

**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 Ruang 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



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:**

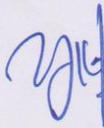
**FIVI NOVITA  
1814901673**

**Karya Ilmiah Akhir Ners ini Telah di Seminarkan**

**Bukittinggi, 06 Juli 2019**

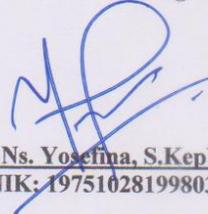
**Dosen Pembimbing**

**Pembimbing I**



**(Ns. Yessi Andriani, M.Kep.Sp.Kep.Mat)  
NIK: 1420116078611073**

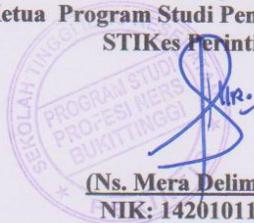
**Pembimbing II**



**(Ns. Yosefina, S.Kep)  
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<sup>1</sup>, Yessi Andriani<sup>2</sup>, Yosefina<sup>3</sup>**  
Mahasiswa Profesi Ners, STIKes Perintis Padang<sup>1</sup>  
Dosen Profesi Ners, STIKes Padang<sup>2,3</sup>  
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<sup>1</sup>, Yessi Andriani<sup>2</sup>, Yosefina<sup>3</sup>**

*Professional Student Nurses, Padang Perintis STIKes<sup>1</sup>*

*Professional Lecturers, Padang Perintis STIKes<sup>2,3</sup>*

*Email: [fnovita97@gmail.com](mailto: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 in the form 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 there was a reduction 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



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 Ruang 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 Yendrizaral 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 semua 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
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN SAMPUL.....</b>	<b>ii</b>
<b>SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIATISME.....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>vi</b>
<b>ABSTRAC.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP .....</b>	<b>viii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR BAGAN.....</b>	<b>xv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xvi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	7
1.3 Tujuan Penulisan .....	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	8
<b>BAB II TINJAUAN TEORITIS</b>	
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
2.10Asuhan 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

Post partum merupakan masa sesudah melahirkan atau persalinan. Masa beberapa jam sesudah lahirnya plasenta atau tali pusat sampai minggu ke enam setelah melahirkan, setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali keadaan yang normal pada saat sebelum hamil (Marmi, 2012). Perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu post partum ibu mengalami perubahan sistem reproduksi dimana ibu mengalami proses pengerutan pada uterus setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Perubahan adaptasi psikologis adanya rasa ketakutan dan kekhawatiran pada ibu yang baru melahirkan. Hal ini akan berdampak kepada ibu yang berada dalam masa nifas menjadi sensitif (Kirana, 2015).

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2015, menyatakan setiap menit seorang ibu melahirkan meninggal karena beberapa komplikasi saat melahirkan. 1.400 perempuan yang meninggal lebih dari satu tahun karena kehamilan berkisar 50.000 perempuan yang meninggal pada saat persalinan dan nifas. Angka Kematian Ibu (AKI) di negara ASEAN lainnya, seperti di Thailand pada tahun 2014 adalah 44/100.000 kelahiran hidup, di Malaysia 39/100.000 kelahiran hidup dan Singapura 6/100.000 kelahiran hidup (Herawati,2016).

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih sangat tinggi salah satunya di Sumatera Barat untuk tahun 2017. Berdasarkan data yang diperoleh dari Kabupaten Kota

terdapat angka kasus kematian ibu sebesar 87,02 %. Kematian maternal paling banyak adalah setelah masa melahirkan sebesar 49,12 %, selanjutnya pada waktu melahirkan sebesar 23,89 %. Berdasarkan data dari bidang pelayanan kesehatan (Yankes) dan Dinas Kesehatan (Dinkes) Provinsi Sumatera Barat pada tahun 2017, angka kasus kematian ibu sebesar 74,97 % dan meningkat menjadi 86,21 % kelahiran hidup pada tahun 2017 (Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Barat, 2017).

Masalah kesehatan fisik dan psikis pada ibu hamil, bersalin, nifas, dan ibu menyusui juga termasuk resiko dalam kehamilan dan persalinan yang mungkin timbul dan mempunyai efek yang bermakna terhadap kualitas hidup ibu. Seorang ibu yang mengalami kehamilan pada saat yang sudah diperkirakan akan mengalami proses persalinan. Proses persalinan merupakan keadaan yang melelahkan secara fisik dan psikis sehingga masa post partum dapat berdampak bagi kualitas hidup ibu diantaranya mengalami robekan perineum. Robekan perineum baik secara alami 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. Peregangan dan robekan yang terjadi akibat dari episiotomi atau tidak dilakukan episiotomi pada jalan lahir selama proses persalinan dapat melemahkan otot-otot dasar panggul (Bobak, 2012).

Pada persalinan, tindakan episiotomi sering dilakukan untuk mengendalikan robekan pada jalan lahir sehingga memudahkan penyembuhan luka karena lebih mudah dijahit dan menyatu kembali (Manuaba, 2011), penyembuhan luka episiotomi dapat membutuhkan waktu berminggu-minggu, bulanan atau tahunan tergantung pada kondisi kesehatan dan

perawatan perineum itu sendiri. Pada penelitian Romi (2012) menyebutkan bahwa luka post episiotomi jika tidak di rawat akan menimbulkan komplikasi secara fisik maupun psikologis.

Episiotomi tidak boleh dilakukan secara rutin karena akan menimbulkan meningkatnya jumlah darah yang hilang dan resiko hematoma, meningkatnya resiko infeksi dan meningkatnya nyeri pasca persalinan. Episiotomi dilakukan jika ada indikasi tertentu misalnya perineum kaku, distosia bahu, fetal distress, persalinan preterm dan persalinan dengan tindakan vacuum maupun forcep (Saifudin, 2011).

Episiotomi adalah insisi yang dibuat pada vagina dan perineum untuk memperlebar bagian lunak jalan lahir sekaligus memperpendek jalan lahir. Robekan perineum atau ruptur terjadi pada hampir setiap persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Seorang primipara atau orang yang baru pertama kali melahirkan terjadi ketika kepala janin keluar. Luka-luka biasanya ringan tetapi juga terjadi luka yang luas dan berbahaya. Jahitan perineum tadi pasti menimbulkan rasa nyeri. Nyeri dapat 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).

Nyeri bersifat subjektif, sehingga respon setiap orang tidak sama saat merasakan nyeri. Nyeri tidak dapat diukur secara objektif, misalnya dengan menggunakan pemeriksaan darah. Orang yang merasakan nyeri yang dapat mengukur tingkatan nyeri yang dialaminya (Potter dan Perry, 2010). Berdasarkan durasinya, nyeri dibagi ke dalam dua kelompok, yaitu akut dan kronis (Weatherbee, 2009). Nyeri akut (*acute pain*) adalah 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 (Andarmoyo, 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 adalah nyeri konstan yang intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri ini berlangsung lama dengan intensitas yang bervariasi dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan (Potter & Perry, 2007).

Penatalaksanaan nyeri dibagi menjadi dua yaitu dengan farmakologi dan nonfarmakologi. Penatalaksanaan nonfarmakologi terdiri dari berbagai tindakan mencakup 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). Manajemen 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 vasokonstriksi 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. 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.

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 Rating 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 akan kemampuannya merawat bayi, stress dan ibu sukar 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 stres 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 farmakologi dan nonfarmakologis baru sebatas tehnik relaksasi napas dalam, untuk terapi kompres dingin belum pernah dilakukan karena mereka beranggapan bahwa nyeri pada pasien post episiotomi itu wajar 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 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 sumbangan pemikiran dan bahan masukan dalam penyelenggaraan rekam medis agar sesuai dengan peraturan yang ada sehingga nantinya dapat di implementasikan di rumah sakit dalam menghadapi akreditasi.
- b. Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam pemecahan masalah dan perbaikan, terutama dalam masalah pemenuhan standar akreditasi rekam medis di rumah sakit

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Pengertian**

Post partum merupakan masa sesudah melahirkan atau persalinan. Masa beberapa jam sesudah lahirnya plasenta atau tali pusat sampai minggu ke enam setelah melahirkan, setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali keadaan yang normal pada saat sebelum hamil (Marmi, 2012). Post partum adalah waktu penyembuhan dan perubahan, waktu kembali pada keadaan tidak hamil, serta penyesuaian terhadap hadirnya anggota keluarga baru. (Mitayani, 2011). Post Partum adalah masa setelah keluarnya placenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Ambarwati, 2010).

Episiotomi adalah insisi yang dibuat pada vagina dan perineum untuk memperlebar bagian lunak jalan lahir sekaligus memperpendek jalan lahir. Robekan perineum atau ruptur terjadi pada hampir setiap persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Pada seorang primipara atau orang yang baru pertama kali melahirkan terjadi ketika kepala janin keluar. Luka-luka biasanya ringan tetapi juga terjadi luka yang luas dan berbahaya. Dari jahitan perineum tadi pasti menimbulkan rasa nyeri. Nyeri dapat 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 adalah insisi dari perineum untuk memudahkan persalinan dan mencegah ruptur p

(Sulistiyawati & Nugraheny, 2010). Episiotomi adalah suatu tindakan insisi pada perineum yang menyebabkan terpotongnya selaput lendir vagina, cincin selaput dara, jaringan pada septum rektovaginal, otot-otot dan fascia perineum dan kulit sebelah depan perineum (Prawirahardjo, 2012).

Smeltzer dan Bare (2002) dalam buku Judha (2012) mendefinisikan nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang actual dan potensial. Nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan lebih banyak orang –orang dibanding suatu penyakit manapun. Nyeri juga didefinisikan sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan ekstensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya (Tamsuri, 2007). Menurut Internasional association for study of Pain (IASP), Nyeri adalah sensori subjektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang didapat terkait dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadi kerusakan.

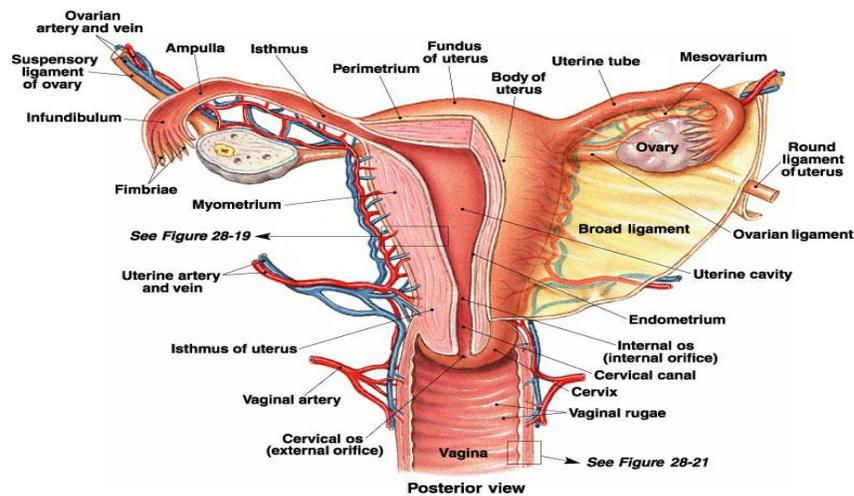
Post partum dengan episiotomi adalah suatu masa yang dimulai setelah partus selesai dan berakhir kira-kira 6 minggu dimana pada waktu persalinan dilakukan tindakan insisi pada perineum yang bertujuan untuk melebarkan jalan lahir dan memudahkan kelahiran. Nyeri perineum (perineal pain) didefinisikan sebagai nyeri yang terjadi pada badan perineum (perineal body), daerah otot dan jaringan fibrosa yang menyebar dari simpisis pubis sampai ke coccygisoleh krena adanya robekan yang terjadi baik di sengaja maupun yang ruptur spontan. Kondisi nyeri ini dirasakan ibu berbeda dengan nyeri lainnya. Nyeri perineum cenderung lebih jelas dirasakan oleh ibu dan bukan seperti rasa nyeri dialami saat berhubungan (intercourse). Nyeri perineum akan dirasakan setelah persalinan sampai

beberapa hari pascasalin. Nyeri ini berbeda dengan dispareunia yaitu nyeri atau rasa tidaknyaman yang terjadi selama hubungan seksual (sexual intercourse), termasuk nyeri saat penetrasi. Dispareunia dapat dikategorikan menjadi dyspareuniasuperfisial dan dalam.

## 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 merupakan jaringan membran muskulo membranosa berbentuk tabung yang memanjang dari vulva ke uterus berada diantara kandung kemih dianterior dan rectum di posterior.

## 2) Uterus

Uterus adalah organ muskuler yang berongga dan berdinding tebal yang sebagian tertutup oleh peritoneum atau serosa. Berfungsi untuk implantasi, memberi perlindungan dan nutrisi pada janin, mendorong keluar janin dan plasenta pada persalinan serta mengendalikan pendarahan dari tempat perlekatan plasenta.

Bentuk uterus menyerupai buah pir yang gepeng dan terdiri atas dua bagian yaitu bagian atas berbentuk segitiga yang merupakan badan uterus yaitu korpus dan bagian bawah berbentuk silindris yang merupakan bagian fusiformis yaitu serviks. Saluran ovum atau tuba falopi bermula dari kornus (tempat masuk tuba) uterus pada pertemuan batas superior dan lateral. Bagian atas uterus yang berada di atas kornus disebut fundus. Bagian uterus dibawah insersi tuba falopi tidak tertutup langsung oleh peritoneum, namun merupakan tempat pelekatan dari ligamentum latum. Titik temu serviks dengan korpus uteri disebut isthmus uteri.

Bentuk dan ukuran bervariasi serta dipengaruhi usia dan paritas seorang wanita. Sebelum pubertas panjangnya bervariasi antara 2,5-3,5 cm. Uterus wanita nulipara dewasa panjangnya antara 6-8 cm sedang pada wanita multipara 9-10 cm. Berat uterus wanita yang pernah melahirkan antara 50-70 gram, sedangkan pada wanita yang belum pernah melahirkan 80 gram atau lebih. Pada wanita muda panjang korpus uteri kurang lebih setengah panjang serviks, pada wanita nulipara panjang keduanya kira-kira sama. Sedangkan pada wanita multipara, serviks hanya sedikit lebih panjang dari sepertiga panjang total organ ini.

Bagian serviks yang berongga dan merupakan celah sempit disebut dengan kanalis servikalis yang berbentuk fusiformis dengan lubang kecil pada kedua ujungnya, yaitu ostium interna dan ostium eksterna. Setelah menopause uterus mengecil sebagai akibat atropi miometrium dan endometrium. Isthmus uteri pada saat kehamilan diperlukan untuk pembentukan segmen bawah rahim. Pada bagian inilah dinding uterus dibuka jika mengerjakan *section caesaria trans peritonealis profunda*.

Suplay vaskuler uterus terutama berasal dari uteri arteria dan arteri ovarika. Arteri uterina yang merupakan cabang utama arteri hipogastrika menurun masuk dasar ligamentum latum dan berjalan ke medial menuju sisi uterus. Arteri uterina terbagi menjadi dua cabang utama, yaitu arteri serviko vaginalis yang lebih kecil memperdarahi bagian atas serviks dan bagian atas vagina. Cabang utama memperdarahi bagian bawah serviks dan korpus uteri. Arteri ovarika yang merupakan cabang aorta masuk dalam ligamentum latum melalui ligamentum infundibulopelvikum. Sebagian darah dari bagian atas uterus, ovarium dan bagian atas ligamentum latum dikumpulkan melalui vena yang didalam ligamentum latum, membentuk pleksus pampiniformis yang berukuran besar, pembuluh darah darinya bermuara di vena ovarika. Vena ovarika kanan bermuara ke vena cava, sedangkan vena ovarika kiri bermuara ke vena renalis kiri.

Persyarafan terutama berasal dari sistem saraf simpatis, tapi sebagian juga berasal dari sistem serebrospinal dan parasimpatis. Cabang-cabang dari pleksus ini mensyarafi uterus, vesika urinaria serta bagian atas vagina dan terdiri dari serabut dengan maupun tanpa myelin. Uterus disangga oleh jaringan ikat pelvis yang terdiri atas

*ligamentum latum, ligamentum infundibolupelvikum, ligamentum kardialis, ligamentum rotundum* dan *ligamentum uterosarkum*.

*Ligamentum latum* meliputi tuba, berjalan dari uterus ke arah sisi, tidak banyak mengandung jaringan ikat. *Ligamentum infundibolupelvikum* merupakan ligamentum yang menahan tuba falopi yang berjalan dari arah infundibulum ke dinding pelvis. Di dalamnya ditemukan urat-urat saraf, saluran limfe, arteria dan vena ovarika. *Ligamentum kardinale* mencegah supaya uterus tidak turun, terdiri atas jaringan ikat yang tebal dan berjalan dari serviks dan puncak vagina ke arah lateral dinding pelvis. Di dalamnya ditemukan banyak pembuluh darah antara lain vena dan arteria uterine. *Ligamentum uterosakrum* menahan uterus supaya tidak bergerak, berjalan dari serviks bagian belakang, kiri dan kanan ke arah *os sacrum* kiri dan kanan, sedang *ligamentum rotundum* menahan uterus antefleksi dan berjalan dari sudut fundus uteri kiri dan kanan ke daerah ingunal kiri dan kanan.

### 3) Serviks Uteri

Serviks merupakan bagian uterus yang terletak di bawah isthmus di anterior batas atas serviks yaitu ostium interna, kurang lebih tingginya sesuai dengan batas peritoneum pada kandung kemih. Ostium eksterna terletak pada ujung bawah segmen vagina serviks yaitu portio vaginalis. Serviks yang mengalami robekan yang dalam pada waktu persalinan setelah sembuh bisa menjadi berbentuk tak beraturan, noduler, atau menyerupai bintang.

Serviks memiliki serabut otot polos, namun terutama terdiri dari jaringan kolagen, jaringan elastin serta pembuluh darah. Selama kehamilan dan persalinan, kemampuan serviks untuk meregang merupakan akibat pemecahan kolagen. Mukosa kanalis servikalis merupakan kelanjutan endometrium. Mukosanya terdiri dari satu lapisan epitel kolumnar yang menempel pada membran basalis yang tipis.

#### 4) Korpus Uteri

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

##### a) Endometrium

Endometrium merupakan bagian terdalam dari uterus, berupa lapisan mukosa yang melapisi rongga uterus pada wanita yang tidak hamil. Endometrium berupa membran tipis berwarna merah muda, menyerupai beludru, yang bila diamati dari dekat akan terlihat ditembusi oleh banyak lubang-lubang kecil yaitu muara kelenjar uterine. Tebal endometrium 0,5-5 mm. Endometrium terdiri dari epitel permukaan, kelenjar dan jaringan mesenkim antar kelenjar yang didalamnya terdapat banyak pembuluh darah. Kelenjar uterine berbentuk tubuler dalam keadaan istirahat menyerupai jari jemari dari sebuah sarung tangan. Sekresi kelenjar berupa suatu cairan alkalis encer yang berfungsi menjaga rongga uterus tetap lembab.

##### b) Miometrium

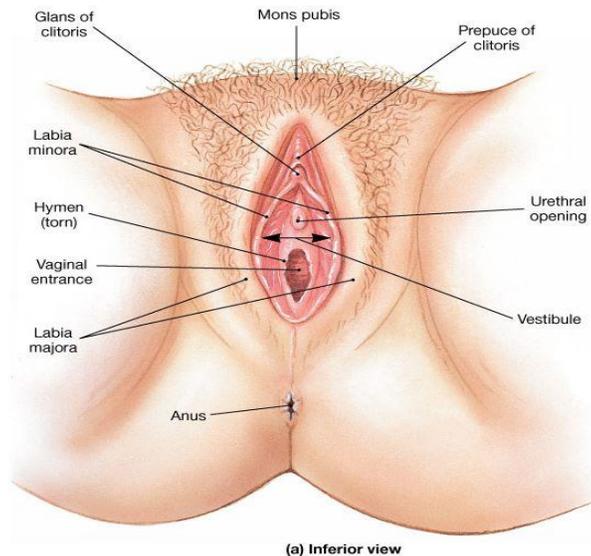
Miometrium merupakan lapisan dinding uterus yang merupakan lapisan

muskuler. Miometrium merupakan jaringan pembentuk sebagian besar uterus, terdiri kumpulan otot polos yang disatukan jaringan ikat dengan banyak serabut elastin di dalamnya. Selama kehamilan miometrium membesar namun tidak terjadi perubahan berarti pada otot serviks. Dalam lapisan ini tersusun serabut otot yang terdiri atas *tunikla muskularis longitudinalis eksterna, oblique media, sirkularis interna* dan sedikit jaringan fibrosa.

c) Peritonium

Peritoneum merupakan lapisan serosa yang menyelubungi uterus, dimana peritoneum melekat erat kecuali pada daerah di atas 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 bagian menonjol diatas simfisis. Pada wanita dewasa ditutupi oleh rambut kemaluan. Pada wanita umumnya batas atasnya melintang sampai pinggir atas simfisis, sedangkan ke bawah sampai sekitar anus dan paha.

2) Labia Mayora (bibir-bibir besar)

Terdiri atas bagian kanan dan kiri, lonjong mengecil ke bawah, terisi jaringan lemak serupa dengan yang ada di mons veneris. Ke bawah dan belakang kedua labia mayora bertemu dan membentuk kommissura posterior.

3) Labia Minora (bibir-bibir kecil)

Labia Minora adalah suatu lipatan tipis dari kulit sebelah dalam bibir besar. Ke depan kedua bibir kecil bertemu dan membentuk diatas klitoris preputium klitoridis dan dibawah klitoris frenulum klitoridis. Ke belakang kedua bibir kecil bersatu dan membentuk fossa navikulare. Kulit yang meliputi bibir kecil mengandung banyak glandula sebacea dan urat saraf yang menyebabkan bibir kecil sangat sensitif dan dapat mengembang.

4) Klitoris

Kira-kira sebesar kacang ijo tertutup oleh preputium klitoridis, terdiri atas glans klitoridis, korpus klitoridis, dan dua krura yang menggantungkan klitoris ke os pubis. Glans klitoridis terdiri atas jaringan yang dapat mengembang, penuh urat saraf dan amat sensitif.

#### 5) Vulva

Bentuk lonjong dengan ukuran panjang dari muka ke belakang dan dibatasi dimuka oleh klitoris, kanan dan kiri oleh kedua bibir kecil dan dibelakang oleh perineum; embriologik sesuai sinus urogenitalis. Di vulva 1-1,5 cm di bawah klitoris ditemukan orifisium uretra eksternum (lubang kemih) berbentuk membulur 4-5 mm dan .tidak jauh dari lubang kemih di kiri dan kanan bawahnya dapat dilihat dua ostia skene. Sedangkan di kiri dan bawah dekat fossa navikular terdapat kelenjar bartholin, dengan ukuran diameter  $\pm$  1 cm terletak dibawah otot konstriktor kunni dan mempunyai saluran kecil panjang 1,5-2 cm yang bermuara di vulva. Pada koitus kelenjar bartolin mengeluarkan getah lendir.

#### 6) Bulbus Vestibuli Sinistra et Dekstra

Terletak di bawah selaput lendir vulva dekat ramus os pubis, panjang 3-4 cm, lebar 1-2 cm dan tebal 0,51- 1cm; mengandung pembuluh darah, sebagian tertutup oleh muskulus ischio kavernosus dan muskulus konstriktor vagina. Saat persalinan kedua bulbus tertarik ke atas ke bawah arkus pubis, tetapi bagian bawahnya yang melingkari vagina sering mengalami cedera dan timbul hamatoma vulva atau perdarahan.

#### 7) Introitus Vagina

Mempunyai bentuk dan ukuran berbeda , ditutupi selaput dara (hymen). Himen mempunyai bentuk berbeda – beda.dari yang semilunar (bulan sabit) sampai yang berlubang- lubang atau yang ada pemisahannya (septum); konsistensinya dari yang kaku sampai yang lunak sekali. Hiatus himenalis (lubang selaput dara) berukuran dari yang seujung jari sampai yang mudah dilalui oleh 2 jari. Umumnya himen robek pada koitus.

Robekan terjadi pada tempat jam 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*

Proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan disebut *involutio*. Proses dimulai setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Pada akhir persalinan tahap III, uterus berada digaris tengah, kira-kira 2 cm dibawah umbilikus dengan fundus bersandar pada promontorium sakralis. Ukuran uterus saat kehamilan enam minggu beratnya kira-kira 1000 gr. Dalam waktu 12 jam, tinggi fundus kurang lebih 1 cm diatas umbilikus. Fundus turun kira-kira 1-2 cm setiap 24 jam. Pada hari keenam fundus normal berada dipertengahan antara umbilikus dan simfisis pubis. Seminggu setelah melahirkan uterus berada didalam panggul sejati lagi, beratnya kira-kira 500 gr, dua minggu beratnya 350 gr, enam minggu berikutnya mencapai 60 gr (Bobak,2004:493).

##### 2) Konstraksi Uterus

Intensitas kontraksi uterus meningkat segera setelah bayi lahir, diduga adanya penurunan volume intrauterin yang sangat besar. Hemostatis pascapartum dicapai akibat kompresi pembuluh darah intramiometrium, bukan oleh agregasi trombosit

dan pembentukan pembekuan. Hormon desigen dilepas dari kelenjar hipofisis untuk memperkuat dan mengatur kontraksi. Selama 1-2 jam I pascapartumintensitas kontraksi uterus bisa berkurang dan menjadi tidak teratur, karena untuk mempertahankan kontraksi uterus biasanya disuntikkan oksitosin secara intravena atau intramuscular diberikan setelah plasenta lahir (Bobak, 2004: 493).

### 3) Tempat Plasenta

Setelah plasenta dan ketuban dikeluarkan, kontriksi vaskuler dan trombosis menurunkan tempat plasenta ke suatu area yang meninggi dan bernodul tidak teratur. Pertumbuhan endometrium menyebabkan pelepasan jaringan nekrotik dan mencegah pembentukan jaringan parut yang menjadi karakteristik penyembuhan luka. Proses penyembuhan memungkinkan endometrium menjalankan siklusnya seperti biasa dan memungkinkan implantasi untuk kehamilan dimasa yang akan datang. Regenerasi endometrium selesai pada akhir minggu ketiga pascapartum, kecuali bekas tempat plasenta (Bobak, 2004: 493).

### 4) *Lochea*

*Lochea* adalah rabas uterus yang keluar setelah bayi lahir, mula-mula berwarna merah lalu menjadi merah tua atau merah coklat. Rabas mengandung bekuan darah kecil. Selama 2 jam pertama setelah lahir, jumlah cairan yang keluar dari uterus tidak boleh lebih dari jumlah maksimal yang keluar selama menstruasi. *Lochea rubra* mengandung darah dan *debris desidua* dan *debris trofoblastik*. Aliran menyembur menjadi merah muda dan coklat setelah 3-4 hari (*lochea serosa*). *lochea serosa* terdiri dari darah lama (old blood), serum, leukosit dan debris jaringan. Sekitar 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 menjadi lunak setelah ibu melahirkan. 18 jam pascapartum, serviks memendek dan 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 pascapartum yang menurun berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Vagina yang semula sangat teregang akan kembali secara bertahap ke ukuran sebelum hamil, 6-8 minggu setelah bayi lahir. Rugae akan kembali terlihat pada sekitar minggu keempat (Bobak, 2004:495).

#### 7) Payudara

Konsentrasi hormone yang menstimulasi perkembangan payudara selama wanita hamil (estrogen, progesteron, *human chorionic gonadotropin*, prolaktin, dan insulin) menurun dengan cepat setelah bayi lahir. Hari ketiga atau keempat pascapartum terjadi pembengkakan (*engorgement*). Payudara bengkak, keras, nyeri bila ditekan, dan hangat jika diraba (kongesti pembuluh darah menimbulkan rasa hangat). Pembengkakan dapat hilang dengan sendirinya dan rasa tidak nyaman berkurang dalam 24 jam sampai 36 jam. Apabila bayi belum menghisap (atau dihentikan), laktasi berhenti dalam beberapa hari sampai satu minggu. Ketika laktasi terbentuk,

teraba suatu massa (benjolan), tetapi kantong susu yang terisi berubah dari hari kehari. Sebelum laktasi dimulai, payudara terasa lunak dan keluar cairan kekuningan, yakni kolostrum, dikeluarkan dari payudara. Setelah laktasi dimulai, payudara terasa hangat dan keras waktu disentuh. Rasa nyeri akan menetap selama 48 jam, susu putih kebiruan

(tampak seperti susu skim) dapat dikeluarkan dari puting susu (Bobak, 2004:498).

#### 8) Laktasi

Sejak kehamilan muda, sudah terdapat persiapan-persiapan pada kelenjar-kelenjar untuk menghadapi masa laktasi. Proses ini timbul setelah ari-ari atau plasenta lepas. Ari-ari mengandung hormon penghambat prolaktin (hormon placenta) yang menghambat pembentukan ASI. Setelah ari-ari lepas, hormone placenta tak ada lagi sehingga terjadi produksi ASI. Sempurnanya ASI keluar 2-3 hari setelah melahirkan. Namun sebelumnya di payudara sudah terbentuk kolostrum yang bagus sekali untuk bayi, karena mengandung zat kaya Gizi dan antibodi pembunuh kuman.

#### 9) Sistem Endokrin

Selama postpartum terjadi penurunan hormon *human placenta latogen* (HPL), estrogen dan kortisol serta *placental enzyme insulinase* membalik efek diabetogenik kehamilan, sehingga kadar gula darah menurun pada masa puerperium. Pada wanita yang tidak menyusui, kadar estrogen meningkat pada minggu kedua setelah melahirkan dan lebih tinggi dari wanita yang menyusui pascapartum hari ke-17 (Bobak, 2004: 496).

#### 10) Sistem Urinarius

Perubahan hormonal pada masa hamil (kadar steroid yang tinggi) turut menyebabkan peningkatan fungsi ginjal, sedangkan penurunan kadar steroid setelah wanita melahirkan akan mengalami penurunan fungsi ginjal selama masa pascapartum. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu 1 bulan setelah wanita melahirkan. Trauma terjadi pada uretra dan kandung kemih selama proses melahirkan, yakni sewaktu bayi melewati hiperemis dan edema. Kontraksi kandung kemih biasanya akan pulih dalam 5-7 hari setelah bayi lahir (Bobak, 2004:497-498).

#### 11) Sistem Cerna

Ibu biasanya lapar setelah melahirkan sehingga ia boleh mengonsumsi makanan ringan. Penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Buang air besar secara spontan bisa tertunda selama tiga hari setelah ibu melahirkan yang disebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada awal masa pasca partum. Nyeri saat defekasi karena nyeri diperinium akibat episiotomi, laserasi, atau hemoroid (Bobak, 2004: 498).

#### 12) Sistem Kardiovaskuler

Pada minggu ke-3 dan 4 setelah bayi lahir, volume darah biasanya turun sampai mencapai volume sebelum hamil. Denyut jantung, volume sekuncup dan curah jantung meningkat sepanjang hamil. Setelah wanita melahirkan meningkat tinggi selama 30-60 menit, karena darah melewati sirkuit uteroplasenta kembali ke sirkulasi umum. Nilai curah jantung normal ditemukan pemeriksaan dari 8-10 minggu setelah wanita melahirkan (Bobak, 2004:499-500).

### 13) Sistem Neurologi

Perubahan neurologi selama puerperium kebalikan adaptasi neurologis wanita hamil, disebabkan trauma wanita saat bersalin dan melahirkan. Rasa baal dan kesemutan pada jari dialami 5% wanita hamil biasanya hilang setelah anak lahir. Nyeri kepala pascapartum disebabkan hipertensi akibat kehamilan, stress dan kebocoran cairan serebrospinalis. Lama nyeri kepala 1-3 hari dan beberapa minggu tergantung penyebab dan efek pengobatan.

### 14) Sistem Muskuloskeletal

Adaptasi sistem muskuloskeletal ibu terjadi selama hamil berlangsung terbalik pada masa pascapartum. Adaptasi membantu relaksasi dan hipermeabilitas sendi dan perubahan pusat berat ibu akibat pembesaran rahim. Stabilisasi sendi lengkap pada minggu ke 6-8 setelah wanita melahirkan (Bobak, 2004: 500-501).

### 15) Sistem Integumen

Kloasma muncul pada masa hamil biasanya menghilang saat kehamilan berakhir; hiperpigmentasi di aerola dan linea tidak menghilang seluruhnya setelah bayi lahir. Kulit meregang pada payudara, abdomen, paha, dan panggul mungkin memudar tapi tidak hilang seluruhnya. Kelainan pembuluh darah seperti *spider angioma (nevi)*, *eritema palmar* dan epulis berkurang sebagai respon penurunan kadar estrogen. Pada beberapa wanita *spider nevi* bersifat menetap (Bobak, 2004: 501-502).

## b. Adaptasi Psikologis Post Partum

Menurut Rubin dalam Varney (2007) adaptasi psikologis post partum dibagi menjadi beberapa fase yaitu :

### 1) Fase Taking In ( dependent)

Fase ini dimulai pada hari kesatu dan kedua setelah melahirkan, dimana ibu membutuhkan perlindungan dan pelayanan pada tahap ini pasien sangat ketergantungan.

### 2) Fase Taking Hold (dependent- independent)

Fase ini 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 minggu kelima sampai minggu keenam setelah kelahiran, dimana ibu mampu menerima tanggung jawab normal.

## 2.3 Klasifikasi

### 2.3.1 Klasifikasi Episiotomi

Menurut Arief Mansjoer dalam buku Kapita selekta Kedokteran 2001 klasifikasi episiotomi yaitu :

- a. Episiotomi mediana, merupakan insisi yang paling mudah diperbaiki, penyembuhan lebih baik, dan jarang menimbulkan dispareuni. Episiotomi jenis ini dapat menyebabkan ruptur perinei totalis.

- b. Episiotomi mediolateral, merupakan jenis insisi yang banyak digunakan karena lebih aman.
- c. Episiotomi lateral, tidak dianjurkan karena hanya 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. Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi dalam waktu (durasi) dari satu detik sampai dengan kurang dari enam bulan yang pada umumnya terjadi pada cedera, penyakit akut, atau pada pembedahan dengan awitan yang cepat tingkat keparahan yang bervariasi (sedang sampai berat).
- b. Nyeri kronis adalah nyeri yang terjadi dalam waktu lebih dari enam bulan, dimana umumnya timbul tidak teratur, intermiten, atau bahkan persisten.

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

#### 1) Visual Analog Scale (VAS)

Skala ini dapat diketahui dengan kata-kata pada keadaan yang ekstrem yaitu ‘tidak nyeri’ dan ‘nyeri senyeri-nyerinya’. Skala ini tidak memiliki tingkatan yang tepat tanpa angka dan tidak memberikan pasien kebebasan untuk memilih dengan apa yang dialami, hal ini menyebabkan kesulitan (Tamsuri, 2007).

#### 2) Verbal Numerical Rating Scale (VNRS)

Skala ini memiliki nilai numeris dan hubungan antara berbagai tingkat nyeri. Skala nyeri ini terdiri dari garis 0-10 cm yang telah ditentukan terlebih dahulu berdasarkan daerah yang paling nyeri kemudian diberi skalanya. Numerical Rating 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 seseorang. Aplikasi MPQ memberikan informasi kuantitatif dalam bentuk rangkaian skor yang menunjukkan 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 adanya persalinan yang lama: gawat janin (janin prematur, letak sungsang, janin besar), tindakan operatif dan gawat ibu (perineum kaku, riwayat robekan perineum lalu, arkus pubis sempit). Persalinan dengan episiotomi mengakibatkan terputusnya jaringan yang dapat menyebabkan menekan pembuluh syaraf sehingga timbul rasa nyeri dimana ibu akan merasa cemas sehingga takut BAB dan ini menyebabkan resti konstipasi.

Terputusnya jaringan juga 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 semakin besar resiko terjadi infeksi.

Ibu dengan persalinan dengan episiotomi setelah 6 minggu persalinan ibu berada dalam masa nifas. Saat masa nifas ibu mengalami perubahan fisiologis dan psikologis. Perubahan fisiologis 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 psikologis 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 menyesuaikan diri dengan keluarga sehingga disebut ibu yang mandiri, menerima tanggung jawab dan peran baru sebagai orang tua.

## 2.5 WOC

## **2.6 Manifestasi Klinis**

### **a. Laserasi Perineum**

Biasanya terjadi sewaktu kepala janin dilahirkan, luas 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**

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

### **c. Cedera Serviks**

Terjadi jika serviks beretraksi melalui kepala janin yang keluar. Laserasi serviks akibat 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 terdapat 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 hygiene.

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 barrier 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 episiotomi 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 nyaman mungkin
- 4) Mencuci tangan kemudian memakai handscoen bersih/pinset lepaskan balutan
- 5) Observasi karakteristik 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 bengkak
- 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

Penatalaksanaan nyeri dibagi menjadi dua yaitu dengan farmakologi dan nonfarmakologi. Penatalaksanaan nonfarmakologi terdiri dari berbagai tindakan mencakup 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). Manajemen 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 vasokonstriksi 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.

Menurut Bashir dan Afzal (2010) bahwa pemberian kompres NaCl 0,9% pada luka dapat menurunkan gejala edema karena cairan normal saline dapat menarik cairan dari luka melalui proses osmosis.

Selain itu dalam penelitian Wawan (2015) mengatakan bahwa kompres NaCl 0,9% lebih efektif dari pada kompres alkohol 70% dalam menurunkan intensitas nyeri. Kompres NaCl 0,9% terbukti lebih efektif pada responden mekanik dan kimiawi karena dapat mengurangi eritema dan edema. 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 mikroorganisme di permukaan kulit.

## **2.8 Komplikasi**

### **a. Pendarahan**

Karena proses episiotomy dapat mengakibatkan terputusnya jaringan sehingga merusak pembuluh darah terjadilah pendarahan.

### **b. Infeksi**

Infeksi terkait dengan jalannya tindakan episiotomy berhubungan dengan ketidaksterilan alat-alat yang digunakan.

### **c. Hipertensi**

Penyakit hipertensi berperan besar dalam morbiditas dan mortalitas maternal dan perinatal. Hipertensi diperkirakan menjadi komplikasi sekitar 7% sampai 10% seluruh kehamilan.

### **d. Gangguan Psikososial**

Kondisi psikososial mempengaruhi integritas keluarga dan menghambat ikatan emosional bayi dan ibu. Beberapa kondisi dapat mengancam keamanan dan kesejahteraan ibu dan bayi.

## ASUHAN KEPERAWATAN TEORITIS

### 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dalam proses keperawatan dengan mengumpulkan data-data yang akurat dari klien sehingga akan diketahui berbagai permasalahan yang ada.

#### 1. Data Subjektif

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

- 1) Nama : Untuk mengetahui nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.
- 2) Umur : Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi perdarahan dalam post 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. Pada 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 : Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari. Orang belajar dari budayanya, bagaimana seharusnya mereka berespon terhadap nyeri misalnya seperti suatu daerah menganut kepercayaan bahwa nyeri adalah akibat yang harus diterima karena mereka melakukan kesalahan, jadi mereka tidak mengeluh jika ada nyeri.
- 5) Pendidikan : Berpengaruh dalam tindakan keperawatan untuk mengetahui 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 : Untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut.
- 7) Alamat : Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan.

b. Keluhan utama

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas, 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

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut, kronis seperti : Jantung, 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

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya, mengetahui apakah ada riwayat penyakit menurun seperti asma, jantung, DM dan hipertensi dan penyakit menular seperti asma / TBC (Prawirohardjo, 2005).

d. Riwayat Menstruasi

Untuk mengetahui kapan mulai menstruasi, siklus menstruasi, lamanya menstruasi, banyaknya darah menstruasi, teratur / tidak menstruasinya,

sifat darah menstruasi, keluhan yang dirasakan sakit waktu menstruasi disebut disminorea (Estiwidani, 2008).

e. Riwayat Perkawinan

Pada status perkawinan yang ditanyakan adalah kawin syah, berapa kali, usia menikah berapa tahun, dengan suami usia 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 antara dua kelahiran, tempat kelahiran, lamanya melahirkan, dan cara melahirkan. Masalah / gangguan kesehatan yang timbul sewaktu hamil dan melahirkan. Riwayat kelahiran anak, mencangkup berat badan bayi sewaktu lahir, adakah kelainan 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 disebabkan karena serviks pada klien primipara memerlukan tenaga yang lebih besar untuk mengalami peregangan karena pengaruh intensitas kontraksi lebih besar selama kala I persalinan. Selain itu, pada ibu dengan primipara menunjukkan peningkatan kecemasan dan keraguan untuk mengantisipasi rasa nyeri selama persalinan.

g. Riwayat Keluarga Berencana

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan 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 pertama, haid terakhir serta kapan taksiran persalinannya
- 2) Keluhan-keluhan pada trisemester I, II, III.
- 3) Dimana ibu biasa memeriksakan kehamilannya.
- 4) Selama hamil berapa kali ibu periksa
- 5) Penyuluhan yang pernah didapat selama kehamilan
- 6) Pergerakana anak pertama kali dirasakan pada kehamilan berapa minggu
- 7) Imunisasi TT : sudah / belum imunisasi, berapa kali telah dilakukan imunisasi TT selama hamil.

i. Riwayat Persalinan Sekarang

Untuk mengetahui tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi PB, BB, penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada masa nifas saat ini (Anggraini, 2010).

j. Pola Kebiasaan Selama Masa Post Partum

1) Nutrisi

Mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari, makan dengan diet seimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup serta serat-serat makanan yang cukup, sehingga proses

penyembuhan luka episiotomi lebih cepat. Ibu dianjurkan untuk minum sedikitnya 3 liter air setiap hari. Mengonsumsi zat besi setidaknya selama 90 hari post partum (Saifuddin, 2006)

## 2) Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi dan bau serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, warna, jumlah (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

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur, kebiasaan sebelum tidur, kebiasaan mengonsumsi obat tidur, kebiasaan tidur siang. Istirahat sangat penting bagi ibu post partu karena dengan istirahat yang cukup dapat mempercepat penyembuhan (Anggraini, 2010).

## 4) Keadaan psikologis

Untuk mengetahui tentang perasaan ibu sekarang, apakah ibu merasa takut atau cemas dengan keadaan sekarang (Nursalam, 2008).

## 5) Riwayat Sosial Budaya

Untuk mengetahui kehamilan ini direncanakan / tidak, diterima / tidak, jenis kelamin yang diharapkan dan untuk mengetahui pasien

dan keluarga yang menganut adat istiadat yang akan menguntungkan atau merugikan pasien khususnya pada post partum misalnya pada kebiasaan makan dilarang makan ikan atau yang amis-amis (Anggraini, 2010).

#### 6) Penggunaan obat-obatan / rokok

Untuk mengetahui apakah ibu mengkonsumsi obat terlarang ataukah ibu merokok (Manuaba, 2007).

### 2. Data Objektif

Data objektif adalah data yang sesungguhnya dapat diobservasi dan dilihat oleh tenaga kesehatan (Nursalam, 2008).

#### a. Status generalis

##### 1) Keadaan umum

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

##### 2) Kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran ibu apakah composmentis (sadar sepenuhnya, dapat menjawab semua pertanyaan tentang keadaan sekelilingnya), apatis (tidak menanggapi rangsangan / acuh tak acuh, tidak peduli) somnolen (kesadaran yang segan untuk berhubungan dengan sekitarnya, sikapnya acuh tak acuh), spoor (keadaan yang menyerupai tidur), koma (tidak bisa dibangunkan, tidak ada respon terhadap rangsangan apapun, tidak ada respon kornea maupun reflek muntah, mungkin juga 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. Pada beberapa kasus ditemukan keadaan dimana jika ibu post partum merasakan nyeri maka tekanan darah akan meningkat, tetapi keadaan ini akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak ada penyakit lain yang menyertainya dalam 2 bulan pengobatan (Anggraini, 2010). Batas normalnya 110/60– 140/90 mmHg (Monica, 2005).

#### b) Nadi

Untuk mengetahui nadi pasien yang dihitung dalam menit (Saifuddin, 2008). Batas normal nadi berkisar antara 60 - 80 x/menit. Denyut nadi di atas 100 x/menit pada masa nifas adalah mengindikasikan adanya suatu infeksi, hal ini salah satunya bisa diakibatkan oleh proses persalinan sulit atau karena kehilangan darah yang 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 tetapi tidak melebihi 38°C (Wiknjosastro, 2006). Suhu normal manusia adalah 36,6°C-37,6°C (Potter dan Perry, 2005). Suhu ibu post partum dengan episiotomi dapat meningkat bila terjadi infeksi, atau tanda REEDA (+).

d) Respirasi

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

4) Tinggi badan

Untuk mengetahui tinggi badan pasien (Wiknjosastro, 2006).

5) LILA

Untuk mengetahui status gizi pasien (Wiknjosastro, 2006).

b. Pemeriksaan Sistematis

1) Inspeksi

a) Rambut

Untuk mengetahui warna, kebersihan, mudah rontok atau tidak (Nursalam, 2008).

b) Muka

Untuk mengetahui keadaan muka pucat atau tidak adakah kelainan, adakah oedema (Nursalam, 2008)

c) Mata

Untuk mengetahui oedema atau tidak conjungtiva, anemia / tidak, sklera ikterik / tidak (Nursalam, 2008)

d) Mulut / gigi / gusi

Untuk mengetahui ada stomatitis atau tidak, keadaan gigi, gusi berdarah atau tidak (Nursalam, 2008).

e) Abdomen

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

f) Vulva

Untuk mengetahui keadaan vulva adakah tanda-tanda infeksi, varices, pembesaran kelenjar bartolini dan perdarahan (Prihardjo, 2007). Pada 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 bergeser kearah kanan midline , periksa adanya distensi kandung kemih.

h) Kandung kemih

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

i) Lochea

Lochea rubra berlanjut sampai hari ke-23, menjadi lochea serosa dengan aliran sedang. Bila darah mengalir dengan cepat, dicurigai terjadinya robekan servik.

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	Tampak 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 keadaan payudara, simetris atau tidak, ada benjolan atau tidak, ada nyeri atau tidak (Nursalam, 2004)

c) Abdomen

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

d) Ekstremitas

Untuk mengetahui ada cacat atau tidak oedema atau tidak terdapat varices atau tidak (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) berhubungan dengan trauma jahitan luka episiotomi.
- b. Risiko infeksi berhubungan dengan trauma 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. Risiko 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.	<p><b>NOC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Pain Level,</li> <li>❖ Pain control,</li> <li>❖ Comfort level</li> </ul> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).</li> <li>2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</li> <li>4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</li> <li>5. Tanda vital dalam rentang normal</li> </ol>	<p><b>Pain Management</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</li> <li>2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</li> <li>3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</li> <li>4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</li> <li>5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau</li> <li>6. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau</li> <li>7. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</li> <li>8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</li> <li>9. Kurangi faktor presipitasi nyeri</li> <li>10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)</li> </ol>

			<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</li> <li>12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi</li> <li>13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</li> <li>14. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</li> <li>15. Tingkatkan istirahat</li> <li>16. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</li> <li>17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri</li> </ol> <p><b>Analgesic Administration</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat</li> <li>2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi</li> <li>3. Cek riwayat alergi</li> <li>4. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu</li> <li>5. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri</li> <li>6. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal</li> <li>7. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk</li> </ol>
--	--	--	---

			<p>pengobatan nyeri secara teratur</p> <p>8. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</p> <p>9.</p>
2.	Resiko infeksi b/d trauma jaringan atau kerusakan kulit.	<p><b>NOC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Immune Status</li> <li>❖ Knowledge : Infection control</li> <li>❖ Risk control</li> </ul> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya</li> <li>3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</li> <li>4. Jumlah leukosit dalam batas normal</li> <li>5. Menunjukkan perilaku hidup sehat</li> </ol>	<p><b>NIC :</b></p> <p><b>Infection Control (Kontrol infeksi)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain</li> <li>2. Pertahankan teknik isolasi</li> <li>3. Batasi pengunjung bila perlu</li> <li>4. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien</li> <li>5. Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan</li> <li>6. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan kperawatan</li> <li>7. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung</li> <li>8. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat</li> <li>9. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum</li> <li>10. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing</li> </ol>

			<p>11. Tingkatkan intake nutrisi 12. Berikan terapi antibiotik bila perlu</p> <p><b>Infection Protection (proteksi terhadap infeksi)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal</li> <li>2. Monitor hitung granulosit, WBC</li> <li>3. Monitor kerentanan terhadap infeksi</li> <li>4. Batasi pengunjung</li> <li>5. Saring pengunjung terhadap penyakit menular</li> <li>6. Pertahankan teknik aspesis pada pasien yang beresiko</li> <li>7. Pertahankan teknik isolasi k/p</li> <li>8. Berikan perawatan kulit pada area epidema</li> <li>9. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase</li> <li>10. Inspeksi kondisi luka / insisi bedah</li> <li>11. Dorong masukkan nutrisi yang cukup</li> <li>12. Dorong masukan cairan</li> <li>13. Dorong istirahat</li> <li>14. Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep</li> <li>15. Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi</li> </ol>
--	--	--	--

			<p>16. Ajarkan cara menghindari infeksi</p> <p>17. Laporkan kecurigaan infeksi</p> <p>18. Laporkan kultur positif</p>
3.	<p>Kurang pengetahuan b/d kurangnya informasi tentang perawatan post partum.</p>	<p><b>NOC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Kowlwdge : disease process</li> <li>❖ Knowledge : health Behavior</li> </ul> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan</li> <li>2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar</li> <li>3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya</li> </ol>	<p><b>NIC :</b></p> <p><i>Teaching : disease Process</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik</li> <li>2. Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat.</li> <li>3. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat</li> <li>4. Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat</li> <li>5. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengna cara yang tepat</li> <li>6. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat</li> <li>7. Hindari jaminan yang kosong</li> <li>8. Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat</li> <li>9. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah</li> </ol>

			<p>komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit</p> <p>10. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan</p> <p>11. Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan</p> <p>12. Eksplorasi kemungkinan sumber atau dukungan, dengan cara yang tepat</p> <p>13. Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal, dengan cara yang tepat</p> <p>14. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat</p>
4.	<p>Risiko tinggi kekurangan cairan berhubungan dengan penurunan masukan/pergantian tidak adekuat, peningkatan haluaran urine dan kehilangan tidak kasat mata meningkat misalnya perdarahan.</p>	<p><b>NOC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Status Sirkulasi</b> : TTV dalam batas Normal</li> <li>• <b>Status Koagulasi</b> : Tidak terdapat bleeding</li> <li>• <b>Pengetahuan</b> : Prosedur pengobatan</li> </ul>	<p><b>NIC :</b></p> <p><b>Pencegahan Perdarahan</b></p> <p>Defenisi : mengurangi stimulus yang mempengaruhi resiko pendarahan pada pasien.</p> <p><b>Aktifitas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor pasien secara ketat untuk perdarahan</li> <li>2. Catatan tingkat hemoglobin / hematokrit sebelum dan sesudah kehilangan darah, seperti yang ditunjukkan</li> <li>3. Memantau tanda-tanda dan gejala perdarahan</li> </ol>

			<p>yang persisten (misalnya memeriksa semua sekresi atau darah okultisme)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Memantau koagulasi, termasuk waktu prothombin (PT), waktu tromboplastin parsial (PTT), fibrinogen, degradasi / split fibrin produk, dan jumlah trombosit, jika diperlukan</li> <li>5. Memantau tanda-tanda vital ortostatik, termasuk tekanan darah</li> <li>6. Menjaga istirahat selama perdarahan aktif</li> <li>7. Mengelola produk darah</li> <li>8. Melindungi pasien dari trauma, yang dapat menyebabkan perdarahan</li> <li>9. Menghindari suntikan (IV, IM, atau SQ), yang sesuai</li> <li>10. Menginstruksikan pasien ambulasi untuk memakai sepatu</li> <li>11. Menggunakan sikat gigi yang lembut untuk perawatan mulut</li> <li>12. Menggunakan pisau cukur listrik untuk mencukur</li> <li>13. Menghindari prosedur invasif, jika mereka diperlukan, memantau secara ketat untuk perdarahan</li> <li>14. Mengkoordinasikan waktu prosedur invasif dengan transfusi trombosit atau plasma beku segar, jika sesuai</li> <li>15. Menahan diri dari memasukkan benda ke lubang berdarah</li> </ol>
--	--	--	---

			<p>16. Menghindari mengambil suhu rectal</p> <p>17. Hindari mengangkat benda berat</p> <p>18. Mengelola obat-obatan (e.g., antasida), yang sesuai</p> <p>19. Menginstruksikan pasien untuk menghindari aspirin atau antikoagulan lainnya</p> <p>20. Menginstruksikan pasien untuk meningkatkan asupan makanan yang kaya vitamin K</p> <p>21. Gunakan kasur terapi untuk meminimalkan trauma kulit</p> <p>22. Menghindari sembelit (misalnya, mendorong asupan cairan dan pelunak tinja), yang sesuai</p> <p>23. Menginstruksikan pasien dan / atau keluarga pada tanda-tanda perdarahan dan tindakan yang tepat (misalnya, memberitahukan perawat)</p>
5.	Perubahan pola eliminasi urinarius berhubungan dengan trauma mekanis	<p><b>NOC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urinary elimination</li> <li>• Urinary continence</li> </ul> <p><b>Kriteria hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kandung kemih secara penuh</li> </ul>	<p><b>NIC</b></p> <p>Urinary retention care</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia</li> <li>2. Memantau pengguna obat dengan sifat antikolinergik</li> </ol>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bebas dari isk</li> <li>• Tidak ada spasme bladder</li> <li>• Balance cairan seimbang</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Menggunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiram toilet</li> <li>4. Merangsang refleks kandung kemih</li> <li>5. Sediakan waktu yang cukup untuk mengosongkan kandung kemih</li> </ol>
6.	Resiko tinggi konstipasi berhubungan dengan kurangnya aktivitas fisik nyeri saat defekasi	<p><b>NOC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak terjadi konstipasi</li> </ul> <p><b>Kriteria hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mampu kembali kebiasaan defekasi seperti biasanya dengan ketidaknyamanan minimal</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Auskultasi adanya bising usus</li> <li>2. Kaji terhadap adanya hemoroid dan berikan informasi tentang memasukkan hemoroid kembali ke dalam rectal dengan jari uang dilumasi</li> <li>3. Anjurkan klien minum secara adekuat ± 1500-2000 ml/hari</li> <li>4. Anjurkan klien untuk mengkonsumsi bahan makanan yang berserat tinggi seperti: sayuran dan buah-buahan</li> <li>5. Anjurkan klien untuk rendam duduk dengan air hangat sebelum relaksasi</li> <li>6. Anjurkan pasien untuk ambulasi sesuai toleransi</li> <li>7. Berikan pelunak feses atau laksatif jika diindikasikan</li> </ol>

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan merupakan langkah keempat dalam tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan

#### **5. Evaluasi**

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak.

## **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 nyeri pada luka jahitan episiotomi.

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat penyakit sekarang

Pasien 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 Kesehatan yang lalu

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

(b) Ginjal : Pasien mengatakan tidak pernah merasakan nyeri di perut 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 dari mulutnya.

### 3) Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan baik dari pihak dirinya maupun dari pihak suami tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit menurun seperti diabetes, hipertensi, jantung dan riwayat penyakit menular 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 mengatakan lamanya haid 6 – 7 hari.

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

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

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

7) Dismenorrhoe : 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 Kehamilan, persalinan dan nifas

Pasien mengatakan ini kehamilan, persalinan dan nifas yang pertama.

g. Riwayat Keluarga Berencana

Pasien mengatakan belum pernah memakai KB. Rencana setelah kelahiran anak pertama ini pasien akan menggunakan KB, tetapi pasien belum mengetahui KB apa yang akan di pakai setelah melahirkan anak pertamanya.

h. Riwayat Kehamilan Sekarang

1) HPHT : 22 Januari 2018

2) HPL : 29 Oktober 2018

3) Keluhan-keluhan pada

Trimester I : Pasien mengatakan mengeluh mual 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 pada umur kehamilan 7 bulan, 8 bulan dan 9 bulan.

5) Penyuluhan yang didapat

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

6) Imunisasi TT

Pasien mengatakan mendapatkan imunisasi TT pada saat akan menikah.

7) Pergerakan Janin

Pasien mengatakan merasakan pergerakan janin pada usia kehamilan 5 bulan.

i. 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 :  $\pm$  450 gram, panjang tali pusat :  $\pm$ 50 cm

b) Kelainan : Tidak Ada

7) Perineum

a) Ruptur / tidak : Ya, meliputi mukosa vagina, komisura posterior, 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 kali sehari dengan konsistensi kadang lunak kadang keras, warna kuning dan bau yang khas. 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 aktivitas	Selama hamil pasien mengatakan masih bekerja	Klien dibantu sepenuhnya oleh keluarga karena merasa

		dalam mengurus rumah tapi dengan hati-hati dan tidak terlalu capek.	letih dan lemah. Klien juga mengatakan tidak banyak bergerak karena masih takut dengan luka jahitannya dan klien masih merasakan nyeri pada luka jahitannya.
4	Pola istirahat dan tidur	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 dari ujung rambut sampai ujung kaki. Keramas hanya 4 kali seminggu.	Pemenuhan kebersihan diri dibantu oleh keluarga.

#### k. Riwayat Psikologis dan Spritual

Pasien mengatakan sangat senang sekali dengan kelahiran anak pertamanya ini, pasien mengatakan jika keluarganya sangat senang sekali dengan kelahiran anak pertamanya ini, pasien beragama islam dan rajin menunaikan sholat 5 waktu dan rajin berdoa. Pasien masuk kedalam fase Taking In (Dependent) dimana pasien masuk hari ke satu setelah melahirkan pada saat pengkajian tanggal 17 Oktober

2018. Fase ini pasien membutuhkan perlindungan dan pelayanan karena pada tahap ini pasien sangat ketergantungan.

1. Riwayat Sosial Budaya

1) Dukungan keluarga

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

2) Keluarga lain yang tinggal serumah

Pasien mengatakan hanya tinggal dengan suami.

3) Pantangan makanan

Pasien mengatakan tidak ada pantangan makanan apapun 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 minum obat dari 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 memperlancar pengeluaran ASI, pasien mengatakan ASI sangat baik untuk bayinya, untuk pertumbuhan dan perkembangan bayinya dan juga untuk kekebalan tubuh bayinya, pasien mengatakan sedikit paham tentang makanan



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 ada kemerahan, ekimosis, terdapat darah, kerekatan jahitan: kuat pada area perineum.
Ekstremitas	Atas : tangan kanan 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	Tidak ada pembesaran kelenjar gondok, tidak ada tumor, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.
Dada	Tidak ada pembengkakan pada mammae, tidak ada tumor, simetris kanan dan kiri, areola hiperpigmentasi, puting 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 <sup>3</sup>	150.00 – 400.000 mm <sup>3</sup>
Leukosit	7.800 mm <sup>3</sup>	4.000 – 10.000 mm <sup>3</sup>
Eritrosis	2,76 mm <sup>3</sup>	4,5 – 6 juta/ mm <sup>3</sup>

**c. Analisa Data**

Data	Masalah	Etiologi
DS : - Pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak - Pasien mengatakan skala nyeri 4  DO : - Klien tampak meringis - Klien tampak tidak bebas saat bergerak - Skala nyeri 4 yaitu sedang - TD: 110/70 mmHg - N: 92 x/i	Nyeri akut	Trauma jahitan luka episiotomi

<ul style="list-style-type: none"> <li>- S : 36,8 °C</li> <li>- Terdapat luka jahitan di perineum: 5 jahitan</li> <li>- Episiotomi mediolateralis</li> </ul>		
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan takut untuk berjalan</li> <li>- Pasien mengatakan mengganti pembalut 2x/hari</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kesadaran : compos mentis</li> <li>- TTV :</li> <li>TD : 110/70 mmHg</li> <li>N : 92 x/i</li> <li>S : 36,8°C</li> <li>R : 22 x/i</li> <li>- Tidak ada kemerahan</li> <li>- Kerekatan jahitan kuat</li> <li>- Terdapat darah warna terang</li> <li>- Lochea rubra</li> <li>- Ekimosis</li> <li>- Bau : seperti darah biasa dan tidak busuk.</li> <li>- Leukosit : 7.800 mm<sup>3</sup></li> </ul>	Resiko infeksi	Trauma
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan belum mengetahui tentang cara perawatan post partum</li> <li>- Klien mengatakan belum mengetahui tentang cara perawatan payudara</li> </ul>	Kurang pengetahuan	Kurangya informasi tentang perawatan post partum.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan ingin mengetahui manfaat lebih dari ASI.</li> <li>- Klien mengatakan belum tahu akan memakai KB apa setelah melahirkan anak pertamanya.</li> </ul> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak bingung</li> <li>- Klien tampak banyak bertanya</li> <li>- Klien banyak menggeleng saat di Tanya</li> </ul>		
--	--	--

## 2. Diagnosa Keperawatan

- a) Nyeri (akut) berhubungan dengan trauma jahitan luka episiotomi.
- b) Risiko infeksi berhubungan dengan 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.	<p><b>NOC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Pain Level,</li> <li>❖ Pain control,</li> <li>❖ Comfort level</li> </ul> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).</li> <li>2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</li> <li>4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</li> <li>5. Tanda vital dalam rentang normal</li> </ol>	<p><b>Pain Management</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</li> <li>2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</li> <li>3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</li> <li>4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</li> <li>5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau</li> <li>6. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau</li> <li>7. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</li> <li>8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</li> <li>9. Kurangi faktor presipitasi nyeri</li> <li>10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)</li> <li>11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</li> </ol>

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

	<p>2. Resiko infeksi b/d trauma jaringan atau kerusakan kulit.</p>	<p><b>NOC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Immune Status</li> <li>❖ Knowledge : Infection control</li> <li>❖ Risk control</li> </ul> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya</li> <li>3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</li> <li>4. Jumlah leukosit dalam batas normal</li> <li>5. Menunjukkan perilaku hidup sehat</li> </ol>	<p><b>NIC :</b></p> <p><b>Infection Control (Kontrol infeksi)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain</li> <li>2. Pertahankan teknik isolasi</li> <li>3. Batasi pengunjung bila perlu</li> <li>4. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien</li> <li>5. Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan</li> <li>6. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</li> <li>7. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung</li> <li>8. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat</li> <li>9. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum</li> <li>10. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing</li> <li>11. Tingkatkan intake nutrisi</li> <li>12. Berikan terapi antibiotik bila perlu</li> </ol> <p><b>Infection Protection (proteksi terhadap infeksi)</b></p>
--	--	--	--

			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal</li> <li>2. Monitor hitung granulosit, WBC</li> <li>3. Monitor kerentanan terhadap infeksi</li> <li>4. Batasi pengunjung</li> <li>5. Saring pengunjung terhadap penyakit menular</li> <li>6. Partahankan teknik aspesis pada pasien yang beresiko</li> <li>7. Pertahankan teknik isolasi k/p</li> <li>8. Berikan perawatan kuliat pada area epidema</li> <li>9. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase</li> <li>10. Inspeksi kondisi luka / insisi bedah</li> <li>11. Dorong masukkan nutrisi yang cukup</li> <li>12. Dorong masukan cairan</li> <li>13. Dorong istirahat</li> <li>14. Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep</li> <li>15. Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi</li> <li>16. Ajarkan cara menghindari infeksi</li> <li>17. Laporkan kecurigaan infeksi</li> <li>18. Laporkan kultur positif</li> </ol>
3.	Kurang pengetahuan b/d kurangnya informasi tentang perawatan post partum.	<b>NOC :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Kowlwdge : disease process</li> <li>❖ Knowledge : health Behavior</li> </ul>	<b>NIC :</b> <i>Teaching : disease Process</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik</li> <li>2. Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan</li> </ol>

		<p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan</li> <li>2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar</li> <li>3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya</li> </ol>	<p>bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat</li> <li>4. Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat</li> <li>5. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat</li> <li>6. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat</li> <li>7. Hindari jaminan yang kosong</li> <li>8. Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat</li> <li>9. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit</li> <li>10. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan</li> <li>11. Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan</li> <li>12. Eksplorasi kemungkinan sumber atau dukungan, dengan cara yang tepat</li> <li>13. Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal, dengan cara yang tepat</li> <li>14. Instruksikan pasien mengenai tanda</li> </ol>
--	--	---	---

			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.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pengkajian skal nyeri</li> <li>2. Membantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</li> <li>3. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</li> <li>4. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi dengan mengompres dingin perineum untuk mengurangi nyeri dengan menggunakan cairan NaCL 0,9 %.</li> <li>5. Meningkatkan istirahat</li> <li>6. Mengkolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</li> <li>7. Memonitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri.</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada luka jahitan dan pada saat bergerak.</li> <li>- Pasien mengatakan skala nyeri berkurang yaitu skala nyeri 3</li> <li>- Pasien mengatakan masih sulit bergerak karena takut jahitan akan terbuka</li> <li>- Pasien mengatakan merasakan nyaman saat dilakukan kompres dingin NaCL 0,9 % pada area perineum.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saat pemeriksaan tampak pasien masih meringis</li> <li>- Tampak masih membatasi gerakan</li> </ul> <p>TTV :</p> <p>TD : 110/70 mmHg  N : 92x/menit  S : 36,8<sup>o</sup>C  R : 20x/menit</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>I : Membantu aktivitas pasien</p>

		<p>Resiko infeksi b/d trauma jaringan atau kerusakan kulit.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau suhu tubuh</li> <li>2. Membersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain</li> <li>3. Mempertahankan teknik isolasi</li> <li>4. Membatasi pengunjung bila perlu</li> <li>5. Menginstruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien</li> <li>6. Menggunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan</li> <li>7. Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</li> <li>8. Menggunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung</li> <li>9. Mempertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat</li> <li>10. Meningkatkan intake nutrisi</li> <li>11. Memberikan terapi antibiotik bila perlu</li> <li>19. Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal</li> <li>12. Melakukan perawatan perineum untuk mengurangi resiko infeksi</li> <li>13. Melihat kondisi luka/ insisi</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan</li> <li>- Pasien mengatakan masih tampak takut membersihkan area organ intim nya.</li> <li>- Pasien tampak hanya menyiram dengan air pada saat melakukan vulva hygiene.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tanda-tanda REEDA (-)</li> <li>- Keadaan luka basah</li> <li>- Tampak ada 5 jahitan</li> <li>- Tidak ada kemerahan</li> <li>- Lochea rubra</li> <li>- Jahitan kuat merekat di perineum</li> <li>- Terdapat darah merah terang</li> </ul> <p>TTV :</p> <p>TD : 110/70 mmHg</p> <p>N : 92x/menit</p> <p>S : 36,8°C</p> <p>R : 20x/menit</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>I : Mengontrol infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengobservasi luka episiotomi</li> <li>- Menganjurkan pasien untuk ambulasi</li> </ul>
--	--	---	--	--

			<p>bedah.</p> <p>20. Mengajarkan cara menghindari infeksi dengan cara melukan perawatan pada perineum dan sering mengganti pembalut.</p>	
		<p>Kurang pengetahuan b/d kurangnya informasi tentang perawatan post partum.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik</li> <li>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.</li> <li>3. Mendukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan</li> <li>4. Menyakan ke pasien pasien mengenai tanda dan gejala yang belum di ketahui untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat.</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih belum paham cara mengenai cara perawatan post partum.</li> <li>- Pasien mengatakan belum paham tentang cara perawatan payudara.</li> <li>- Pasien sudah mengetahui sedikit cara perawat perineum dengan benar</li> <li>- Pasien mengatakan ingin mengetahui manfaat lebih tentang ASI</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak memperhatikan</li> <li>- Pasien tampak mempraktekkan caranya</li> </ul> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>I : Meningkatkan pengetahuan pasien</p>

No	Hari/ tanggal	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
1	Kamis / 18 Oktober 2018	Nyeri akut b/d trauma jahitan luka episiotomi.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pengkajian skala nyeri</li> <li>2. Membantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</li> <li>3. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</li> <li>4. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi dengan mengompres dingin perineum untuk mengurangi nyeri dengan menggunakan cairan NaCL 0,9%.</li> <li>5. Meningkatkan istirahat</li> <li>6. Mengkolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</li> <li>7. Memonitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri.</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan nya tak menentu dan pada saat bergerak.</li> <li>- Pasien mengatakan perutnya masih mules</li> <li>- Pasien sudah tahu hasil pemeriksaannya</li> <li>- Pasien mengatakan skala nyeri 2</li> <li>- Pasien mengatakan belum BAB</li> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa miring ke kanan dan ke kiri, pasien dapat merapatkan pantat dan paha pada saat bangun tidur untuk duduk.</li> <li>- Pasien bersedia dilakukan kompres dingin kembali.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saat pemeriksaan tampak pasien masih meringis</li> <li>- Pasien tampak sudah bisa duduk dan merapatkan paha.</li> <li>- Kontraksi uterus kuat</li> <li>- Tinggi fundus uteri : 2 jari di bawah pusat</li> </ul> <p>TTV :</p> <p>TD : 110/80 mmHg</p> <p>N : 86x/menit</p>

				<p>S : 36,6<sup>0</sup>C R : 20x/menit</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>I : Mengobservasi keadaan umum dan tanda-tanda vital</p>
		<p>Resiko infeksi b/d trauma jaringan atau kerusakan kulit.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau suhu tubuh</li> <li>2. Membersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain</li> <li>3. Mempertahankan teknik isolasi</li> <li>4. Membatasi pengunjung bila perlu</li> <li>5. Menginstruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien</li> <li>6. Menggunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan</li> <li>7. Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan kperawatan</li> <li>8. Menggunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung</li> <li>9. Mempertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat</li> <li>10. Meningkatkan intake nutrisi</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan</li> <li>- Pasien mengatakan bersedia dilakukan perawatan perineum</li> <li>-</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Luka jahitan episiotomi sudah dibersihkan dan sudah di kompres dingin dengan NaCl</li> <li>- Keadaan luka basah</li> <li>- Tampak ada 5 jahitan</li> <li>- Tidak ada kemerahan</li> <li>- Lochea rubra</li> <li>- Jahitan kuat merekat di perineum</li> <li>- Terdapat darah</li> </ul> <p>TTV :</p> <p>TD : 110/80 mmHg N : 86x/menit S : 36,6<sup>0</sup>C R : 22x/menit</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p>

			<p>11. Memberikan terapi antibiotik bila perlu</p> <p>21. Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal</p> <p>12. Melakukan perawatan perineum untuk mengurangi resiko infeksi</p> <p>13. Melihat kondisi luka/ insisi bedah.</p> <p>22. Mengajarkan cara menghindari infeksi dengan cara melukan perawatan pada perineum dan sering mengganti pembalut.</p>	I : Mengontrol infeksi
		<p>Kurang pengetahuan b/d kurangnya informasi tentang perawatan post partum.</p>	<p>1. Memberikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik</p> <p>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.</p> <p>3. Mendukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan</p> <p>4. Menyakan ke pasien pasien</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan bersedia menyusui bayinya, bayinya sudah bisa menyusu namun teknik ibu kurang benar.</li> <li>- Pasien mengatakan sudah minum obat yang diberikan perawat</li> <li>- Pasien mengatakan sudah tahu akan menggunakan kb suntik.</li> <li>- Pasien mengatakan belum paham tentang cara perawatan perineum dengan benar.</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak menyusui bayinya</li> <li>- Teknik menyusui pasien tampak kurang benar.</li> </ul> <p>A: Masalah belum teratasi</p>

			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.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pengkajian skal nyeri</li> <li>2. Membantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</li> <li>3. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</li> <li>4. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi dengan mengompres dingin perineum untuk mengurangi nyeri dengan menggunakan cairan NaCL 0,9 %.</li> <li>5. Meningkatkan istirahat</li> <li>6. Mengkolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</li> <li>7. Memonitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri.</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan berkurang</li> <li>- Pasien mengatakan sudah BAB</li> <li>- Pasien bersedia untuk dilakukan kompres dingin</li> <li>- Pasien mengatakan sebelumnya belum pernah dilakukan kompres dingin pada perawatan perineum</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saat pemeriksaan tampak pasien tidak pucat dan kelelahan</li> <li>- Skala nyeri 1 = ringan</li> <li>- Ekpresi wajah klien tampak rileks</li> <li>- Sudah dilakukan perawatan perineum dengan kompres dingin</li> </ul> <p>TTV :</p> <p>TD : 120/80 mmHg</p> <p>N : 82x/menit</p> <p>S : 36,6<sup>o</sup>C</p> <p>R : 20x/menit</p> <p>A: Masalah sudah teratasi</p> <p>I : intervensi dihentikan</p>

		<p>Resiko infeksi b/d trauma jaringan atau kerusakan kulit.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain</li> <li>2. Mempertahankan teknik isolasi</li> <li>3. Membatasi pengunjung bila perlu</li> <li>4. Menginstruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien</li> <li>5. Menggunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan</li> <li>6. Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</li> <li>7. Menggunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung</li> <li>8. Mempertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat</li> <li>9. Meningkatkan intake nutrisi</li> <li>10. Memberikan terapi antibiotik bila perlu</li> <li>11. Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal</li> <li>12. Melakukan perawatan perineum untuk mengurangi resiko infeksi</li> <li>13. Melihat kondisi luka/ insisi bedah.</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan</li> <li>- Pasien mengatakan mau dilakukan perawatan perineum</li> <li>- Pasien mengatakan sudah tahu cara perawatan vulva hygiene</li> <li>- Pasien tampak sudah tahu cara perawatan luka episiotomi dengan benar</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan luka basah</li> <li>- Tampak ada 5 jahitan</li> <li>- Tidak ada tanda-tanda infeksi</li> <li>- Lochea rubra</li> <li>- Jahitan kuat merekat di perineum</li> <li>- Terdapat darah</li> <li>- Tidak ada kemerahan</li> <li>- Tidak ada bintik kebiruan pada perineum</li> <li>- Tidak ada pus/nanah</li> </ul> <p>TTV :</p> <p>TD : 120/80 mmHg</p> <p>N : 82x/menit</p> <p>S : 36,6<sup>o</sup>C</p> <p>R : 20x/menit</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengontrol infeksi</li> </ul>
--	--	---	--	---

			<p>14. Mengajarkan cara menghindari infeksi dengan cara melukan perawatan pada perineum dengan sering mengganti pembalut dan cara membersihkan dari depan ke belakang.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- menjelaskan perawatan luka episiotomy</li> <li>- menganjurkan mobilisasi</li> <li>- menganjurkan personal hygiene dengan baik</li> <li>- makan obat secara teratur</li> </ul>
		<p>Kurang pengetahuan b/d kurangnya informasi tentang perawatan post partum.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik</li> <li>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.</li> <li>3. Mendukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan</li> <li>4. Menyakan ke pasien pasien mengenai tanda dan gejala yang belum di ketahui untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat.</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah tahu cara perawatan vulva hygiene/perineum dengan benar yaitu dengan embersihkan dari depan kebelakang.</li> <li>- Pasien sudah tahu cara menyusui dengan benar</li> <li>- Pasien mengatakan sudah tahu tentang cara perawatan payudara.</li> <li>- Pasien mengatakan sudah mengetahui manfaat lebih tentang ASI</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak menyusui bayinya dengan benar</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>I : intervensi dihentikan</p>

## **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 pemukiman 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 pola hidup yang tidak sehat pada masyarakat perkotaan yaitu kurangnya olahraga. Olahraga pada ibu hamil sangat bermanfaat bagi ibu dan janin. Selain itu olahraga pada ibu hamil juga dapat mengurangi komplikasi yang 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 pada ibu hamil yaitu Senam Kegell. Senam kegel merupakan gerakan yang dapat memperkuat otot dasar panggul, memperbaiki sirkulasi darah, serta sikap tubuh sehingga tidak kaku. Dikarenakan kekakuan perineum bisa menyebabkan robekan perineum tidak terhindarkan dan dilakukannya episiotomi.

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 robeknya perineum saat melahirkan dengan meningkatkan elastisitas perineum.

Polusi udara (asap kendaraan bermotor 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 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 banyak menghabiskan waktunya 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 nyeri akut berhubungan dengan trauma jahitan luka episiotomi, karena pada saat pengkajian didapatkan data subyektif pasien mengatakan nyeri pada bagian perineum akibat episiotomi, pasien mengatakan nyeri saat bergerak pada luka jahitan, pasien mengatakan 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 post partum perlu diatasi, karena jika masih tetap nyeri, hal tersebut dapat mempengaruhi aktivitas ibu, terbatas nya pergerakan, akibatnya ibu susah untuk memberikan 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 infeksi berhubungan dengan trauma jaringan atau kerusakan kulit karena pada saat dilakukan pengkajian didapat data subjektif klien mengatakan nyeri pada luka pada jahitan pada saat bergerak, klien mengatakan takut untuk berjalan, pasien mengatakan mengganti pembalut 2x/hari. Resiko terjadinya infeksi adalah suatu keadaan dimana individu 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, Ecymosis, Discharge, Approximation. Pada ibu post partum dengan luka jahitan akibat episiotomi perlu diangkat menjadi sebuah masalah karena akan berpengaruh terjadinya infeksi. Luka episiotomi yang tidak dirawat dengan benar biasanya akan mengalami infeksi atau bahkan sepsis pada luka jahitan episiotomi. Untuk menghindari hal tersebut ibu post partum perlu dibekali informasi agar pada saat klien sudah berada di rumah dan dalam masa nifas klien dapat merawat perineum dan melakukan vulva hygiene dengan benar agar tidak mengalami tanda-tanda infeksi. Infeksi yang terjadi pada ibu post partum dapat meningkatkan resiko mortalitas. Oleh karena itu perlunya bagi ibu post partum dalam merawat perineum agar tetap terhindar dari resiko infeksi. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk 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 hingga tiga kali sehari dalam mengganti pembalut atau setelah defekasi dan berkemih (dari depan ke belakang), menganjurkan ibu post partum untuk menjaga personal hygiene misalnya mencuci tangan sebelum melakukan perawatan perineum, mandi setiap 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 kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan post partum. Kurangnya pengetahuan adalah suatu keadaan dimana individu atau kelompok mengalami kekurangan pengetahuan kognitif atau ketrampilan psikomotor mengenai status keadaan dan rencana tindakan 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 perawatan sesudah melahirkan disebabkan karena keterbatasan informasi yang didapat. Hal ini perlu diperkuat oleh data-data sebagai berikut, pasien mengatakan belum mengetahui tentang cara perawatan post partum, pasien mengatakan belum mengetahui tentang cara perawatan 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 mampu mengatasi 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 karena itu, perawat sebagai pemberi pelayanan 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 melakukan perawatan perineum. Kompres dingin digunakan dengan menggunakan cairan NaCl 0,9 % yang mana cairan NaCl 0,9 % merupakan cairan isotonis yang bersifat fisiologis, non toksik dan tidak menimbulkan hipersensitivitas sehingga aman digunakan untuk tubuh dalam kondisi apapun.

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 mengurangi nyeri selain dengan memakan obat-obatan karena menimbulkan efek analgetik dengan memperlambat kecepatan hantaran saraf sehingga impuls nyeri yang mencapai otot lebih sedikit.

Selain itu dalam penelitian Wawan (2015) mengatakan bahwa kompres NaCl 0,9% lebih efektif dari pada kompres alkohol 70% dalam menurunkan intensitas nyeri. Kompres NaCl 0,9% terbukti lebih efektif pada responden mekanik dan kimiawi karena dapat mengurangi eritema dan edema. 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 mikroorganisme 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 telah 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 sebagai bahan pertimbangan bagi pemberian asuhan keperawatan 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. Asuhan keperawatan yang dilakukan pada 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. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 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 melakukan pengkajian post partum episiotomi secara tepat agar tidak muncul komplikasi yang lebih berat sesuai dengan tahap-tahap asuhan keperawatan, karena pada dasarnya post episiotomi bisa sembuh secara cepat bila dilakukan penanganan secara dini dan akurat.
2. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan diperlukan kerjasama dengan tim kesehatan yang lain, serta keluarga sehingga dapat dilakukan penentuan tindakan yang tepat.
3. Untuk pendokumentasian hendaknya dilengkapi mulai dari 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 leaflet agar dapat diinformasikan pada orang lain, sehingga pengetahuan masyarakat tentang kesehatan meningkat yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

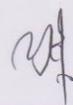
## DAFTAR PUSTAKA

- 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, Sulistyoyo. 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\\_2017/13\\_71\\_Sumbar\\_Kota\\_Padang\\_2017.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KAB_KOTA_2017/13_71_Sumbar_Kota_Padang_2017.pdf)
- Diagnosa Nanda Nic Noc. 2007-2008.
- Estiwidani dkk. (2008). Konsep Kebidanan. Yogyakarta: 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 Selektta 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: Konsep, 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 Profesional Edisi 2. Jakarta: EGC
- Rosyidi, K. 2013. Muskuloskeletal. Jakarta: Trans Info Media.
- Rusda, Mahiya. (2004). Anastesi infiltrasi pada episiotomi. Universitas Sumatra Utara Retrieved May 4, 2011, from <http://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

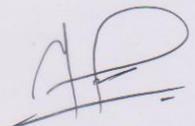
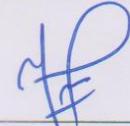
Nama : Fivi Novita  
 Nim : 1814901673  
 Pembimbing I : Ns. Yessi Andriani, M. Kep. SP.MAT  
 Judul KIA-N : Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Post Partum Pervaginam + Episiotomi Dalam Pemenuhan Kebutuhan Dasar Nyeri Dengan Kompres Dingin (Nacl) Di Ruangn Kb Igd Rsud Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.

No	Hari /Tanggal	Hasil Konsul	Tanda Tangan
1	Rabu, 19-06-2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki LB, tambahkan sumber</li> <li>- Perbaiki askep teoritis</li> <li>- tambahkan tinjauan pustaka</li> <li>- Perbaiki askep kasus</li> <li>- Tambahkan pengkajian kasus</li> </ul>	
2	Bonmat, 21-06-2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki Askep Tuntir</li> <li>- Perbaiki Isan dan lain</li> <li>- Ujicoba Pendahuluan.</li> </ul>	
3	Senin, 24-06-2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambah Teori dasar &amp; askep &amp; asis</li> <li>- Tambahkan jurnal pendis &amp; pendis.</li> </ul>	
4	Selasa, 2-07-2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki Eaper</li> <li>- urut dan lain jurnal &amp; intervensi &amp; askep</li> <li>- Pembahasan</li> </ul>	
5	Rabu, 04-07-2019	Acc dan susunan	

### 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 Ruangannya Igd Rsud Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.

KB  
 TB

No	Hari / Tanggal	Hasil Konsul	Tanda Tangan
1.	Rabu, 19-06-2019	1. Perbaiki latar belakang 2. Perbaiki aspek teoritis 3. Lengkapi data kasus 4. Perbaiki penulisan	
2.	Selasa 2/ Juli 19	1. penulisan judul & kegunaan penulisan 2. Tata letak slide / paragraf & data - bar di perbaiki 3. Lengkapi data kasus 4. Perbaiki penulisan & format	
3	Kamis / 4/ Juli / 19	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perbaiki Lat - Bar → tampil km</li> <li>Buat leaflet 4 dx 3</li> </ul>	
		4cc 4/ di remind	

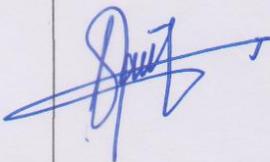
### LEMBAR KONSULTASI REVISI KIA-N

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	Aee digilirdkam	

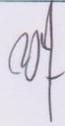
### LEMBAR KONSULTASI REVISI KIA-N

Nama : Fivi Novita

Nim : 1814901673

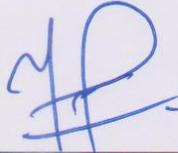
Penguji II : Ns. Yessi Andriani, M. Kep. SP.MAT

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

No	Hari/Tanggal	Hasil Konsul	Tanda Tangan
	Jumat / 12-07-2019	- Perbaiki perencanaan Monitoring - Perbaiki Tanda-tanda Din pemulas kerja (misal sewa - pasien	
	Senin / 15-07-2019	- Acc untuk Ajitid	

### 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 y di gilir	