

**KARYA TULIS ILMIAH**

**STUDI KASUS PADA Ny.M.T DENGAN POST PARTUM NORMAL DI RUANG  
FLAMBOYAN RSUD. PROF. DR.W.Z. JOHANNES KUPANG**



**STIFEN SELFISTER WOMAKAL**  
**NIM : PO. 5303 2011 5045**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PRODI D-III KEPERAWATAN**

**2018**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**STUDI KASUS PADA Ny. M.T DENGAN POST PARTUM NORMAL DI RUANG  
FLAMBOYAN RSUD. PROF. Dr.W.Z. JOHANNES KUPANG**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan  
Menyelesaikan Studi pada program studi Diploma III Keperawatan  
Dan Mendapatkan Gelar Ahli Madya Keperawatan**



**STIFEN SELFISTER WOMAKAL**  
**NIM : PO. 5303 2011 5045**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PRODI D-III KEPERAWATAN**

**2018**

## LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan karya tulis ilmiah oleh Stifen Selfister Womakal NIM : PO.530320115045 dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Ny. M.T dengan Post Partum Normal di Ruang Flamboyan RSUD Prof Dr. W.Z Johannes Kupang" telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Mengetahui  
Pembimbing



Meiveriance Kapitan, S.Kep.Ns, M.Kep  
NIP. 197904302000122002

## LEMBAR PENGESAHAN

Laporan karya Tulis ilmiah oleh Stifen Selfister Womakal dengan judul Asuhan keperawatan pada Pasien Ny. M.T dengan Post Partum Normal di Ruang Flamboyan RSUD Prof.Dr. W.Z. Johannes Kupang telah dipertahankan didepan dewan penguji pada tanggal 06 juli 2018.

### Dewan Penguji

Penguji I



Mariana Ont-Betan, S.Kep.Ns., MPH  
NIP. 197307101997032003

Penguji II



Meiveriance Kapitan, S.Kep.Ns., M.Kep  
NIP. 197904302000122002

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan



M. Margaretha U. W., SKp., MHSc  
NIP. 195602171986032001

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Telli, S.Kep.Ns., MSc-PH  
NIP. 197707272000032002

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Stifen Selfister Womakal  
NIM : PO. 530320115045  
Program Studi : D III Keperawatan  
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 06 Juli 2018

Pembuat Pernyataan



Stifen Selfister Womakal  
NIM: PO.530320115045

Mengetahui  
Pembimbing



Meyeriance Kapitan, S.Kep.Ns,M.Kep  
NIP.197904302000122002

## **BIODATA PENULIS**

Nama : STIFEN SELFISTER WOMAKAL  
Tempat Tanggal Lahir : kalabahi, 02 April 1996  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Alamat : Jln. Tuak Daun Merah  
Riwayat Pendidikan : 1. Tamat SD Inpres kalabahi tengah IV (2008)  
2. Tamat SMP Negeri 1-kalabahi (2011)  
3. Tamat SMA Negeri 1-Kalabahi (2014)  
4. Sejak Tahun 2015 Berkuliah Di Jurusan  
Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang  
Jurusan Keperawatan

## **MOTTO**

**Aku Tahu, Engkau Sanggup Melakukan Segalah Sesuatu,  
Dan Tidak Ada RencanaMu Yang Gagal**

**AYUB 42 : 2**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis haturkan ke Hadirat Tuhan yang Maha Esa karena atas Rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan study kasus ini dengan judul “ Asuhan Keperawatan pada pasien post partum normal ini dengan baik.

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan study kasus ini dengan baik, secara khusus penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Meiyeriance Kapitan,S.Kep.Ns.M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah membimbing dan banyak memberikan masukan bagi penulis dalam menyusun studi kasus ini.
2. Ibu Maria Oni Betan, S.Kep.Ns.MPH selaku dosen penguji yang telah memberikan banyak masukan bagi penulis untuk menyelesaikan studi kasus ini.
3. Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Ibu R.H Kristina, SKM.,M.Kes
4. Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang Ibu M. Margaretha U.W SKp. MHSc.
5. Segenap dosen Poltekkes Kemenkes Kupang Jurusan Keperawatan yang selama ini telah mengajar, membimbing dan memberikan motivasi dalam penulisan studi kasus ini.
6. Bagi kedua orang Tua Tercinta Bapak Robynson Womakal dan Mama Yulin Karsoma yang telah membesarkan dan mendidik , kedua kakak tercinta Toni Womakal dan Pauliana Womakal yang telah memberikan dukungan doa, dan nasehat sehingga penulis dapat menyelesaikan studi kasus ini.
7. Bagi teman-teman Riki Tokan, Obie Gilaa, Adam Maumutang dan Asni yang telah memberikan motivasi, mendukung dalam doa, dan selalu menemani dalam menyelesaikan studi kasus ini.
8. Bagi Sahabat terbaik Kosmas Karimalei, Eka djenmay, Irna lakamey, Ramly laukuang, obie gilaa yang telah banyak memberikan dukungan dan semangat bagi penulis dalam menyelesaikan studi kasus ini.

9. Bagi teman-teman seperjuangan GNA 24 Reguler A yang telah memberikan dukungan dan semangat bagi penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan studi kasus ini.
10. Bagi semua pihak yang telah membantu penulis dalam penyusunan studi kasus ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penyusunan study kasus ini masih sangat jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu segala pendapat, kritikan dan saran yang membangun sangat penulis harapkan agar dapat digunakan sabagai dasar dalam penyelesaian study kasus selanjutnya.

Kupang, 06 Juli 2018

Penulis



## ABSTRAK

Nama : Stifen Selfister Womakal

NIM : PO.530320115045

**Latar Belakang :** Masa post partum adalah periode selama dan tepat setelah kelahiran. Namun secara populer, diketahui istilah tersebut mencakup 6 minggu berikutnya saat terjadi involusi kehamilan normal (Hughes, 1972 dalam Chunningham 2006).

Diperkirakan kematian ibu terbanyak terjadi setelah kehamilan dan kematian masa nifas terjadi 24 jam pertama dimana penyebab utamanya adalah perdarahan pasca persalinan.

Menurut profil kesehatan NTT Tahun 2014 Angka Kematian Ibu (AKI) berada pada angka 158/100.000 kelahiran hidup sedangkan pada tahun 2015 Angka Kematian Ibu (AKI) di NTT sebesar 178/100.000 kelahiran hidup, di Kota Kupang terdapat 5 ibu yang meninggal. Berdasarkan data awal yang diambil dari Rekam Medik RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang, pada tahun 2014 jumlah ibu yang melakukan persalinan sebanyak 1012 orang tidak ada yang meninggal, pada tahun 2015 jumlah persalinan sebanyak 1056 orang tidak ada ibu yang meninggal, pada tahun 2016 sebanyak 982 orang terdapat 1 ibu meninggal, dan data diambil 3 bulan terakhir pada tahun 2016 yaitu (Oktober-Desember), Apabila tidak diatasi segera maka akan mengakibatkan kematian pada ibu. Diperkirakan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama. Dimana penyebab utamanya adalah perdarahan pasca persalinan (50%) sehingga perlu dilakukan suatu upaya mengatasi perdarahan pasca persalinan, salah satu caranya yaitu dengan mobilisasi dini.

**Tujuan :** Untuk mengetahui asuhan keperawatan pada pasien dengan post partum normal meliputi pengkajian, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

**Hasil :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada pasien Ny.MT, pasien bebas dari nyeri, pengetahuan pasien meningkat tentang KB, dan Imunisasi tidak ada konstipasi dan kecemasan berkurang.

**Kesimpulan :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan, pengkajian, menganalisa data, menyimpulkan diagnosa, merencanakan tindakan, dan mengevaluasi pada pasien dengan masalah post partum atau masa nifas sudah teratasi dengan baik.

**Kata kunci :** Post Partum, nyeri akut, defisiensi pengetahuan, konstipasi, kecemasan

## DAFTAR ISI

### *Halaman*

HALAMAN DEPAN	
HALAMAN SAMPUL DALAM	
LEMBAR PERSETUJUAN.....	i
LEMBAR PENGESAHAN .....	ii
PERNYATAAN KEASLIHAN TULISAN .....	iii
BIODATA PENULIS .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR LAMPIRAN .....	vii
BAB I PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan .....	3
1.4 Manfaat .....	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	5
2.1.KonsepPost Partum.....	5
2.1.1. Pengertian .....	5
2.1.2. Tahapan masa nifas .....	5
2.1.3. Perubahan fisiologis masa nifas .....	6
2.1.4. Proses adaptasi psikologis ibu masani fas.....	13
2.1.5 Perawatan wanita pada masa nifas.....	18
2.2. Konsep Asuhan Keperawatan.....	19
2.3.1. Pengkajian .....	19
2.3.2. Diagnosa Keperawatan.....	24

2.3.4. Intervensi Keperawatan.....	24
2.3.5. Implementasi Keperawatan.....	26
2.3.6. Evaluasi.....	26

**BAB III HASIL STUDY KASUS DAN PEMBAHASAN**

3.1 Gambaran umum kasus .....	27
3.1.1 pengkajian keperawatan.....	27
3.1.2 Analisa Data .....	29
3.1.3 Diagnosa keperawatan.....	30
3.1.4 Intervensi Keperawatan .....	31
3.1.5 Implementasi Keperawatan.....	32
3.1.6 Evaluasi Keperawatan.....	35
3.2 Pembahasan .....	36
3.3 Keterbatasan study kasus.....	42

**BAB IV PENUTUP**

4.1 Kesimpulan.....	43
4.2 Saran.....	45
Daftar Pustaka.....	46

## LAMPIRAN

Lampiran 1 Format Asuhan Keperawatan ( Pengkajian – Evaluasi ) .....	47
Lampiran 2 Satuan Acara Penyuluhan ( SAP ) .....	63
Lampiran 3 Dokumentasi Penyuluhan .....	82
Lampiran 4 Brosur ( leaflet dan Poster ) .....	85
Lampiran 5 jadwal kegiatan .....	87
Lampiran 6 proses Bimbingan Laporan .....	88

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang Masalah

Masa post partum adalah periode selama dan tepat setelah kelahiran. Namun secara populer, diketahui istilah tersebut mencakup 6 minggu berikutnya saat terjadi involusi kehamilan normal (Hughes, 1972 dalam Chunningham 2006). Post Partum juga merupakan masa sesudah persalinan dapat juga disebut masa nifas (puerperium) yaitu masa sesudah persalinan yang diperlukan untuk pulihnya kembali alat kandungan yang lamanya 6 minggu.

Masa post partum memiliki proses adaptasi seperti proses adaptasi yang terjadi pada ibu postpartum meliputi perubahan pada tanda-tanda vital, perubahan pada hematologi, perubahan pada sistem kardiovaskuler, perubahan pada perkemihan, perubahan pada sistem pencernaan, perubahan pada sistem muskuloskeletal, perubahan pada sistem endokrin, dan perubahan pada organ reproduksi.

Kondisi psikologis seorang ibu, setelah melahirkan akan merasakan gejala-gejala psikologis, demikian juga pada masa menyusui. Meskipun demikian ada pula ibu yang tidak mengalami hal ini. Agar perubahan psikologi yang dialami tidak berlebihan, ibu perlu mengetahui tentang hal yang lebih lanjut. Wanita banyak mengalami perubahan emosi selama masa nifas sementara ia menyesuaikan diri menjadi seorang ibu. Banyak wanita menunjukkan gejala psikiatrik, terutama gejala depresi dari ringan sampai berat serta gejala-gejala neurosis traumatik.

Proses adaptasi ibu nifas secara psikologis adalah melalui beberapa fase yaitu Fase taking in, taking hold, dan letting go. Fase taking in, fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri, pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya dalam merawat bayi. Selain itu perasaannya sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati. Fase letting go, Fase ini merupakan fase

menerima tanggung jawab akan peran barunya yang menerima tanggung jawab peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan.

Fase taking hold, Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase taking hold, ibu-ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya

Masalah yang muncul pada pasien post partum normal adalah Nyeri, kecemasan, dan kurangnya pengetahuan. Nyeri karena adanya jahitan pada area sensitive pasien. Nyeri menjadi masalah utama karena berpengaruh langsung terhadap kelangsungan hidup. Upaya yang dilakukan dalam mengatasi ketidaknyamanan nyeri disini adalah dengan melakukan teknik-teknik non farmakologi seperti Distraksi ( pengalihan perhatian ), Imajinasi, Kompres hangat dan salah satunya adalah teknik relaksasi.

Selama tahun 2016 tingkat prevalensi Angka kematian ibu ( AKI) Merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan perempuan. Diperkirakan kematian ibu terbanyak terjadi setelah kehamilan dan kematian masa nifas terjadi 24 jam pertama dimana penyebab utamanya adalah perdarahan pasca persalinan.

Menurut profil kesehatan NTT Tahun 2014 Angka Kematian Ibu (AKI) berada pada angka 158/100.000 kelahiran hidup sedangkan pada tahun 2015 Angka Kematian Ibu (AKI) di NTT sebesar 178/100.000 kelahiran hidup, di Kota Kupang terdapat 5 ibu yang meninggal. Berdasarkan data awal yang diambil dari Rekam Medik RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang, pada tahun 2014 jumlah ibu yang melakukan persalinan sebanyak 1012 orang tidak ada yang meninggal, pada tahun 2015 jumlah persalinan sebanyak 1056 orang tidak ada ibu yang meninggal, pada tahun 2016 sebanyak 982 orang terdapat 1 ibu meninggal, dan data diambil 3 bulan terakhir pada tahun 2016 yaitu (Oktober-Desember),

Penyebab kematian ibu di Indonesia meliputi penyebab obstetri langsung yaitu perdarahan, preeklamsi/eklamsi, infeksi, sedangkan penyebab tidak langsung adalah trauma obstetri. Apabila tidak diatasi segera maka akan mengakibatkan kematian pada ibu. Diperkirakan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama. Dimana penyebab utamanya adalah perdarahan pasca persalinan (50%) sehingga perlu dilakukan suatu upaya mengatasi perdarahan pasca persalinan, salah satu caranya yaitu dengan mobilisasi dini.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimanakah perawatan pada ibu dengan post partum normal di ruang Flamboyan RSUD W.Z.Johannes kupang.

## **1.2 Tujuan Studi Kasus**

### **1.2.1 tujuan umum**

Memberikan asuhan keperawatan pada ibu post partum normal di ruang Flamboyan RSUD Prof. W.Z Johannes Kupang.

### **1.2.2 tujuan khusus**

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah :

1. Mengidentifikasi pengkajian pada ibu post partum normal di ruang Flamboyan RSUD Prof. W.Z Johannes Kupang.
2. Menguraikan diagnosa keperawatan pada ibu post partum normal di ruang Flamboyan RSUD Prof. W.Z Johannes Kupang.
3. Mengidentifikasi tindakan keperawatan keperawatan pada ibu post partum normal di ruang Flamboyan RSUD Prof. W.Z Johannes Kupang
4. mengidentifikasi tindakan keperawatan keperawatan pada ibu post partum normal di ruang Flamboyan RSUD Prof. W.Z Johannes Kupang.
5. mengidentifikasi evaluasi keperawatan pada ibu post partum normal di ruangan Flamboyan RSUD Prof. W.Z Johannes Kupang

## **1.3 Manfaat Studi Kasus**

### **1.3.1 Insitusi Pendidikan**

Diharapkan dapat memberikan manfaat yang positif bagi perkembangan ilmu dan praktik keperawatan khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada ibu dengan post partum normal.

### **1.3.2 Rumah Sakit**

Sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada ibu dengan pos partum normal

### **1.3.2 Bagi Penulis**

Untuk menambah pengetahuan serta menerapkan asuhan keperawatan pada ibu dengan postpartum normal



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Teori**

##### **2.1.1 Pengertian**

Post partum atau Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Wanita yang melalui periode puerperium disebut puerpura. Nifas berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya alat kandungan pada keadaan yang normal.

Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil. Lama masa nifas 6-8 minggu. Batasan waktu nifas yang paling singkat (minimum) tidak ada batas waktunya, bahkan bisa jadi dalam batas waktu yang relatif pendek darah sudah keluar, sedangkan batas maksimumnya adalah 40 hari.

Masa nifas didefinisikan sebagai periode selama ada dan tepat setelah kelahiran. Namun secara populer, diketahui istilah tersebut mencakup 6 minggu berikutnya saat terjadi involusi kehamilan normal (hughes, 1972 dalam chunnigham 2006 ) masa nifas juga merupakan periode sekitar 6 minggu sesudah melahirkan anak dan plasenta keluar lepas dari rahim.

##### **2.1.2 Tahapan Masa Nifas**

Nifas dibagi menjadi 3 tahap:

1. puerperium dini.

Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja 40 hari

2. puererium intramedial.

Kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-89 minggu

### 3. Remote puererium

waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu

## 2.1.3 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

### A. Perubahan sistem reproduksi

#### 1. Infolusi

##### a. Pengertian

Infolusi atau pengurutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

##### b. Proses involusi uteri

Pada akhir persalinan kala III, uterus berada di garis tengah, kira-kira 2 cm dibawah umbilicus dengan bagian fundus bersandar pada promotorium sakralis. Pada saat ini besar uterus kira-kira sama dengan besar uterus sewaktu usia kehamilan 16 minggu dengan berat 1000 gram. Peningkatan kadar estrogen dan progesteron bertanggung jawab untuk pertumbuhan masif uterus selama masa hamil. Pertumbuhan uterus pada masa prenatal bertanggung jawab pada hiperplasia, peningkatan jumlah sel-sel otot dan hipertropi, yaitu pembesaran sel-sel yang sudah ada. Pada masa post partum penurunan kadar hormon-hormon ini menyebabkan terjadinya autolisis.

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

#### 1) Autolysis

Autolysis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterine. Enzim proteolitik dan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula dan 5 kali lebar semula selama kehamilan. Sitoplasma sel yang berlebih akan tercerna sendiri sehingga tertinggal jaringan fibro elastic dalam jumlah renik sebagai bukti kehamilan.

#### 2) Atrofi jaringan

Jaringan yang berpoliferasi dengan adanya estrogen dalam jumlah besar, kemudian mengalami atrofi sebagai reaksi terhadap penghentian produksi estrogen yang menyertai pelepasan plasenta. Selain perubahan atrofi pada otot-otot uterus, lapisan desidua akan mengalami atrofi dan terlepas dengan meninggalkan lapisan basal yang akan berregenerasi menjadi endometrium yang baru.

3) Efek oksitosin (kontraksi)

Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, diduga sebagai respon terhadap penurunan volume intrauterin yang sangat besar. Hormon oksitosin yang dilepas oleh kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengopresi pembuluh darah yang membantu proses hemostatis. Kontraksi dan retraksi otot uterin akan mengurangi suplai darah ke uterus. Proses ini membantu mengurangi bekas luka tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan. Luka bekas perlekatan plasenta memerlukan waktu 8 minggu untuk sembuh total.

Selama 1-2 jam pertama post partum intensitas kontraksi uterus bisa berkurang dan menjadi teratur. Karena itu penting sekali menjaga dan mempertahankan kontraksi uterus pada masa ini. Suntikan oksitosin biasanya diberikan secara intravena atau intramuskuler segera setelah bayi lahir pemerian ASI segera setelah bayi lahir akan merangsang pelepasan oksitosin karena usapan bayi pada payudara.

c. Bagian bekas implantasi plasenta

- 1) Bekas implantasi plasenta setelah segera plasenta lahir seluas 12x 5 cm, permukaankasar, dimana pembuluh darah besar bermuara.
- 2) Pada pembuluh darah terjadi pembentukan trombosis disamping pembuluh darah tertutup karena kontraksi otot rahim
- 3) Bekas luka imlantasi dengan cepat mengecil, pada minggu kedua sebesar 6-8 cm dan pada akhir masa nifas sebesar 2 cm.
- 4) Lapisan endometrium dilepaskan dalam bentuk jaringan nekrosis bersama dengan lokea

- 5) Luka bekas implantasi plasenta akan sembuh karena pertumbuhan endometrium yang berasal dari tepi luka dan lapisan basalis endometrium
- 6) Luka sembuh sempurna pada 6-8 minggu postpartum

d. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum

Tabel perubahan uterus masa nifas

Involusi uteri	Tinggi Fundus uteri	Berat uterus	Diameter uterus	Palpasi cerdik
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut/ lunak
7 hari (minggu 1)	Pertengahan antara pusat dan symphysis	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

( Ambarwati E,R Diah, W. 2010 )

Involusi uteri dari luar dapat diamati yaitu dengan memeriksa fundus uteri

dengan cara:

- 1) Segera setelah persalihan, tinggi fundus uteri 2 cm dibawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm diatas pusat dan menurun kira-kira 1 cm setiap hari
- 2) Pada hari kedua setelah persalinan tinggi fundus uteri 1 cm dibawah pusat . pada hari ke 3 atau 4 tinggi fundus uteri 2 cm dibawah pusat. Pada hari 5-7 tinggi fundus uteri tidak teraba.

Bila uterus tidak mengalami atau terjadi kegagalan dalam proses involusi tersebut dengan subinvolusi. Subinvolusi dapat disebabkan oleh infeksi dan tertinggalnya sisa plasenta/perdarahan lanjut.

## 2. Lochea

Lochea adalah eksresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lochea mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea mempunyai bau amis/anyir seperti darah menstruasi, meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda pada setiap wanita. Lochea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochea mempunyai perubahan karena proses involusi

Proses keluarnya darah nifas atau lochea terdiri atas 4 tahapan:

### a. Lochea rubra /merah

Lochea ini muncul pada hari 1 sampai hari ke empat masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena bersih darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan mekonium

### b. Lochea sanguinolenta

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke empat sampai hari ke 7 postpartum

### c. Lochea serosa

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit dan robekan/lacerasi plasenta. Muncul pada hari ke 7 sampai ke 14 postpartum

### d. Lochea alba

mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati lochea alba bisa berlangsung selama 2-6 minggu postpartum. Lochea rubra yang menetap pada awal periode postpartum menunjukkan adanya perdarahan postpartum sekunder yang mungkin disebabkan tertinggalnya sisa/selaput plasenta. Lochea serosa atau alba yang berlanjut bisa menandakan adanya endometritis, terutama jika disertai demam, rasa sakit atau nyeri tekan pada abdomen. Bila terjadi infeksi, keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan lochea purulenta, pengeluaran lochea yang tidak lancar disebut dengan lochea statis

### 3. Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna serviks sendiri berwarna kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Konsistensinya lunak kadang-kadang terdapat laserasi /perluasan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, serviks tidak pernah kembali kepada keadaan sebelum hamil.

Bentuknya seperti corong karena disebabkan oleh korpus uteri yang mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga pada perbatasan antara korpus uteri dan serviks terbentuk cincin

Muara serviks yang berdilatasi 10 cm pada waktu persalinan, menutup secara bertahap. Setelah bayi lahir, tangan mami bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dimasuki 2-3 jari, pada minggu ke 6 postpartum serviks menutup.

### 4. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu postpartum. Penurunan hormon estrogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu ke 4.

### B. Perubahan sistem pencernaan

Biasanya ibu mengalami obstipasi setelah melahirkan anak. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan colon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan ( dehidrasi ), kurang makan, haemoroid, laserasi jalan lahir. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diet atau makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup.

### C. Perubahan sistem perkemihan

Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang puerperium mengalami sulit buang air kecil, karena sfingter ditekan oleh kepala janin spasme oleh iritasi muskulus sphinter ani selama persalinan, kadang-kadang edema dari triogonium menimbulkan obstruksi dari uretra sehingga sering

terjadi retensio urine. Kandung kemih dalam puerperium sangat kurang sensitive dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kemih penuh atau sesudah buang air kecil masih tertinggal urine residual. ( normal kurang lebih 150cc ). Sisa urine dan trauma pada kandung pada kandung kencing waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi. Dilatasi reter dan pyelum normal kembali dalam waktu 2 minggu. Urine biasanya berlebihan (poliurie) antara hari kedua dan kelima, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan. Kadang-kadang hematuri akibat proses katalitik involusi. Acetonurieterutama setelah partus yang sulit dan lama yang disebabkan pemecahan karbohidrat yang banyak, karena kegiatan otot-otot rahim dan karena kelaparan. Proteinurine akibat dari autolisis sel-sel otot.

#### D. Perubahan sistem musculoskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi, karena rotundum menjadi kendor. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusny serat-serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Pemulihan dibantu dengan latihan

#### E. Perubahan endokrin

##### 1. Hormon plasenta

Selama periode pasca partum terjadi perubahan hormon yang besar. Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan signifikan hormon-hormon yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan.

##### 2. Hormon pituitary

Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke 3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi

##### 3. Hormon oksitosin

Oksitosin dikeluarkan dari kelenjar bawah otak bagian belakang (posterior), bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ketiga

persalinan, oksitosin menyebabkan pemisahan plasenta. Kemudian seterusnya bertindak atas otot yang menahan kontraksi, mengurangi tempat plasenta dan mencegah perdarahan. Pada wanita yang memilih menyusui bayinya, isapan sang bayi merangsang keluarnya oksitosin lagi dan ini membantu uterus kembali ke bentuk normal dan pengeluaran air susu.

#### 4. Hipotalamik pituitari ovarium

Untuk wanita yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi. Sering kali menstruasi pertama itu bersifat anovulasi yang dikarenakannya rendah kadar estrogen dan progesteron.

### F. Perubahan tanda-tanda vital

#### 1. Suhu Badan

24 jam post partum suhu badan akan naik sedikit (  $37,5^{\circ}\text{C} - 38^{\circ}\text{C}$  ) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan kehilangan cairan dan kelelahan, apabila keadaan normal suhu badan akan biasa lagi. Pada hari ketiga suhu badan akan naik lagi karena ada pembentukan asi, buah dada akan menjadi bengkak berwarna merah karena ada banyak asi bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi endometrium, mastitis, traktus urogenitalis atau sistem lain.

#### 2. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80x/menit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang lebih 100 adalah abnormal dan hal ini mungkin disebabkan oleh infeksi atau perdarahan postpartum tertunda.

#### 4. Tekanan darah

Biasanya tidak berubah kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah melahirkan karena adanya perdarahan tekanan darah tinggi pada post partum menandakan terjadinya preeklamsi post partum

#### 5. Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Apabila suhu dan denyut nadi tidak normal maka pernapasan juga akan mengikutinya kecuali ada gangguan kesusut di saluran pernapasan.



## G. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Pada persalinaan pervaginam kehilangannya darah sekitar 300-400 cc. bila kelahiran melalui SC kehilangan darah akan dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi. Apabila persalinan pervaginam hemokonsentrasi akan naik dan pada SC hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4 – 6 minggu.

### 2.1.4 Proses Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

Secara psikologis, setelah melahirkan seorang ibu akan merasakan gejala-gejala psikiatris, demikian juga pada masa menyusui. Meskipun demikian ada pula ibu yang tidak mengalami hal ini. Agar perubahan psikologi yang dialami tidak berlebihan, ibu perlu mengetahui tentang hal yang lebih lanjut. Wanita banyak mengalami perubahan emosi selama masa nifas sementara ia menyesuaikan diri menjadi seorang ibu.

Beberapa penulis berpendapat, dalam minggu pertama setelah melahirkan, banyak wanita menunjukkan gejala psikiatrik, terutama gejala depresi dari ringan sampai berat serta gejala-gejala neurosis traumatik. Berikut beberapa faktor yang berperan antara lain, ketakutan yang berlebihan dalam masa hamil, struktur perorangan yang tidak normal sebelumnya, riwayat psikiatrik abnormal, riwayat perkawinan abnormal, riwayat obstetrik (kandungan) abnormal, riwayat kelahiran mati atau kelahiran cacat, riwayat penyakit lainnya.

Biasanya penderita dapat sembuh kembali tanpa atau dengan pengobatan. Meskipun demikian, kadang di perlukan terapi oleh ahli penyakit jiwa . sering pula, kelainan-kelainan psikiatrik ini berulang setelah persalinan berikutnya. Hal yang perlu diperhatikan yaitu adaptasi psikososial pada masa pasca persalinan. Bagi keluarga muda, masa pasca persalinan merupakan “ awal keluarga baru” sehingga keluarga perlu beradaptasi dengan peran barunya. Tanggung jawab keluarga bertambah dengan hadirnya bayi baru lahir. Dorongan serta perhatian anggota keluarga lainnya merupakan dukungan positif bagi ibu

## A. Adaptasi psikologis ibu masa nifas

### 1. Fase taking in

fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti muda tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Oleh karena itu kondisi ibu perlu di pahami dengan menjaga komunikasi yang baik. Pada fase ini perlu di perhatikan pemberian ekstra makanan untuk proses pemulihannya. Disamping nafsu makan ibu memang meningkat.

### 2. Fase taking hold

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase taking hold, ibu ibu merasa kuatir akan ketidak mampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Selain itu perasaannya sangat sensitiv sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati. Oleh karena itu ibu memerlukan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri.

### 3. Fase letting go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang menerima tanggung jawab peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

## B. Post partum blues

Adanya kalanya ibu mengalami perasaan sedih yang berkaitan dengan bayinya. Keadaan ini disebut dengan baby blues, yang di sebabkan oleh perubahan perasaan yang dialami .ibu saat hamil sehingga sulit menerima kehadiran bayinya. Perubahan perasaan ini merupakan respon alami terhadap rasa lelah yang dirasakan. Selain itu, juga karena perubahan fisik dan emosional selama beberapa bulan kehamilan. Disini hormone memainkan peran utama dalam hal bagaimana ibu bereaksi terhadap situasi yang berbeda. Setelah melahirkan dan

lepasnya plasenta dari dinding rahim, tubuh ibu mengalami perubahan besar dalam jumlah hormone sehingga membutuhkan waktu untuk menyesuaikan diri. Di samping perubahan fisik, hadirnya seorang bayi dapat membuat perbedaan besar dalam kehidupan ibu dalam hubungannya dengan suami, orang tua, maupun anggota keluarga lain. Perubahan ini akan kembali secara perlahan setelah ibu menyesuaikan diri dengan peran barunya dan tumbuh kembali dalam keadaan normal.

Gejala-gejala baby blues, antara lain menanggis, mengalami perubahan perasaan, cemas, kesepian, khawatir mengenai sang bayi, penurunan gairah sex, dan kurang percaya diri terhadap kemampuan menjadi seorang ibu. Jika hal ini terjadi, ibu disarankan untuk melakukan hal-hal berikut :

1. Mintalah bantuan suami atau jika ibu membutuhkan istirahat untuk menghilangkan kelelahan
2. Beritahu suami mengenai apa yang sedang ibu rasakan. Mintalah dukungan dan dan pertolongannya.
3. Buang rasa cemas dan khawatir akan kemampuan merawat bayi.
4. Carilah hiburan dan luangkan waktu untuk diri sendiri.

Ada kalanya ibu merasakan kesedihan karna kebebasan, otonomi, interaksi social, kemandiriannya berkurang. Hal ini akan mengakibatkan depresi pasca persalinan (depresi post partum ). Berikut ini gejala-gejala depresi pasca persalinan:

1. Sulit tidur, bahkan ketika bayi sudah tidur
2. Nafsu makan hilang
3. Perasaan tidak berdaya atau kehilangan kontrol
4. Terlalu cemas atau tidak perhatian sama sekali pada bayi
5. Tidak menyukai atau takut menyentuh bayi
6. Pikiran yang menakutkan mengenai bayi
7. Sedikit atau tidak ada perhatian terhadap penampilan pribadi
8. Gejala fisik seperti banyak wanita sulit bernapas atau perasaan berdebar-debar

Seorang ibu multipara mudah mengalami/ menderita depresi masa nifas . hal ini di sebabkan oleh kesibukan yang mengurus anak-anak sebelum kelahiran anaknya ini. Ibu yang tidak mengurus mengurus dirinya sendiri, seorang ibu cepat murung, mudah marah-marah. Hal ini menandakan ibu menderita depresi masa nifas.

Depresi masa nifas adalah keadaan yang amat serius.wanita memerlukan banyak istirahat dan dukungan. Gejala-gejala lain dari depresi masa nifas yaitu ibu tidak merawat dirinya ataupun bayinya dan merasa mendengar suara seseorang yang sesungguhnya tidak ada. Ibu menderita depresi masa nifas mungkin perlu minum obat.ia harus di periksa oleh seorang ahli yang dapat menilainya secara psikologis, untuk mengetahui apakah ia membutuhkan pengobatan. Dan dibutuhkan juga dukungan keluarga, dengan cara selalumengunjungi dan menawarkan bantuan dan dorongan kepada ibu.

### C. Kesedihan dan duka cita

#### 1. Kemurungan masa nifas

Kemurungan masa nifas normal saja dan disebabkan perubahan dalam tubuh seseorang wanita selama kehamilan serta perubahan dalam irama/cara kehidupannya sesudah bayi lahir. Seorang ibu lebih beresiko mengalami kemurungan pasca salin, karena ia muda mempunyai masalah dalam menyusui bayinya. Kemurungan pada masa nifas merupakan hal umum, dan bahwa perasaan-perasaan demikian biasanya hilang sendiri dalam dua minggu sesudah melahirkan.

#### 2. Terciptanya ikatan ibu dan bayi

Menciptakan terjadinya ikatan bayi dan ibudalam jam pertama setelah kelahiran yaitu dengan cara mendorong pasangan orang tua untuk memegang dan memeriksa bayinya, memberi komentar positif tentang bayinya, meletakkan bayinya disamping ibunya. Berikan privasi kepada pasangan tersebut untuk sendiri saja bersama bayinya. Redupkan cahaya lampu ruangan agar bayi membuka matanya. Tangguhkan perawatan yang tidak begitu penting sampai

sesudah pasangan orang tua bayi dapat berinteraksi dengan bayinya selama bayi masih dalam keadaan bangun.

Perilaku normal orang tua untuk menyentuh bayi ya ketika mereka pertama kali melihat bayinya yaitu dengan meraba atau menyentuh anggota badan bayi serta kepalanya dengan ujung jari. Mengusap tubuh bayi serta dengan telapak tangan lalu menggendongnya dilengan dan memposisikan nya sedemikian rupa sehingga matanya bertatapan langsung dengan mata bayi.

Berbagai perilaku yang merupakan tanda yang harus di waspadai dalam kaitannya dengan ikatan antara ibu dan bayi kemungkinan penatalaksananya oleh bidan.

3. Tanda dan gejala serta etiologi kemurungan masa nifas dan klasifikasi atau istilah-istilah local yang dipakai untuk menggambarkannya.tanda-tanda dan gejalanya : sangat emosional, sedih, kawatir, mudah tersinggung, cemas merasa hilang semangat, mudah marah, sedih tanpa ada sebabnya, menanggapi berulang kali.

Etiologi : berbagai perubahan yang terjadi dalam tubuh wanita selama kehamilan dan perubahan dalam cara hidupnya sesudah mempunyai bayi. Perubahan hormonal yang cepat terjadi. Adanya perasaan kehilangan secara fisik sesudah melahirkan yang menjurus pada suatu perasaan sedih. Kemurungan menjadi dapat menjadi semakin parah oleh adanya ketidaknyamanan jasmani, rasa letih, stress atau kecemasan yang yang tak diharapkan karena adanya ketengangan dalam dalam keluarga atau adanya cara penanganan yang tidak peka oleh para petugas .

Ibu yang beresiko tinggi yang mempunyai reaksi psikologis lebih parah dari pada kemurungan massa nifas. Ibu yang sebelumnya pernah mengalami depresi atau tekanan jiwa. Ibu yang rasa percaya dirinya (harkatnya) rendah.

Penatalaksanaan : banyak perempuan dia bawah depresi yang bias menanggapi atau dipengaruhi oleh dorongan atau bujukan dan dukungan fisik yang berkaitan oleh bidan atau anggota keluarga. Bila seorang ibu tidak bereaksi positif terhadap dorongan atau dukungan yang diberikan atau tetap menunjukkan perilaku yang aneh (mendengar, suara-suara, berada diluar

kenyataan, berhalusinasi atau berkhayal,menolak bayinyanya) atau bila berpikir untuk mencederai dirinya sendiri atau bayinya ia harus di rujuk ke pada seorang ahli yang mampu mengani masalah psikologis

### **2.1.5 Perawatan wanita pada masa nifas**

Perawatan wanita pada masa nifas menjadi lebih mudah dengan diperbolehkan ambulasi dini. Pemeriksaan secara teratur dilakukan pada suhu tubuh dengan denyut nadi. Inspeksi perineum dilakukan setiap hari untuk mengamati derajat edema, (jika ada) dan keadaan jahitan. Banyak wanita yang mengalami kerusakan dan perbaikan perineum merasakan nyeri yang hebat. Ia mungkin memerlukan analgesic, dan akan lebih menyenangkan bila ia duduk di atas cincin karet.

Sifat dan jumlah lokia diamati dan dicatat serta diperiksa tinggi fundus di atas simfisis pubis setiap hari. Kontraksi uterus terus berlangsung setelah bayi lahir. Biasanya tidak nyeri, tetapi beberapa wanita mengalaminya terutama pada waktu menyusui . mungkin diperlukan anagesik.

## 2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Langkah-Langkah Manajemen Menurut Halen Varney (2007) adalah sebagai berikut :  
Pengumpulan atau pengumpulan data dasar adalah mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan pasien. Merupakan langkah pertama untuk mengumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien

### 2.2.1 Pengkajian

#### A. Data subjektif

##### 1. Biodata yang mencakup identitas pasien

###### a. Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan

###### b. Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belumsiap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi perdarahan dalam masa nifas

###### c. Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa

###### d. Pendidikan

Berpengaruh pada tindakan keperawatan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga perawat dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikan

###### e. Suku/bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari

###### f. Pekerjaan

Gunannya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut

###### g. Alamat

Ditanya untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan

2. Keluhan utama

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perinium

3. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan yang lalu

data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut, kondisi seperti : jantung,DM, hipertensi, asma, yang dapat mempengaruhi pada masa nifas ini.

b. Riwayat kesehatan sekarang

Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinya

c. Riwayat kesehatan keluarga untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila penyakit keluarga yang menyertainya.

4. Riwayat perkawinan

Yang perlu dikaji adalah berapa kali menikah, status pernikahan syah atau tidak, karena bila melahirkan tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologinya sehingga akan mempengaruhi proses nifas.

5. Riwayat obstetrik

a. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu.

6. Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah mengikuti KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi seta rencana KB setelah masa nifas ini dan beralih ke kontrasepsi apa.



7. Kehidupan sosial budaya

Untuk mengetahui pasien dan keluarga yang menganut adat istiadat yang akan menguntungkan atau merugikan pasien khususnya pada masa nifas misalnya ada kebiasaan yang pantang makan.

8. Data psikososial

Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya. Wanita mengalami banyak perubahan emosi/psikologi selama masa nifas sementara ia menyesuaikan diri menjadi seorang ibu. Cukup ini sering menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah kelahiran. Depresi tersebut sering disebut sebagai postpartum blues. Postpartum blues sebagian besar merupakan perwujudan fenomena psikologis yang dialami oleh wanita yang terpisah dari keluarga dan bayinya. Hal ini sering diakibatkan oleh sejumlah faktor:

Penyebab yang paling menonjol adalah:

- a. Kekecewaan emosional yang mengikuti rasa puas dan takut yang dialami kebanyakan wanita selama kehamilan dan persalinan
- b. Rasa sakit masa nifas awal.
- c. Kelelahan karena kurang tidur selama persalinan dan postpartum
- d. Kecemasan pada kemampuannya untuk merawat bayinya setelah meninggalkan rumah sakit
- e. Rasa takut menjadi tidak menarik lagi bagi suaminya

Menjelaskan pengkajian psikologis:

- a. Respon keluarga terhadap ibu dan bayinya
- b. Respon ibu terhadap bayinya
- c. Respon ibu terhadap dirinya

9. Data pengetahuan

Untuk mengetahui seberapa jauh pengetahuan ibu tentang perawatan setelah melahirkan sehingga akan menguntungkan selama masa nifas

10. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

- a. Nutrisi

Mengambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya dan jenis makanan, makanan pantangan.

b. Eliminasi

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

c. Istirahat

Mengambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur, kebiasaan sebelum tidur misalnya membaca, mendengarkan musik, kebiasaan mengonsumsi obat tidur, kebiasaan tidur siang, penggunaan waktu luang. Istirahat sangat penting bagi ibu masa nifas karena dengan istirahat yang cukup dapat mempercepat penyembuhan

d. Personal hygiene

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihantubuh terutama pada daerah genitalia, karena pada masa nifas masih mengeluarkan lochea

e. Aktivitas

Mengambarkan pola aktivitas pasien sehari-hari. Pada pola ini perlu dikaji pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya. Mobilisasi sedini mungkin dapat mempercepat proses pengembalian alat-alat reproduksi. Apakah ibu melakukan ambulasi, seberapa sering, apakah kesulitan, dengan bantuan atau sendiri, apakah ibu pusing ketika melakukan ambulasi

B. Data objektif

Dalam mengatasi masa nifas dari seorang klien, seorang perawat harus mengumpulkan data untuk memastikan bahwa keadaan klien dalam keadaan stabil. Termasuk dalam komponen-komponen pengkajian data objektif ini adalah:

1. Vital sign

Ditunjukkan untuk mengetahui keadaan ibu berkaitan dengan kondisi yang dialami

a. Temperatur/suhu

Meningkatan suhu badan mencapai pada 24 jam pertama masa nifas pada umumnya disebabkan oleh dehidrasi, yang disebabkan oleh keluarnya cairan pada waktu melahirkan, selain itu juga bisa disebabkan oleh karena istirahat dan tidur

yang diperpanjang selama awal persalinan. tetapi pada umumnya setelah 12 jam postpartum suhu tubuh kembali normal. Kenaikan suhu yang mencapai lebih dari 38°C adalah mengarah pada tanda-tanda infeksi

b. Nadi dan pernafasan

- 1) Nadi berkisar antara 60-80x/menit. Denyut nadi diatas 100 kali/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
- 2) Jika takikardi tidak disertai panas kemungkinan disebabkan karena adanya vitium kordis.
- 3) Beberapa ibu postpartum kadang-kadang mengalami bradikardi puerperal, yang denyut nadinya mencapai serendah-rendahnya 40 sampai 50 kali/menit.

c. Tekanan darah

Pada beberapa kasus ditemukan hipertensi postpartum, tetapi keadaan ini akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak ada penyakit-penyakit lain yang meyertainya dalam 2 bulan pengobatan

2. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dari ujung rambut sampai ujung kaki menjelaskan pemeriksaan fisik yaitu

Pada pemeriksaan payudara dan pusing susu dilihat apakah Simetris/tidak, Konsistensi, ada pembengkakan/tidak, Puting menonjol/tidak, lecet/tidak

Pada keadaan abdomen Uterus yang Normal yaitu Kokoh, berkontraksi baik Tidak ada di atas ketinggian fundal saat masa nifas. Uterus yang Abnormal yaitu Lembek, di atas ketinggian fundal saat masa postpartum. untuk Kandung kemih di periksa apakah pasien bisa buang air kecil/ tak bisa buang air kecil. Dan pada pemeriksaan keadaan genitalia yang diperiksa yaitu Lochea, normal dari lokea yaitu Merah hitam ( lochea rubra), Bau biasa, Tidak ada bekuan darah atau butir-butir darah beku (ukuran jeruk kecil), Jumlah perdarahan yang ringan atau sedikit (hanya perlu mengganti pembalut setiap 3-5 jam). Abnormalnya yaitu berwarna Merah terang, berbau busuk, Mengeluarkan darah beku. Perdarahan berat ( memerlukan penggantian pembalut setiap 0-2 jam).

Dan pada saat pemeriksaan pada Keadaan perinium apakah oedema, apakah ada hematoma, bekas luka episiotomi/robekan, hecing.

Pada keadaan anus apakah ada hemorrhoid/ tidak. Dan pemeriksaan pada area ekstremitas apakah ada Varices, Oedema, ada Refleks patella

### **2.2.2 Diagnosa keperawatan (Nanda International 2015-2017, Monica Ester )**

Diagnosa Keperawatannya yaitu

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri (biologi, kimia, fisik, psikologis), kerusakan jaringan
2. Resiko infeksi berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang cara perawatan vulva
3. Resiko tinggi kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan kehilangan darah dan intake ke oral
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan respon hormonal psikologis, proses persalinan dan proses melelahkan
5. Konstipasi berhubungan dengan luka episiotomi grade 2
6. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi

### **2.2.3 Intervensi Keperawatan**

Untuk diagnosa pertama tentang nyeri akut berhubungan dengan agen injuri (biologi, kimia, fisik, psikologis), kerusakan jaringan, dapat diambil tujuan dan kriteria hasil: dengan NOC nya level nyeri, control nyeri, mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan ) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, pasien Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri), Tanda-tanda vital dalam pasien dalam batas normal dan pasien Tidak mengalami gangguan tidur. Untuk intervensinya (NIC) : lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor prespitasi), observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, Kurangi faktor prespitasi nyeri, Ajarkan tehnik non farmakologi ( napas

dalam, relaksasi distraksi, kompres hangat/dingin ), Berikan analgesik untuk mengurangi nyeri, Monitor vital sign pasien

Untuk diagnosa keperawatan yang kedua resiko infeksi berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang cara perawatan vulva dapat diambil tujuan dan criteria hasil Klien bebas dari tanda gejala infeksi, menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya gejala infeksi, menunjukkan perilaku hidup sehat.

dengan NOC nya status imun, pengetahuan tentang kontrol infeksi dan kontrol resiko, dan untuk intervensinya (NIC) : Pertahankan aseptik batasi pengunjung bila perlu, cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan, Gunakan alat pelindung diri , Berikan terapi antibiotik, monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal, Monitor adanya luka, dan Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi

Untuk diagnosa keperawatan ketiga resiko tinggi kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan kehilangan darah dan intake ke oral Dengan NOCnya keseimbangan cairan, hidrasi, Status gizi : intake makanan dan cairan dapat diambil tujuan dan Kriteria hasil: Mempertahankan urin output dengan usia dan BB, tekanan darah, nadi, suhu dalam batas normal , Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan. Dan untuk intervensinya (NIC) : timbang popok/ pembalut bila di perlukan, Monitor status dehidrasi , Monitor tanda vital, Monitor status cairan yang masuk dan keluar, Pemberian cairan IV monitor adanya tanda gejala kelebihan volume cairan

Untuk diagnosa keperawatan yang keempat Gangguan pola tidur berhubungan dengan respon hormonal psikologis, proses persalinan dan proses melelahkan dengan NOCnya : tingkatkan kenyamanan, tingkatkan pola istirahat dan tidur. Dapat diambil tujuan dan kriteria hasil: Jumlah jam tidur dalam batas normal, Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat, Mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur dengan NICnya Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat, Ciptakan lingkungan yang nyaman, Kolaborasikan pemberian obat tidur, Diskusikan dengan pasien dan keluarga teknik tidur pasien, Monitor atau catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam

Untuk diagnosa keperawatan kelima konstipasi berhubungan dengan luka episiotomi grade 2 dengan criteria hasil BAB normal, cairan dan serat adekuat, hidrasi adekuat dengan NOCnya merespon keinginan untuk BAB, minuman cairan yang

adekuat, mengkonsumsi serat dengan jumlah yang adekuat, dengan NICnya monitor tanda dan gejala konstipasi, monitor bising usus, identifikasi faktor-faktor ( misalnya, pengobatan, tirah baring, dan diet.) yang menyebabkan atau berkontribusi pada terjadinya konstipasi, Instruksi pasien/ keluarga mengenai hubungan antara diet tinggi serat, latihan dan asupan cairan terhadap kejadian konstipasi/impaksi, ajarkan pasien/keluarga mengenai proses pencernaan, dukung peningkatan jika tidak ada kontra indikasi.

Untuk diagnosa keperawatan ke enam Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi. Dengan criteria hasil pasien menyatakan pemahaman tentang penyakit, dan kondisi. Pasien mampu menjelaskan kembali apa yang di jelaskan. dengan NOCnya : perawatan tali pusat, imunisasi yang direkomendasikan, pencegahan dan pengendalian infeksi, untuk NICnya berikan ceramah untuk menyampaikan informasi dalam jumlah besar, libatkan individu, keluarga, dan kelompok dalam perencanaan dan rencana implementasi gaya hidup atau memodifikasi perilaku kesehatan, gunakan berbagai strategi dan intervensi utama dalam program pendidikan

#### **2.2.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan pada pasien dengan post partum normal meliputi semua aspek bio, psiko, sosio dan spiritual serta ditekankan pada gangguan rasa aman nyaman nyeri, diantaranya yaitu menganjurkan klien untuk melakukan tindakan (distraksi, relaksasi, dan napas dalam) untuk mengatasi rasa nyeri, meningkatkan pemahaman pasien dengan cara memberikan penyuluhan, baik secara lisan maupun tulisan.

#### **2.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi yang dilakukan merupakan tahap akhir dari setiap proses keperawatan untuk menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah kita lakukan dan keberhasilan asuhan keperawatan atas tindakan. Melakukan evaluasi pada setiap tindakan keperawatan yang diberikan berdasarkan diagnosa yang ditetapkan menggunakan metode SOAP.

## **BAB III**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **3.1 Gambaran umum kasus**

##### **1. Pengkajian keperawatan**

Pasien masuk ke RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang di Ruang VK jam 12.30 malam setelah dilakukan pemeriksaan disana, pasien melahirkan seorang anak laki-laki, anak pertama bagi pasien dan keluarga. Setelah itu pada jam 11.15 siang pasien di pindahkan dari ruang VK ke ruang Flamboyan. Pengkajian dilakukan pada pasien hari Senin, tanggal 25 Juni 2018 di ruang flamboyan RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang teknik yang digunakan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik. Hasil yang didapat :

Nama pasien : Ny. MT umur 23 tahun, berjenis kelamin Perempuan, asal dari suku Sumba, agama Kristen Katolik, berpendidikan SMA, status perkawinan pasien belum menikah dengan riwayat obstetri G<sub>1</sub> P<sub>1</sub> A<sub>0</sub> AH<sub>1</sub>

Ny. MT mengatakan bahwa ia seorang mahasiswa semester akhir. Saat ini pasien tinggal bersama keluarga ( kedua orang tua ). Saat ini Ny. MT mengeluh nyeri pada daerah perut bagian bawah di area kelamin pasien.

Pasien juga merasa mual, jantung berdebar-debar, dan sering pusing. Pasien BAB juga belum lancar karena merasa nyeri di bagian alat kelamin pasien. NY. MT mengatakan bahwa selama kehamilan Ny. MT selalu melakukan pemeriksaan kehamilan di Puskesmas, Ny. MT juga selama kehamilan ia tidak mendapatkan informasi atau penyuluhan tentang perawatan payudara, perawatan tali pusat, nutrisi bayi, keluarga berencana, dan imunisasi. Saat ini Ny. MT mendapat pengobatan

Obat Amoxicilin

Dosis 3x1 sesudah makan

Kegunaan dari obat ini : untuk mengatasi infeksi pada saluran pernapasan, saluran kemih dan telinga

Obat Asam mefenamat

Dosis 3x1 sesudah makan

Kegunaan dari obat ini : untuk mengatasi rasa nyeri serta sakit kepala

Obat SF (Sulfate Ferrous)

Dosis 2x1 sesudah makan.

Kegunaan dari obat : pembentukan sel darah merah.

Pola makan Ny. MT baik, pasien sehari makan 3 kali, pasien makan nasi, ikan sayur, Buang air kecil 1-2 kali/hari, Pasien juga belum bisa Buang air besar. dan aktivitas Yang Pasien lakukan hanya banyak tidur. Pasien tidur baik baik 8 jam sehari.

Keadaan Umum Pasien, pasien mampu melakukan ADL, hanya pasien banyak beristirahat di tempat tidur. Tingkat kesadaran pasien juga Composmentis, Pasien dapat berinteraksi dengan baik.

TTV, TD : 100/60 mmHg, Nadi : 90 x/menit, Suhu : 36,5 °C, RR : 22 x/menit. Jalannya Persalinan pasien pada Kala 1 : VT : V/V portio lunak 0 4 cm, 100<sup>+</sup> menonjol VT : V/V portio tak teraba ke SH IV ( pecah spontan )

Kala 2 : partus spontan aterm LBK lahir bayi laki-laki tidak menangis A/S 2/9 B/P dan pada Kala ketiga 3 : 100 cc sebab pelepasan plasenta, Lahir spontan lengkap, tali pusat : inserti lateralis Kala 4 : 50 cc ruptur (+), HD + HL kontraksi uterus baik ( + )

TTD = TD: 110/70 mmhg, N : 80/m S : 36,8°c R : 20x/m

Pasien mengatakan senang dengan kehadiran bayinya yang berjenis kelamin laki-laki dan keluarga pun menerima bayi tersebut dengan penuh kebahagiaan serta turut ikut membantu dalam perawatan bayi.

## 2. Pemeriksaan Fisik

Saat dilakukan pemeriksaan fisik pada Ny. MT, pasien kooperatif dan mau bekerjasama. Pasien melahirkan normal dan ini merupakan persalinan pertama, Ny MT bersalin pada tanggal 25 Juni 2018 pukul 12.45 WITA ( malam )



Kesadaran umum baik, kesadaran E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub> (composmetis), tidak ada kelainan bentuk tubuh, kulit kepala tidak terdapat lesi ataupun ketombe tidak ada luka tidak bengkak, sklera berwarna putih, konjungtiva berwarna merah muda, tidak ada polip, mukosa bibir lembab, kelenjar tyroid normal, tidak ada retraksi dinding dada, bentuk payudara simentris dan tidak ada pembengkakan, puting susu menonjol keluar, warna aerola coklate kehitaman, sudah dapat menghasilkan kolestrum, saat dilakukan pemeriksaan, hasil TFU yang didapat 2 cm di atas pusat, panjang Diastesis Rectus Abdominalis 4 cm, lebar Diastesis Rectus Abdominalis 2 cm, ekstremitas tidak ada oedema, tidak ada varises, vulva dan vagina tidak ada tanda-tanda infeksi, ada pengeluaran lochkea rubra, tidak berbau busuk, jumlahnya  $\pm 30$  ml, perineum terdapat luka jahitan sebanyak 3 jahitan, tidak ada oedema ataupun hematoma, anus tidak haemoroid.

#### Studi Dokumentasi

Hasil yang didapatkan melalui studi dokumentasi berupa hasil laboratorium pada tanggal 25 juni 2018 yaitu jumlah eritrosit  $4.09 \cdot 10^6$ /uL normalnya 4.20-5.40 hematokrit 35.1 % 37.0-47.0, jumlah neutrofil  $7.96 \cdot 10^3$ /uL nilai normalnya 1.50-7.00, jumlah monosit  $0.78 \cdot 10^3$ /uL nilai normalnya 0.00- 0.70

### 3. Analisa Data

Adapun masalah keperawatan yang dialami pasien berdasarkan hasil pengumpulan data adalah :

Data subjektif yang didapat dari Pasien yaitu pasien mengatakan nyeri pada area perineumnya, skala nyerinya yaitu 6 nyut-nyut hilang timbul. Nyeri jika pasien bergerak. Pasien mengatakan nyeri jika perut bagian bawahnya ditekan / disentuh.

dan pada data objektifnya Terdapat luka pada perineum, pengkajian nyeri yang dilakukan, P : nyeri pada saat bergerak. Q : Berdenyut-denyut dan tertusuk-tusuk R : Perineum S : Skala 6 T :Intermiten, nyeri jika bergerak. TTV : TD: 100/60 mmhg, suhu 36,3°C RR 22 x permenit, nadi 90x permenit. Dari data-data tersebut dapat ditemukan masalah keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik

Data subjektif yang didapat dari pasien yaitu pasien mengatakan tidak pernah mendapat informasi kesehatan tentang teknik menyusui, perawatan payudara, perawatan tali pusat, nutrisi bayi, keluarga berencana dan imunisasi dan pada data objektifnya pasien tampak bingung dan tidak mengetahui pertanyaan yang diberikan. Dari data-data tersebut dapat ditemukan masalah keperawatan Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.

Data subjektifnya yang didapat pada Pasien yaitu pasien mengatakan Pola BAB nya tidak teratur dan sudah 2 hari belum BAB Pasien mengatakan Pengeluaran fesesnya sulit dan terasa nyeri.

dan data objektifnya terlihat feses pasien keras Pasien juga suka untuk menahan BAB . dari data- data tersebut dapat ditemukan masalah keperawatan konstipasi Berhubungan dengan luka episiotomyi grade 2

Data subjektif yang didapat pada Pasien yaitu pasien mengatakan ia merasa khawatir dengan anaknya, karena anaknya di rawat pisah dengannya. Data objektifnya pasien terlihat tegang, dan raut muka pasien nampak cemas pasien ingin selalu bertemu anaknya Dari data-data tersebut dapat ditemukan masalah keperawatan kecemasan berhubungan dengan perubahan dalam fungsi peran.

### **3.2 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan hasil analisa data tersebut diatas maka dapat ditegakkan diagnosa keperawatan, Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik, defesiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi, konstipasi berhubungan dengan luka episiotomy grade 2, dan kecemasan berhubungan dengan perubahan fungsi peran.

### 3.3 Intervensi Keperawatan (NOC+NIC)

Diagnosa keperawatan yang pertama yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik untuk NOC nya Pasien akan terbebas dari nyeri selama dalam perawatan meningkat dari skala 2 (jarang menunjukkan ) menjadi skala 4 ( sering menunjukkan) dengan indikator : Mengenali kapan nyeri terjadi, Menggambarkan faktor penyebab Menggunakan tindakan pencegahan Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik), NIC nya Dengan Kode Manajemen nyeri : Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus, Gali bersama pasien faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri, Pilih dan implementasikan tindakan yang beragam (misalnya., farmakologi, non farmakologi, interpersonal), untuk memfasilitasi penurunan nyeri sesuai dengan kebutuhan.

Diagnosa keperawatan yang kedua : Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi. untuk NOC nya Pasien akan meningkatkan pengetahuan dari 2 ( jarang menunjukkan) menjadi 4 ( sering menunjukkan ) selama dalam perawatan. Dengan indikator : perawatan tali pusat imunisasi yang direkomendasikan, pencegahan dan pengendalian infeksi, NIC nya Pendidikan kesehatan : berikan ceramah untuk menyampaikan informasi dalam jumlah besar, libatkan individu, keluarga, dan kelompok dalam perencanaan dan rencana implementasi gaya hidup atau memodifikasi perilaku kesehatan, gunakan berbagai strategi dan intervensi utama dalam program pendidikan,

Diagnosa keperawatan yang ketiga : Konstipasi berhubungan dengan luka eisiotomi grade 2 untuk NOC nya Pasien akan meningkatkan pola BAB yang normal selama dalam perawatan dengan skala 2 ( jarang menunjukkan ) menjadi 4 ( sering menunjukkan ) Dengan indikator : merespon keinginan untuk BAB secara normal , minuman cairan yang adekuat, mengkonsumsi serat dengan jumlah yang adekuat, NIC nya Manajemen konstipasi : monitor tanda dan gejala konstipasi, monitor bising usus, identifikasi faktor-faktor ( misalnya, pengobatan, tirah baring, dan diet.) yang menyebabkan atau berkontribusi pada terjadinya konstipasi, Instruksi pasien/ keluarga mengenai hubungan antara diet tinggi serat, latihan dan asupan cairan terhadap kejadian

konstipasi/impaksi, ajarkan pasien/keluarga mengenai proses pencernaan, dukung peningkatan jika tidak ada kontra indikasi.

Diagnosa keperawatan yang keempat di gunakan juga atau ditambahkan karena dalam pengkajian ditemukan data-data pasien mendukung.

Diagnosa keperawatan yang keempat : Ansietas Berhubungan dengan perubahan dalam (status fungsi peran) untuk NOC nya pasien akan menunjukkan kecemasannya teratasi selama dalam perawatan dengan skala 2 ( jarang menunjukkan) menjadi 4 (menjadi sering menunjukkan) dengan indicator klien mampu mengungkapkan gejala cemas, vital sign dalam batas normal. dengan NICnya gunakan pendekatan yang menenangkan, nyatakan dengan jelas harapan terhap pasien, temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi rasa takut, dengarkan pasien saat berbicara dengan penuh perhatian, dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan ketakutan persepsi, berikan obat untuk mengurangi kecemasan.

### **3.4 Implementasi**

#### **Hari pertama ( Selasa, 26 juni 2018 )**

Dignosa keperawatan yang pertama Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik  
Tindakan yang dilakukan adalah 1.) pada jam 08.20 pagi melakukan tindakan manajemen nyeri : melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus, mencari bersama pasien faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri, memilih dan mengimplementasikan tindakan yang beragam (misalnya., farmakologi, non farmakologi, interpersonal), untuk memfasilitasi penurunan nyeri sesuai dengan kebutuhan. 2) pada jam 08.45 pagi mengatur posisi pasien, dan mengajarkan teknik relaksasi napas dalam agar pasien merasa lebih tenang. pada jam 10.45 pagi melakukan pengukuran TTV pasien TD: 110/70 mmhg, N : 80/m S : 36,8<sup>o</sup>c R : 20x/m dan

Diagnosa keperawatan yang kedua yaitu Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi

Pada jam 09.45 pagi melakukan penyuluhan kesehatan pada ibu tentang apa itu program KB dan manfaat mengikuti program KB dan pada jam 11.20 siang memberikan penjelasan lagi pentingnya hidup bersih dan pentingnya memberikan ASI. Dan pada jam 12.15 membiarkan pasien beristirahat.

Diagnosa keperawatan yang ketiga yaitu Konstipasi berhubungan dengan luka episiotomy grade 2

Pada jam 09.10 pagi memonitor bising usus pasien, pada jam 09.20 pagi menginstruksi pasien/ keluarga untuk banyak mengkonsumsi makanan tinggi serat, menjelaskan dan Mendiskusikan pada pasien perubahan gaya hidup untuk mencegah komplikasi dengan klien dan keluarga dan menjelaskan kepada pasien memperbanyak mengkonsumsi air putih ( 8 gelas / hari )

Diagnosa keperawatan yang keempat yaitu ansietas berhubungan dengan perubahan dalam fungsi peran.

Pada jam 10.20 pagi dengarkan pasien berbicara dengan penuh perhatian, dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan ketakutan persepsi.

### **Hari kedua (Rabu, 27 Mei 2018)**

Dignosa 1: Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri (biologi, kimia, fisik, psikologis), kerusakan jaringan.

Pada jam 09.10 menjelaskan kepada pasien jika ia merasa nyeri pasien bisa mendengarkan music untuk mengalihkan rasa sakit yang ia alami. Dan pada jam 11.10 mengobservasi kembali TTV pasien TD = 100/800 mmhg, N : 82/m S : 36,5<sup>o</sup>c R : 22x/m

Diagnosa 2 : Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi

Pada jam 09.50 pagi melakukan penyuluhan kesehatan pada ibu tentang Apa itu imunisasi dan manfaat mengikuti imunisasi pada bayi pasien di rumahnya pasien. dan pada jam 12.30 siang membiarkan pasien beristirahat dan pamit pulang.

Diagnosa 3 : Konstipasi berhubungan dengan luka episiotomi grade 2

Pada jam 10.15 pagi menjelaskan kepada keluarga dan pasien memperbanyak mengkonsumsi air putih ( 8 gelas / hari )

Diagnosa ke 4: ansietas berhubungan dengan perubahan dalam fungsi peran. Pada jam 09.15 pagi. temani pasien untuk mengurangi rasa takut nya dengan memberikan motivasi kepadanya.

### **Hari ketiga (Kamis, 28 mei 2018)**

Dignosa 1: Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri (biologi, kimia, fisik,psikologis), kerusakan jaringan.

Pada jam 09.45 menjelaskan kepada pasien jika nyeri yang pasien rasakan berkurang jika pasien mmelakukan napas dalam untuk mengalihkan rasa sakit yang ia alami. Dan pada jam 11.10 mengobservasi kembali TTV pasien TD = 120/70 mmhg, N : 860/m S : 36,5°c  
R : 22x/m

Diagnosa 2 : Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi

Pada jam 09.50 pagi menjelaskan pada ibu tentang bagaimana hidup bersih dan rajin mencuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh bayindi rumahnya pasien. dan pada jam 12.30 siang membiarkan pasien beristirahat dan pamit pulang.

Diagnosa 3 : Konstipasi berhubungan dengan luka episiotomi grade 2

Pada jam 10.15 pagi menjelaskan kepada pasien jangan suka menahan BAB jika pasien ingin BAB

Diagnosa ke 4: ansietas berhubungan dengan perubahan dalam fungsi peran.

Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien.

### 3.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari asuhan keperawatan dengan cara mengidentifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Pada tahap evaluasi, kegiatan yang dilakukan yaitu mengevaluasi selama proses berlangsung (Nursalam, 2012). Keperawatan atas tindakan pada jam 12:00 WITA, mahasiswa melakukan evaluasi setiap tindakan keperawatan yang telah dilakukan berdasarkan diagnosa yang telah ditetapkan menggunakan metode SOAP

1. Untuk diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri (biologi, kimia, fisik, psikologis), kerusakan jaringan

Data Subjektif yang didapat setelah mengevaluasi kembali pasien yaitu pasien mengatakan ia masih merasakan nyeri sedikit pada daerah perineum nyeri seperti tertusuk-tusuk, sakala nyeri sudah berkurang menjadi 3, data objektifnya yaitu pasien nampak tidak terlalu meringis kesakitan, untuk Asasmentnya masalah keperawatan yang terjadi pada pasien masalah teratasi sebagian dan intervensi pada pasien di hentikan.

2. Untuk diagnosa keperawatan Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi.

Data subjektifnya yang didapat setelah mengevaluasi kembali pasien yaitu pasien mengatakan ia sudah paham dengan apa yang di jelaskan dan sudah tahu apa itu KB dan imunisasi di buktikan dengan dapat menjawab pertanyaan yang diberikan

Data objektifnya pasien terlihat dapat menyebut manfaat imunisasi dan pada anak usia berapa imunisasi diberikan, assesmentnya masalah keperawatanyang terjadi pada pasien teratasi, dan intervensi di hentikan.

3. Untuk diagnosa keperawatan Konstipasi berhubungan dengan luka episiotomy grade 2

Data subjektif yang didapat setelah mengevaluasi pasien yaitu pasien mengatakan ia sudah bisa BAB dan tidak merasakan nyeri lagi saat BAB. data objektifnya Pasien nampak tidak meringis lagi saat BAB, assesmentnya masalah keperawatan yang terjadi pada pasien teratasi dan untuk intervensinya dihentikan.

4. Untuk Diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan perubahan dalam fungsi peran.

Data subjektif yang didapat setelah mengevaluasi pasien yaitu pasien mengatakan ia masih merasa cemas, karena terpisah dari bayinya, data objektifnya yaitu pasien Nampak tidak tenang, dan terlihat cemas, untuk Assesmentnya masalah keperawatan yang terjadi pada pasien belum teratasi, untuk intervensinya dilanjutkan

### **3.2 Pembahasan**

#### **a. Pengkajian**

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan mengumpulkan data-data yang akurat dari pasien sehingga dapat di ketahui permasalahan yang di alami pasien.

Berdasarkan teori menurut Ambarwati E.R.Diah W Vital sign pada ibu post partum yaitu berkisar 60-80x/menit. Jika denyut nadi diatas 100x/menit pada masa nifas menandakan terjadinya sebuah masalah ini di akibatkan karena kehilangan darah yang berlebihan. Pengkajian pada kasus Ny. MT ditemukan nadi Ny.MT yaitu 80x/m artinya tidak terdapat kesenjangan anantara teori dan kasus nyata

#### **Pemeriksaan fisik**

Menurut Carol J. Green (2002), pemeriksaan fisik post partum yang di mulai dari kepala sampai kaki, normalnya pada kulit kepala terlihat bersih, tidak ada ketombe wajah harus simetris antara kiri dan kanan, konjungtiva tidak anemis hidung tidak ada polip, mukosa mulut meraha muda dan lembab tidak ada pembesaran kelenjar tiroyd. Payudara simetris anantara kiri dan kanan, puting susu normal agar dapat memproduksi ASI, pada perut di lakukan pengukurun tinggi fundus normalnya pada hari pertama TFU setinggi pusat, persalina tinggi fundus uteri 2 cm dibawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm diatas pusat dan menurun kirakira 1 cm setiap hari. Pada hari pada kaki tidak boleh ada pembengkakan, BAB/BAK normal,

Berdasarkan kasus yang di temukan pada Ny. M.F saat melakukan pengkajian yaitu Pemeriksaam TFU terlihat TFU 2 di bawah pusat, terasa keras, kulit kepala Ny M.F terlihat kotor dan terlihat kotombe, saat dilakukan pemeriksaan fisik pada payudara dan Area kelamin terlihat pasien merasa sungkan dan sulit koperatif, dan



pada area payudara pasien, payudara pasien belum bisa mengeluarkan ASI kepada bayinya di karenakan belum ada rangsangan dari mulut si bayi untuk menghisap karena bayinya di rawat pisah dari ibunya. sehingga Dari data diatas ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana data-data tidak sesuai dengan teori yang ada.

b. Diagnosa Keperawatan

(Nanda International 2015-2017, Monica Ester ) diagnosa yang dapat diangkat pada pasien dengan post partum terdapat 6 diagnosa yaitu : Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri (biologi, kimia, fisik,psikologis) kerusakan jaringan, Resiko infeksi berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang cara perawatan vulva, Resiko tinggi kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan kehilangan darah dan intake, Gangguan pola tidur berhubungan dengan respon hormonal psikologis,proses persalinan dan proses melelahkan, Konstipasi berhubungan dengan perubahan pola defekasi, Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi (mengenai perawatan payudara bagi ibu menyusui). Sedangkan pada kasus nyata ditemukan diagnosa keperawatan sebagai berikut.

Diagnosa keperawatan yang pertama : Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik, diagnosa keperawatan yang kedua Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi, diagnosa keperawatan yang ke tiga Konstipasi berhubungan dengan luka episiotomy grade 2. Dan yang terakhir diagnosa keperawatan yang ke empat ansietas berhubungan dengan perubahan fungsi peran.

Berdasarkan teori dan kasus nyata ada tiga diagnosa keperawatan lainnya yang saya tidak gunakan karena tidak ditemukan data-data pendukung pada pasien namun pada diagnosa keperawatan yang terakhir yaitu ansietas berhubungan dengan perubahan fungsi peran saya gunakan atau tambahkan karena data-datanya ada pada pasien dan mendukung. Data-datanya yang didapat pada Pasien yaitu pasien mengatakan ia merasa khawatir dengan anaknya, karena anaknya di rawat pisah dengannya. Data objektifnya pasien terlihat tegang, dan raut muka pasien nampak

cemas pasien ingin selalu bertemu anaknya. Dari data-data tersebut dapat ditemukan masalah keperawatan kecemasan berhubungan dengan perubahan dalam fungsi peran.

#### c. Intervensi Keperawatan

Tujuan yang dibuat di tetapkan lebih umum tetapi pada praktek nyata tujuan perawatan dimodifikasi sesuai kondisi pasien. Tujuan yang dibuat mempunyai batasan waktu, dapat diyakur, dapat dicapai, rasional, sesuai kemampuan pasien, sedangkan untervensi disusun berdasarkan dignosa keperawatan ditegakan (Herdman, 2012)

Dalam buku (Nanda International 2015-2017, Monica Ester ) Diagnosa keperawatan yang pertama Nyeri akut , NOC : Pasien akan terbebas dari nyeri selama dalam perawatan meningkat dari skala 2 (jarang menunjukkan) menjadi skala 4 (sering menunjukkan), dengan indikator : Mengenali kapan nyeri terjadi, Menggambarkan faktor penyebab, Menggunakan tindakan pencegahan, Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik, NIC : Manajemen nyeri : Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus, Gali bersama pasien faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri, Pilih dan implementasikan tindakanyang beragam (misalnya., farmakologi, non farmakologi, interpersonal), untuk memfasilitasi penurunan nyeri sesuai dengan kebutuhan Intervensi yang di ambil

Diagnosa keperawatan yang kedua: defisiensi pengetahuan, NOC : Pasien akan meningkatkan pengetahuan dari 2 ( jarang menunjukkan menjadi 4(sering menunjukkan ) selama dalam perawatan. Dengan indikator :pemahaman tentang proses penyakit , NIC Pendidikan kesehatan : berikan ceramah untuk menyampaikan informasi dalam jumlah besar, libatkan individu, keluarga, dan kelompok dalam perencanaan dan rencana implementasi gaya hidupan atau memodifikasi perilaku kesehatan, gunakan berbagai strategi dan intervensi utama dalam program pendidikan. Dalam kasus yang di temukan, intervensi di buat juga disesuaikan dengan diagnosa yang telah di tentukan menggunakan buku panduan nanda Nic Noc .

Untuk Diagnosa keperawatan yang ketiga : Konstipasi NOC : pasien akan menunjukkan BAB yang normal dari 2 jarang menunjukkan menjadi 4 sering

menunjukkan selama dalam perawatan. Dengan indicator merespon keinginan untuk BAB secara normal,, minuman cairan yang adekuat, mengkonsumsi serat dengan jumlah yang adekuat, intervensi yang dapat di ambil yaitu (NIC) : Manajemen konstipasi : monitor tanda dan gejala konstipasi, monitor bising usus, identifikasi faktor-faktor ( misalnya, pengobatan, tirah baring, dan diet.) yang menyebabkan atau berkontribusi pada terjadinya konstipasi, Instruksi pasien/ keluarga mengenai hubungan antara diet tinggi serat, latihan dan asupan cairan terhadap kejadian konstipasi/impaksi, ajarkan pasien/keluarga mengenai proses pencernaan, dukung peningkatan jika tidak ada.

Diagnosa keperawatan yang ke empat yaitu Ansietas Berhubungan dengan perubahan dalam (status fungsi peran ).NOC : pasien akan menunjukkan kecemasannya teratasi selama dalam perawatan dengan skala 2 ( jarang menunjukkan) menjadi 4 (menjadi sering menunjukkan) dengan indicator klien mampu mengungkapkan gejala cemas, vital sign dalam batas normal. dengan NICnya gunakan pendekatan yang menenangkan, nyatakan dengan jelas harapan terhadap pasien, temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi rasa takut, dengarkan pasien saat berbicara dengan penuh perhatian, dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan ketakutan persepsi, berikan obat untuk mengurangi kecemasan

Jadi kesimpulannya tidak terdapat kesenjangan anatara teori dan kasus karena intervensi yang di ambil juga sesuai dengan teori dari Nanda, Nic, Noc namun saya menamba diagnosa lagi yaitu ansietas berhubungan dengan perubahan dalam fungsi peran karena saat saya melakukan pengkajian di temukan datadata yang mendukung diagnosa tersebut.

#### d. Implementasi Keperawatan

Menurut Carol J. Green (2002) Berdasarkan intervensi yang sudah di rencanakan mapun implementasi yang sudah dibuat yaitu Implementasi untuk diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik, Tindakan yang dilakukan adalah melakukan tindakan manajemen nyeri : melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas,

intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus, mencari bersama pasien faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri, memilih dan mengimplementasikan tindakan yang beragam (misalnya, farmakologi, non farmakologi, interpersonal), dan mengajarkan teknik relaksasi yang tidak dilakukan yaitu untuk memfasilitasi penurunan nyeri sesuai dengan kebutuhan Intervensi yang di ambil karena pada intervensi ini kurang dibutuhkan oleh pasien dalam mengatasi nyeri yang ia rasakan

Pada diagnosa keperawatan defisiensi pengetahuan : melakukan pendidikan kesehatan atau penyuluhan kesehatan kepada pasien, berikan ceramah untuk menyampaikan informasi dalam jumlah besar, libatkan individu, keluarga, dan kelompok dalam perencanaan. Yang tidak dilakukan yaitu untuk gunakan berbagai strategi dan intervensi utama dalam program pendidikan.

pada diagnosa keperawatan konstipasi: monitor tanda dan gejala konstipasi, monitor bising usus, identifikasi faktor-faktor ( misalnya, pengobatan, tirah baring, dan diet.) yang menyebabkan atau berkontribusi pada terjadinya konstipasi, Instruksi pasien/ keluarga mengenai hubungan antara diet tinggi serat.

Sedangkan pada diagnosa keperawatan ansietas : dengarkan pasien berbicara dengan penuh perhatian, dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan ketakutan persepsi, nyatakan dengan jelas harapan terhap pasien, temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi rasa takut.

Pada kasus di rumah sakit implementasi di lakukan adalah pada tanggal 26 juni 2018 di rumah sakit untuk diagnosa pertama yaitu : melakukan tindakan manajemen nyeri: melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus, mengajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri, kolaborasi pemberian analgesik . Semua tindakan yang dilakukan sesuai dengan apa yang direncanakan dan tidak ada kesenjangan antara konsep dan kasus nyata.

Pada diagnosa kedua melakukan penyuluhan kesehatan tentang manfaat mengikuti program KB dan menjelaskan juga pentingnya mengikuti program KB. Semua tindakan yang di lakukan sesuai dengan apa yang di rencanakan dan tidak ada kesenjangan antara konsep dan kasus nyata.

Pada diagnosa ketiga monitor bising usus pasien, identifikasi faktor-faktor ( misalnya, pengobatan, tirah baring, dan diet.) yang menyebabkan atau berkontribusi pada terjadinya konstipasi, Instruksi pasien/ keluarga mengenai hubungan antara diet tinggi serat. Semua tindakan yang dilakukan sesuai dengan apa yang di rencanakan dan tidak ada kesenjangan antara konsep dan kasus nyata

Pada diagnosa ke empat dengarkan pasien berbicara dengan penuh perhatian, dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan ketakutan persepsi, nyatakan dengan jelas harapan terhap pasien, temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi rasa takut. memang di diagnosa keperawatan untuk pasien post partum menurut nanda nic dan noc hanya ada 6 namun saya masukan lagi diagnosa ke empat yaitu ansietas karena data-data mendukung dan memang pasien mengalaminya

pada tanggal 27 juni 2018 penulis melakukan kunjungan rumah untuk melakukan penyuluhan kesehatan lanjutan tentang manfaat imunisasi. Semua tindakan yang di lakukan sesuai dengan apa yang di rencana dan tidak ada kesenjangan antara konsep dan kasus nyata.

#### E. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari asuhan keperawatan dengan cara mengidentifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Pada tahap evaluasi , kegiatan yang dilakukan yaitu mengevaluasi selama proses berlangsung (Nursalam, 2012).

Menurut Nanda Nic Noc, hasil yang harus dicapai adalah Pada diagnosa keperawatan yang pertama Nyeri akut pasien bebas dari nyeri, pada diagnosa keperawatan yang kedua defesiensi pengetahuan, pengetahuan pasien meningkat dengan di tunjukan pasien dapat menjawab pertanyaan yang diberikandan mampu menjelaskan kembali apa yang tadi dijelaskan, dan untuk diagnosa keperawatan yang ketiga konstipasi pasien BAB normal, dan tidak merasakan nyeri saat BAB

Dan Pada diagnosa ke empat ansietas berhubungan dengan perubahan dalam fungsi peran bahwa pasien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas yang ia alami.

Evaluasi pada Ny. MT sesuai dengan hasil implementasi yang dibuat pada criteria objektif yang ditetapkan. Dalam evaluasi untuk diagnosa dengan Nyeri akut

berhubungan dengan agen injuri (biologi, kimia, fisik, psikologis), kerusakan jaringan, defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi dan Konstipasi berhubungan dengan perubahan pola defekasi .dan yang ditambahkan diagnosa kecemasan berhubungan dengan perubahan fungsi peran,

Dari tahap ini, penulis mendapatkan fakta bahwa tidak semua criteria evaluasi dapat dicapai selama pasien dirawat di Rumah Sakit, semuanya membutuhkan waktu, proses, kemauan, ketaatan pasien dalam mengikuti perawatan dan pengobatan.

. ini sesuai dengan teori nanda ni noc yang menjelaskan bahwa hasil yang harus dicapai pada diagnosa keperawatan yang pertama adalah pasien bebas dari nyeri maka tidak temukan kesenjangan antarteori dan kasusk nyata. Untuk dignosa keperawatan yang kedua yaitu pengetahuan pasien akan meningkat dan dapat menjawab pertanyaan yang diberikan ini sesuai dengan teori nanda ni noc yang menjelaskan bahwa hasil yang harus dicapai yaitu pengetahuan pasien meningkat Pada diagnosa keperawatan yang ketiga pasien BAB normal ini sesuai dengan teori nanda nic noc bahwa pasien bab normal selama dalam perawatan, dan untuk diagnosa keperawatan yang ke empat ansietas adalah pasien dapat mengungkapkan gejala cemas yang ia alami. ini membuktikan tidak ada kesenjangan antar teori dan kasus

### **3.2 Keterbatasan study Kasus.**

Keterbatasan penelitian dalam studi kasus ini adalah waktu yang digunakan dalam melakukan penelitian. Waktu yang diberikan untuk melakukan penelitian ini terlalu singkat. Dari hasil yang diperoleh penulis menyadari bahwa study kasus ini jaulah dari kesempurnaan karena proses vpengumpulan data sangat singkat sehingga hasil yang diperoleh juga kurang begitu bsempurna. Penelity juga memilki kekurangan dalam menyusun study kasus ini

## **BAB IV**

### **PENUTUP**

#### **4.1 kesimpulan**

Pengkajian dilakukan pada Ny. MT dari hasil pengkajian didapat Ny. mengeluh nyeri pada daerah perut bagian bawah di area genitalia pasien. Pasien juga merasa mual, jantung berdebar-debar, dan sering pusing. pasien BAB juga belum lancar karena merasa nyeri di bagian alat kelamin pasien. NY. MT mengatakan bahwa selama kehamilan Ny. MT selalu melakukan pemeriksaan kehamilan di puskesmas Ny. MT juga selama kehamilan ia tidak mendapatkan informasi atau penyuluhan tentang perawatan payudara, perawatan tali pusat, nutrisi bayi, keluarga berencana, dan imunisasi. saat dilakukan pemeriksaan, hasil TFU yang didapat 2 cm di atas pusat, panjang Diastesis Rectus Abdominalis 4 cm, lebar Diastesis Rectus Abdominalis 2 cm, ekstremitas tidak ada oedema, tidak ada varises, vulva dan vagina tidak ada tanda-tanda infeksi, ada pengeluaran lochea rubra, tidak berbau busuk, jumlahnya  $\pm 30$  ml, perineum terdapat luka jahitan sebanyak 3 jahitan, tidak ada oedema ataupun hematoma, anus tidak haemoroid. Pasien merasa khawatir dengan anaknya, karena anaknya di rawat pisah dengannya. pasien terlihat tegang, dan raut muka pasien nampak cemas pasien ingin selalu bertemu anaknya

Berdasarkan hasil analisa data maka dapat ditegakkan diagnosa keperawatan, Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik, defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi, konstipasi berhubungan dengan luka episiotomy grade 2, dan kecemasan berhubungan perubahan fungsi peran.

Adapun intervensi keperawatan yang dapat di ambil yaitu Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik yaitu Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus, Gali bersama pasien faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri, Pilih dan implementasikan tindakan yang beragam (misalnya., farmakologi, non farmakologi, interpersonal), untuk

memfasilitasi penurunan nyeri sesuai dengan kebutuhan Diagnosa keperawatan yang kedua Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi kesehatan yaitu berikan ceramah untuk menyampaikan informasi dalam jumlah besar, libatkan individu, keluarga, dan kelompok dalam perencanaan dan rencana implementasi gaya hidup atau memodifikasi perilaku kesehatan, gunakan berbagai strategi dan intervensi utama dalam program pendidikan

Diagnosa Konstipasi berhubungan dengan perubahan pola defekasi : monitor tanda dan gejala konstipasi, monitor bising usus, identifikasi faktor-faktor ( misalnya, pengobatan, tirah baring, dan diet.) yang menyebabkan atau berkontribusi pada terjadinya konstipasi, Instruksi pasien/ keluarga mengenai hubungan antara diet tinggi serat, latihan dan asupan cairan terhadap kejadian konstipasi/impaksi, ajarkan pasien/keluarga mengenai proses pencernaan, dukung peningkatan jika tidak ada kontra indikasi. Dan untuk diagnosa kecemasan berhubungan dengan perubahan fungsi peran yaitu gunakan pendekatan yang menenangkan, nyatakan dengan jelas harapan terhadap pasien, temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi rasa takut, dengarkan pasien saat berbicara dengan penuh perhatian, dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan ketakutan persepsi, berikan obat untuk mengurangi kecemasan

Implementasi dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat Evaluasi merupakan langkah terakhir dari asuhan keperawatan dengan cara mengidentifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Pada tahap evaluasi , kegiatan yang dilakukan yaitu mengevaluasi selama proses berlangsung (Nursalam, 2012). keperawatan atas tindakan pada jam mahasiswa melakukan evaluasi setiap tindakan keperawatan yang telah dilakukan berdasarkan diagnosa yang telah ditetapkan menggunakan metode SOAP



## **4.2 saran**

Menyadari bahwa penulis masih jauh dari kata sempurna, kedepannya penulis akan lebih focus dan details dalam menjelaskan tentang study kasus di atas dengan sumber-sumber yang lebih banyak yang tentunya dapat dipertanggung jawabkan. Dan hasil penelitian ini semoga dapat dijadikan data dasar dan pedoman untuk penelitian selanjutnya khususnya pada ibu dengan masalah post partum normal.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati E,R Diah, W.2010. *Asuhan keperawatan nifas* .yogyakarta : Nuha Medika
- Green, carool J, wilkinson judith .2012 *Rencana Asuhan keperawatan maternal dan bayi baru lahir*. EGC, Jakarta
- Cynthia M.taylor, Sheila sparks Ralph. 2003 *Diagnosis keperawatan dengan rencana asuhan* EGC jakarta
- Norhimawat 2013 *Konsep dasar post partum pdf*
- Artikel Yohanes Dion S.Kep, Ns, M.Kes. Program *Survei Mobilisasi dini pada Ibu Post Partum Di Ruang Flamboyan Dan Sasando Rsud. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang*
- Bobak, I 2005 *asuhan keperawatan edisi 4* EGC, jakarta
- Nanda international (2015) *diagnosa keperawatan : defenisi dan klasifikasi 2015-2017 ( 10 th )* Jakarta : EGC
- Reeder, martin koniak griffin 2012 volume 2 *keperawatan maternitas kesehatan wanita, bayi dan keluarga edisi 18 jakarta EGC*
- Cunningham, G F 2006 *obstetri emergensi edisi 21*, ahli bahasa : andry hartono joko suryono dan brahm U pendit Jakarta : EGC
- Hasil riskesdas 2013 pdf.
- Varney alen 2007 *buku ajar asuhan volume 1 dan 2*

## Lampiran 1

### FORMAT PENGKAJIAN IBU POST PARTUM

Nama mahasiswa : Stifen selfister womakal NIM : PO.530320115045  
Tanggal masuk : 25 juni 2018 Jam masuk : 07.30 pagi  
Ruangan / kelas : Flamboyan/ Kamar No. : Bad 07  
Pengkajian tanggal : 25 juni 2018 Jam : 09.45 pagi

#### I. IDENTITAS PASIEN

Nama pasien : Ny. MT Nama suami : Tn. DN  
Umur : 30 mei 1995 / 23 tahun Umur : 18 desember 1991  
Suku / Bangsa : sumbah tengah Suku / Bangsa : sumbah tengah  
Agama : katolik Agama : Kristen protestan  
Pendidikan : SMA Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : - Pekerjaan : -  
Alamat : jalan angka Alamat : jlan. Nangka  
Status perkawinan : sudah kawin  
Riwayat Obstetri : G 1 P 1 A - AH 1 org  
Post partum hari ke : 1

#### II. RIWAYAT KESEHATAN

- a. Tempat pemeriksaan kehamilan : Pustu
- b. Frekuensi : setiap minggu ( pasien mulai pemeriksaan umur kehamilan 6 bulan )
- c. Imunisasi :
- d. Keluhan selama kehamilan : pasien merasa sesak napas, mual, jantung berdebar-debar dan sering pusing
- e. Pendidikan kesehatan yang sudah diperoleh :  
( ) Perawatan payudara ; ( V ) Nutrisi ibu menyusui ; ( ) Nutrisi bayi

( ) Lain – lain :

Sebutkan :

### I. RIWAYAT PERSALINAN

a. Tempat persalinan : ( V ) RS ( ) Klinik bersalin ( ) Rumah

( ) lain – lain, sebutkan :

b. Penolong : ( ) Dokter ( ) bidan / perawat ( V ) dukun terlatih

( ) dukun tidak terlatih ( ) lain – lain sebutkan :

c. Jalannya persalinan :

KALA I	KALA II	KALA III	KALA IV
Vt : v/v portio lunak, 4 cm 100 menonjol Vt : menonjol v/v portio tak teraba kp sh IV ( pecah spontan	Partus spontan aterm lbk lahir bayi laki-laki tidak menangis A/s 2/9 b/p 200/48	-100 cc sebab pelepasan plasenta - lahir spontan lengkap Tali pusat : insertilateralis	-50 cc Rupture (+) HD, HL kontraksi uterus baik (+) ppu (+) TTV : TD =10/70mmhg, N = 80x/m, RR= 20x/m, S = 36,8 <sup>0</sup> c

Laporan operasi :

## II. PEMERIKSAAN FISIK IBU

- a. TTV : TD : 100/60 mmHg Nadi : 90 x/menit  
Suhu : 36,3<sup>0</sup>C RR : 22x/menit
- b. Pemeriksaan Umum :
- Keadaan umum : baik, lemah
  - Kesadaran : CM, GCS : E = 4, V = 5, M = 6
  - Kelainan Bentuk Badan : tidak ada
- c. Kepala / Muka :
- Kulit kepala : normal, tidak ada luka, tidak bengkak, tidak ada kotombe
  - Mata : baik, simetris, pupil isokor, sclera berwarna putih, konjungtiva merah muda
  - Telinga : telinga normal, tidak ada nyeri, bengkak
  - Hidung : hidung normal, tidak ada nyeri, tidak bengkak, polip tidak ada
  - Mukosa mulut / Gigi : baik, bibir lembab,/ tidak ada karies gigi
- d. Leher : baik tidak ada nyeri kulit normal
- JVP : tidak kelihatan, normal.
  - Kelenjar Tyroid : tidak ada / normal
  - Kelenjar Limfe : tidak ada / normal
- e. Dada :
- Bentuk payudara : simetris, tidak ada luka, tidak bengkak, tidak ada nyeri
  - Putting susu : menonjol normal, aerola berwarna hitam kecoklatan, saat ditekan tidak nyeri
  - Pigmentasi : warna coklat kehitaman.
  - Kolostrum : belum keluar, namun payudara sudah keras
  - Kebersihan payudara : baik, payudara Nampak bersih.
- f. Perut :
- Tinggi fundus uteri : hari pertama setinggi pusat 3 jari bpx

- Kekenyalan : terasa keras
- Diastesis Rectus Abdominalis :
  - Panjang : panjang 5 cm
  - Lebar : 1 cm :
- g. Vulva :
  - Lochea :
    - Jumlah : 10 ml
    - Jenis : rubra
    - Bau : bau amis, khas
  - Kebersihan : baik
- h. Perineum : ( ) utuh ( V ) ruptur  
Episiotomy, jenis :
- i. Haemoroid : ( ) ada ( V ) tidak ada
- j. Ekstermitas : ( ) phlebitis ( ) Varises  
( ) Oedema ( V ) Refleks

### III. KEBUTUHAN DASAR

- a. Nutrisi
  - Pola makan : baik, normal
  - Frekuensi : 3x sehari makan
  - Jenis makanan : nasi, sayur, ikan, dan biasanya juga susu.
  - Intake cairan/ 24 jam : 2 gelas sehari – 1200cc
  - Pengetahuan ibu tentang nutrisi buteki : pengetahuan ibu kurang.
  - Makanan pantangan : tidak ada
- b. Eliminasi
  - BAB
    - ✓ Frekuensi : 1x dalam sehari / kadang jarang
    - ✓ Konstipasi : susah BAB pasien sudah 1 hari yang lalu belum BAB
    - ✓ Nyeri saat BAB : nyeri, nyeri dibagian perut.
  - BAK

- ✓ Frekuensi : 3-4x dalam sehari tergantung pasien minum berapa banyak
- ✓ Retensi : tidak
- ✓ Nyeri saat BAK : nyerinya dirasakan jika pasien jarang minum air

c. Aktifitas

- Mulai ambulasi jam : pasien bergerak susah, hanya benyak tidur.
- Senam nifas : tidak boiasa melakukan senam nifas

d. Personal hygiene

- Frekuensi mandi : 2 x / sehari / lap badan pasien
- Frekuensi gosok gigi : 2 x sehari
- Frekuensi ganti pakaian : 2x sehari

e. Istiahat dan tidur

- Tidur siang : pasien tidur baik, 2-3 jam
- Tidur malam : malam pasien tidur baik, 09.00- 05.00 pasien tidur 8 jam sehari
- Gangguan tidur : ( ) ada ( V ) tidak ada  
Jika ada jelaskan : tidak ada

f. Kenyamanan

- Nyeri : pasien ada rasakan nyeri
- Lokasi : dibagian bawah perut di bagian kelamin
- Durasi : muncul nyeri jika pasien bergerak
- Skala : nyeri sedang (6)
- Lain – lain : tidak ada.

g. Psikososial

- Respon ibu terhadap kelahiran bayi : ibu merasa senang, karena ibu mendapat sesuatu yang baru dalam hidupnya
- Respon keluarga terhadap kelahiran bayi : respon keluarga baik, keluarga siap menerima
- Fase taking in : ibu merasa senang, sangat menantikan sang bayi
- Fase taking hold :

- Fase letting go :
- Post partum Blues :

h. Komplikasi post partum

- Infeksi : tidak ada
- Gangguan laktasi : tidak ada, pasien juga belum laktasi
- Perdarahan post partum : ada

i. Bagaimana pengetahuan ibu tentang

- Perawatan payudara : ibu belum tau
- Cara menyusui : ibu sudah tau
- Perawatan tali pusat : ibu belum tau
- Cara memandikan bayi : ibu sudah tau
- Nutrisi bayi : ibu belum tau
- Nutrisi ibu menyusui : ibu sudah tau
- Keluarga berencana : ibu belum tau
- Iminisasi : ibu belum tau
- Lain – lain : -

j. Pendidikan kesehatan yang dibutuhkan

- Perawatan payudara : ( V ) ya ( ) tidak
- Cara menyusui : ( V ) ya ( ) tidak
- Perawatan tali pusat : ( V ) ya ( ) tidak
- Cara memandikan bayi : ( V ) ya ( ) tidak
- Nutrisi bayi : ( V ) ya ( ) tidak
- Nutrisi ibu menyusui : ( V ) ya ( ) tidak
- Keluarga berencana : ( V ) ya ( ) tidak
- Imunisasi : ( V ) ya ( ) tidak
- Lain – lain :

k. Data spiritual

- Agama : katolik
- Kegiatan keagamaan : koor, menyanyi
- Apakah pasien yakin terhadap agama yang dianut : ia sangat yakin



1. Data penunjang

➤ Labolatorium darah : yaitu

jumlah eritrosit  $4.09 \cdot 10^6 / \text{uL}$

nilai normalnya 4.20-5.40

hematokrit 35.1 % nilai normalnya 37.0-47.0,

jumlah neutrofil  $7.96 \cdot 10^3 / \text{uL}$

nilai normalnya 1.50-7.00,

jumlah monosit  $0.78 \cdot 10^3 / \text{uL}$

nilai normalnya 0.00- 0.70

➤ USG :

-

#### IV. TERAPI

Obat Amoxicilin

Dosis 3x1 sesudah makan

Kegunaan dari obat ini : untuk mengatasi infeksi pada saluran pernapasan, saluran kemih dan telinga

Obat Asam mefenamat

Dosis 3x1 sesudah makan

Kegunaan dari obat ini : untuk mengatasi rasa nyeri serta sakit kepala

Obat SF (Sulfate Ferrous)

Dosis 2x1 sesudah makan.

Kegunaan dari obat : pembentukan sel darah merah

#### V. DATA TAMBAHAN

A. Analisa data

NO	Data-data	Masalah	Penyebab
1.	<p>DS : Pasien mengatakan ia merasa nyeri pada area perineumnya  Pasien mengatakan nyeri jika perut bagian bawahnya ditekan.</p> <p>DO : pengkajian Nyeri dilakukan  P = nyeri saat bergerak  Q = berdenyut-denyut  R = di perineum  S = nyeri jika bergerak</p>	Nyeri akut	Agen cedera fisik ( luka )
2.	<p>DS : Pasien mengatakan tidak pernah mendapat informasi kesehatan</p> <p>DO : pasien Nampak bingung, dan tidak mengetahui pertanyaan yang diberikan</p>	Defisiensi pengetahuan	Kurang informasi
3.	<p>DS : pasien mengatakan pola BAB nya tidak teratur, dan sudah 2 hari belum BAB pasien mengatakan pengeluaran fekesnya sulit dan terasa nyeri.</p> <p>DO : pasien suka menahan waktu untuk BAB, dan terlihat fekes pasien keras.</p>	Konstipasi	Adanya luka episiotomi
4.	<p>DS : pasien mengatakan ia merasa khawatir dengan anaknya, karena anaknya di rawat</p>	Ansietas	Perubahan dalam fungsi peran.

	<p>pisah dengannya.</p> <p>DO :Pasien Nampak terlihat tegang dan raut muka Nampak lemas, pasien ingin selalu bertemu anaknya</p>		
--	--	--	--

### B. Diagnosa keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
2. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi
3. Konstipasi berhubungan dengan luka episiotomy
4. Ansietas berhubungan dengan perubahan dalam status fungsi peran.

### C. Intervensi keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	NOC	NIC
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik.	<p>Pasien akan bebas dari nyeri selama dalam perawatan</p> <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengenali kapan terjadinya nyeri</li> <li>2. Menggambarkan faktor penyebab</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif (lokasi, karakteristik, durasi,dan frekuensi.)</li> <li>2. Gali bersama faktor-faktor yang dapat menurunkan/memperberat nyeri.</li> </ol>

			<p>3. Pilih dan implementasikan tindakan yang beragam.</p> <p>4. Berikan anagesik bila perlu.</p>
2	Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi.	<p>Pasien akan meningkatkan pengetahuan selama dalam perawatan.</p> <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. perawatan tali pusat, imunisasi yang direkomendasikan, pencegahan dan</li> <li>2. pengendalian infeksi,</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. berikan ceramah untuk menyampaikan informasi dalam jumlah besar</li> <li>2. libatkan individu, keluarga dan kelompok dalam perencanaan dan rencana implementasi gaya hidup.</li> <li>3. gunakan berbagai strategi utama dalam program pendidikan</li> <li>4. Modifikasi perilaku kesehatan</li> <li>5. Beri kesempatan kepada pasien bertanya.</li> </ol>
3.	Konstipasi berhubungan dengan luka episiotomi grade 2	Pasien akan meningkatkan pola BAB yang normal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda/gejala konstipasi</li> <li>2. Monitor bising</li> </ol>

		<p>selama dalam perawatan.</p> <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merespon keinginan untuk BAB secara normal.</li> <li>2. Minuman cairan yang adekuat.</li> <li>3. Mengkonsumsi serat dalam jumlah yang kuat.</li> </ol>	<p>usus</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Identifikasi faktor-faktor ( pengobatan, tirah baring dan diet) yang menyebabkan konstipasi</li> <li>4. Ajarkan pasien/keluarga mengenai proses pencernaan</li> <li>5. Instruksikan pasien/keluarga diet tinggi serat</li> </ol>
4.	Kecemasan berhubungan dengan perubahan dalam fungsi peran.	<p>Pasien akan menunjukkan kecemasan berkurang/teratasi selama dalam perawatan</p> <p>Indicator :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mampu mengungkapkan gejala cemas</li> <li>2. Tanda-tanda vital dalam batas normal</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. gunakan pendekatan yang menenangkan.</li> <li>2. Nyatakan dengan jelas harapan pasien</li> <li>3. Temani pasien untuk memberikan keamanan</li> <li>4. Dengarkan pasien berbicara dengan penuh perhatian</li> <li>5. Berikan obat kecemasan</li> </ol>

#### D. Implementasi dan Evaluasi

NO	Hari/tanggal	Diagnosa keperawatan	jam	Tindakan	Evaluasi
1.	Selasa /26/06/2018	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik.	08.20 ( pagi)      08.45 (Pagi)	1. Melakukan tindakan manajemen nyeri, pengkajian meliputi (lokasi, karakteristik, durasi,dan frekuensi) 2. Mengatur posisi pasien 3. Menggajarkan teknik relaksasi napas dalam 4. Melakukan pengukuran tanda-tanda vital	S: pasien mengatakan ia masih nyeri/ namun nyerinya terasa ringan ( 3) O : Pasien Nampak meringis kesakitan jika bergerak namun sedikit yang ia rasakan. A : Masalah belum teratasi. P : intervensi di lanjutkan ( gunakan teknik farmakologi bila perlu)
2.	Selasa /26/06/2018	Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang	09.45 (pagi)	1. Melakukan penyuluhan kesehatan pada pasien	S : Pasien mengatakan ia sudah mengerti dengan apa

		terpaparnya informasi		<p>tentang KB</p> <p>2. Memberikan penjelasan lagi kepada pasien tentang pentingnya hidup bersih</p>	<p>yang dijelaskan dan sudah mengetahui apa itu program KB</p> <p>O: pasien Nampak sudah mengerti dan dapat menjawab pertanyaan yang diberikan.</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P: intervensi dipertahankan</p>
3.	Selasa /26/06/2018	Konstipasi berhubungan dengan luka episiotomy grade 2	<p>09.10 (pagi)</p> <p>09.20 (pagi )</p> <p>10.20 (pagi)</p>	<p>1. Memonitor bising usus</p> <p>2. Mengunstruksikan kepada pasien untuk banyak mengkonsumsi makanan tinggi serat.</p> <p>3. Menjelaskan kepada pasien</p>	<p>S : Pasien mengatakan BAB masih agak susah, namun tidak nyeri</p> <p>O : Pasien Nampak tidak merasa nyeri saat BAB</p> <p>A : Masalah belum teratsi.</p> <p>P:intervensi dilanjutkan.</p>
4.	Selasa /26/06/2018	Ansietas berhubungan dengan perubahan	<p>12.10 Siang</p>	<p>1. Mendengarkan pasien bicara dengan</p>	<p>S : Pasien mengatakan ia masih merasa cemas karena</p>

		fungsi peran		<p>penuh perhatian</p> <p>2. Mendorong pasien mengungkapkan perasaan ketakutannya</p> <p>3. Memberikan kata-kata motiva</p>	<p>terpusah dari bayinya.</p> <p>O : pasien Nampak tidak tenang</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan.</p>
1.	Rabu /26/06/2018	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik.	<p>09.10 ( pagi )</p> <p>11.10 (siang )</p>	<p>1. Menjelaskan kepada pasien jika ia masih merasakan nyeri pasien dapat mendengarkan music untuk mengalihkan rasa sakitnya</p> <p>2. Observasi tanda-tanda vital pasien</p>	<p>S: pasien mengatakan ia sudah tidak merasakan nyeri</p> <p>O : Pasien Nampak tenang dan jika bergerak ia tidak merasakan nyeri.</p> <p>A : Masalah teratasi.</p> <p>P : intervensi di pertahankan .</p>
	Rabu /27/06/2018	Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya	09.50 (pagi)	1. Melakukan penyuluhan kesehatan pada pasien tentang apa itu	S : Pasien mengatakan ia sudah mengerti dengan apa yang dijelaskan



		informasi		dan manfaat mengikuti imunisasi pada bayi pasien di rumahnya.	dan sudah mengetahui apa itu imunisasi dan manfaatnya pada bayi O: pasien Nampak sudah mengerti dan dapat menjawab pertanyaan yang diberikan. A : Masalah teratasi P: intervensi dipertahankan
	Rabu /27/06/2018	Konstipasi berhubungan dengan luka episiotomy grade 2	10.15 (pagi) )  10.20 (pagi)	1.Menginstruksi kan kepada pasien untuk banyak mengkonsumsi makanan tinggi serat.bila perlu buah-buahan. 2.menginstruksi kan pasien terus mengkonsumsi air putih.	S : pasien mengatakan masih agak susah waktu BAB O : Pasien Nampak masih sedikit merasa nyeri saat BAB, kotoran pasien masih keras. A : masalah belum teratsi. P: intervensi dilanjutkan

	Rabu /27/06/2018	Ansietas berhubungan dengan perubahan fungsi peran	12.10 Siang	1. Mendengarkan pasien bicara dengan penuh perhatian 2. Mendorong pasien mengungkapkan perasaan ketakutannya	S : Pasien mengatakan ia tidak merasa cemas lagi karena ia sudah bersam bayinya di rumah O : pasien Nampak tenang A: masalah teratasi P : intervensi dipertahankan
	Kamis, 28/06/2018	Konstipasi berhubungan dengan luka episiotomy grade 2	03.20 (sore)	1. menjelaskan kepada pasien jangan suka menunda-nunda waktu BAB lagi	S : pasien mengatakan ia sudah tidak susah waktu BAB O : Pasien Nampak tidak merasa nyeri saat BAB, kotoran pasien sudah normal/ tidak keras. A : masalah teratasi. P: intervensi dipertahankan

## Lampiran 2

### SATUAN ACARA PENYULUHAN

Topik	: Imunisasi
Sasaran	: Ibu Post Partum dan Keluarga
Tempat	: RSUD Prof. Dr.W.Z Johannes Kupang
Hari/Tanggal	: Selasa, 26 Juni 2018
Waktu	: 1 X 30 Menit

---

#### A. Tujuan Instruksional Umum :

Setelah mengikuti penyuluhan mengenai Imunisasi selama 30 menit, pasien mampu memahami tentang apa itu Imunisasi

#### B. Tujuan Instruksional Khusus :

Setelah dilakukan penyuluhan mengenai Imunisasi, maka pasien mampu:

1. Menjelaskan tentang pengertian Imunisasi
2. Menjelaskan tentang umur pemberian imunisasi
3. Menjelaskan tentang manfaat Imunisasi
4. Menjelaskan tentang cara pemberian imunisasi
5. Menjelaskan tentang efek samping dari imunisasi

#### C. Sasaran

Ibu Post Partum dan Keluarga

#### **D. Materi**

Terlampir

#### **E. Media dan sumber bahan**

Leaflet dan Poster

#### **F. Metode**

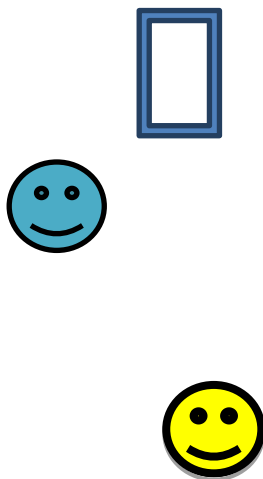
1. Ceramah
2. Tanya jawab

#### **G. Pengorganisasian**

Dosen Pembimbing :Meiyeriance Kapitan, S.Kep.Ns. M.kep

Pemateri : Stifen Selfister Womakal

#### **H. SetinganTempat**



**Keterangan Gambar:**



**Pemateri**



**Pasien**



**Media (Poster)**

## I. Rencana Kegiatan

No	WAKTU	KEGIATAN PENYULUHAN	KEGIATAN PESERTA
1	5 Menit	Pembukaan: 1. Memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan dari penyuluhan. 3. Melakukan kontrak waktu. 4. Menyebutkan materi penyuluhan yang akan diberikan	1. Menyambut salam 2. Mendengarkan 3. Memperhatikan
2	20 Menit	Pelaksanaan : 1. Menjelaskan tentang pengertian Imunisasi 2. Menjelaskan tentang umur pemberian imunisasi 3. Menjelaskan tentang manfaat Imunisasi 4. Menjelaskan tentang carapemberianimunisasi 5. Menjelaskan tentang efek samping dari imunisasi 6. Sesi tanya Jawab	1. Mendengarkan dan memperhatikan 2. Bertanya dan Menjawab.
3	5 Menit	Penutupan: 1. Menanyakan pada pasien tentang materi yang diberikan dan reinforcement kepada pasien bila dapat menjawab & menjelaskan kembali pertanyaan/materi 2. Mengucapkan terima kasih kepada pasien 3. Mengucapkan salam	1. Menjawab &menjelaskan pertanyaan. 2. Mendengarkan 3. Menjawab salam

## **J. KriteriaEvaluasi**

### 1. Evaluasi struktur

- 1) Kesiapan media dan tempat
- 2) Penyelenggaraan penyuluhan dilakukan di RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang
- 3) Pengorganisasian penyelenggaraan penyuluhan dilakukan sebelum dan saat penyuluhan.

### 2. Evaluasi Proses :

- 1) Pasien antusias terhadapmateripenyuluhan.
- 2) Pasienmengajukanpertanyaan.
- 3) Pasien tidak meninggalkan tempat penyuluhan.

### 3. KriteriaHasil :

- 1) Pelaksanaan penyuluhan berjalan dengan baik.
- 2) Pasien mampu menjelaskan kembali tentang:
  - (1) Pengertian imunisasi
  - (2) Umur pemberian imunisasi
  - (3) Manfaat pemberian imunisasi
  - (4) Cara pemberian imunisasi
  - (5) Efek samping pemberian imunisasi

## MATERI PENYULUHAN

### 1. Pengertian

Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan/ meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit sehingga bila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan.

### 2. Usia pemberian imunisasi polio

JENIS IMUNISASI	USIA PEMBERIAN
HB0	0-7 HARI
BCG	1 BULAN
POLIO	1,2,3,4 BULAN
DPT-HIB-Hib	2,3,4 BULAN
CAMPAK	9 BULAN

### 3. Manfaat imunisasi polio

Imunisasi sangat penting untuk mencegah beberapa penyakit seperti difteri, pertussis, tetanus, tuberkolosis, campak, polio, dan hepatitis B



#### 4. Cara pemberian

<b>JENIS IMUNISASI</b>	<b>CARA PEMBERIAN</b>
<b>HB0</b>	<b>SUNTIK DIBAGIAN PAHA KANAN</b>
<b>BCG</b>	<b>SUNTIK DIBAGIAN LENGAN TANGAN KANAN</b>
<b>POLIO</b>	<b>TETESKAN DIMULUT</b>
<b>DPT-HB-Hib</b>	<b>SUNTIKAN DIBAGIAN PAHA KANAN</b>
<b>CAMPAK</b>	<b>SUNTIKAN DIBAGIAN LENGATANGAN KIRI</b>

#### 5. Efek samping

Pada umumnya efek samping yang muncul setelah imunisasi adalah, bengkak, kemerahan disekitar lokasi suntikkan, dan demam

## LAMPIRAN 2

### SATUAN ACARA PENYULUHAN

Topik	: Keluarga Berencana
Sasaran	: Ibu Post Partum dan Keluarga
Tempat	: RSUD Prof. Dr.W.Z Johannes Kupang
Hari/Tanggal	: Selasa, 26 Juni 2018
Waktu	: 1 X 30 Menit

---

#### **A. Tujuan**

##### 1. Tujuan Intruksional Umum

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan, masyarakat diharapkan dapat mengetahui dan memahami tentang Keluarga Berencana.

##### 2. Tujuan Intruksional Khusus

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan ini masyarakat diharapkan mampu memahami :

- a. Apa itu Keluarga Berencana
- b. Tujuan Keluarga Berencana
- c. Jenis-jenis kontrasepsi yang dapat digunakan

#### **B. Sasaran**

Ibu Post Partum dan Keluarga

#### **C. Materi**

(Terlampir)

#### **D. Metode dan media**

Metode : Ceramah dan Tanya Jawab

Media : Poster dan Leaflet

#### E. Tabel kegiatan

TAHAP	KEGIATAN PEYULUHAN	KEGIATAN PENYULUHAN
Pendahuluan ( 7 Menit )	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Memberisalam</li><li>2. Memperkenalkandiri</li><li>3. Menjelaskan tujuan penyuluhan</li><li>4. Menggalipengetahuan masyarakat tentang Keluarga Berencana</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Menjawab salam</li><li>2. Memperhatikan</li><li>3. Memperhatikan dan mencatat</li><li>4. Memperhatikan dan menjawab</li></ol>
Penyajian Materi ( 23 Menit )	Menjelaskan dan menyebutkan tentang Keluarga Berencana yaitu : <ol style="list-style-type: none"><li>1. Apa itu Keluarga Berencana</li><li>2. Tujuan Keluarga Berencana</li><li>3. Jenis-jenis kontrasepsi yang dapat digunakan</li></ol>	Memperhatikan dan mencatat
Penutup (15 Menit)	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Memberi kesempatan kepada masyarakat untuk menanyakan hal-hal yang belum jelas.</li><li>2. Memberikan penjelasan dari setiap pertanyaan.</li><li>3. Mengajukan pertanyaan sebagai bentuk evaluasi.</li><li>4. Menyimpulkan materi yang telah disampaikan.</li><li>5. Memberi salam dan terima kasih</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Bertanya</li><li>2. Memperhatikan</li><li>3. Menjawab pertanyaan</li><li>4. Memperhatikan penjelasan pemateri.</li><li>5. Menjawab salam</li></ol>

## **F. KRITERIA EVALUASI**

### **1. Evaluasi Struktur**

- Peserta hadir di tempat penyuluhan
- Penyelenggaraan penyuluhan dilaksanakan di ruang penyuluhan
- Pengorganisasian penyelenggaraan penyuluhan dilakukan sebelumnya

### **2. Evaluasi Proses**

- Peserta antusias terhadap materi penyuluhan
- Tidak ada peserta yang meninggalkan tempat penyuluhan sebelum kegiatan penyuluhan selesai
- Peserta mengajukan pertanyaan dan mampu menjawab pertanyaan yang diberikan dengan benar

### **3. Evaluasi Hasil**

- Peserta penyuluhan dapat mengetahui tentang pengertian Keluarga Berencana, tujuan dari Keluarga Berencana, dan Jenis-jenis dari Metode Kontrasepsi.
  - Jumlah peserta yang hadir minimal 20 orang
- Pertanyaan untuk sasaran
1. Jelaskan pengertian dari Keluarga Berencana ?
  2. Jelaskan tujuan dari Keluarga Berencana ?
  3. Sebutkan 2 Jenis Metode Kontrasepsi ?
  4. Sebutkan 7 jenis Alat Kontrasepsi ?

## **KELUARGA BERENCANA**

### 1. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga Berencana adalah suatu program yang dirancangkan oleh pemerintah untuk mengatur jarak kelahiran anak sehingga dapat tercapai keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera.

### 2. Tujuan Keluarga Berencana

- a) Mengatur jarak dan mencegah kehamilan agar tidak terlalu rapat (minimal 2 tahun setelah melahirkan)
- b) Menjaga dan meningkatkan kesehatan ibu, bayi dan balita
- c) Ibu memiliki waktu dan memperhatikan yang cukup untuk dirinya sendiri, anak dan keluarga. **(Kementrian Kesehatan RI, 2016)**

### 3. Pengertian Kontrasepsi

Kontra sepsi adalah upaya untuk cegah kehamilan, upaya ini dapat bersifat sementara dapat pula bersifat permanen. Penggunaan kontrasepsi merupakan salah satu variabel yang mempengaruhi fertilita.

### 4. Jenis-jenis KB yang dapat digunakan

#### 1. Kondom

Dalam usaha untuk meningkatkan pemeriksaan gerakan keluarga berencana nasional, peran pria sebenarnya sangat penting dan menentukan. Sebagai kepala keluarga, pria merupakan tulang punggung keluarga dan selalu terlibat untuk mengambil keputusan tentang kesejahteraan keluarga, termasuk untuk menentukan jumlah anak yang diinginkan. **(Manuaba Chandranita, 2016)**

Kondom merupakan selubung/ sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang di pasang pada penis saat berhubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu. Berbagai bahan

telah ditambahkan pada kondom baik untuk meningkatkan efektivitasnya (misalnya penambahan spermisida) maupun sebagai aksesoris aktivitas seksual.

Cara kerja kondom adalah menampung spermatozoa sehingga tidak masuk ke dalam kanalis serviks. Konsep kerja kondom yaitu menghalangi tertumpahnya sperma ke dalam vagina sehingga spermatozoa tidak mungkin masuk ke dalam rahim atau ke dalam saluran reproduksi wanita, cara kerja kondom juga mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil).

Manfaat dari kondom yaitu tidak mengganggu kesehatan klien, murah dan dapat dibeli secara umum, tidak mempunyai pengaruh sistemik, efektif bila digunakan dengan bena, tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus.

Adapun tipe kondom yang terdiri dari kondom biasa, kondom berkontur (bergerigi), kondom beraroma dan kondom tidak beraroma.berikut ini adalah gambar kondom berdasarkan tipenya masing-masing :

Kondom Biasa



Kondom Bergerigi



Kondom Beraroma



## 2. Pil

Kontasepsi hormonal pil telah mengalami penelitian panjang, sehingga sebagian besar wanita dapat menerima tanpa kesulitan, dengan patrun menstruasi normal serta durasi antara 4 sampai 6 hari. Di samping durasi 4 sampai 6 hari, masih terdapat patrun menstruasi wanita. Wanita tergolong durasi menstruasi kurang dari 4 hari, memerlukan pil KB dengan efek estrogen tinggi. Wanita dengan durasi menstruasi

lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah. (Manuaba Chandranita, 2016)

Sifat khas kontrasepsi hormonal dengan komponen estrogen menyebabkan pemakainya mudah tersinggung, tegang, retensi air dan garam, berat badan bertambah, menimbulkan nyeri kepala, perdarahan banyak saat menstruasi, meningkatkan pengeluaran leukorea, menimbulkan perlunakan serviks. Sedangkan dengan komponen progesteron menyebabkan payudara tegang, akne (kukulan), kulit dan rambut kering, menstruasi kurang, kaki dan tangan sering kram, liang senggama kering. (Manuaba Chandranita, 2016)

Adapun macam-macam dari pil yaitu pil kombinasi, pil sekuensial, progesteron, dan after morning pill.



<b>Keuntungan dan Kerugian memakai KB pil</b>	
<i>Keuntungan</i>	<i>Kekurangan</i>
Bila minum pil sesuai dengan aturan dijamin berhasil 100%	Harus minum pil secara teratur
Dapat dipakai pengobatan terhadap beberapa masalah : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketegangan menjelang menstruasi</li> <li>• Perdarahan menstruasi yang tidak teratur</li> <li>• Nyeri saat menstruasi</li> <li>• Pengobatan pasangan mandul</li> </ul>	Dalam waktu panjang dapat menekan fungsi ovarium
Pengobatan penyakit endometriosis	Penyulit ringan (berat badan bertambah, rambut rontok, tumbuh akne, mual sampai

	muntah)
Dapat meningkatkan libido	Memengaruhi fungsi hati dan ginjal

### 3. Suntikan

Metode suntikan KB telah menjadi bagian gerakan keluarga berencana nasional serta peminatnya makin bertambah. Tingginya minat pemakai suntikan KB oleh karena aman, sederhana, efektif, tidak menimbulkan gangguan dan dapat dipakai pada pasca persalinan. (Manuaba Chandranita, 2016)



Gambar Suntikan KB

<b>Keuntungan dan Kerugian KB suntikan</b>	
<i>Keuntungan</i>	<i>Kekurangan</i>
Pemberiannya sederhana setiap 8-12 minggu	Perdarahan yang tidak menentu
Tingkat efektivitasnya tinggi	Terjadi amenorea (tidak datang bulan) berkepanjangan
Hubungan seks dengan suntikan KB bebas	Masih terjadi kemungkinan hamil
Pengawasan medis yang ringan	Kerugian atau penyulit inilah yang menyebabkan peserta KB menghentikan suntikan KB
Dapat diberikan pascapersalinan, pascakeguguran atau pascamenstruasi	
Tidak mengganggu pengeluaran laktasi dan tumbuh kembang bayi	
Suntikan KB Cyclofem diberikan setiap bulan	



dan peserta KB akan mendapatkan menstruasi

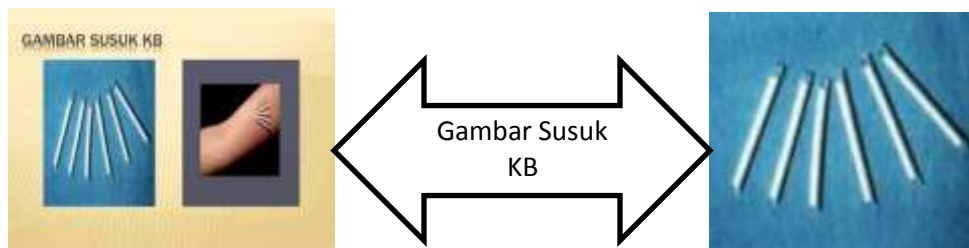
Waktu pemberian KB suntikan adalah pasca persalinan (segera ketika masih di rumah sakit, jadwal suntikan berikutnya), pasca abortus (segera setelah perawatan, jadwal waktu suntikan diperhitungkan), dan interval (hari ke 5 menstruasi, jadwal waktu diperhitungkan). Jadwal waktu suntikan berikutnya diperhitungkan dengan pedoman Depprovera (interval 12 minggu), norigest (interval 8 minggu), dan cyclofem (interval 4 minggu). (Manuaba Chandranita, 2016)



#### 4. Susuk atau Implan

Susuk atau implan adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen, dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara 3 hingga 5 tahun. Metode ini dikembangkan oleh *the population council* yaitu suatu organisasi internasional yang didirikan tahun 1952 untuk mengembangkan teknologi kontrasepsi.

Implan tersedia dalam kemasan 2 kapsul yang masing-masing berisi 75 mg levonorgestrel dalam kantong plastik steril yang tertutup. Penyimpanan kemasan steril dari implan harus di simpan di tempat yang sejuk dan kering, bila disimpan dengan benar mempunyai masa simpan 3 tahun.



<b>Keuntungan dan Kerugian KB susuk</b>	
<i>Keuntungan</i>	<i>Kekurangan</i>
Dipasang selama 5 tahun	Menimbulkan gangguan menstruasi, yaitu tidak mendapat menstruasi dan terjadi perdarahan yang tidak teratur
Kontrol medis ringan	Berat badan bertambah
Dapat dilayani di daerah pedesaan	Menimbulkan akne, ketegangan payudara
Penyulit medis tidak terlalu tinggi	Liang sanggama terasa kering
Biaya murah	

#### 5. AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) atau IUCD

Alat kontrasepsi dalam rahim sangat efektif, adapun jenis dari AKDR yakni AKDR CuT-380A dan AKDR lain yang beredar di Indonesia ialah NOVA T (Schering).

Cara kerja dari AKDR yaitu menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, AKDR bekerja terutama untuk mencegah sperma dan ovum bertemu walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi, memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.

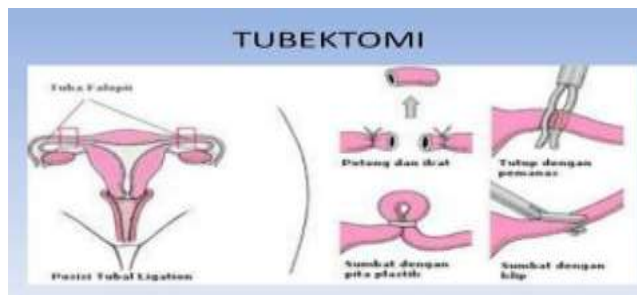


Gambar. Jenis-jenis AKDR

<b>Keuntungan dan Kerugian AKDR</b>	
<i>Keuntungan</i>	<i>Kekurangan</i>
Alat kontrasepsi dalam rahim dapat diterima masyarakat dunia, termasuk indonesia dan menempati urutan ketiga dalam pemakaian	Masih terjadi kehamilan dengan AKDR in situ
Pemasangan tidak memerlukan medis teknis yang sulit	Terdapat pendarahan
Kontrol medis yang ringan	Leukorea, sehingga menguras protein tubuh dan liang senggama terasa lebih basah
Penyulit tidak terlalu berat	Dapat terjadi infeksi
Pulihnya kesuburan setelah AKDR dicabut berlangsung baik	Tingkat akhir infeksi menimbulkan kemandulan primer atau sekunder dan kehamilan ektopik
	Tali AKDR dapat menimbulkan perlukaan portio uteri dan mengganggu hubungan seksual.

## 6. Tubektomi

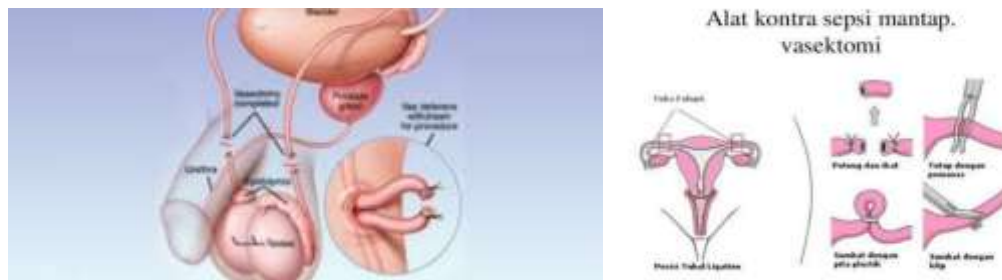
Tubektomi adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini.



Tubektomi termasuk metode efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang. Efektivitas tubektomi kurang dari 1 kehamilan per 100 (5 per 100) perempuan pada tahun pertama penggunaan, pada 10 tahun penggunaan, terjadi sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan (18-19 per 1000 perempuan), efektivitas kontraseptif terkait juga dengan teknik tubektomi (penghambat atau oklusi tuba) tetapi secara keseluruhan efektivitas tubektomi cukup tinggi dibandingkan metode kontrasepsi lainnya. Metode dengan efektivitas tinggi adalah tubektomi minilaparotomi pascapersalinan.

## 7. Vasektomi

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah klien sesuai untuk menggunakan metode ini.



Vasektomi disebut juga sebagai metode kontrasepsi operatif lelaki, metode permanen untuk pasangan tidak ingin anak lagi, metode ini membuat sperma (yang disalurkan melalui vas deferens) tidak dapat mencapai vesikula seminalis yang pada saat ejakulasi di keluarkan bersamaan dengan cairan sperma, untuk oklusi vas deferens di perlukan tindakan insisi kecil (minor) pada daerah rafe skrotalis, penyesalan terhadap vasektomi tidak segera memulihkan fungsi reproduksi karena memerlukan tindakan pembedahan ulang.

## DAFTAR PUSTAKA

Manuaba Chandranita Ida.2010.*Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB untuk Pendidikan Bidan.Edisi 2*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta

Farrer Helen.2001.*Perawatan Maternitas (Maternity Care) edisi 2*.Penerbit Buku Kedokteran

Buku Kesehatan Ibu dan Anak.pdf.2016.Kementrian Kesehatan RI.(di akses pada tanggal 07 Maret 2017)

### Lampiran 3

### DOKUMENTASI PENYULUHAN



Gambar 1 : Melakukan Penyuluhan Tentang KB pada Pasien Di RS.



Gambar 2 : Menjelaskan apa itu program KB dan manfaatnya



Gambar 3 : Melakukan pemeriksaan Tanda-tanda Vital (tekanan Darah )



Gambar 4 : melakukan penyuluhan Imunisasi Di rumah pasien



Gambar 5 : menjelaskan kepada pasien dan keluarganya apa itu imunisasi dan manfaatnya .



Lampiran 4 : Brosur ( leaflet dan Poster )



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
 POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
 Direktorat : Jln. El Tari II Liliha-Kupang, Telp (0380) 881880; 880880  
 Fax (0380) 85534188; email: poltekkeskupang@yahoo.com



# AYO IKUT KB 2 ANAK LEBIH BAIK

## PENGERTIAN KB

Keluarga Berencana adalah Suatu program yang direncanakan oleh pemerintah untuk mengatur jarak kelahiran anak sehingga dapat tercapai keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera.



TUJUAN

1. Mengatur jarak dan mencegah kehamilan agar tidak terlalu rapat (minimal 2 tahun setelah melahirkan)

2. Menjaga dan meningkatkan kesehatan ibu, bayi dan

3. Ibu memiliki waktu dan memperhatikan yang cukup untuk dirinya sendiri, anak dan keluarga



# 7 PILIHAN Metode Kontrasepsi

### METODE JANGKA PENDEK

KONDOM



SUNTIKAN



PIL



### METODE JANGKA PANJANG

SUSUK



AKDR



TUBEKTOMI



VASEKTOMI



DOSEN PENGUJI:  
MEIYERIANCE KAPITAN S. Kep, Ns, M. kep

STIFEN SELFISTER  
WOMAKAL



# "IMUNISASI"

## APA ITU IMUNISASI ?

Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit sehingga bila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit



## USIA PEMBERIAN

JENIS IMU-NISASI	USIA PEMBERIAN	JUMLAH PEMBERIAN	INTERVAL MINIMAL
HBO	0-7 HARI	1	-
BCG	1 BULAN	1	-
POLIO	1,2,3,4 BULAN	4	4 MINGGU
DPT-HB-Hib	2,3,4 BULAN	3	4 MINGGU
CAMPAK	9 BULAN	1	-

## CARA PEMBERIAN

JENIS IMU-NISASI	CARA PEMBERIAN
HBO	SUNTIK DIBAGIAN PAHA KANAN
BCG	SUNTIK DIBAGIAN LENGAN TANGAN KANAN
POLIO	TETESKAN DIMULUT
DPT-HB-Hib	SUNTIKAN DIBAGIAN PAHA KANAN
CAMPAK	SUNTIKAN DIBAGIAN LENGA TANGAN KIRI



## MANFAAT IMUNISASI

Imunisasi sangat penting untuk mencegah Beberapa penyakit seperti difteri, pertussis, tetanus, tuberkolosis, campak, polio, dan hepatitis B

## SAYANGI BUAH HATI ANDA DENGAN IMUNISASI

### AYO IMUNISASI !!!



OLEH  
MAHASISWA POLTEKKES KUPANG  
PRODI KEPERAWATAN

### 1. Pengertian :



Keluarga berencana adalah suatu usaha untuk mengatur jumlah dan jarak antara kelahiran anak guna meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan keluarga.

### Manfaat :

- Menghindari kehamilan terlalu dini
- Menurunkan angka kematian ibu dan bayi
- Meringankan beban ekonomi keluarga
- Membentuk keluarga bahagia sejahtera



Siap saja yang harus ber kb?

Pasangan usia subur yaitu usia 15-49 tahun yang ingin menunda kehamilan, menjarangkan kehamilan atau mengakhiri kehamilan

### Metode kontrasepsi :

1. metode laktasi
2. kondom
3. pil kb
4. kb suntik
5. implan/susuk
6. IUD/spiral
7. tubektomi / vasektomi

#### 1. MAL (metode amimore laktasi)

-Metode KB yang cocok untuk ibu nifas  
Syarat: menyusui bayi secara eksklusif setelah melahirkan (hanya ASI secara penuh)

#### 2. Kondom

Keuntungan:

- Mudah didapat
- Mencegah penyakit menular seksual

Keterbatasan :

- efektifitas tidak terlalu tinggi
- Agak mengganggu hubungan seksual
- Biasa terjadi alergi bahan kondom



#### 3. pil KB

- Tidak mengganggu hubungan seksual
- Harus diminum setiap hari



Terdapat 2 macam:

- Pil kombinasi : tidak untuk ibu menyusui
- Mini pil : tidak mengganggu ASI

Cocok untuk ibu menyusui dapat terjadi gangguan haid

#### 4. KB suntik

- tingkat keberhasilan tinggi, dan efeksampingnya sedikit
- tidak mengganggu hubungan seksual



### 5. implan/susuk

Dipasang dilengan atau dibagian dalam ada yang berisi 2 batang dan ada yang berisi 1 batang efektif selama 3 tahun

Keuntungan : tidak mengandung produksi ASI

Tidak mengganggu hubungan seksual, Dapat dicabut setiap saat sesuai kebutuhan dan kembali kesuburan cepat.

Dapat terjadi perubahan pola haid



### 6. IUD/ spiral

Spiral ditanam didalam rahim untuk mencegah pertemuan sel telur dan sel sperma, tingkat keberhasilan tinggi, jangka panjang (8-10 tahun)

tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu hubungan seksual



### 7. TUBEKTOMI & VASEKTOMI

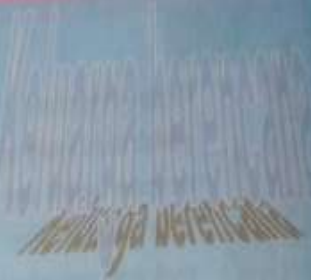
Khusus untuk pasangan suami istri yang tidak menginginkan anak lagi, dilakukan dengan cara pembedahan sangat efektif dan bersifat permanen

Tidak ada efek samping



### Beban keluarga

- Mendorong anggota keluarga
- Memotifasi
- Membrikan perhatian
- Melindungi



Oleh  
MAHASISWA  
POLTEKES KUPANG  
JURUSAN  
KEPERAWATAN

PRODI DIII KEPERAWATAN

# IMUNISASI



OLEH

MAHASISWA POLTEKKES KUPANG

PRODI KEPERAWATAN



KEMENKES RI



POLTEKKES KEMENKES KUPANG

PRODI DIII KEPERAWATAN

## APA ITU IMUNISASI?

Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit sehingga bila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit



JENIS IMUNISASI	USIA PERBUDAYA
HBO	0-7 HARI
BCG	1 BULAN
POLIO	1,2,3,4 BULAN
DPT-HIB-Hb	2,3,4 BULAN
CAMPAK	9 BULAN

## MANFAAT IMUNISASI

Imunisasi sangat penting untuk mencegah

Beberapa penyakit seperti difteri, pertusis, tetanus, tuberkulosis, campak, polio, dan hepatitis B



## AYO IMUNISASI !!!



SAYANGI BUNYI WATI ANDA  
DENGAN IMUNISASI

## CARA PEMBERIAN

JENIS IMUNISASI	CARA PEMBERIAN
HBO	SUNTIK DIBAGIAN Paha KANAN
BGG	SUNTIK DIBAGIAN Lengan TANGAN KANAN
POLIO	TETESKAN DIMULUT
DPT-HB-Hb	SUNTIKAN DIBAGIAN Paha KANAN
CAMPAK	SUNTIKAN DIBAGIAN Lengan



## EFEK SAMPING

Pada umumnya efek samping yang muncul setelah imunisasi adalah, bengkak, kemerahan disekitar lokasi suntikkan, dan demam



Lampiran 5 : jadwal kegiatan

Lampiran 5 : Jadwal Kegiatan

No	Kegiatan	Bulan																		
		Juni							Juli											
		22	23	24	25	26	27	28	29	30	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
1.	Pembekalan	✓																		
2.	Lapor Diri Di Rumah Sakit		✓																	
3.	Pengambilan Kasus			✓																
4.	Ujian Praktek					✓														
5.	Perawatan Kasus			✓	✓	✓	✓													
6.	Penyusunan Laporan Studi Kasus, Konsultasi dengan Pembimbing				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
7.	Ujian Sidang														✓					
8.	Revisi Hasil dan Pengumpulan Laporan Studi Kasus														✓	✓	✓	✓	✓	✓

## Lampiran 6



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PRODI D-III KEPERAWATAN**

Direktorat :Jln. El Tari II Liliba-Kupang, Telp (0380) 881880; 880880  
Fax (0380) 85534188; email: [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)



### PROSES BIMBINGAN LAPORAN STUDI KASUS

NAMA : Stifen Selfister Womakal

NIM : PO.530320115045

NAMA PEMBIMBING : Meiyeriance Kapitan,S.Kep,Ns.M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	26-06-2018	Konsultasi konsep dasar penyakit	
2.	27-06-2018	Membuat Bab I, Bab II, dan Bab III	
3.	28-06-2018	Memperbaiki Bab I , Bab II dan Bab III	
4.	29-06-2018	Memperhatikan cara penulisan	
5.	30-06-2018	Menggunakan sumber buku terbaru	
6	01-06-2018	Memperbaiki hasil pada rumusan masalah	
7	02-07-2018	Menambahkan Profil kesehatan NTT pada latar belakang	
8.	03-07-2018	Memperbaiki cara penulisan daftar pustaka.	
9.	04-07-2018	Menambahkan sumber buku pada daftar pustaka	
10.	05-07-2018	Memperhatikan margin kertas	