iya atau tidaknya ibu merokok (Manuaba, 2007).

2. Data Objektif

Data objektif merupakan data yang sebenarnya yang dapat di lakukan observasi serta dilihat oleh tenaga kesehatan itu sendiri (Nursalam, 2008).

a. Status generalis

1) Keadaan umum

Untuk mengetahui ibu dalam keadaan baik apakah tidak baik, dalam keadaan cukup atau kurang (Prihardjo, 2007). Pada kasus kebanyakan keadaan umum ibu baik (Varney, 2007).

2) Kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran ibu apakah composmentis (sadar sepenuhnya, bisa menjawab semua pertanyaan tentang keadaan di lingkungan sekitarnya), apatis (tidak menanggapi rangsangan / acuh tak acuh, tidak peduli) somnolen (dimana yaitu kesadaran segan untuk berhubungan terhadap dari sekitarnya, sikap yang dimulai dari acuh tak acuh), spoor (keadaan yang menyerupai tidur), koma (tidak bisa dibangunkan, tidak ada respon terhadap rangsangan apapun, tidak adanya dari respon kornea atau respon reflek muntah, tidak ada respon pupil terhadap cahaya) (Novi, 2009). Pada kasus kesadaran composmentis (Varney, 2007).

3) Tanda- tanda Vital

a) Tekanan Darah

Untuk mengetahui tekanan darah ibu. Ada beberapa dari kasus ditemukan yang mana jika keadaan dimana ibu post partum merasakan nyeri maka tekanan darah akan meningkat, tetapi

keadaan ini bisa hilang dan datang dengan sendirinya apabila tidak ada penyakit lain yang menyertainyadalam 2 bulan pengobatan (Anggraini, 2010). Batas normalnya 110/60– 140/90 mmHg (Monica, 2005).

b) Nadi

Untuk menilai dan mengetahui berapa nadi pasien yang dihitung dalam setiap menitnya (Saifuddin, 2008). Batas normal dari nadi berkisar antara 60 - 80 x/menit. Denyut nadi jika di atas 100 x/menit pada masa nifas merupakan indikasikan dengan terdapat nya suatu infeksi, hal ini dapat menyebabkan salah satunya oleh proses persalinan yang sangat sulit atau karena kehilangan darah yang sangat berlebihan (Anggraini, 2010).

c) Suhu

Suhu badan wanita inpartu tidak lebih dari 37,2°C. Sesudah partus dapat naik 0,5°C dari keadaan normal nya tetapitidak melebihi 38°C (Wiknjosastro, 2006). Suhu normal manusia adalah 36,6°C-37,6°C (Potter dan Perry, 2005). Suhu ibu pasca partum ditambah episiotomi dapat meningkat bila terjadi infeksi, atau tanda REEDA (+).

d) Respirasi

Untuk mengetahui berapa frekuensi dari pernapasan pasien yang dihitung dalam setiap 1 menit nya (Saifuddin, 2006). Batas normalnya 12 - 20 x/menit (Potter dan Perry, 2005).

4) Tinggi badan

Untuk mengetahui dan melihat tinggi badan dari pasien (Wiknjosastro, 2006).

5) LILA

Untuk melihat dan menilai status gizi dari pasien (Wiknjosastro, 2006).

b. Pemeriksaan Sistematis

1) Inspeksi

a) Rambut

Untuk mengetahui warna, kebersihan, mudah rontok nya pada rambut (Nursalam, 2008).

b) Muka

Untuk melihat kelainan atau tidak dan melihat pucatnya(Nursalam, 2008)

c) Mata

Untuk melihat apakah ada atau tidaknya edema conjungtiva (Nursalam, 2008)

d) Mulut / gigi / gusi

Untuk melihat adanya stomatitis atau tidak, bagaimana keadaan gigi, dan melihat adanya perdarahan pada gusi (Nursalam, 2008).

e) Abdomen

Untuk mengetahui ada luka bekas operasi/tidak, adastrie/tidak, ada tidaknya linea alba nigra (Saifuddin, 2006).

f) Vulva

Untuk melihat keadaan dari vulva apakah di temui tanda dari perdarahan, infeksi, varices, dan adanya pembesaran kelenjar bartolini (Prihardjo, 2007). Dalam kasus episiotomy vulva kadang bisa menjadi edema, perineum ruptur jika terjadi infeksi, maka akan terlihat kemerahan, jahitan basah dan mengeluarkan nanah serta bau busuk.

g) Fundus uteri

Fundus harus berada dalam midline, keras dan 2 cm dibawah umbilicus. Bila uterus lembek , lakukan masase sampai keras. Bila fundus tergeser mengarah ke kanan midline, periksakan jika ada distensi dari kandung kemih.

h) Kandung kemih

Diuresis diantara hari ke-2 dan ke-5, kandung kemih pada ibu post partum lebih cepat terisi ini diakibatkan karena diuresis post partum dan cairan intra vena pada post partum.

i) Lochea

Lochea rubra akan berlanjut sampai dengan hari ke-dua puluh tiga, dan menjadi lochea serosa dengan aliran sedang. Dan pada saat terdapat darah yang

mengalir dengan cepat bisa di curigai terjadinya sobekan pada serviks.

j) Perineum

Episiotomi dan perineum harus bersih, tidak berwarna, dan tidak edema dan jahitan harus utuh.

Tabel 2.1 Tanda-tanda REEDA Normal dan Tidak Normal

Tanda REEDA	Normal	Tidak Normal
Rednees	Tidak ada kemerahan	Tampak kemerahan
Echmosis	Tidak ada kebiruan	Tambak kebiruan
Edema	Tidak ada pembengkakan	Terjadi pembengkakan
Dischargment	tidak ada cairan sekresi/pus yang keluar	Terdapat cairan sekresi/pus yang keluar
Approksimity	Jahitan luka tampak kuat merekat	Jahitan luka tampak meregang

k) Anus

Untuk mengetahui ada haemoroid/tidak (Prihardjo, 2007). Luka episiotomi tidak sampai mengenai anus.

2) Palpasi

a) Leher

Untuk mengetahui adakah pembesaran kelenjar thyroid, ada benjolan atau tidak, adakah pembesaran kelenjar limfe (Nursalam, 2008).

b) Dada

Untuk mengetahui bagaiman bentuk dan keadaan dari payudara, simetris atau tidak simetris, adanya benjolan atau tidak ada nya benjolan, ada nyeri atau tidak dak nyeri (Nursalam, 2004)

c) Abdomen

Untuk mengetahui Kontraksi uterus : keras / lemah, tinggi fundus uteri (Saifuddin, 2006).

d) Ekstremitas

Untuk mengetahui ada atau tidaknya cacat dan tidak oedema atau juga tidak terdapat varices (Prihardjo, 2007)

c) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang adalah pemeriksaan yang dilakukan untuk mendukung penegakan diagnosa, yaitu pemeriksaan laboratorium, rontgen, ultrasonografi, dan lain-lain (Nursalam, 2008).

2. Diagnosa Keperawatan

a. Nyeri(akut)berhubungandengantrauma jahitan luka episiotomi.
b. Risikoinfeksiberhubungan dengantrauma jaringan atau kerusakan kulit.
c. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan post partum.
d. Risiko tinggi kekurangan cairan berhubungan dengan penurunan masukan/pergantian tidak adekuat, peningkatan haluaran urine dan kehilangan tidak kasat mata meningkat misalnya perdarahan.
e. Perubahan pola eliminasi urinarius berhubungan dengan trauma mekanis.
f. Resiko tinggi konstipasi berhubungan dengan kurangnya aktivitas fisik nyeri saat defekasi

3. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Noc	Nic
1.	Nyeri akut b/d trauma jahitan luka episiotomi.	**NOC :** ❖ Pain Level, ❖ Pain control, ❖ Comfort level **Kriteria Hasil :** 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan). 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 5. Tanda vital dalam rentang normal	**Pain Management** 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau 6. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau 7. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan 8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 9. Kurangi faktor presipitasi nyeri 10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)

			11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi 13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri 14. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri 15. Tingkatkan istirahat 16. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil 17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri **Analgesic Administration** 1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat 2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi 3. Cek riwayat alergi 4. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu 5. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri 6. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal 7. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk

			pengobatan nyeri secara teratur 8. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali 9.
2.	Resiko infeksi b/d trauma jaringan atau kerusakan kulit.	**NOC :** ❖ Immune Status ❖ Knowledge : Infection control ❖ Risk control **Kriteria Hasil :** 1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya 3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi 4. Jumlah leukosit dalam batas normal 5. Menunjukkan perilaku hidup sehat	**NIC :** **Infection Control (Kontrol infeksi)** 1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain 2. Pertahankan teknik isolasi 3. Batasi pengunjung bila perlu 4. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien 5. Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan 6. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan kperawtan 7. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung 8. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat 9. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum 10. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing

			11. Tingktkan intake nutrisi 12. Berikan terapi antibiotik bila perlu **Infection Protection (proteksi terhadap infeksi)** 1. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal 2. Monitor hitung granulosit, WBC 3. Monitor kerentanan terhadap infeksi 4. Batasi pengunjung 5. Saring pengunjung terhadap penyakit menular 6. Partahankan teknik aspesis pada pasien yang beresiko 7. Pertahankan teknik isolasi k/p 8. Berikan perawatan kulit pada area epidema 9. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase 10. Inspeksi kondisi luka / insisi bedah 11. Dorong masukkan nutrisi yang cukup 12. Dorong masukan cairan 13. Dorong istirahat 14. Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep 15. Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi

			16. Ajarkan cara menghindari infeksi 17. Laporkan kecurigaan infeksi 18. Laporkan kultur positif
3.	Kurang pengetahuan b/d kurangnya informasi tentang perawatan post partum.	**NOC :** ❖ Kowlwdge : disease process ❖ Kowledge : health Behavior **Kriteria Hasil :** 1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar 3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya	**NIC :** *Teaching : disease Process* 1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik 2. Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat. 3. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat 4. Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat 5. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengna cara yang tepat 6. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat 7. Hindari jaminan yang kosong 8. Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat 9. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah

			komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit 10. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan 11. Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan 12. Eksplorasi kemungkinan sumber atau dukungan, dengan cara yang tepat 13. Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal, dengan cara yang tepat 14. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat
4.	Risiko tinggi kekurangan cairan berhubungan dengan penurunan masukan/pergantian tidak adekuat, peningkatan haluaran urine dan kehilangan tidak kasat mata meningkat misalnya perdarahan.	**NOC :** • **Status Sirkulasi** : TTV dalam batas Normal • **Status Koagulasi** : Tidak terdapat bleeding • **Pengetahuan** : Prosedur pengobatan	**NIC :** **Pencegahan Perdarahan** Defenisi : mengurangi stimulus yang mempengaruhi resiko pendarahan pada pasien. **Aktifitas:** 1. Memonitor pasien secara ketat untuk perdarahan 2. Catatan tingkat hemoglobin / hematokrit sebelum dan sesudah kehilangan darah, seperti yang ditunjukkan 3. Memantau tanda-tanda dan gejala perdarahan

			yang persisten (misalnya memeriksa semua sekresi atau darah okultisme) 4. Memantau koagulasi, termasuk waktu prothombin (PT), waktu tromboplastin parsial (PTT), fibrinogen, degradasi / split fibrin produk, dan jumlah trombosit, jika diperlukan 5. Memantau tanda-tanda vital ortostatik, termasuk tekanan darah 6. Menjaga istirahat selama perdarahan aktif 7. Mengelola produk darah 8. Melindungi pasien dari trauma, yang dapat menyebabkan perdarahan 9. Menghindari suntikan (IV, IM, atau SQ), yang sesuai 10. Menginstruksikan pasien ambulasi untuk memakai sepatu 11. Menggunakan sikat gigi yang lembut untuk perawatan mulut 12. Menggunakan pisau cukur listrik untuk mencukur 13. Menghindari prosedur invasif, jika mereka diperlukan, memantau secara ketat untuk perdarahan 14. Mengkoordinasikan waktu prosedur invasif dengan transfusi trombosit atau plasma beku segar, jika sesuai 15. Menahan diri dari memasukkan benda ke lubang berdarah

			16. Menghindari mengambil suhu rectal 17. Hindari mengangkat benda berat 18. Mengelola obat-obatan (e.g., antasida), yang sesuai 19. Menginstruksikan pasien untuk menghindari aspirin atau antikoagulan lainnya 20. Menginstruksikan pasien untuk meningkatkan asupan makanan yang kaya vitamin K 21. Gunakan kasur terapi untuk meminimalkan trauma kulit 22. Menghindari sembelit (misalnya, mendorong asupan cairan dan pelunak tinja), yang sesuai 23. Menginstruksikan pasien dan / atau keluarga pada tanda-tanda perdarahan dan tindakan yang tepat (misalnya, memberitahukan perawat)
5.	Perubahan pola eliminasi urinarius berhubungan dengan trauma mekanis	**NOC** • Urinary elimination • Urinary continuence **Kriteria hasil:** • Kandung kemih secara penuh	NIC Urinary retention care 1. Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia 2. Memantau pengguna obat dengan sifat antikolinergik

		• Bebas dari isk • Tidak ada spasme bladder • Balance cairan seimbang	3. Menggunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiram toilet 4. Merangsang refleks kandung kemih 5. Sediakan waktu yang cukup untuk mengosongkan kandung kemih
6.	Resiko tinggi konstipasi berhubungan dengan kurangnya aktivitas fisik nyeri saat defekasi	**NOC** • Tidak terjadi konstipasi **Kriteria hasil :** • Mampu kembali kebiasaan defekasi seperti biasanya dengan ketidaknyamanan minimal	1. Auskultasi adanya bising usus 2. Kaji terhadap adanaya hemoroid dan berikan informasi tentang memasukkan hemoroid kembali ke dalam rectal dengan jari uang dilumasi 3. Anjurkan klien minum secara adekuat ± 1500-2000 ml/hari 4. Anjurkan klien untuk mengkonsumsi bahan makanan yang berserat tinggi seperti: sayuran dan buah-buahan 5. Anjurkan klienuntukrendamduduk dengan air hangat sebelumrelaksasi 6. Anjurkan pasien untuk ambulasi sesuai toleransi 7. Berikan pelunak feses atau laksatif jika diindikasikan

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah nomor ke empat dari proses keperawatanyaitu dengan melaksanakan dari berbagai strategi dari keperawatan dengan berbagai strategi atau tindakan keperawatan yang telah direncanakan dalam recana.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah yang terakhir dalam proses dari keperawatan yaitu dengan melakukan identifikasi bahwa sejauh mana rencana keperawatan yang dilakukan tercapai atau tidak tercapai dalam melakukan intervensi tersebut.

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

3.1 ASUHAN KEPERAWATAN KASUS

Tempat : Ruangan KB IGD RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi

Tanggal Masuk : 16 Oktober 2018 Pukul : 23.00 WIB

3.1.1 Pengkajian

Tanggal pengkajian : 17 Oktober 2018 Pukul : 11.00 WIB

a. Data Subjektif

1) Identitas Pasien

a) Nama : Ny.N
b) Umur : 23 Tahun
c) Agama : Islam
d) Suku Bangsa : Minang/Indonesia
e) Pendidikan : SMA
f) Pekerjaan : IRT
g) Alamat : Garegeh

Identitas penanggung jawab

a) Nama : Tn.R
b) Umur : 27 Tahun
c) Agama : Islam
d) Suku Bangsa : Minang/Indonesia
e) Pendidikan : SMA
f) Pekerjaan : Wiraswasta
g) Alamat : Garegeh
h) Hub dg klien : Suami klien

b. Keluhan Utama

Pasien mengatakan bahwa merasakan nyeri pada bagain luka jahitan episiotomi.

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat penyakit sekarang

Psien mengatakan saat ini merasakan nyeri pada bekas luka jahitan episiotomi dan perut terasa mules serta saat ini tidak sedang seperti batuk, pilek dan demam.

2) Riwayat Kesehatanyanglalu

(a) Jantung : Pasien mengatakan tidak pernah mengeluh dadanya berdebar-debar saat melakukan aktivitas.

(b) Ginjal : Pasien mengatakan belum merasakan dan mengalami nyeri diperut bagian bawah dan sakit buang air kecil.

(c) Asma / TBC : Pasien mengatakan tidak pernah sesak nafas secara tiba-tiba dan batuk lebih dari 3 bulan.

(d) Hepatitis : Pasien mengatakan pada mata dan ujung jari tidak terlihat kuning, BAB lembek, BAK kuning.

(e) Diabetes Melitus: Pasien mengatakan tidak pernah banyak makan, minum dan BAK tidak pernah lebih dari 7 kali pada malam hari.

(f) Hipertensi : Pasien mengatakan tekanan darahnya setiap diperiksa tidak pernah melebihi 140/90 mmHg.

(g) Epilepsi : Pasien mengatakan tidak pernah merasakan kejang-kejang yang disertai dengan mengeluarkan busa yang berasal dari mulutnya.

3) Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan baik dari pihak dirinya maupun dari pihak suami tidak ada yang mempunyairiwayat penyakit menurun seperti diabetes, hipertensi, jantung dan riwayatpenyakitmenular seperti asma / TBC dan HIV / AIDS dan pasien juga belum pernah mempunyai riwayat operasi.

d. Riwayat Menstruasi

1) Menarche : Pasien mengatakan haid pertama kali pada umur 12 tahun.

2) Siklus : Pasien mengatakan siklus haidnya 28 – 30hari.

3) Lama : Pasien mengatakanlamanya haid 6 – 7 hari.

4) Banyaknya : Pasien mengatakan 2 – 3xganti pembalut perhari.

5) Teratur/tidak teratur : Pasien mengatakan haidnya teratur setiap bulan.

6) Sifat darah : Pasien mengatakan sifat darahnya encer berwarna merah kecoklatan.

7) Dismenorhoe : Pasien mengatakan tidak pernah mengeluh nyeri saat menstruasi.

e. Riwayat Perkawinan

Status perkawinan : Sah. Kawin 1 kali pada umur 21 tahun, dengan suami umur 25 tahun. Lamanya perkawinan 2 tahun, dan belum mempunyai anak.

f. Riwayat persalianan, kehamilan dan nifas

Pasien mengatakan ini kehamilan, persalinan dan nifas yang pertama.

g. Riwayat Keluarga Berencana

Pasien mengatakan jika pasien belum pernah ber-KB. Rencana setelah kelahiran anak pertama ini pasien akan menggunakan KB, tetapi pasien belum mengetahui KB apa yang ingin digunakan atau di pakai setelah melahirkan anak pertamnya.

h. Riwayat Kehamilan Sekarang

1) HPHT : 22 Januari 2018

2) HPL : 29 Oktober 2018

3) Keluhan-keluhan pada

Trimester I : Pasien mengatakanmengeluhmual dan muntah setiap pagi hari.

Trimester II : Pasien mengatakan tidak ada keluhan

Trimester III : Pasien mengatakan sering pegal-pegal di sekitar pinggang.

4) ANC : 6 kali, Teratur, di bidan

Trimester I : Pasien mengatakan 1 x pada umur kehamilan 1 bulan.

Trimester II : Pasien mengatakan 2 x pada umur kehamilan 3 bulan dan 6 bulan.

Trimester II : Pasien mengatakan 3 x padaumurkehamilan 7 bulan, 8 bulan dan 9 bulan.

5) Penyuluhan yang didapat

Pasien mengatakan pernah mendapat penyuluhan mengenai gizi ibu hamil dan tanda bahaya kehamilan.

6) Imunisasi TT

Pasien mengatakan mendapatkan imunisasi TT sebelum menikah.

7) Pergerakan Janin

Pasien mengatakan merasakan pergerakan janin pada kehamilan usia masuk 5 bualn

Riwayat Persalinan Sekarang

1) Tempat Persalinan : Ruangan KB IGD RSUD Achmad Mochtar
2) Penolong : Bidan
3) Tanggal/Jam Persalinan: 17 Oktober 2018 Pukul : 05.00 WIB
4) Jenis persalinan : Spontan
5) Komplikasi/kelainan dalam persalinan : Tidak Ada
6) Plasenta
   a) Ukuran : ± 450 gram, panjang tali pusat : ±50 cm
   b) Kelainan : Tidak Ada

7) Perineum

a) Ruptur / tidak : Ya, meliputi mukosa vagina,komisuraposterior, kulit jaringan perineum, dan otot perineum. Episiotomi mediolateralis.

b) Dijahit / tidak : Ya, dengan Teknik jelujur

8) Perdarahan

a) Kala I : 50 ml

Kala II : 40 ml

Kala III : 30 ml

Kala IV : 30 ml

Jumlah : 150 ml

9) Tindakan Lain : Tidak Ada

10) Lama Persalinan

Kala I : 3 Jam-menit

Kala II : 1 jam 30 menit

Kala III : - jam 30 menit

Kala IV : 1 jam – menit

Jumlah : 6 jam- menit

11) Keadaan Bayi

BB : 3700 gram

PB : 49 cm

Jenis Kelamin : Laki-laki

Apgar Score : 8/10

Cacat Bawaan : Tidak ada

Masa Gestasi : 40 Minggu

j. Pola Kebiasaan selama Post Partum

No	Aktivitas	Sebelum dirawat	Saat dirawat
1	Pola nutrisi	Pasien makan 3 kali sehari dengan porsi sedang, nafsu makan baik. Pasien minum sehari 7-8 gelas air putih dan diselingi minum susu, pasien tidak menyukai teh ataupun kopi. Pasien mengatakan tidak ada keluhan.	Pasien makan 1 kali sebelum melahirkan pada jam 21.00 WIB tanggal 16 Oktober 2018 dengan porsi makan sedikit dan nafsu makan yang kurang. Pasien minum 2 gelas teh.
2	Pola eliminasi	Pasien mengatakan BAB 1 X dalam sehari secara konsistensi kadang lunak kadang keras,bau yang khas serta warna yang kuning. Pasien mengatakan selama hamil BAK lebih sering terutama pada trisemester ke 3 yaitu 7-9 kali dalam sehari dengan warna kuning jernih dan bau yang khas.	Pasien mengatakan belum ada BAB setelah melahirkan. Pasien mengatakan setelah melahirkan BAK sudah 2 kali setelah melahirkan pukul 06.00 WIB dan 09.WIB pada tanggal 17 Oktober 2018.
3	Pola	Selama masa kehamilan	Klien dibantu sepenuhnya

	aktvitas	pasien mengatakan masih bekerja dalam mengurus rumah tapi dengan hati-hati dan tidak terlalu capek.	oleh keluarga karena merasa letih dan lemah. Klien juga mengatakan kurang bergerak karena dan masih merasa takut terhadap luka jahitannya dan klien masih merasakan nyeri pada luka jahitannya.
4	Pola istirahat dantidur	Tidur malam lebih kurang 8 jam dari jam 21:00 – 04:30 wib, tidur siang lebih kurang 3 jam dari jam 14:00 – 16:00 wib.	Pasien mengatakn baru tidur 2 jam setelah melahirkan.
5	Pola personal hygiene	Mandi 2 kali sehari, mandi secara menyeluruh dariujung rambutsampaiujung kaki. Keramas hanya 4 kali seminggu.	Pemenuhan kebersihan diri dibantu oleh keluarga.

k. Riwayat Psikologis dan Spritual

Pasien mengatakan sangat bahagia dan senang dengan kelahiran anak pertama yang sekarang ini, keluarganya pun sangat senang dan sangat antusias sekali terhadap ibu dan bayinya, pasien beragama islam dan tidak bahkan jarang meninggalkan sholat nya dan selalu berdoa. Pasien masuk kedalam fase Taking In (Dependent) dimana pasien

masuk hari ke satu setelah melahirkan pada dilakukannya pengkajian tanggal 17 Oktober 2018. Fase ini pasien sangat butuh dilayani dan di lindungi karena pada tahap ini pasien benar – benar ketergantungan

Riwayat Sosial Budaya

1) Dukungan keluarga

   Pasien mengatakan suami dan keluarganya sangat mendukung dengan kelahiran anaknya yang pertama ini.

2) Keluarga lain yang berada di rumah

   Pasien mengatakan tinggal berdua serumah dengan suami.

3) Pantangan makanan

   Pasien mengatakan tidak ada pantangan dalam makan apa saja saat hamil maupun setelah melahirkan.

4) Kebiasaan adat istiadat

   Pasien mengatakan tidak ada kebiasaan adat istiadat selama hamil atau sesudah melahirkan.

5) Penggunaan obat-obatan/rokok

   Pasien mengatakan hanya meminum obat yang di beri oleh bidan dan pasien tidak pernah merokok. Pasien mengatakan ayah kandung dan suaminya merokok.

m. Pengetahuan Ibu

Pasien mengatakan setelah melahirkan harus memperbanyak makan sayuran hijau seperti daun katu untuk mempelancar pengeluaran ASI, pasien mengatakan ASI sangat baik untuk bayinya, untuk perkembangan serta pertumbuhan bayinya dan juga untuk kekebalan

tubuh bayinya, pasien mengatakan sedikit paham tentang makanan untuk bayinya, pasien mengatakan belum paham cara perawatan setelah melahirkan, pasien mengatakan kurang begitu paham mengenai cara merawat payudara dengan benar, dan juga pasien juga mengatakan dalam merawat bayinya masih di bantu dengan keluarganya.

Pemeriksaan Fisik (Data Objektif)

1) Status Generalis

a) KeadaanUmum : Baik

b) Kesadaran : Composmentis

c) TTV : TD =110/70 mmHg

N = 92 x/menit

S = 36,8^{O}C

P = 22 x/menit

d) TinggiBadan : 156 cm

e) Berat Badan : 65 kg

f) LILA : 26,5 cm

2) Pemeriksaan fisik

a. Inspeksi

Rambut	bersih, hitam gelombang, ada rontok dan tidak ada massa,benjolan dan nyeri tekan.
Wajah	tidak ada oedema dan tidak ada kloasma gravidarum (binti-bintik) pigmen kecoklatan diwajah
Mata	kongjungtiva pucat, sklera putih tidak ikterik, tidak adanya nyeritekan , fungsi penglihatan baik dan tidak menggunakan alat bantu penglihatan.
Telinga	tidak ada serumen, pendengaran baik, tidak

	adanya nyeri pada saat di tekan, tidak ada benjolan.
Hidung	tidak ada polip, fingsi penciuman baik dan tidak adanya nyeri saat ditekan
Mulut/gigi/ gusi	bibir pucat, tidak ada sariawan, mulut dan gigi bersih
Abdomen	Terdapat linea nigra, tidak ada nyeri tekan, ada striae gravidarum, , kontraksi kuat, perkusi tympani
Genetalia	Lochea rubra, warna merah kecoklatan, jumlah pembalut 2 kali dalam 1 hari
Perineum dan anus	Terdapat 5 jahitan pada perineum, keadaan luka basah, tidak ada tanda radang. Tanda REEDA: tidak tampak adanya kemerahan, ekimosis, terdapatdarah, kerekatan jahitan: kuat pada area perineum.
Ekstremitas	Atas:tangankanan terpasang infuse RL 20 tetes/menit, kuku pendek, bersih, turgor kulit baik, tidak ada kelainan , akral teraba hangat Bawah : turgor kulit baik, kuku pendek, bersih, tidak ada varices, tidak ada kelainan, akral teraba hangat

b. Palpasi

Leher	Tidakadapembesarankelenjargondok,tidak ada tumor, tidak adapembesaran kelenjar limfe.
Dada	Tidak ada pembengkakan pada mamae, tidak ada tumor, simetris kanan dan kiri, areola hiperpigmentasi, putting susu bersih dan menonjol, kolostrum/ASI sudah keluar.
Abdomen	Kontraksi keras, tinggi fundus 2 jari dibawah pusat
Ekstremitas	Tidak ada varices, tidak ada oedema

3) Teraphy

- Infuse RL 20 tetes/menit
- Amphicilin 500 mg 3 kali 1 tablet
- Sf 3 kali 1 tablet
- Antalgin 500 mg 3 kali 1 tablet
- Injeksi Vit. K 3x1 (IV)
- Injeksi Vit. C 3x1 (IV)
- Asam mefenamat 3x1 tablet (peroral)

4) Pemeriksaan Penunjang

- Hasil Labor

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Normal
Hemoglobin	9,6 gr %	12,00 - 15,00 gr %
Hematokrit	36,70 %	35,00 – 47,00 gr %
Trombosit	213.000 mm^3	150.00 – 400.000 mm^3
Leukosit	7.800 mm^3	4.000 – 10.000 mm^3
Eritrosis	2,76 mm^3	4,5 – 6 juta/ mm^3

b. Analisa Data

Data	Masalah	Etiologi
DS : - Pasienmengatakannyeripada lukajahitan - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak - Pasien mengatakan skala nyeri 4 DO : - Klientampak meringis - Klien tampak tidak bebas saat	Nyeri akut	Trauma jahitan luka episiotomi

bergerak - Skala nyeri 4 yaitu sedang - TD: 110/70 mmHg - N: 92 x/i - S : 36,8℃ - Terdapat luka jahitan di perineum: 5 jahitan - Episiotomi mediolateralis		
DS : - Pasien mengatakan takut untuk berjalan - Pasien mengatakan mengganti pembalut 2x/hari DO : - Kesadaran : compos mentis - TTV : TD : 110/70 mmHg N : 92 x/i S :36,8^{O}C R : 22 x/i - Tidak ada kemerahan - Kerekatan jahitan kuat - Terdapat darah warna terang - Lochea rubra - Ekimosis - Bau : seperti darah biasa dan tidak busuk. - Leukosit : 7.800 mm^{3}	Resiko infeksi	Trauma
DS: - Klien mengatakan belum tahu cara perawatan post partum	Kurang pengetahuan	Kurangnya informasi tentang perawatan post partum.

- Klien mengatakan belum tahu mengenai cara perawatan payudara - Klien mengatakan ingin mengetahui manfaat lebih dari ASI. - Klien mengatakan belum tahu akan memakai KB apa setelah melahirkan ank pertamanya. DO - Klien tampak bingung - Klien tampak banyak bertanya - Klien banyak menggeleng saat di Tanya		

2. Diagnosa Keperawatan

a) Nyeri(akut)berhubungandengan trauma jahitan luka episiotomi.
b) Risikoinfeksi b/d trauma jaringan atau kerusakan kulit.
c) Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan post partum.

3. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Noc	Nic
1.	Nyeri akut b/d trauma jahitan luka episiotomi.	**NOC :** ❖ Pain Level, ❖ Pain control, ❖ Comfort level **Kriteria Hasil :** 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan). 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 5. Tanda vital dalam rentang normal	**Pain Management** 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau 6. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau 7. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan 8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 9. Kurangi faktor presipitasi nyeri 10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal) 11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi

			12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi 13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri 14. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri 15. Tingkatkan istirahat 16. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil 17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri **Analgesic Administration** 1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat 2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi 3. Cek riwayat alergi 4. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu 5. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri 6. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal 7. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur 8. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali

2.	Resiko infeksi b/d trauma jaringan atau kerusakan kulit.	**NOC :** ❖ Immune Status ❖ Knowledge : Infection control ❖ Risk control **Kriteria Hasil :** 1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya 3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi 4. Jumlah leukosit dalam batas normal 5. Menunjukkan perilaku hidup sehat	**NIC :** **Infection Control (Kontrol infeksi)** 1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain 2. Pertahankan teknik isolasi 3. Batasi pengunjung bila perlu 4. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien 5. Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan 6. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan kperawtan 7. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung 8. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat 9. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum 10. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing 11. Tingktkan intake nutrisi 12. Berikan terapi antibiotik bila perlu **Infection Protection (proteksi terhadap infeksi)**

			1. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal 2. Monitor hitung granulosit, WBC 3. Monitor kerentanan terhadap infeksi 4. Batasi pengunjung 5. Saring pengunjung terhadap penyakit menular 6. Partahankan teknik aspesis pada pasien yang beresiko 7. Pertahankan teknik isolasi k/p 8. Berikan perawatan kuliat pada area epidema 9. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase 10. Inspeksi kondisi luka / insisi bedah 11. Dorong masukkan nutrisi yang cukup 12. Dorong masukan cairan 13. Dorong istirahat 14. Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep 15. Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi 16. Ajarkan cara menghindari infeksi 17. Laporkan kecurigaan infeksi 18. Laporkan kultur positif
3.	Kurang pengetahuan b/d kurangnya informasi tentang perawatan post partum.	**NOC :** ❖ Kowlwdge : disease process ❖ Kowledge : health Behavior	**NIC :** *Teaching : disease Process* 1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik 2. Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan

		Kriteria Hasil : 1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar 3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya	bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat. 3. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat 4. Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat 5. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengna cara yang tepat 6. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat 7. Hindari jaminan yang kosong 8. Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat 9. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit 10. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan 11. Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan 12. Eksplorasi kemungkinan sumber atau dukungan, dengan cara yang tepat 13. Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal, dengan cara yang tepat 14. Instruksikan pasien mengenai tanda

			dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat

4. Implementasi Keperawatan

No	Hari/ tanggal	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
1	Rabu / 17 Oktober 2018	Nyeri akut b/d trauma jahitan luka episiotomi.	1. Melakukan pengkajian skal nyeri 2. Membantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan 3. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 4. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi dengan mengompres dingin perineum untuk mengurangi nyeri dengan menggunakan cairan NaCL 0,9 %. 5. Meningkatkan istirahat 6. Mengkolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil 7. Memonitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri.	S : - Pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada luka jahitan dan pada saat bergerak. - Pasien mengatakan skala nyeri berkurang yaitu skala nyeri 3 - Pasien mengatakan masih sulit bergerak karena takut jahitan akan terbuka - Pasien mengatakan merasakan nyaman saat dilakukan kompres dingin NaCL 0,9 % pada area perineum. O : - Saat pemeriksaan tampak pasien masih meringis - Tampak masih membatasi gerakan TTV : TD : 110/70 mmHg N : 92x/menit S : 36,8^{O}C R : 20x/menit A: Masalah belum teratasi I : Membantu aktivitas pasien

		Resiko infeksi b/d trauma jaringan atau kerusakan kulit.	1. Memantau suhu tubuh 2. Membersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain 3. Mempertahankan teknik isolasi 4. Membatasi pengunjung bila perlu 5. Menginstruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien 6. Menggunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan 7. Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan kperawatan 8. Menggunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung 9. Mempertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat 10. Meningktkan intake nutrisi 11. Memberikan terapi antibiotik bila perlu 19. Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal 12. Melakukan perawatan perineum untuk mengurangi resiko infeksi 13. Melihat kondisi luka/ insisi	S : - Pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan - Pasien mengatakan masih tampak takut membersihkan area organ intim nya. - Pasien tampak hanya menyiram dengan air pada saat melakukan vulva hygiene. O : - Tanda-tanda REEDA (-) - Keadaan luka basah - Tampak ada 5 jahitan - Tidak ada kemerahan - Lochea rubra - Jahitan kuat merekat di perineum - Terdapat darah merah terang TTV : TD : 110/70 mmHg N : 92x/menit S : 36,8^{O}C R : 20x/menit A: Masalah belum teratasi I : Mengontrol infeksi - Mengobservasi luka episiotomi - Menganjurkan pasien untuk ambulasi

			bedah. 20. Mengajarkan cara menghindari infeksi dengan cara melukan perawatan pada perineum dan sering mengganti pembalut.	
		Kurang pengetahuan b/d kurangnya informasi tentang perawatan post partum.	1. Memberikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik 2. Menyediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat yaitu dengan memberikan informasi kepada pasien mengenai cara perawatan post partum, cara perawatan payudara, manfaat asi, macam-macam kb. 3. Mendukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan 4. Menyakan ke pasien pasien mengenai tanda dan gejala yang belum di ketahui untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat.	S : - Pasien mengatakan masih belum paham cara mengenai cara perawatan post partum. - Pasien mengatakan belum paham tentang cara perawatan payudara. - Pasien sudah mengetahui sedikit cara perawat perineum dengan benar - Pasien mengatakan ingin mengetahui manfaat lebih tentang ASI O: - Pasien tampak memperhatikan - Pasien tampak mempraktekkan caranya A: Masalah belum teratasi I : Meningkatkan pengetahuan pasien

No	Hari/ tanggal	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
1	Kamis / 18 Oktober 2018	Nyeri akut b/d trauma jahitan luka episiotomi.	1. Melakukan pengkajian skala nyeri 2. Membantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan 3. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 4. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi dengan mengompres dingin perineum untuk mengurangi nyeri dengan menggunakan cairan NaCL 0,9%. 5. Meningkatkan istirahat 6. Mengkolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil 7. Memonitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri.	S : - Pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan nya tak menentu dan pada saat bergerak. - Pasien mengatakan perutnya masih mules - Pasien sudah tahu hasil pemeriksaannya - Pasien mengatakan skala nyeri 2 - Pasien mengatakan belum BAB - Pasien mengatakan sudah bisa miring ke kanan dan ke kiri, pasien dapat merapatkan pantat dan paha pada saat bangun tidur untuk duduk. - Pasien bersedia dilakukan kompres dingin kembali. O : - Saat pemeriksaan tampak pasien masih meringis - Pasien tampak sudah bisa duduk dan merapatkan paha. - Kontraksi uterus kuat - Tinggi fundus uteri : 2 jari di bawah pusat TTV : TD : 110/80 mmHg N : 86x/menit

				S : 36,6^{O}C R : 20x/menit A: Masalah belum teratasi I : Mengobservasi keadaan umum dan tanda-tanda vital
		Resiko infeksi b/d trauma jaringan atau kerusakan kulit.	1. Memantau suhu tubuh 2. Membersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain 3. Mempertahankan teknik isolasi 4. Membatasi pengunjung bila perlu 5. Menginstruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien 6. Menggunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan 7. Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan kperawatan 8. Menggunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung 9. Mempertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat 10. Meningktkan intake nutrisi	S : - Pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan - Pasien mengatakan bersedia dilakukan perawatan perineum - O : - Luka jahitan episiotomi sudah dibersihkan dan sudah di kompres dingin dengan NaCl - Keadaan luka basah - Tampak ada 5 jahitan - Tidak ada kemerahan - Lochea rubra - Jahitan kuat merekat di perineum - Terdapat darah TTV : TD : 110/80 mmHg N : 86x/menit S :36,6^{O}C R : 22x/menit A: Masalah belum teratasi

			11. Memberikan terapi antibiotik bila perlu 21. Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal 12. Melakukan perawatan perineum untuk mengurangi resiko infeksi 13. Melihat kondisi luka/ insisi bedah. 22. Mengajarkan cara menghindari infeksi dengan cara melukan perawatan pada perineum dan sering mengganti pembalut.	I : Mengontrol infeksi
		Kurang pengetahuan b/d kurangnya informasi tentang perawatan post partum.	1. Memberikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik 2. Menyediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat yaitu dengan memberikan informasi kepada pasien mengenai cara perawatan post partum, cara perawatan payudara, manfaat asi, macam-macam kb. 3. Mendukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan 4. Menyakan ke pasien pasien	S : - Pasien mengatakan bersedia menyusui bayinya, bayinya sudah bisa menyusu namun teknik ibu kurang benar. - Pasien mengatakan sudah minum obat yang diberikan perawat - Pasien mengatakan sudah tahu akan menggunakan kb suntik. - Pasien mengatakan belum paham tentang cara perawatan perineum dengan benar. O: - Pasien tampak menyusui bayinya - Teknik menyusui pasien tampak kurang benar. A: Masalah belum teratasi

			mengenai tanda dan gejala yang belum di ketahui untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat.	I : Meningkatkan pengetahuan pasien

No	Hari/ tanggal	Diagnosa	Implemenasi	Evaluasi
1	Jumat / 19 Oktober 2018	Nyeri akut b/d trauma jahitan luka episiotomi.	1. Melakukan pengkajian skal nyeri 2. Membantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan 3. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 4. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi dengan mengompres dingin perineum untuk mengurangi nyeri dengan menggunakan cairan NaCL 0,9 %. 5. Meningkatkan istirahat 6. Mengkolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil 7. Memonitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri.	S : - Pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan berkurang - Pasien mengatakan sudah BAB - Pasien bersedia untuk dilakukan kompres dingin - Pasien mengatakan sebelumnya belum pernah dilakukan kompres dingin pada perawatan perineum O : - Saat pemeriksaan tampak pasien tidak pucat dan kelelahan - Skala nyeri 1 = ringan - Ekpresi wajah klien tampak rileks - Sudah dilakukan perawatan perineum dengan kompres dingin TTV : TD : 120/80 mmHg N : 82x/menit S : 36,6^{O}C R : 20x/menit A: Masalah sudah teratasi I : intervensi dihentikan

		Resiko infeksi b/d trauma jaringan atau kerusakan kulit.	1. Membersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain 2. Mempertahankan teknik isolasi 3. Membatasi pengunjung bila perlu 4. Menginstruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien 5. Menggunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan 6. Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan kperawatan 7. Menggunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung 8. Mempertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat 9. Meningktkan intake nutrisi 10. Memberikan terapi antibiotik bila perlu 11. Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal 12. Melakukan perawatan perineum untuk mengurangi resiko infeksi 13. Melihat kondisi luka/ insisi bedah.	S : - Pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan - Pasien mengatakan mau dilakukan perawatan perineum - Pasien mengatakan sudah tahu cara perawatan vulva hygiene - Pasien tampak sudah tahu cara perawatan luka episiotomi dengan benar O : - Keadaan luka basah - Tampak ada 5 jahitan - Tidak ada tanda-tanda infeksi - Lochea rubra - Jahitan kuat merekat di perineum - Terdapat darah - Tidak ada kemerahan - Tidak ada bintik kebiruan pada perineum - Tidak ada pus/nanah TTV : TD : 120/80 mmHg N : 82x/menit S :36,6^{O}C R : 20x/menit A: Masalah teratasi sebagian I : - Mengontrol infeksi

			14. Mengajarkan cara menghindari infeksi dengan cara melukan perawatan pada perineum dengan sering mengganti pembalut dan cara membersihkan dari depan ke belakang.	- menjelaskan perawatan luka episiotomy - menganjurkan mobilisasi - menganjurkan personal hygiene dengan baik - makan obat secara teratur
		Kurang pengetahuan b/d kurangnya informasi tentang perawatan post partum.	1. Memberikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik 2. Menyediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat yaitu dengan memberikan informasi kepada pasien mengenai cara perawatan post partum, cara perawatan payudara, manfaat asi, macam-macam kb. 3. Mendukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan 4. Menyakan ke pasien pasien mengenai tanda & gejala yang belum di ketahui agar yang memeberi cara perawatan dengan tepat.	S : - Pasien mengatakan sudah tahu cara perawatan vulva hygiene/perineum dengan benar yaitu dengan embersihkan dari depan kebelakang. - Pasien sudah tahu cara menyusui dengan benar - Pasien mengatakan sudah mengerti tata cara-cara perawatan payudara. - Pasien mengatakan sudah mengetahui manfaat lebih tentang ASI O : - Pasien tampak menyusui bayinya dengan benar A: Masalah teratasi I : intervensi dihentikan

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1 Analisis Masalah Keperawatan Kesehatan Masyarakat Perkotaan Pada Ibu Post Partum Pervaginam dengan Episiotomi

Ada beberapa faktor yang timbul akibat dari masalah kesehatan pada masyarakat perkotaan diantaranya meningkatnya jumlah penduduk perkotaan, semakin padatnya jumlah pemukimam penduduk, meningkatnya polusi udara, jumlah limbah dan sampah. Selain yang telah dipaparkan sebelumnya masalah perkotaan dapat terjadi karena pola hidup masyarakat tidak sehat, seperti kurang olahraga, mengkonsumsi makanan yang berkolesterol tinggi, kesibukan pekerjaan dan pengaruh lingkungan akibat stress (Stanhope dan Lancaster, 1996).

Terpaparnya ibu hamil dengan lingkungan perkotaan dengan pola hidup masyarakat yang tidak sehat sangat berpotensi untuk terjadinya gangguan pada kehamilan, melahirkan bahkan pasca melahirkan. Salah satu dari pola hidup yang kurang sehat dan bahkan tidak sehat lagi pada masyarakat perkotaan yaitu kurang nya olahraga. Olahraga pada ibu hamil sangat juga berguna bagi ibu dan juga janin. Selain itu olahraga pada ibu hamil juga dapat mengurangi komplikasi dapat terjadi pada ibu hamil yaitu mengurangi terjadinya gawat janin, gawat ibu, persalinan yang lama karena perineum yang kaku dan tindakan kooperatif (ekstraksi cunam dan vakum). Salah satu olahraga yang dianjurkan untuk ibu hamil adalah Senam Kegel. Senam kegel adalah suatu gerakan yang bisa memperbaiki sirkulasi darah, memperkuat otot-otot dasar panggul dan juga dapat sikap tubuh sehingga tubuh tidak kaku.

Karena kekakuan perineum yang tidak bisa dihindarkan pada robekan perineum dan dilakukan nya episotomi.

Hal ini didukung oleh teori Elsevier (2010), bahwa senam kegel pada primipara pada usia kehamilan < 36 minggu dapat mengurangi derajat robekan perineum pada kala II persalinan. Sejalan dengan pendapat Horneman (2016) bahwa senam kegel dapat menstimulasi aliran darah keperineum yang akan membantu mempercepat proses penyembuhan setelah melahirkan, membantu ibu lebih santai disaat pemeriksaan dalam, membantu menyiapkan mental ibu terhadap tekanan dan regangan perineum dikala kepala bayi akan keluar, menghindari kejadian peroekan pada perineum di saat persalinan dari elastisitas perineum.

Polusi udara (asap dari angkutan umum yang lalu lalang, kendaraan roda dua atau asap rokok) yang sehari-hari dapat ditemukan di perkotaan juga dapat mempengaruhi kehamilan. Menurut Judarwanto (2013), tingginya paparan polusi dari asap kendaraan bermotor pada ibu pada awal dan akhir kehamilan dapat menyebabkan janin tidak tumbuh baik sehingga lahir dengan berat barat lahir rendah atau janin premature. Janin premature merupakan faktor janin yang merupakan salah satu faktor dilakukan episiotomi. Selain itu wanita hamil yang terpapar asap rokok seringkali mengalami gangguan selama kehamilan, diantaranya abortus, pre eklamsi, abruption plasenta dan berat badan lahir rendah (Amasha & Jaraeh, 2012).

Klien berinisial Ny. N (23 tahun) seorang wanita biasa yang bekerja sebagai ibu rumah tangga, ini merupakan pernikahan pertamanya. Salah satu faktor penyebab klien dilakukan episiotomi pada saat klien persalinan yaitu di karenakan klien primigravida, klien dalam

persalinan yang lama karena perineum yang kaku, klien pada saat kehamilan kurang nya informasi untuk mengikuti olahraga atau senam ibu hamil. Tempat tinggal klien di Garegeh. Klien sering berada di rumah dan kurang mengikuti kegiatan di luar di karenakan rumah klien jauh dari jalan lalu lintas. Lingkungan tempat tinggal klien cukup jauh dari jalan raya, memakan waktu sekitar 20 menit. Lingkungan rumah berada di perumahan dengan padat penduduk. Rumah klien tampak asri, terdapat halaman dan memiliki cukup ventilasi.

Diagnosa keperawatan yang pertama yang timbul pada klien pada pemeriksaan post partum adalah nyeriakut berhubungan dengantrauma jahitan luka episiotomi, karena pada saat pengkajian didapatkan data subyektif pasienmengatakannyeripada bagian perineum akibat episiotomi, pasien mengatakan nyeri saat bergerak pada luka jahitan, pasien mengatakan skala untuk skala nyeri 4 yaitu nyeri sedang. Masalah ini perlu diangkat, agar nyeri pada klien dapat berkurang atau hilang. Intervensi yang diberikan untuk mengatasi nyeri akut pada post partum dengan episiotomi ini mengarah kepada manajemen nyeri yaitu dengan memberikan kompres dingin NaCL 0,9% pada daerah perineum yang terasa nyeri akibat jahitan dari episiotomi. Nyeri pada ibu pasca partum harus diatasi, karena jika masih tetap nyeri, hal tersebut dapat mempengaruhi aktivitas ibu, terbatas nya pergerakan, akibatnya ibu susah untuk memberi Air Susu Ibu (ASI) kepada bayi karena ibu merasakan nyeri saat bergerak dan tidak dapat mobilisasi secara bebas. Selain itu juga perubahan emosi, stress pada saat nyeri dihubungkan dengan adanya peningkatan hormon estrogen dan progesterone yang bermakna (Fitriyahsari, 2009).

Diagnosa keperawatan yang kedua yaitu resiko infeksiberhubungandengan trauma jaringan atau kerusakan kulit karena pada saat dilakukan pengkajian didapat data subjektif klien

mengatakan nyeri di sekitar luka jahitan pada saat bergerak, klien mengatakan belum dan takut berjalan, pasien mengatakan mengganti pembalut 2x/hari. Resiko terjadinya infeksi merupakan keadaan seseorang mengalami resiko untuk terserang oleh bakteri patogen, adapun yang menjadi faktor resiko terjadinya infeksi yaitu adanya luka pada kulit trauma jaringan dan penyakit kronik (Carpenito, 2011). Untuk melakukan pengkajian pada resiko terjadinya infeksi yaitu dengan menggunakan REEDA yaitu Redness, Edema, Ecymocis, Discarge, Approximation. Pada ibu pascapartum yang mengalami luka jahitan akibat episiotomi perlu diangkat menjadi sebuah masalah karena akan berpengaruh terjadinya infeksi. Luka episotomi yang tidak dirawat dengan benar biasanya akan mengalami infeksi atau bahkan sepsis pada luka jahitan episotomi. Untuk menghindari hal tersebut ibu post partum perlu dibekali informasi agar pada saat klien sudah berada di rumah dan pada tahap masa pasca partum klien dapat merawat perineum dan melakukan vulva hygiene dengan benar agat tidak mengalami tanda-tanda infeksi. Infeksi yang terjadi pada ibu pacapartum dapat meningkatkan resiko mortalitas. Oleh karena itu perlunya bagi ibu post partu dalam merawat perineum agar tetap terhindar dari resiko infeksi. Intervensi keperawatan yang bisa dilakukan agar menghindari ibu post partum dari infeksi yaitu diantaranya memantau suhu tubuh ibu dengan rutin, biasanya jika seseorang sudah mengalami infeksi maka suhu tubuh akan meningkat, menganjurkan melakukan perawatan perineum dengan tepat dua sampai 3 kali sehari dalam mengganti pembalut atau setelah defekasi dan berkemih (dari depan ke belakang), menganjurkan ibu post partum untukmenjagapersonalhygiene misalnya mencuci tangan sebelum melakukan perawatan perineum, mandi pada tiap hari dan mengganti pembalut setiap empat jam dan mendorong ibu post partum untuk seimbang dalam istirahat yang adekuat dan aktivitas sedang.

Diagnose keperawatan yang ketiga adalah kurangnya pengetahuanberhubungandengan kurangnyainformasitentang perawatan post partum. Kurangnya pengetahuan merupakan keadaan kelompok atau individu mengalami kekuranagan keterampilan psikomotor serta pengetahuan kognitif pada status rencana tindakan dan keadaan pengobatan (Carpenito, 2011). Adapun yang menjadi karakteristik mayor yaitu klien mengatakan kurang pengetahuan atau ketrampilan, meminta pertolongan dan klien mengekspresikan persepsi tentang kondisi kesehatannya. Pada kasus Ny. N, munculnya diagnosa keperawatan kurangnya pengetahuan tentang cara perawatan sesudah melahirkan disebabkan karena keterbatasan informasi yang didapat. Hal ini perlu diperkuat oleh data-data sebagai berikut, pasien mengatakan belum tahu dengan cara perawatan post partum, pasien mengatakan belum mengetahui tentang cara perawata n payudara, pasien mengatakan ingin mengetahui manfaat lebih dari ASI, pasien mengatakan belum tahu akan memakai KB apa setelah melahirkan anak pertamanya. Masalah keperawatan merupakan prioritas ketiga karena menurut Maslow, pengetahuan termasuk dalam aktualisasi diri dan merupakan tingkat kebutuhan yang ada.

4.2 Analisis Intervensi Keperawatan dengan Kompres Dingin NaCL 0,9% dan Penelitian Terkait

Berdasarkan diagnosa, intervensi dan implementasi keperawatan yang telah dilakukan, penulis melihat intervensi keperawatan yang diberikan dapat mengurangi serta mengatasi dengan masalah yang ada. Pada setiap intervensi keperawatan, baik itu nyeri, resiko infeksi dan kurang pengetahuan, penulis melibatkan intervensi nonfarmakologis sebagai intervensi utama untuk mengurangi dan menyelesaikan masalah keperawatan. Pada keperawatan, pelayanan kesehatan kuratif merupakan intervensi mandiri yang ditujukan untuk

penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin. Oleh sebagai perawat melakukan pelayananan kesehatan kuratif perlu terlebih dahulu memiliki pengetahuan dan kemampuan yang tinggi terkait hal-hal yang ingin diberikan dalam pelayanan kesehatan.

Adapun rencana tindakan yang disusun untuk mengatasi nyeri berhubungan dengan trauma jahitan luka episiotomi adalah mengatasi nyeri untuk mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan khusus dan intervensi yang tepat. Salah satu intervensi manajemen nyeri yang diberikan yaitu kompres dingin pada saat dilakukan nya untuk melaksanakan perawatan dari perineum. Kompres dingin digunakan memakai cairan dari NaCL 0,9 % yang mana NaCL 0,9 % adalah cairan yang aman untuk digunakan oleh tubuh dengan konkondisi apapun karena didalamnya mengandung cairan isotonis yaitu bersifat non toksi, fisiologis dan juga tidak menimbulkan rasa hipersensitivitas. Menurut Bashir dan Afzal (2010) bahwa pemberian kompres NaCl 0,9% pada luka dapat menurunkan gejala edema karena cairan normal salin dapat menarik cairan dari luka melalui proses osmosis. Hal ini di dukung oleh penelitian Silvina (2011) yang mengatakan bahwa pemberian kompres dingin merupakan alternative lain yang dapat menghilangkan nyeri dari pada dengan banyak makan obat karena dengan memakan obat yang banyak akan menimbulkan adanya efek analgetik serta memperlambat dari kecepatan untuk hantaran saraf maka impuls dari nyeri dapat menacapai ke otot lebih sedikt lagi.

Selain itu dalam penelitian Wawan (2015) mengatakan bahwa kompres dari cairan NaCl 0,9% memang jauh lebih efektif dari pada kompres alkohol 70% dalam menurunkan intensitas nyeri. Kompres NaCl 0,9% memang sudah terbukti lebih efektif untuk

responden mekanik dan kimiawi karena dengan cairan tersebut bisa mengurangi dari adanya edema serta adanaya eritema. Sedangkan kompres alkohol 70% efektif pada luka yang disebabkan oleh bakteri, namun perlu diperhatikan lama pemberian kompres alkohol 70% karena apabila pemberian terlalu lama dengan frekuensi sering kemungkinan tekstur kulit menjadi kering dan berpotensi banyaknya akumulasi mikrorganisme di permukaan kulit. Selanjutnya monitor tanda-tanda vital untuk mengetahui respon nyeri secara fisiologis. Anjurkan klien untuk duduk dengan mengkontraksikan otot gluteal untuk menurunkan stressor dan tekanan langsung pada perineum.

4.3 Alternatif Pemecahan Masalah yang Dapat Dilakukan

Berdasarkan evaluasi keperawatan yang sudah dilaksanakan dan di dokumentasikan, alternative intervensi lain yang dilakukan jika intervensi keperawatan kompres dingin NaCL 0,9% belum dinilai efektif, maka penulis menggunakan teknik distraksi untuk beberapa diagnose keperawatan. Misalnya pada diagnosa keperawatan nyeri akut, teknik distraksi yang di anjurkan adalah melakukan hal-hal yang klien suka, misalnya mendengarkan musik dan bercerita kepada orang terdekat.

BAB V

PENUTUP

Setelah melakukan tindakan asuhan keperawatan langsung pada Ny.N post partum dengan episiotomi di di Ruangan KB IGD RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi pada tanggal 17-19 Oktober 2018, dapat diambil beberapa kesimpulan, dan digunakan untuk bahan pertimbangannya bagi pemberia askep pada pasien post partum dengan episiotomi.

5.1 Kesimpulan

1. Kasus post partum episiotomi pada Ny. N adalah tipe lateralis atas indikasi perineum yang kaku, efek samping dari tindakan insisi ini adalah penyembuhan luka yang lama. Jika tidak mendapat perawatan yang optimal dapat menimbulkan komplikasi , yaitu terjadinya infeksi pada luka episiotomi.
2. Askep yang dilaksanakan kepada Ny. N mulai dari pengkajian masalah keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Pada kasus Ny. N muncul masalah keperawatan gangguan rasa nyaman nyeri, resiko terjadinya infeksi, dan kurang pengetahuan klien tentang post partum dengan episiotomi. Sesudah dilaksanakan dari tindakan keperawatannya sesuai intervensi yang ada didapatkan hasil evaluasi masalah

dapat teratasi sesuai dengan kriteria hasil. Namun ada masalah resiko terjadinya infeksi hanya teratasi sebagian karena masalah ini masih perlu tindakan lebih lanjut hingga luka episiotomi sembuh.

5.2 Saran

1. Perawat hendaknya telebih dahulu melaksanakan pengkajian post partum untuk episiotomi dengan tepat agar tidak timbul komplikasi yang lebih serius dan berat dengan cara tahap asuhan keperawatan, karena dengan penanganan secara dini dan akurat post episotomi bisa sembuh secara cepat.
2. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan diperlukan kerjasama berasama tim kesehatan yang lain, serta keluarga sehingga dapat dilakukan penentuan tindakan yang tepat.
3. Untuk pendokumentasian hendaknya dilengkapi dengan dilakukan nya pengkajian sampai evaluasi agar pelaksanaan asuhan keperawatan lebih terfokus sehingga intervensi dapat dilakukan dan informasi yang diberikan harus lebih jelas agar dalam pelaksanaannya tidak terjadi salah paham antar anggota perawat.
4. Hendaknya Rumah Sakit memberikan informasi-informasi tentang kesehatan pada pasien dengan menggunakan leafleat agar dapat diinformasikan pada orang lain, sehingga pengetahuan masyarakat tentang kesehatan meningkat yang bertujuan untuk mengubah derajat kesehatan dari masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

Abdul Bari Saifuddin. 2011. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal. Jakarta ; PT Bina Pustaka sarwono Prawirohardjo

Ai Yeyeh, Rukiyah, dkk. et al.(2010).Asuhan Kebidanan 1. Jakarta: CV. Trans InfoMedia.

Ambarwati, E,R,Diah, W. 2010. Asuhan Kebidanan Nifas. Yogyakarta: Nuha Medika

Andarmoyo, Sulistyo. 2013.Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media

Anggraini, Yetti. 2010. Asuhan kebidanan Masa Nifas. Yogyakarta : Pustaka Rihama

APN, (2014). Buku Acuan Persalinan Normal. JNPK-KR: Jakarta

Ari Sulistyawati, (2009), Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas, ANDI. Yogyakarta

Bobak, Lowdermilk, Jense. 2012. Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Jakarta: EGC

Depkes 2017. *Pusat Data Dan Informasi Profil Kabupaten Kota Sumatera Barat.* Online http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KAB_KOTA_2017/1371_Sumbar_Kota_Padang_2017.pdf

Diagnosa Nanda Nic Noc. 2007-2008.

Estiwidani dkk. (2008). Konsep Kebidanan. Yogjakarta: Fitramaya.

Kirana, 2015. Hubungan Tingkat Kecemasan Post Partum Dengan Kejadian Post Partum Blues Di Rumah Sakit Dustira Cimahi. Jurnal Ilmu Keperawatan. Volume Iii, No. 1 April-2015

Mansjoer Arif. 2001. Kapita Selekta Kedokteran. Jakarta : FKUI.

Manuaba,IAC.,IBagus,danIBGde.2010.IlmuKebidanan,PenyakitKandungandanKBuntukPendidikanBidan.Edisikedua.Jakarta:EGC

Marmi. 2012. Asuan Kebidanan Pada Masa Nifas “ Peurperium Care”. Yogyakarta: pustaka pelajar.

Morison, M. J. (2004). Manajemen Luka. Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta : EGC

Nursalam, 2008.Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan:Jakarta: Salemba Medika

Potter, & Perry, A. G. 2007. Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep,. Proses, Dan Praktik, edisi 4, Volume.2. Jakarta: EGC

Potter, Perry. (2010). Fundamental Of Nursing: Consep, Proses and Practice.Edisi 7. Vol. 3. Jakarta : EGC

Prasetyo, S. N. (2010). Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri. Yogyakarta : Graha Ilmu

Prawirohardjo dan Wiknjosastro. 2002. Ilmu Kebidanan. Yayasan Bina Pustaka-Sarwono Prawirohardjo. Jakarta

Prawirohardjo, Sarwono (2005). Ilmu kebidanan. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka

Prawirohardjo. 2005. Buku panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, Edisi 1. Jakarta : Bina Pustaka.

Priharjo, Robert. 2008. Konsep & Perspektif Praktik Keperawatan ProfesionalEdisi 2. Jakarta: EGC

Rosyidi,K. 2013. Muskuloskeletal. Jakarta: Trans Info Media.

Rusda, Mahiya. (2004). Anastesi infiltrasi pada episiotomi. Universitas SumatraUtaraRetrievedMay4,2011,fromhttp://library.usu.ac.id/modules.php.html#1

Saifuddin, Abdul Bari. 2006. Buku Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Tamsuri,2007, Konsep Dan Penatalaksanaan Nyeri EGC, Jakarta

Varney,H., 2007. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4. Jakarta;EGC

Weatherbee, T.G., Dye, K. E., Bissonnette, A., and Mills, A. J. 2009`Valuation Theory and Organizational Change: Towards a Socio-Psychological Method of Intervention,’ Journal of Change Management, 9 (2), pp.195-213.

WHO. World Health Statistics 2015: World Health Organization; 2015.

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Fivi Novita

Nim : 1814901673

Pembimbing I : Ns. Yessi Andriani, M. Kep. SP.MAT

Judul KIA-N : Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Post Partum Pervaginam + Episiotomi Dalam Pemenuhan Kebutuhan Dasar Nyeri Dengan Kompres Dingin (Nacl) Di Ruangan Kb Igd Rsud Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.

No	Hari /Tanggal	Hasil Konsul	Tanda Tangan
1	Rabu, 19-06-2019	- Perbaiki LB, tambahkan sumber - Perbaiki askep teoritis - Tambahkan tinjauan pustaka - Perbaiki askep kasus - Tambahkan pengkajian kasus	[signature]
2.	Jumlah, 21-06-2019	- Perbaiki askep teoritis - Perbaiki Dasar Evaluasi - Lengkapi Pembahasan.	[signature]
3.	Senin, 24-06-2019	- Bahasa Teoritis [illegible] - Tambahkan jurnal pendukung di pendukung.	[signature]
4.	Selasa, 2-07-2019	- Perbaiki Caper untuk evaluasi jurnal dan intervensi yg [illegible] - Pembahasan	[signature]
5.	Rabu, 04-07-2019	Acc Ulu Sugarkan	[signature]

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Fivi Novita

Nim : 1814901673

Pembimbing II : Ns. Yosefina, S. Kep

Judul KIA-N : Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Post Partum Pervaginam + Episiotomi Dalam Pemenuhan Kebutuhan Dasar Nyeri Dengan Kompres Dingin (Nacl) Di Ruangan Kb Igd Rsud Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.

KB (6D)

No	Hari /Tanggal	Hasil Konsul	Tanda Tangan
1.	Rabu, 19-06-2019	1. perbaiki latar belakang 2. perbaiki askep teoritis 3. lengkapi data kasus 4. Perbaiki penulisan	
2.	Selasa, 2/Juli/19	1. penulisan, judul, & kesalahan penulisan 2. Tata letak aline / paragraf dan tabel di perbaiki 3. lengkapi Data" kasus 4. perbaiki pembahasan/analisis perbaiki sesuai saran	
3	Kamis / 4/Juli/19	• perbaiki lat-bel → tampil kan • Buat leaflet u/ DX 3	
		Acc u/ di seminar	

LEMBAR KONSULTASI REVISI KIA-N

Nama : Fivi Novita

Nim : 1814901673

Penguji I : Ns. Yasmi, S.Kep, M.Kes

Judul KIA-N : Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Post Partum Pervaginam + Episiotomi Dalam Pemenuhan Kebutuhan Dasar Nyeri Dengan Kompres Dingin (Nacl) Di Ruangan KB IGD RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.

No	Hari /Tanggal	Hasil Konsul	Tanda Tangan
1	Selasa, 9-07-2019	Tambahkan di latar belakang	
2	Kamis, 11-07-2019	Acc dijilidkan	

LEMBAR KONSULTASI REVISI KIA-N

Nama : Fivi Novita

Nim : 1814901673

Penguji II : Ns. Yessi Andriani, M. Kep. SP.MAT

Judul KIA-N : Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Post Partum Pervaginam + Episiotomi Dalam Pemenuhan Kebutuhan Dasar Nyeri Dengan Kompres Dingin (Nacl) Di Ruangan KB IGD RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.

No	Hari /Tanggal	Hasil Konsul	Tanda Tangan
	Jum'at / 12-07-2019	- Perbaiki penyusunan Manuskrip - Perbaiki Tanda baca Dan penulisan kotya lemahan Semua pandian	[signature]
	Senin / 15-07-2019	Acc untuk Ajilid	[signature]

LEMBAR KONSULTASI REVISI KIA-N

Nama : Fivi Novita

Nim : 1814901673

Pembimbing II : Ns. Yosefina, S.Kep

Judul KIA-N : Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Post Partum Pervaginam + Episiotomi Dalam Pemenuhan Kebutuhan Dasar Nyeri Dengan Kompres Dingin (NaCL) Di Ruangan KB IGD RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.

No	Hari /Tanggal	Hasil Konsul	Tanda Tangan
	Selasa, 16-07-19	Perbaiki Penulisan	
	Kamis, 18-07-19	Acc u/ sidang	