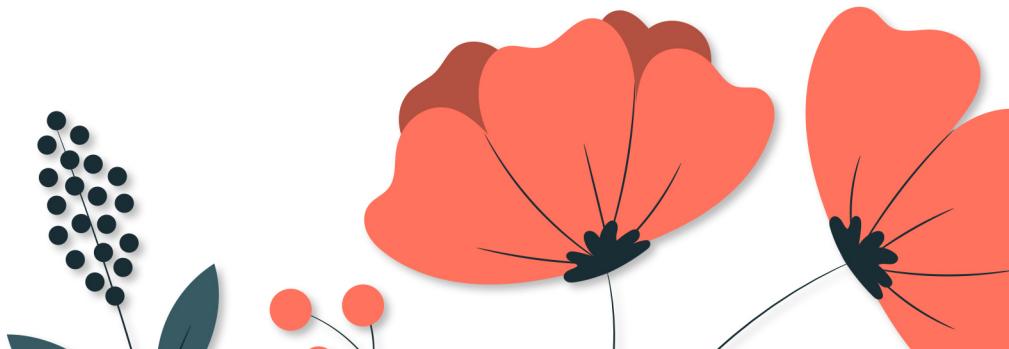




ASUHAN KEPERAWATAN **POST PARTUM** DENGAN KOMPLIKASI



Ns. Suryani Hartati, M.Kep., Sp.Kep.Mat.
Meliani Sukmadewi Harahap, S.Kep., M.Kes.
Amelia Mardhika, S.Kep., Ns., M.Kes.



ASUHAN KEPERAWATAN POST PARTUM

DENGAN KOMPLIKASI

**Ns. Suryani Hartati, M.Kep.,Sp.Kep.Mat
Meliani Sukmadewi Harahap, S.Kep.M.Kes
Amellia Mardhika, S.Kep.,Ns.,M.Kes.**



ASUHAN KEPERAWATAN POST PARTUM DENGAN KOMPLIKASI

Penulis:

Ns. Suryani Hartati, M.Kep.,Sp.Kep.Mat
Meliani Sukmadewi Harahap, S.Kep.M.Kes
Amellia Mardhika, S.Kep.,Ns.,M.Kes.

Desain Cover:

Ivan Zumarano

Tata Letak:

Achmad Faisal

ISBN:

978-623-88564-0-4

Cetakan Pertama:

Februari 2023

Hak Cipta 2023

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2023

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT:

Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F
Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah
Jakarta Barat
Website: www.nuansafajarcemerlang.com
Instagram: @bimbel.optimal

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur kami panjatkan kehadirat Alloh SWT atas rahmat dan hidayah-Nyasehingga buku ini dengan judul Asuhan keperawatan postpartum dengan komplikasi dapat selesai kami susun. Banyaknya ibu-ibu yang melahirkan baik secara normal maupun tindakan operasi seksio sesarea terkadang mengalami komplikasi baik di rumah sakit pusat maupun rumah sakit daerah, maka diperlukan adanya upaya persiapan dan perawatan paska melahirkan dengan benar sehingga dapat mengurangi dampak timbulnya komplikasi lebih lanjut pada ibu paska operasi. Oleh karena itu peran perawat sangat diperlukan untuk melakukan asuhan keperawatan ibu postpartum dengan komplikasi yang benar.

Buku ini memberikan konstribusi untuk membantu teman-teman perawat dan calon perawat khususnya area maternitas sehingga dapat mengaplikasikan kepada ibu-ibu yang melahirkan sehingga dapat mengurangi timbul lebih lanjut komplikasi dengan pendekatan asuhan keperawatan yang merupakan inti pelayanan yang diberikan.

Kami menyadari bahwa buku ini masih jauh dari sempurna, untuk itu kami mengharapkan adanya masukan untuk menyempurnakannya. Semoga buku ini dapat menambah wawasan keilmuan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada ibu postpartum dengan komplikasi.

Jakarta, Desember 2022

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
BAB I ASUHAN KEPERAWATAN IBU POST PARTUM SEKSIO SESAREA	
INDIKASI LETAK LINTANG	1
1. Pendahuluan.....	2
2. Definisi.....	2
3. Etiologi.....	2
4. Patofisiologi	3
5. Pathway.....	4
6. Manifestasi Klinis	5
7. Komplikasi	5
8. Pemeriksaan Penunjang.....	6
9. Penatalaksanaan.....	6
10. Pengkajian	7
11. Diagnosis Keperawatan.....	11
12. Intervensi Keperawatan	11
13. Implementasi Keperawatan	16
14. Evaluasi Keperawatan	18
15. Daftar Pustaka	19
BAB II ASUHAN KEPERAWATAN PADA PERDARAHAN POST PARTUM	21
1. Pendahuluan.....	22
2. Definisi.....	22
3. Etiologi.....	23
4. Patofisiologi	24
5. Manifestasi Klinis	25
6. Komplikasi	25
7. Pemeriksaan Penunjang.....	25
8. Penatalaksanaan.....	26
9. Pengkajian	27
10. Diagnosa Keperawatan	29
11. Intervensi.....	30
12. Implementasi.....	32
13. Evaluasi.....	33
14. Daftar Pustaka	33

BAB III ASUHAN KEPERAWATAN PSIKOLOGIS IBU POSTPARTUM DENGAN PERSALINAN SPONTAN DALAM 1 MINGGU AWAL KELAHIRAN	35
1. Pendahuluan.....	36
2. Konsep Postpartum	36
3. Konsep Asuhan Keperawatan.....	39
4. Pengkajian	39
5. Diagnosis Keperawatan.....	40
6. Intervensi Keperawatan	44
7. Implementasi Keperawatan	56
8. Evaluasi Keperawatan	56
9. Daftar Pustaka	56
BIODATA PENULIS	59
SINOPSIS.....	63

BAB I

ASUHAN KEPERAWATAN IBU

POST PARTUM SEKSIO SESAREA

INDIKASI LETAK LINTANG



ASUHAN KEPERAWATAN

IBU POST PARTUM SEKSIO SESAREA INDIKASI LETAK LINTANG

1. Pendahuluan

Persalinan dengan tindakan seksio sesarea merupakan upaya tindakan untuk menyelamatkan kondisi ibu dan bayinya yang mengalami resiko, yang tidak bisa melahirkan dengan cara pervaginam. Prevalensi seksio sesarea dari tahun ke tahun terus meningkat, berdasarkan data dari World Health Organization (WHO) standar rata-rata seksio sesarea sekitar 5-15% per 1000 kelahiran didunia dengan rincian Rumah Sakit pemerintah 11%, swasta lebih dari 30% (Gibbson, 2010). Di Indonesia persalinan seksio sesarea 15,3% dari 20.591 ibu yang melahirkan, dan saat ini sudah melewati batas WHO 5-15% dalam kurun waktu 5 tahun terakhir yang disurvei dari 33 provinsi (Risksesdas, 2012). Persalinan seksio sesarea bisa terjadi dikarenakan oleh beberapa sebab atau masalah yang berasal dari ibu atau janin. Penyebab dari ibu panggul sempit (CPD) Riwayat penyakit Hipertensi, DM, Asma, sedangkan penyebab dari pihak janin salah satunya antara lain ketidakseimbangan ukuran kepala janin dan panggul ibu, kelainan letak janin 4,25% kejadian kehamilan malposisi janin letak lintang diperkirakan sekitar 1:500, yang dimana letak lintang adalah suatu keadaan dimana janin melintang didalam uterus dengan kepala pada posisi yang satu sedangkan bokong pada posisi yang lain (Rustam, 2012).

2. Definisi

Ibu pasca seksio sesarea adalah ibu yang melahirkan janin dengan cara proses pembedahan dengan membuka dinding perut dan dinding uterus dalam waktu sekitar kurang lebih enam minggu organ-organ reproduksi akan kembali pada keadaan tidak hamil (Cunningham, 2005).

Letak lintang merupakan suatu keadaan dimana janin melintang di dalam uterus dengan kepala pada sisi yang lain, dimana bokong berada sedikit lebih tinggi dari pada kepala janin, sedangkan bahu berada di pintu atas panggul (Purwoastuti, 2015).

3. Etiologi

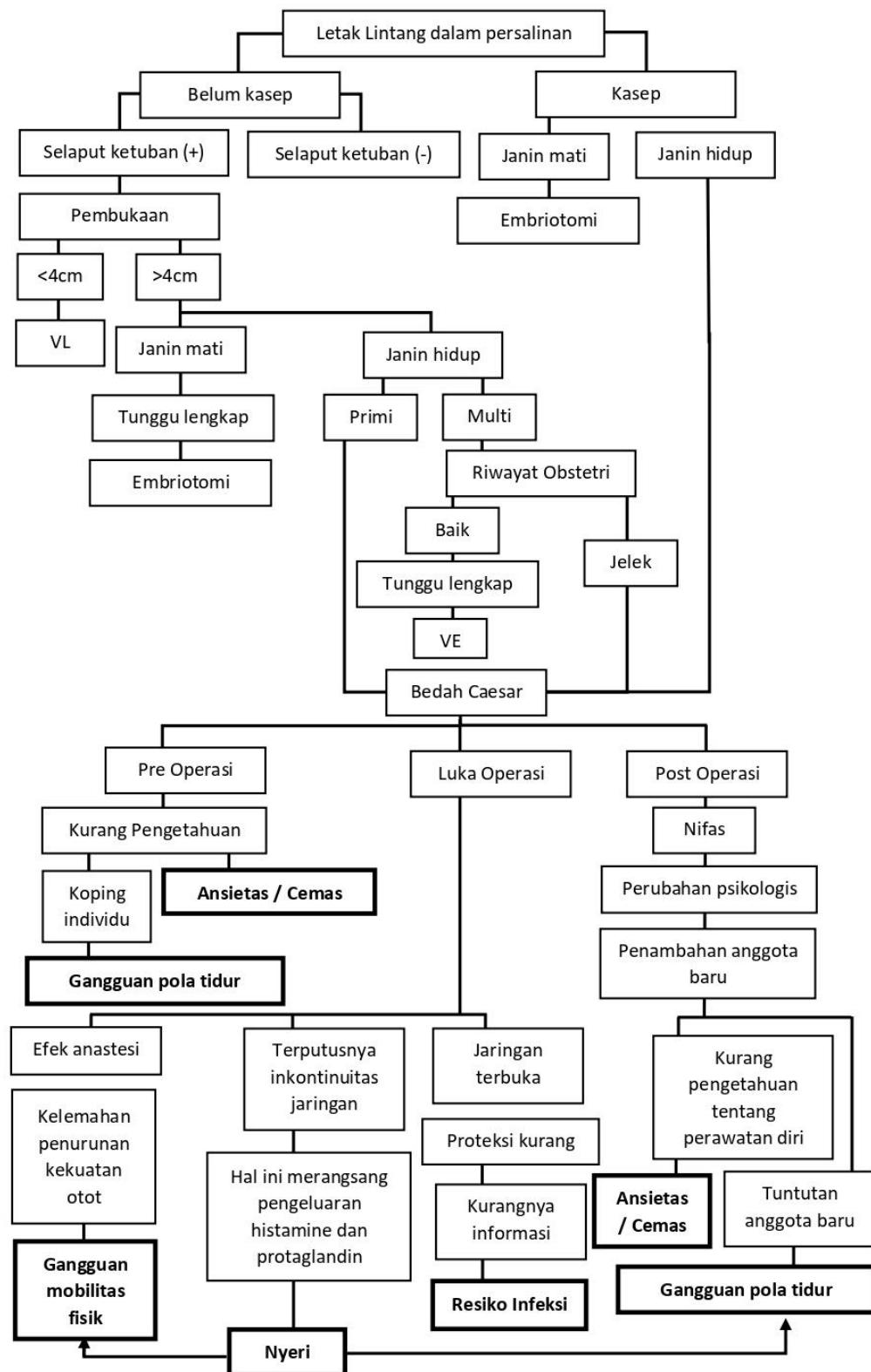
Lemahnya otot-otot uterus biasanya disebabkan karena sudah lebih dari 2 kali melahirkan secara normal maupun spontan dan disamping itu juga ada faktor yang belum diketahui bagaimana penyebab terjadinya janin letak lintang (Kuswindriani, 2015). Multiparitas disertai dinding uterus dan perut yang lembek, fiksasi kepala tidak ada indikasi CPD, Hidrosefalus, pertumbuhan janin terlambat atau janin mati,

kehamilan premature, kehamilan kembar, panggul sempit, tumor daerah panggul,tumor daerah panggul, kelainan bentuk rahim (uterus arkuatus atau uterus subseptus), kandung kemih serta rectum yang penuh, plasenta previa (Sukrisno, 2010).

4. Patofisiologi

Letak janin di dalam uterus bergantung pada proses adaptasi janin terhadap ruang dalam uterus dari kehamilan kurang lebih 32 minggu, jumlah air ketuban relatif banyak sehingga memungkinkan janin bergerak dengan leluasa dengan demikian janin dapat menempatkan diri dalam presentasi kepala, letak lintang atau letak sungsang (Winkjosastro,2013). Pada kehamilan trimester akhir janin tumbuh lebih cepat dan air ketuban relatif berkurang, karena bokong dan tungkai terlihat lebih besar dari kepala, maka bokong di paksa untuk menepati tempat yang lebih luas di fundus uteri, sedangkan kepala di tempatkan di ruangan lebih kecil di segmen bawah uterus. Indikasi karena janin yaitu ketidak sempurnaan kepala, posisi panggul, disfungsi uterus, ketidak sempurnaan jaringan lunak. Letak janin dalam uterus bergabung pada proses adaptasi janin terhadap ruangan dalam uterus. Relaksasi dinding abdomen pada perut yang menggantung menyebabkan uterus beralih ke depan, sehingga menimbulkan defleksi sumbu memanjang janin menjauhi sumbu jalan lahir, menyebabkan terjadinya posisi melintang (Oxorn, 2010).

5. Pathway



Skema 1. Pathway / Pohon Masalah pada diagnosa medis *post sectio caesarea* dengan indikasi letak lintang (Wibowo, Thomas Ari, 2012).

6. Manifestasi Klinis

- a. Inspeksi abdomen melebar kesamping (tidak simetris)
- b. Punggung mudah diketahui pada palpasi, pada punggung anterior suatu dataran keras terletak melintang dibagian depan perut ibu.
- c. Bunyi jantung janin terdengar disekitar umbilicus
- d. Kepala dapat diraba disebelah kanan atau kiri perut ibu
- e. Bokong teraba di sisi lain
- f. Janin besar $\geq 3,8$ Kg
- g. Pada pemeriksaan USG ditemukan letak lintang (Oxorn, 2010).

7. Komplikasi



Komplikasi pada persalinan seksio sesarea, antara lain diuraikan di bawah ini:

- a. Rasjidi (2009) menguraikan bahwa komplikasi utama persalinan seksio sesarea adalah kerusakan organ-organ seperti vesika urinaria dan uterus saat dilakukan operasi dan komplikasi yang berhubungan dengan anestesi, perdarahan, infeksi dan tromboemboli. Kematian ibu lebih besar pada persalinan seksio sesarea dibandingkan persalinan pervaginam
- b. Sementara itu, Aksu, Kucuk, Duzgun, (2011) menyatakan bahwa resiko komplikasi akibat tindakan operasi sesarea adalah vena thrombosis, karena berbagai faktor seperti trombophilia, *American college of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) membuat katogori pasien pasca operasi seksio sesarea menjadi dua yaitu resiko rendah sampai resiko tinggi.
- c. Bonney&Jenny (2010) menjelaskan bahwa komplikasi pasca operasi seksio sesarea pada insisi segmen bawah rahim dapat terjadi: berkurangnya vaskuler bagian atas uterus sehingga beresiko mengalami rupture membrane.
- d. Ileus dan peritonitis
- e. Pasca operasi obstruksi
- f. Masalah infeksi karena masuknya mikroorganisme selama pasca operasi

8. Pemeriksaan Penunjang

- Pemeriksaan laboratorium, meliputi : HB AL, AT, CT, BT, HMT, Hbsag, SGOT, SGPT, Ureum Creatinin, Pemeriksaan urine.



- Pemeriksaan CTG



- Pemeriksaan USG



9. Penatalaksanaan

Pada letak lintang belum kasep, ketuban masih ada, dan pembukaan kurang dari 4cm dicoba lakukan versi luar. Kemudian jika pembukaan lebih dari 4cm pada primigravida dengan janin yang masih hidup dilakukan Sectio Caesarea dan apabila janin sudah mati tunggu pembukaan sampai lengkap kemudian dilakukan embriotomi. Pada multigravida dengan janin hidup dan riwayat obstetri baik maka dilakukan versi ekstraksi (memutar janin dalam uterus dengan tujuan mengubah presentasi) tetapi apabila riwayat obstetri jelek maka dilakukan Sectio caesarea (Sukarni, icesmi dan Sudarti, 2014).

10. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah suatu proses untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar pasien dan catatan respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis, logis dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Masalah ini menggunakan data pengkajian sebagai dasar formulasi yang dinyatakan sebagai diagnosa keperawatan (Dokumentasi Keperawatan, 2017). Berikut adalah pengkajian pada pasien post sectio caesarea:

1) Identitas Ibu

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis.

2) Keluhan Utama

Pada umumnya Ibu dengan Post Sectio Caesarea mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi.

3) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat kesehatan sekarang berisi tentang pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya operasi Sectio Caesarea misalnya letak bayi seperti sungsang dan lintang, kemudian sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta yang lebih dikenal dengan plasenta previa, bayi kembar (*multiple pregnancy*), preeklampsia eklampsia berat, ketuban pecah dini yang nantinya akan membuat rencana tindakan terhadap pasien.

b) Riwayat Kesehatan Dulu

Hal yang perlu dikaji dalam riwayat penyakit dahulu adalah penyakit yang pernah diderita pasien khususnya, penyakit konis, menular, dan menahun seperti penyakit hipertensi, jantung, DM, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin. Ada tidaknya riwayat operasi umum/ lainnya maupun operasi kandungan (sectio caesarea, miomektomi, dan sebagainya).

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Dari genogram keluarga apakah keluarga pasien memiliki riwayat penyakit kronis, seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, serta penyakit menular seperti TBC, hepatitis, dan penyakit kelamin yang mungkin penyakit tersebut diturunkan pada pasien.

4) Riwayat Perkawinan

Hal yang perlu dikaji pada riwayat perkawinan adalah menikah sejak usia berapa, berapa kali menikah, lama pernikahan, status pernikahan saat ini.

5) Riwayat Obstetri

Pada pengkajian riwayat obstetri meliputi riwayat kehamilan, persalinan, maupun abortus yang dinyatakan dengan kode GxPxAx (Gravida, Para, Abortus), berapa kali ibu hamil, penolong persalinan, cara persalinan, penyembuhan luka persalinan, keadaan bayi saat baru lahir, berat badan lahir anak jika masih ingat. Riwayat menarche, siklus haid, ada tidaknya nyeri haid atau gangguan haid lainnya.

6) Riwayat Kontrasepsi

Hal yang dikaji dalam riwayat kontrasepsi untuk mengetahui apakah ibu pernah ikut program kontrasepsi, jenis yang dipakai sebelumnya, apakah ada masalah dalam pemakaian kontrasepsi tersebut, dan setelah masa nifas apakah akan menggunakan kontrasepsi kembali.

7) Pola Kesehatan Fungsional

a) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pada pasien nifas biasanya terjadi peningkatan nafsu makan karena dari keinginan untuk menyusui bayinya.

b) Pola Aktifitas

Pada pasien post *Sectio Caesarea* aktifitas masih terbatas, ambulasi dilakukan secara bertahap, setelah 6 jam pertama dapat dilakukan miring kanan dan kiri. Kemudian ibu dapat diposisikan setengah duduk atau semi fowler. Selanjutnya ibu dianjurkan untuk belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke tiga sampai hari ke lima pasca operasi.

c) Pola Eliminasi

Pada pasien post *Sectio Caesarea* sering terjadi adanya konstipasi sehingga pasien takut untuk melakukan BAB.

d) Istirahat dan Tidur

Pada pasien post *Sectio Caesarea* terjadi perubahan pada pola istirahat dan tidur karena adanya kehadiran bayi dan nyeri yang dirasakan akibat luka pembedahan.

e) Pola Sensori

Pasien merasakan nyeri pada abdomen akibat luka pembedahan yang dilakukan.

f) Pola Status Mental

Pada pemeriksaan status mental meliputi kondisi emosi, orientasi pasien, proses berpikir, kemauan atau motivasi, serta persepsi psaien.

g) Pola Reproduksi dan Sosial

Pada pasien post *Sectio Caesarea* terjadi disfungsi seksual yaitu perubahan dalam hubungan seksual atau fungsi dari seksual yang tidak adekuat karena adanya proses persalinan dan masa nifas.

8) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Pemeriksaan kepala meliputi bentuk kepala, kebersihan kepala, apakah ada benjolan atau lesi, dan biasanya pada ibu post partum terdapat chloasma gravidarum.

b) Mata

Pemeriksaan mata meliputi kesimetrisan dan kelengkapan mata, kelopak mata, konjungtiva anemis atau tidak, ketajaman penglihatan. Biasanya ada keadaan dimana konjungtiva anemis karena proses persalinan yang mengalami perdarahan.

c) Hidung

Pemeriksaan hidung meliputi tulang hidung dan posisi septum nasi, kondisi lubang hidung, apakah ada sekret, perdarahan atau tidak, serta sumbatan jalan yang mengganggu pernafasan.

d) Telinga

Pemeriksaan telinga meliputi bentuk, kesimetrisan, keadaan lubang telinga, kebersihan, serta ketajaman telinga.

e) Leher

Pemeriksaan leher meliputi kelenjar tiroid, vena jugularis, biasanya pada pasien post partum terjadi pembesaran kelenjar tiroid karena adanya proses menerang yang salah.

f) Dada

(1) Jantung

Bunyi jantung I dan II regular atau irreguler, tunggal atau tidak, intensitas kuat atau tidak, apakah ada bunyi tambahan seperti murmur dan gallop.

(2) Paru-Paru

Bunyi pernafasan vesikuler atau tidak, apakah ada suara tambahan seperti ronchi dan wheezing. Pergerakan dada simetris, pernafasan reguler, frekuensi nafas 20x/menit.

g) Payudara

Pemeriksaan meliputi inspeksi warna kemerahan atau tidak, ada oedema atau tidak, dan pada hari ke-3 postpartum, payudara membesar karena vaskularisasi dan engorgement (bengkak karena peningkatan prolaktin pada hari I-III), keras dan nyeri, adanya hiperpigmentasi areola mamae serta penonjolan dari papila mamae. Ini menandai permukaan sekresi air susu dan apabila aerola mamae dipijat, keluarlah cairan kolostrum. Pada payudara yang tidak disusui, engorgement (bengkak) akan berkurang dalam 2-3 hari, puting mudah erektil bila dirangsang. Pada ibu yang tidak menyusui akan mengecil pada 1-2 hari. Palpasi yang dilakukan untuk menilai apakah adanya benjolan, serta mengkaji adanya nyeri tekan.

h) Abdomen

Pemeriksaan meliputi inspeksi untuk melihat apakah luka bekas operasi ada tanda-tanda infeksi dan tanda perdarahan, apakah terdapat striae dan linea, apakah ada terjadinya *Diastasis Rectus Abdominis* yaitu pemisahan otot rectus abdominis lebih dari 2,5 cm pada tepat setinggi umbilikus sebagai akibat pengaruh hormon terhadap linea alba serta akibat perenggangan mekanis dinding abdomen, cara pemeriksannya dengan memasukkan kedua jari kita yaitu jari telunjuk dan jari tengah ke bagian dari diafragma dari perut ibu. Jika jari masuk dua jari berarti diastasis rectie ibu normal. Jika lebih dari dua jari berarti abnormal. Auskultasi dilakukan untuk mendengar peristaltik usus yang normalnya 5-35 kali permenit, palpasi untuk mengetahui kontraksi uterus baik atau tidak. Intensitas kontraksi uterus meningkat segera setelah bayi lahir kemudian terjadi respons uterus terhadap penurunan volume intra uterine kelenjar hipofisis yang mengeluarkan hormone oksitosin, berguna untuk memperkuat dan mengatur kontraksi uterus dan mengkrompesi pembuluh darah. Pada 1-2 jam pertama intensitas kontraksi uterus berkurang jumlahnya dan menjadi tidak teratur karena pemberian oksitosin dan isapan bayi.

i) Genetalia

Pemeriksaan genetalia untuk melihat apakah terdapat hematoma, oedema, tanda-tanda infeksi, pemeriksaan pada lokhea meliputi warna, bau, jumlah, dan konsistensinya.

j) Anus

Pada pemeriksaan anus apakah terdapat hemoroid atau tidak.

k) Integumen

Pemeriksaan integumen meliputi warna, turgor, kelembapan, suhu tubuh, tekstur, hiperpigmentasi. Penurunan melanin umumnya setelah persalinan menyebabkan berkurangnya hiperpigmentasi kulit.

l) Ekstremitas

Pada pemeriksaan kaki apakah ada: varises, edema, reflek patella, nyeri tekan atau panas pada betis. Adanya tanda homan, caranya dengan meletakkan 1 tangan pada lutut ibu dan dilakukan tekanan ringan agar lutut tetap lurus. Bila ibu merasakan nyeri pada betis dengan tindakan tersebut, tanda Homan (+).

11. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang jelas, singkat dan pasti tentang masalah klien yang nyata serta penyebabnya dapat dipecahkan atau diubah melalui tindakan keperawatan (Dermawan, 2012). Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual, potensial maupun resiko (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Berikut adalah diagnosis keperawatan yang dapat terjadi pada pasien post operasi sectio caesarea :

- 1) Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)
- 2) Resiko infeksi b.d efek prosedur invasif (D.0142)
- 3) Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)
- 4) Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (D. 0054)
- 5) Defisit Perawatan diri b.d penurunan motivasi/ minat akibat nyeri (D.0109)
- 6) Konstipasi b.d efek agen farmakologis (anastesi) (D.0049)
- 7) Defisit pengetahuan b.d kurang terpaparnya informasi (D.0111)

12. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Tindakan keperawatan merupakan perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Berikut intervensi yang dapat dilakukan sesuai standar intervensi keperawatan Indonesia:

a. Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu tertentu diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066).
- 2) Kriteria hasil :
 - a) Keluhan nyeri menurun.
 - b) Tidak tampak meringis.
 - c) Sikap protektif menurun.
 - d) Tidak tampak gelisah.
 - e) Keluhan kesulitan tidur menurun.
 - f) Frekuensi nadi membaik.
- 3) Intervensi : Manajemen nyeri (I.08238)
 - a) Observasi
 - (1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri.
 - (2) Identifikasi skala nyeri.
 - (3) Identifikasi respons nyeri nonverbal.
 - (4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.

- (5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.
 - (6) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.
 - (7) Monitor efek samping penggunaan analgetik.
- b) Terapeutik
- (1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain).
 - (2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).
 - (3) Fasilitasi istirahat dan tidur.
 - (4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.
- c) Edukasi
- (1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.
 - (2) Jelaskan strategi meredakan nyeri.
 - (3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.
 - (4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.
 - (5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.
- d) Kolaborasi
- (1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

b. Resiko infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0142)

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu tertentu diharapkan tingkat infeksi menurun (L.14137).
- 2) Kriteria hasil :
 - a) Tidak ada tanda-tanda infeksi (demam, nyeri, kemerahan dan bengkak).
 - b) Kadar sel darah putih membaik.
- 3) Intervensi : Pencegahan infeksi (I.14539)
 - a) Observasi
 - (1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik.
 - b) Terapeutik
 - (1) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.
 - (2) Pertahankan teknik aseptik pada psien beresiko tinggi
 - c) Edukasi
 - (1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
 - (2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.
 - (3) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka post operasi.
 - (4) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

- (5) Anjurkan meningkatkan asupan cairan.
- d) Kolaborasi
 - (1) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu.

c. Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu tertentu diharapkan Status menyusui membaik (L.03029)
- 2) Kriteria hasil :
 - a) Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat.
 - b) Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat.
 - c) Pancaran ASI meningkat.
 - d) Suplai ASI adekuat meningkat.
 - e) Pasien melaporkan payudara tidak bengkak.
- 3) Intervensi : Edukasi menyusui (I.12393)
 - a) Observasi
 - (1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.
 - (2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui.
 - b) Terapeutik
 - (1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.
 - (2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.
 - (3) Berikan kesempatan untuk bertanya.
 - (4) Dukung Ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui.
 - (5) Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat.
 - c) Edukasi
 - (1) Berikan konseling menyusui.
 - (2) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi.
 - (3) Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan dengan benar.
 - (4) Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin).

d. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (D. 0054)

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu tertentu diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05042).
- 2) Kriteria hasil :
 - a) Pergerakan ekstremitas meningkat.
 - b) Keluhan nyeri menurun.
 - c) Gerakan terbatas menurun.
 - d) Kelemahan fisik menurun.

- 3) Intervensi : Dukungan ambulansi (I.06171).
- a) Observasi
 - (1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.
 - (2) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi.
 - (3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi.
 - (4) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi.
 - b) Terapeutik
 - (1) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk).
 - (2) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu.
 - (3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi.
 - c) Edukasi
 - (1) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi.
 - (2) Anjurkan melakukan ambulasi dini.
 - (3) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).

e. Defisit Perawatan diri b.d penurunan motivasi/ minat akibat nyeri (D.0109)

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu tertentu diharapkan perawatan diri meningkat (L.11103).
- 2) Kriteria hasil :
 - a) Kemampuan mandi meningkat.
 - b) Kemampuan ke toilet BAB/BAK meningkat.
 - c) Minat melakukan perawatan diri meningkat.
- 3) Intervensi : Dukungan perawatan diri (I.11348)
 - a) Observasi
 - (1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia.
 - (2) Monitor tingkat kemandirian.
 - (3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan.
 - b) Terapeutik
 - (1) Sediakan lingkungan yang terapeutik.
 - (2) Siapkan keperluan pribadi.
 - (3) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri.
 - (4) Jadwalkan rutinitas perawatan diri
 - c) Edukasi
 - (1) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

f. Konstipasi b.d efek agen farmakologis (anastesi) (D.0049)

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu tertentu diharapkan Eliminasi fekal membaik (L.04033).
- 2) Kriteria hasil :
 - a) Pengeluaran feses meningkat
 - b) Keluhan defekasi lama dan sulit menurun
 - c) Mengejan saat defekasi menurun
 - d) Konsistensi feses membaik
 - e) Frekuensi defekasi membaik
 - f) Peristaltik usus membaik
- 3) Intervensi : Manajemen eliminasi fekal (I.04151)
 - a) Observasi:
 - (1) Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar.
 - (2) Identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal.
 - (3) Monitor BAB (warna, frekuensi, konsistensi, volume).
 - (4) Monitor tanda gejala konstipasi atau impaksi.
 - b) Terapeutik:
 - (1) Berikan air hangat setelah makan.
 - (2) Jadwalkan waktu defekasi.
 - (3) Sediakan makanan tinggi serat.
 - c) Edukasi:
 - (1) Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus.
 - (2) Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik sesuai toleransi.
 - (3) Anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas.
 - (4) Anjurkan makanan yang tinggi serat.
 - (5) Anjurkan meningkatkan asupan cairan jika tidak ada kontraindikasi.
 - d) Kolaborasi:
 - (1) Kolaborasi pemberian obat suppositorial anal, jika perlu.

g. Defisit pengetahuan b.d kurang terpaparnya informasi (D.0111)

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu tertentu diharapkan tingkat pengetahuan membaik (L.12111).
- 2) Kriteria hasil :
 - a) Perilaku sesuai anjuran meningkat.
 - b) Verbalisasi minat dalam belajar meningkat.
 - c) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat.
 - d) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat.
 - e) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun.

- f) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun.
- 3) Intervensi : Edukasi kesehatan (I.12383)
 - a. Observasi
 - (1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.
 - (2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.
 - b. Terapeutik
 - (1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.
 - (2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.
 - (3) Berikan kesempatan untuk bertanya.
 - c. Edukasi
 - (1) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.
 - (2) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
 - (3) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

13. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Kemenkes RI, 2017).

Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, yaitu:

a. Independent Implementations

Adalah implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi activity daily living (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-kultural, dan lain-lain.

b. Interdependen/Collaborative Implementations

Adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, naso gastric tube (NGT), dan lain-lain.

c. Dependent Implementations

Adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, physiotherapies, psikolog dan sebagainya, misalnya dalam hal: pemberian

nutrisi pada pasien sesuai dengan diit yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi.

Implementasi yang dilakukan perawat pada pasien adalah penerapan *evidence based practice* pada masalah nyeri akut post section caesarea berdasarkan penelitian Metasari dan Berlian (2018) relaksasi dapat digunakan dalam episode nyeri akut maupun kronik untuk menurunkan nyeri. Biasanya dibutuhkan 5-10 sesi pelatihan sebelum klien dapat meminimalkan nyeri secara efektif. Tujuan pokok relaksasi adalah untuk membantu orang menjadi rileks dan dengan demikian memperbaiki berbagai aspek kesehatan fisik. Teknik relaksasi pada ibu postpartum dengan SC dapat mengurangi rasa nyeri yang ibu alami dan akan memaksimalkan kegiatan ibu dalam merawat bayi dan pemberian ASI (Laktasi).

Pada implementasi mobilisasi dini akan mempercepat proses penyembuhan pasca melahirkan, selain itu gerakan lebih awal yang dilakukan ibu dapat menghindari terjadinya infeksi pada bekas luka sayatan setelah operasi sectio cessarea, kekakuan atau penegangan otot – otot di seluruh tubuh, selain itu juga dapat melancarkan pengeluaran lochea, membantu proses penyembuhan luka akibat proses persalinan, mempercepat involusio uteri, melancarkan fungsi alat gastro intestinal dan alat perkemihan serta meningkatkan kelancaran peredaran darah, sehingga mempercepat pengeluaran Air Susu Ibu (ASI) dan pengeluaran sisa metabolisme.

Pada implementasi resiko infeksi perlu memperhatikan asupan nutrisi terutama makanan kaya protein, karbohidrat, lemak, vitamin A dan C serta mineral yang sangat berperan dalam pembentukan jaringan baru pada penyembuhan luka, meningkatkan mobilisasi dini serta bagi tenaga medis untuk memperhatikan teknik aseptik dan mencuci tangan sebelum melakukan perawatan luka sehingga tidak terjadi kegagalan dalam penyembuhan luka atau luka terinfeksi yang ditandai luka menjadi nyeri, merah atau kebiruan dan bengkak akhirnya luka terbuka dan mengeluarkan getah bernanah.

Pada implementasi menurut penelitian Asih dan Yusari (2017) menyatakan menyusui tidak efektif produksi ASI sangat dipengaruhi oleh kondisi psikologis Ibu menyusui. Saat ibu menyusui merasa nyaman dan rileks pengeluaran oksitosin dapat berlangsung dengan baik. Terdapat titik-titik yang dapat memperlancar ASI di antaranya, tiga titik di payudara yakni titik di atas puting, titik tepat pada puting dan titik dibawah puting, serta titik di punggung yang segaris dengan payudara. Pijat stimulasi oksitosin untuk ibu menyusui berfungsi untuk merangsang hormon oksitosin agar dapat memperlancar ASI dan meningkatkan kenyamanan ibu. Pijatan di bagian punggung ibu yang membuat ibu rileks juga dapat merangsang pengeluaran oksitosin.

Pada implementasi kesiapan peningkatan pengetahuan ibu menurut penelitian Darmawanti, Syahbandi dan Cut Delyani (2020) menyatakan bahwa

discharge planning pada ibu post section caesarea terbukti efektif meningkatkan pengetahuan tentang pemberian ASI secara medis/teknis, sosial budaya dan agama, serta memahami program pemberian ASI yang dilakukan pemerintah dan masyarakat. Edukasi tentang ASI eksklusif juga harus diberikan kepada keluarga dan masyarakat untuk lebih mengenal ASI eksklusif dan mendukung ibu untuk memberikan ASI eksklusif.

14. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Kemenkes RI, 2017).

Metode yang digunakan dalam evaluasi antara lain:

- a. Observasi langsung adalah mengamati secara langsung perubahan yang terjadi dalam keluarga.
- b. Wawancara keluarga, yang berkaitan dengan perubahan sikap, apakah telah menjalankan anjuran yang diberikan perawat.
- c. Memeriksa laporan, dapat dilihat dari rencana asuhan keperawatan yang dibuat dan tindakan yang dilaksanakan sesuai dengan rencana.
- d. Latihan stimulasi, berguna dalam menentukan perkembangan kesanggupan melaksanakan asuhan keperawatan.

15. Daftar Pustaka

- Aksu, H., Kucuk, M., Duzgun, G. (2011). *The effect of pascanatal breastfeeding education/support offered at home 3 days after delivery on breastfeeding duration and knowledge: a randomized trial*. Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 24, 354–361.
- Asih, Yusari. (2017). Pengaruh Pijat Oksitosin Terhadap Produksi Asi Pada Ibu Nifas. *Jurnal Keperawatan*. Vol. 13, No. 3, pp: 209-214. <http://dx.doi.org/10.26630/jkep.v13i2.931> (Diakses pada 14 Oktober 2022).
- Bonney, A., Elizabeth, Jenny, E., Myers. (2010). *Caesarean section: techniques and Complications*. *Journal of Obstetrics Gynecology Reproductive Medicine*, 21,4-9.
- Cunningham, F. G. (2005). *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC
- Dermawan, D. (2012). *Proses Keperawatan Penerapan Konsep & Kerangka Kerja* (1st ed.). Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Darmawati, Syahbandi dan Cut Delyani. (2020). Efektivitas Discharge Planning pada Ibu Postpartum terhadap Perilaku Menyusui di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh : Randomized Controlled Trial Tahun 2018. *Journal of Medical Science*. Vol. 1, No. 1, pp: 1-7. <https://rsudza.acehprov.go.id/publikasi/index.php/JMS/article/view/2> (Diakses pada 14 Oktober 2022).
- Mochtar, Rustam. 2012. Sinopsis Obstetri : *Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi*. Edisi ketiga. Jakarta : EGC.
- Metasari, Des, Berlian Kando Sianipar. (2018). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Penurunan Nyeri Post Operasi Sectio Caesarea Di Rs. Raflessia Bengkulu. *Journal of Nursing and Public Health*. Vol. 6, No. 1, pp: 1-7. <https://jurnal.unived.ac.id/index.php/jnph/article/view/488/426> (Diakses pada 14 Oktober 2022).
- Kuswindriani. (2014). *Asuhan Keperawatan Pada Ny.M P5A0Post SectioCaesarea Dengan Indikasi Letak Lintang Di Ruang Anggrek RSUD Surakarta*. <http://v2.eprints.ums.ac.id/archive/etd/34029>. Di akses pada tanggal 02 Juli 2022 03.24.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Hasil Utama Riskesdas 2018. https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-riskesdas-2018_1274. (Diakses pada 26 oktober 2022).
- Prawirohardjo, S., (2009). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka

- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Kementerian. RI tahun. 2018
- Rasjidi, I. (2009). *Seksio sesaria & Laparotomi kelaianan Adneksia berdasarkan Evedence Based*. Jakarta: Sagung Seto
- Sukarni, Icesmi dan Sudarti. (2014). *Patologi Kehamilan, persalinan, nifas , neonates resiko tinggi*.Yogjakarta: Nuha Medika.
- Sukrisno, 2010.*Asuhan Kebidanan IV Patalogi Kebidanan*. Jakarta : Trans Info Media
- Setiadi (2012). *Konsep dan Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan*: Teori dan Praktik. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia.
- Tim Pokja Siki DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia.
- Oxorn, Harry. (2010). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Essentia Medica.
- Wibowo, Thomas Ari. (2012). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Seksio Sesarea Indikasi Letak Lintang di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta*. Diploma thesis, Universitas Muhammadiyah Surakarta.

BAB II

ASUHAN KEPERAWATAN

PADA PERDARAHAN POST PARTUM



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PERDARAHAN POST PARTUM

1. Pendahuluan

Post Partum adalah keadaan setelah terjadinya persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput ketuban. Masa yang diperlukan untuk kembalinya organ kandungan seperti keadaan sebelum hamil, rentang waktu sekitar 6 minggu namun ada kalanya masa nifas tidak berjalan dengan normal dikarenakan sebab yang tidak normal seperti terjadinya sub involusi, yang menyebabkan kondisi ibu memburuk.

Haemoragic post partum adalah perdarahan pervaginam 500 cc atau lebih setelah proses kala III selesai (setelah plasenta lahir). Perdarahan postpartum ada kalanya merupakan perdarahan yang hebat dan menakutkan sehingga dalam waktu singkat wanita jatuh ke dalam syok, ataupun merupakan perdarahan yang menetes perlahan-lahan tetapi terus menerus mengakibatkan jumlah perdarahan menjadi banyak sehingga wanita menjadi lemas dan dapat mengakibatkan syok.

Efek perdarahan banyak bergantung pada volume darah saat sebelum hamil dan derajat anemia saat kelahiran. Gejala Perdarahan post partum sulit dideteksi jika nadi dan tekanan darah masih dalam batas normal sampai terjadi kehilangan darah yang sangat banyak.

Insiden perdarahan post partum pada Negara maju sekitar 5% dari persalinan, sedangkan pada Negara berkembang bisa mencapai 28% dari persalinan dan menjadi masalah utama dalam kematian ibu. Penyebabnya 90% dari atonia uteri, 7 % robekan jalan lahir, sisanya dikarenakan retensi plasenta dan gangguan pembekuan darah.

Diberbagai negara paling sedikit seperempat dari seluruh kematian ibu disebabkan oleh perdarahan, proporsinya berkisar antara kurang dari 10 persen sampai hampir 60 persen.

2. Definisi

Perdarahan postpartum adalah kehilangan darah 500 ml atau lebih setelah janin dan plasenta lahir pada persalinan pervaginam atau 1000 ml atau lebih pada persalinan seksio sesarea. Perdarahan postpartum merupakan Perdarahan yang berlebihan dari tempat implantasi plasenta, trauma di traktus genitalia dan struktur sekitarnya, atau keduanya. Perdarahan post partum sekunder adalah perdarahan lebih dari 500 cc yang terjadi setelah 24 jam pertama setelah anak lahir, biasanya antara hari ke 5 sampai 15 hari postpartum. Perdarahan Post partum diklasifikasikan menjadi 2, yaitu:

- a. Early Postpartum : Terjadi 24 jam pertama setelah bayi lahir
- b. Late Postpartum : Terjadi lebih dari 24 jam pertama setelah bayi lahir.

3. Etiologi

Penyebab perdarahan postpartum dapat dibagi menjadi 4 T yaitu *tone* (tonus; atonia uteri), *tissue* (jaringan; retensio plasenta dan sisa plasenta), *tears* (laserasi; laserasi perineum, vagina, serviks dan uterus) dan *thrombin* (koagulopati; gangguan pembekuan darah).

- a. Atonia uteri penyebab utama terjadinya Perdarahan pasca persalinan. Pada atonia uteri terjadi karena uterus gagal berkontraksi dengan baik setelah proses persalinan berlangsung. Atonia uteri merupakan Keadaan lemahnya tonus/kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu berkontraksi dengan baik, sehingga tidak mampu menjepit pembuluh darah agar pembuluh darah tertutup, sehingga pembuluh tetap terbuka pada tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta dilahirkan, ini merupakan sebab utama dari perdarahan post partum.
- b. Retensio plasenta adalah belum lahirnya plasenta $\frac{1}{2}$ jam setelah anak dilahirkan. Retensio plasenta adalah plasenta masih tertinggal dalam uterus setelah 30 menit anak lahir. Plasenta yang sulit dilepaskan dengan pertolongan aktif kala III dapat disebabkan oleh adhesi yang kuat antara plasenta dan uterus.

Patologi – anatomi plasenta:

- Plasenta akreta : vilous plasenta melekat ke miometrium
- Plasenta increta : vilous menginvaginasi miometrium
- Plasenta percreta : vilous menembus miometrium sampai serosa

- c. Robekan Jalan Lahir

Serviks seorang multipara berbeda dengan servik seorang Primi para yang melahirkan pervaginam. Persalinan sering mengakibatkan robekan pada serviks, sehingga Robekan serviks yang luas dapat menimbulkan perdarahan dan dapat menjalar ke segmen bawah uterus. Apabila terjadi perdarahan yang tidak berhenti, meskipun plasenta sudah lahir lengkap dan uterus berkontraksi baik, perlu dipikirkan kemungkinan terjadinya perlukaan jalan lahir, khususnya robekan pada serviks uteri.

Dengan kata lain Perdarahan dalam keadaan di mana plasenta telah lahir lengkap dan kontraksi rahim baik, dapat dipastikan bahwa perdarahan tersebut berasal dari perlukaan jalan lahir yang dibagi atas 4 tingkat :

- 1) Hematoma vulva
- 2) Robekan dinding vagina
- 3) Robekan serviks
- 4) Gangguan pembekuan darah

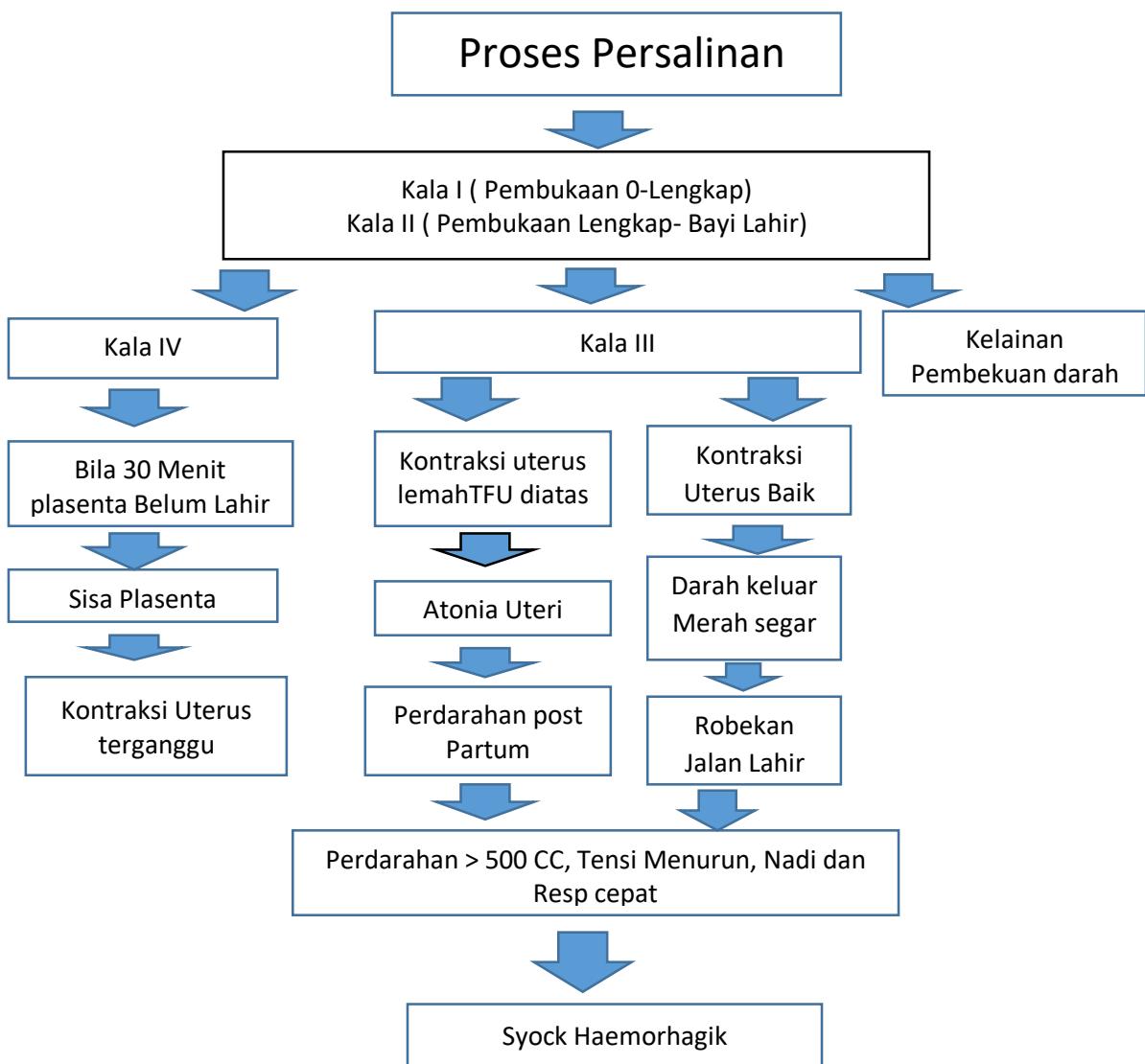
- d. Tertinggalnya sebagian plasenta merupakan adanya sisa sebagian dari plasenta (satu atau lebih lobus) yang masih tertinggal di dalam uterus, maka uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif yang mengakibatkan perdarahan. Tetapi

mungkin saja pada beberapa keadaan tidak ada perdarahan dengan sisa plasenta.

4. Patofisiologi

Saat persalinan pembuluh darah yang ada di uterus melebar untuk meningkatkan sirkulasi, keadaan atonia uteri dan subinvolusi uterus menyebabkan kontraksi uterus menurun (tidak baik) sehingga pembuluh darah yang melebar tidak menutup sempurna, mengakibatkan perdarahan terjadi terus menerus. Trauma jalan lahir seperti epiostomi yang lebar, laserasi perineum, dan rupture uterus juga menyebabkan perdarahan karena terbukanya pembuluh darah, penyakit darah pada ibu; misalnya afibrinogemia atau hipofibrinogemia karena tidak ada atau kurangnya fibrin untuk membantu proses pembekuan darah juga merupakan penyebab dari perdarahan postpartum. Perdarahan yang sulit dihentikan dan terus menerus dapat menyebabkan shock hemoragik.

Patway Perdarahan Post Partum



5. Manifestasi Klinis

- a. Atonia uteri (sebelum/sesudah plasenta lahir).
- b. Kontraksi uterus lembek, lemah, dan membesar (fundus uteri) masih tinggi.
- c. Perdarahan terjadi beberapa menit setelah anak lahir.
- d. Bila kontraksi lemah, setelah massase atau pemberian uterotonika biasanya kontraksi yang lemah akan menjadi kuat.
- e. Robekan jalan lahir (robekan jaringan lunak).
 - 1) Kontraksi uterus kuat, keras dan mengencil.
 - 2) Perdarahan terjadi langsung setelah anak lahir. Perdarahan terus-menerus. diketahui dengan periksa robekan menggunakan spekulum.
 - 3) Setelah dilakukan massase atau pemberian uterotonika uterus mengeras namun perdarahan tidak berkurang.
- f. Pucat
- g. Lemah
- h. Menggigil
- i. Tekanan darah rendah (sistolik < 90 mmHg)
- j. Nadi cepat (> 100x/m)
- k. Anemia (hb < 8 g%)

6. Komplikasi

a. Sindrom Sheehan

Perdarahan banyak kadang-kadang diikuti dengan sindrom sheehan, yaitu: kegagalan laktasi, amenorhe, atrofi payudara, rontok rambut pubis dan aksila, superinvolusi uterus, hipotiroidi, dan insufisiensi korteks adrenal.

b. Diabetes inspidus

Perdarahan banyak pasca persalinan dapat mengakibatkan diabetes inspidus tanpa disertai defisiensi hipofisis anterior.

Komplikasi yang paling berat dari perdarahan postpartum primer adalah syok. Bila terjadi syok yang berat dan pasien selamat, komplikasi lanjutan adalah anemia dan infeksi masa nifas. Infeksi dalam keadaan anemia biasa berlangsung berat sampai sepsis. Pada perdarahan yang disertai pembekuan intravaskuler merata dapat terjadi kegagalan fungsi organ-organ seperti gagal ginjal mendadak.

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada pasien perdarahan post partum:

a. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Pemeriksaan darah lengkap dilakukan sejak hamil. Kadar hemoglobin dibawah 10 g/dL terkait dengan hasil kehamilan yang buruk.
- 2) Pemeriksaan golongan darah dan tes antibody harus dilakukan sejak hamil.

- 3) Perlunya pemeriksaan faktor koagulasi seperti waktu perdarahan dan waktu pembekuan.
- b. Pemeriksaan Radiologi

Proses perdarahan post partum biasanya terjadi sangat cepat. Diagnosis dan penanganan yang tepat, resolusi biasa terjadi sebelum pemeriksaan laboratorium atau radiologis dapat dilakukan. Pemeriksaan USG dengan segera dapat membantu untuk melihat adanya gumpalan darah dan retensi sisa plasenta.
- c. USG pada saat hamil dapat dilakukan untuk mendeteksi pasien dengan resiko tinggi, menemukan faktor predisposisi terjadinya perdarahan post partum seperti plasenta previa. USG dapat juga meningkatkan sensititas dan spesifitas dalam diagnosis plasenta akreta dan variannya.

8. Penatalaksanaan

Penyebab utama umumnya akibat atonia uterus yang ditangani dengan masase fundus uterus dengan agens oksitosin. Perdarahan yang menetap akibat uterus yang lembek dapat diatasi dengan melakukan kompres bimanual pada uterus. Atonia uterus yang sulit ditangani dapat diberikan Metilergonovin 0,2 mg IM dan prostaglandin 1,0 mg Intramiometrium. Obat ini paling efisien untuk menekan tempat perdarahan.

Akibat laserasi atau tetinggalnya fragmen plasenta, dapat dilakukan perbaikan laserasi atau evakuasi fragmen plasenta dari uterus, bila perdarahan berlanjut pengeluaran plasenta secara manual harus dilakukan. Memasang tampon uterus dengan kasa, dianggap berguna untuk meningkatkan hemostasis, namun jarang digunakan. Pada beberapa kasus, intervensi perlu dilakukan Ligasi uterus atau arteri hipogastrik dilakukan sebelum melakukan histerektomi untuk mencegah kehilangan darah yang berkelanjutan dan berakibat fatal. Mencegah dan mengatasi syok dilakukan bersamaan dengan upaya untuk mengontrol perdarahan.

Pantau tipe dan jumlah perdarahan serta konsistensi uterus. Berikan kompres es selama jam pertama setelah kelahiran pada ibu yang beresiko mengalami hematoma vagina. Jika hematoma terbentuk, gunakan rendam duduk setelah 12 jam. Pertahankan pemberian cairan IV dan mulai cairan IV kedua dengan ukuran jarum 18, untuk pemberian produk darah, jika diperlukan. Kirim contoh darah untuk penentuan golongan dan pemeriksaan silang, jika pemeriksaan ini belum dilakukan diruang persalinan.

Pemberian 20 unit oksitodin dalam 1000 ml larutan RL atau saline normal, terbukti efektif bila diberikan infus intra vena + 10 ml/mnt bersama dengan mengurut uterus secara efektif. Bila cara diatas tidak efektif, ergonovine 0,2 mg yang diberikan secara IV, dapat merangsang uterus untuk berkontraksi dan berrelaksasi dengan baik, untuk mengatasi perdarahan dari tempat implantasi

plasenta. Pantau asupan dan haluanan cairan setiap jam. Pada awalnya masukan kateter foley untuk memastikan keakuratan perhitungan haluanan. Berikan oksigen malalui masker atau nasal kanula. Dengan laju 7-10 L/menit bila terdapat tanda kegawatan pernafasan.

9. Pengkajian

a. Identitas Klien

Meliputi : nama klien, umur klien (20-35 tahun), pekerjaan klien, pendidikan klien, alamat klien, medical record, dll.

b. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan

Keluhan yang dirasakan saat ini yaitu: kehilangan darah dalam jumlah banyak ($500>500\text{mL}$), nadi lemah, pucat, lochea berwarna merah, haus, pusing, gelisah, letih, tekanan darah rendah, ekstremitas dingin dan mual.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat penyakit jantung, hipertensi, penyakit ginjal kronik, hemophilia, riwayat pre-eklamsia, trauma jalan lahir, kegagalan kompresi pembuluh darah, tempat implantasi plasenta, retensi sisa plasenta.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Adanya riwayat keluarga yang pernah atau sedang menderita hipertensi, penyakit jantung, dan pre-eklamsia, penyakit keturunan hemophilia, dan penyakit menular.

c. Riwayat Obsetric

1) Riwayat Menstruasi meliputi: menarche, lamanya siklus, banyaknya, baunya, keluhan waktu haid, HPHT

2) Riwayat Perkawinan meliputi : usia kawin, kawin yang keberapa, usia mulai hamil.

d. Riwayat Hamil, Persalinan dan Nifas yang lalu

1) Riwayat Hamil meliputi: waktu hamil muda, hamil tua, apakah ada abortus, retensi plasenta.

2) Riwayat Persalinan meliputi: tua kehamilan, cara persalinan, penolong, tempat bersalin, apakah ada kesulitan dalam persalinan, anak lahir atau mati, berat badan anak waktu lahir, panjang waktu lahir.

3) Riwayat Nifas meliputi : keadaan lochea (Lokia rubra berwarna merah muda atau coklat setelah 3-4 hari. Lokia serosa terjadi setelah 10 hari setelah bayi lahir, warna cairan ini menjadi warna kuning sampai putih. Lokia alba bisa beratahan selama dua sampai enam minggu setelah bayi lahir), apakah ada perdarahan, ASI cukup atau tidak dan kondisi ibu saat nifas, tinggi fundus uteri dan kontraksi.

- e. Riwayat Kehamilan Sekarang
 - 1) Hamil muda, keluhan selama hamil muda
 - 2) Hamil tua, keluhan selama hamil tua, peningkatan berat badan, tinggi badan, suhu, nadi, pernafasan, peningkatan tekanan darah, keadaan gizi akibat mual, keluhan lain.
 - 3) Riwayat Antenatal Care meliputi : dimana tempat pelayanan, beberapa kali perawatan serta pengobatannya yang didapat.
- f. Data Nutrisi Metabolik
Makan dan minum pada masa nifas harus bermutu dan bergizi, cukup kalori, makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan.
- g. Data Eliminasi
Perhatikan apakah terjadi diuresi setelah melahirkan, adakah inkontinensia (hilangnya infolunter pengeluaran urine), hilangnya control blas, terjadi over distensi biasa atau tidak atau retensi urine karena rasa takut luka episiotomy, apakah perlu bantuan saat BAB, pola BAB, frekuensi, konsistensi, rasa takut BAB karena pada luka perineum, kebiasaan penggunaan toilet, BAB harus ada 3-4 hari post partum sedangkan miksi hendaklah secepatnya dilakukan sendiri (Rustum Mukhtar, 1995).
- h. Data Istirahat dan Tidur
Seberapa lamanya, kapan (malam, siang), rasa tidak nyaman yang mengganggu istirahat, penggunaan selimut, lampu atau remang-renang atau gelap, apakah mudah terganggu dengan suara-suara, posisi saat tidur (penekanan pada perineum)
- i. Data Kognitif dan Perceptual
Biasanya pada pola ini klien tidak mengalami gangguan, karena klien masih dapat berkomunikasi.
- j. Data Persepsi Diri dan Konsep Diri
Sikap penerimaan ibu terhadap tubuhnya yaitu,
 - 1) Taking In
Fase ini berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi.
 - 2) Taking hold
Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya.

3) Letting go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya.

Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan.Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya.

4) Post partum blues

Fase mucul pada hari ke 3 dan ke 5 setelah melahirkan, dimana ibu akan mengalami depresi, mudah menangis dan kurang istirahat yang biasanya disebabkan oleh penurunan kadar estrogen dan progesterone yang tiba-tiba Keinginan ibu menyusui, persepsi ibu tentang tubuhnya terutama perubahan-perubahan selama kehamilan, perasaan klien bila, mengalami operasi SC karena CPD atau karena bentuk tubuh yang pendek.

k. Data Peran dan Hubungan

Peran klien sebagai ibu biasanya akan terganggu karena penyakit yang dideritanya, begitu juga hubungannya dengan orang lain disekitarnya.

l. Data Seksual Reproduksi

Bagaimana pola interaksi dan hubungan dengan pasangan meliputi : frekuensi koitus atau hubungan intim, pengetahuan pasangan tentang seks, keyakinan, kesulitan melakukan skes, kontinuitas hubungan seksual. Pengetahuan pasangan kapan dimulai hubungan intercourse pasca partum (dapat dilakukan setelah luka episiotomy membaik dan lochea terhenti, biasanya pada akhir minggu ke 3

m. Data Nilai dan Kepercayaan

Tanyakan pada klien tentang nilai dan kepercayaan yang diyakininya. Ini sering kali berpengaruh terhadap intervensi yang akan diberikan.

10. Diagnosa Keperawatan

- a. Kekurangan Volume Cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (perdarahan)
- b. Resiko syok (hipovolemik) berhubungan dengan penurunan aliran darah kejaringan ditandai dengan hipotensi, hipoksia
- c. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan perfusi darah ke perifer
- d. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan penurunan suplai oksigen keseluruhan tubuh
- e. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, statis cairan tubuh, penurunan Hb
- f. Nyeri akut berhubungan dengan trauma/distensi jaringan
- g. Ansietas berhubungan dengan
- h. Deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

11. Intervensi

Merupakan langkah keempat pada tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi/tindakan keperawatan yang telah direncanakan, dalam rencana tindakan keperawatan. Dalam pelaksanaan rencana tindakan terdapat 2 jenis tindakan, yaitu tindakan mandiri perawat dan tindakan kolaborasi.

Perencanaan keperawatan dibuat berdasarkan prioritas masalah. Asuhan keperawatan pada kasus perdarahan post partum bertujuan untuk mengatasi tujuan dari permasalahan sesuai diagnosa keperawatan misal: klien mendapatkan tidak mengalami kekurangan volume cairan, tidak terjadi intoleransi aktifitas, tidak mengalami gangguan dalam perawatan diri klien, dan kecemasan klien dapat teratasi.

Setelah rencana tindakan ditetapkan, maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata, sebelum diterapkan pada klien terlebih dahulu melakukan pendekatan pada klien dan keluarga klien agar tindakan yang akan diberikan dapat disetujui klien dan keluarga klien, sehingga seluruh rencana tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.

- a. Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume secara aktif akibat perdarahan

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien mampu mempertahankan volume cairan selama dalam perawatan.

Kriteria hasil :

- 1) Turgor kulit baik (elastis)
- 2) Intake dan output dalam rentang normal
- 3) TTV dalam rentang normal

Intervensi :

- 1) Awasi masukan dan haluaran, ukur volume darah yang keluar melalui perdarahan.
R/untuk membantu perkiraan keseimbangan cairan pasien.
- 2) Hindari trauma dan pemberian tekanan berlebihan pada daerah yang mengalami perdarahan.
R / untuk menghindari perdarahan yang berlebihan.
- 3) Pantau TTV
R / agar dapat mengindikasikan devisit volume cairan.
- 4) Evaluasi nadi perifer, dan pengisian kapiler, kaji turgor kulit dan kelembaban membran mukosa.
R / untuk mengetahui tanda dehidrasi
- 5) Perhatikan keluhan haus pada pasien
R / untuk mengetahui perubahan status cairan atau elektrolit.
- 6) Kolaborasi berikan transfusi darah (Hb, Hct) dan trombosit sesuai indikasi.

- R / untuk mengembalikan kehilangan darah
- b. Gangguan rasa nyaman : nyeri berhubungan dengan agens cidera fisik
- Tujuan :
- Dalam perawatan 1 x 24 jam, nyeri klien dapat berkurang atau hilang
- Kriteria hasil :
- 1) Klien tidak meringis kesakitan
 - 2) Klien menyatakan nyerinya berkurang
 - 3) Ekspresi muka dan tubuh rileks
- Intervensi :**
- 1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif : termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri
R / untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri
 - 2) Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan
R / untuk mengetahui reaksi non verbal pasien
 - 3) Ajarkan teknik non farmakologi : napas dalam, distraksi dan kompres hangat
R / untuk mengurangi nyeri
 - 4) Kolaborasi pemberian obat analgetik sesuai indikasi
R / untuk mengurangi nyeri
 - 5) Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik
R / untuk mengetahui perubahan tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgetik
- c. Resiko tinggi infeksi berhubungan tidak adekuatnya pertahanan tubuh/sistem imun.
- Tujuan yang akan dicapai yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi.
- Kriteria hasil:
- 1) Klien mampu mengidentifikasi dan berpartisipasi dalam pencegahan infeksi.
 - 2) Tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi dan penyembuhan luka berlangsung normal.
- Intervensi:**
- 1) Cuci tangan sebelum melakukan tindakan. Pengunjung juga dianjurkan untuk melakukan hal yang sama.
R/ untuk mencegah terjadinya infeksi silang.
 - 2) Jaga personal hygiene klien dengan baik.
R / untuk menurunkan atau mengurangi adanya organisme hidup.
 - 3) Monitor temperatur atau suhu tubuh pasien
R/ untuk meningkatkan suhu merupakan tanda terjadinya infeksi.
 - 4) Kaji semua system tubuh untuk melihat tanda-tanda infeksi.
R / untuk mencegah/mengurangi terjadinya resiko infeksi
 - 5) Kolaborasi pemberian antibiotik bila diindikasikan

R/ untuk adanya indikasi yang jelas sehingga antibiotic yang dapat diberikan dapat mengatasi organisme penyebab infeksi.

d. Hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan agens cidera fisik

Tujuan :

setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien dapat meningkatkan kemampuan mobilisasi fisik, sesuai kemampuan.

Kriteria hasil yaitu:

- 1) Klien dapat melakukan aktifitas ditempat tidur
- 2) Klien mengerti tujuan dan peningkatan mobilisasi fisik.
- 3) Klien mampu mengungkapkan perasaan dalam meningkatkan kemampuan berpindah.

Intervensi :

- 1) Kaji TTV dan derajat mobilisasi pasien.
R / mengetahui tingkat kemampuan klien dalam melakukan aktivitas.
- 2) Bantu klien mulai latihan gerak dari posisi duduk.
R / untuk meningkatkan mobilisasi pasien secara bertahap.
- 3) Anjurkan klien untuk tidur kembali jika saat duduk terasa nyeri.
R / mencegah terjadinya redressing.
- 4) Anjurkan klien untuk merubah posisi 2 jam sekali.
R / agar luka pasien tidak terinfeksi dan mencegah terjadinya komplikasi.

12. Implementasi

Implementasi adalah kategori dan perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang di perkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan disesuaikan.

Langkah-langkah yang diperlukan dalam pelaksanaan adalah sebagai berikut:

a. Mengkaji ulang pasien

Fase pengkajian ulang terhadap komponen implementasi memberikan mekanisme bagi perawat untuk menentukan apakah tindakan keperawatan yang diusulkan masih sesuai.

b. Menelaah dan memodifikasi rencana asuhan keperawatan yang ada sebelum memulai keperawatan Perawat menelaah rencana asuhan keperawatan, dan membandingkannya dengan data pengkajian untuk memvalidasi diagnosa keperawatan yang dinyatakan dan menentukan apakah intervensi keperawatan yang paling sesuai untuk situasi klinis saat itu. Jika status pasien telah berubah dan diagnosa keperawatan dan intervensi keperawatan harus dimodifikasi yaitu:

- 1) Pelaksanaan keperawatan merupakan kegiatan yang dilakukan sesuai rencana yang telah ditetapkan. selama pelaksanaan kegiatan dapat bersifat mandiri dan kolaboratif. selama melaksanakan kegiatan perlu diawasi dan monitor kemajuan kesehatan klien agar kebutuhan cairan dapat terpenuhi.

- 2) Melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana yang telah ditetapkan untuk membebaskan klien dari nyeri.
- 3) Melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana yang telah ditetapkan untuk mengurangi resiko infeksi.
- 4) Melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana yang telah ditetapkan agar pasien dapat melakukan aktifitas tanpa bantuan.

13. Evaluasi

Merupakan langkah terakhir dari proses perawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Langkah-langkah evaluasi dari proses perawatan mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien kearah tujuan. Tujuan asuhan keperawatan untuk membantu pasien menyelesaikan masalah kesehatan aktual, mencegah kekambuhan dari masalah potensial dan pertahankan status sehat.

14. Daftar Pustaka

- Ambarwati, E, R, & Diah, W. 2010, *Asuhan Kebidanan Nifas*, Yogyakarta: Nuha Medika
- Amru, Sofian. 2011. *Rustum Mochtar Sinopsis Obstetri :Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi kebidanan jilid I. Edisi III*. Jakarta: EGC
- Bobak, dkk. 2005. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas (Maternity Nursing)*. Jakarta:EGC
- Hamilton, PM. 2011. *Dasar-dasar Keperawatan Maternitas*.Edisi 6, Jakarta : EGC
- Prawirohadjo, Sarwono. 2009. *Panduan Praktis Kesehatan Maternal dan Neonatal. Cetakan 4*, Jakrtा:YBP-SP
- Prawirohardjo, S. 2020. *Ilmu Kebidanan, Edisi 4. cetakan 6*. Jakarta :Yayasan Bina Pustaka.
- Reader Martin, 2002. *Keperawatan maternitas*.EGC : Jakarta
- Saleha, Siti. 2009. *Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas*. Jakarta : Salemba Medika
- Sastrawinata, Sulaiman. Et al. 2005.*Ilmu Kesehatan Reproduksi :Obstetri Patologi, Edisi 2*.Jakarta
- Sinclair constance, 2010. *Buku saku kebidanan*.EGC Jakarta.
- Samidsuru shigemi, 2017.*NANDA internasional*.EGC : Jakarta
- Taylor chyintia. 2011, *Diagnosis keperawatan*.EGC :Jakarta.
- Winkyosastro, H. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : EGC

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

PSIKOLOGIS IBU POSTPARTUM

DENGAN PERSALINAN SPONTAN

DALAM 1 MINGGU AWAL KELAHIRAN



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

ASUHAN KEPERAWATAN PSIKOLOGIS IBU POSTPARTUM

DENGAN PERSALINAN SPONTAN DALAM 1 MINGGU AWAL KELAHIRAN

1. Pendahuluan

Ibu postpartum harus mendapatkan pelayanan kesehatan selama 42 hari ke depan setelah melahirkan. Pelayanan ini setidaknya didapatkan minimal 4 kali melalui kunjungan nifas. Kunjungan pertama dilakukan pada 6 jam-2 hari, kunjungan kedua pada 3-7 hari, kunjungan ketiga pada 8-28 hari dan kunjungan keempat pada 29-42 hari setelah persalinan (Kemenkes RI, 2020). Aturan tersebut berubah dari aturan sebelumnya yang tertuang pada buku KIA tahun 2016, dimana pelayanan kesehatan ibu postpartum dilaksanakan minimal 3 kali (6 jam-3 hari, 4-28 hari, 29-42 hari setelah persalinan) (Kemenkes, 2016).

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia tahun 2002, 2007 dan 2012 yaitu 307, 228 dan 359 per 100.000 kelahiran hidup. Tingginya kasus AKI ibu postpartum di Indonesia sehingga Pemerintah mendukung percepatan penurunan AKI tersebut salah satunya dengan cara pengawasan lebih intensif terutama dalam pelayanan kesehatan ibu postpartum. Pelayanan kesehatan ibu postpartum harus dilakukan minimal empat kali. Jenis pelayanan kesehatan ibu nifas yang diberikan terdiri dari: a) pemeriksaan tanda vital; b) pemeriksaan tinggi fundus uteri; c) pemeriksaan lokhia dan cairan per vaginam lain; d) pemeriksaan payudara dan menganjurkan pemberian ASI eksklusif; e) memberikan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) kesehatan ibu postpartum dan bayi baru lahir, termasuk untuk keluarga berencana postpartum; f) pelayanan keluarga berencana postpartum (Kemenkes, 2021).

2. Konsep Postpartum

a. Definisi Post Partum

Post partum atau masa nifas adalah masa dimana ibu melahirkan bayi dan plasenta sampai dengan 42 hari (Kemenkes, 2015). Masa nifas (*puerperium*) merupakan masa dimana ibu selesai partus mulai dari kelahiran bayi, plasenta dan berakhir sekitar 6 minggu (Prawirohardjo, 2016). Puerperium yang merupakan pengertian dari seorang anak (*puer*) dan kembali ke semula sebelum hamil (*parere*), dimana diperlukan waktu 6 minggu untuk kembali sebelum perubahan tersebut (Reeder, Martin, & Koniak-Griffin, 2012).

b. Tahapan Masa Postpartum

Tahapan ibu postpartum dibagi menjadi 3 periode berdasarkan waktu:

1) Immediate postpartum

Puerperium dini terjadi setelah plasenta dilahirkan dan dilanjutkan sampai 24 jam.

2) Early postpartum

Puerperium intermedial terjadi selama 24 jam hingga 7 hari.

3) Late postpartum

Remote puerperium membutuhkan waktu 1 hingga 6 minggu (Andriana et al., 2022).

Tahapan ibu postpartum dibagi menjadi 3 periode berdasarkan tingkat kepulian:

1) Puerperium dini

Pada masa ini ibu mengalami masa pemulihan dimana ibu mulai bisa berdiri dan berjalan secara bertahap.

2) Puerperium intermedial

Pada masa ini alat genitalia ibu mengalami masa pemulihan secara menyeluruh yang berlangsung sekitar 6-8 minggu.

3) Remote puerperium

Pada masa ini merupakan masa pemulihan ibu secara menyeluruh hingga ibu dapat kembali sehat seperti kondisi sebelum ibu hamil. Masa ini memerlukan waktu berminggu-minggu, bulan atau bahkan tahunan (Ani et al., 2021).

c. Kebutuhan Masa Post Partum

Frekuensi kunjungan pelayanan kesehatan ibu nifas harus dilakukan minimal empat kali sesuai jadwal yang dianjurkan untuk mengevaluasi kondisi ibu dan bayi. Kunjungan nifas terdiri dari:

- 1) Kunjungan 1: dilakukan 6 jam – 2 hari post partum. Kunjungan ini bertujuan untuk mencegahan perdarahan akibat atonia uteri, deteksi dan perawatan masalah nifas, konseling pencegahan perdarahan, pemberian rujukan apabila ditemukan komplikasi, pemberian ASI awal, pencegahan hipotermia bayi dan peningkatan bonding attachment.
- 2) Kunjungan 2: dilakukan pada 3-7 hari post partum. Kunjungan ini bertujuan untuk memantau involusi uterus, menilai tanda infeksi, pemenuhan nutrisi ibu, evaluasi pemberian ASI, konseling perawatan bayi dan perawatan tali pusat.
- 3) Kunjungan 3: dilakukan pada 8-28 hari post partum. Kunjungan ini bertujuan untuk evaluasi involusi uterus, tanda infeksi, dan pemberian ASI serta konseling perawatan bayi sehari-hari.

- 4) Kunjungan 4: dilakukan pada 29 -42 hari post partum. Kunjungan ini bertujuan untuk memantau dan deteksi komplikasi serta penyulit pada ibu dan bayi, konseling KB dan jadwal posyandu (Juliaستuti et al., 2021)

Ibu pada masa nifas memiliki kebutuhan dasar yang harus dipenuhi untuk mengembalikan kondisi ibu seperti sebelum hamil. Kebutuhan dasar ibu pada masa nifas diantaranya kebutuhan gizi, mobilisasi dan senam nifas, istirahat, dukungan psikologis, dan perawatan ibu nifas.

d. Perubahan Adaptasi Psikologis pada Masa Post Partum

Adaptasi psikologis memegang peran penting dalam manajemen stres post partum. Faktor yang mempengaruhi kesuksesan penerimaan peran baru menjadi orang tua pada masa post partum adalah:

- 1) Respon dan dukungan dari keluarga, teman, dan orang terdekat
- 2) Keterkaitan antara pengalaman, harapan, dan aspirasi
- 3) Pengalaman melahirkan dan membesarakan anak sebelumnya
- 4) Faktor budaya

Perubahan peran ibu menjadi orang tua memerlukan adaptasi emosional yang baik seiring dengan tanggung jawab baru yang dijalani. Daalam proses adaptasi psikologis, ibu akan mengalami beberapa fase: (Sulfianti et al., 2021)

1) Fase taking in

Fase taking in merupakan fase dimana ibu merasa ketergantungan. Fase ini berlangsung mulai hari pertama hingga hari ke dua post partum. Ibu pada fase taking in berfokus pada dirinya sendiri, terutama ketidaknyamanan fisik yang dialami mulai dari rasa mules, nyeri, kurang tidur dan kelelahan. Ibu akan menceritakan pengalaman melahirkannya secara berulangkali.

Pada fase ini ibu akan cenderung lebih sensitif sehingga ibu mudah menangis dan tersinggung. Pada tahap ini ibu memerlukan istirahat yang cukup untuk memberikan rasa tenang, selain itu petugas kesehatan juga harus melakukan pendekatan agar ibu dapat melewati fase ini dengan baik.

2) Fase taking hold

Fase taking hold terjadi selama 3-10 hari post partum. Pada fase taking hold, ibu mulai memikirkan tanggung jawab menjadi orang tua sehingga pada fase ini muncul kekhawatiran ibu akan ketidakmampuannya menjadi ibu baru. Ibu akan mudah tersinggung dan gampang marah serta merasa cemas. Oleh karena itu, dukungan oleh keluarga, teman dan petugas kesehatan sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu. Fase ini menjadi saat yang tepat bagi petugas kesehatan dalam memberikan penyuluhan dan pendidikan kesehatan. Pemberian informasi ini kan mengurangi kecemasan ibu akibat ketidaktahuan akan pengalaman menjadi ibu.

3) Fase letting go

Fase letting go terjadi pada hari ke-10 pot partum. Pada fase ini, ibu mulai menerima peran dan tanggug jawab sebagai seorang ibu. Ibu sudah mampu menyesuaikan diri dengan peran baru yang dimiliki. Munculnya keinginan untuk memberikan perawatan terbaik pada bayi meningkatkan kepercayaan diri ibu sehingga ibu lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya. Dukungan suami sangat diperlukan dalam kerjasama merawat bayi sehingga ibu dapat memberikan perawatan optimal tanpa mengabaikan kondisi kesehatan ibu sendiri.

3. Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan psikologis ibu postpartum dengan persalinan spontan ini dilakukan dengan pendekatan 3S yaitu SDKI, SLKI dan SIKI. Pengkajian, perencanaan atau intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan merupakan rangkaian daripada Asuhan keperawatan.

4. Pengkajian

Proses involusi dari organ reproduksi dan perubahan tubuh lainnya, mulai atau hambatan pada proses laktasi merupakan pengkajian pada ibu postpartum. Pengkajian ini didasarkan dari data pengkajian fisiologis dan psikososial. Pengkajian psikososial meliputi pengkajian faktor emosional, perilaku dan sosial pada masa postpartum. Sebagai perawat perlu mengkaji pengetahuan dan kemampuan ibu tentang perawatan diri, bagaimana cara merawat bayi baru lahir dan pemeliharaan kesehatan serta perasaan tentang diri dan gambaran dirinya. Perawat juga perlu mengidentifikasi kebutuhan ibu postpartum mengenai dukungan, penyuluhan yang didapatkan dan bimbingan antisipasi dari respon ibu terhadap pengalaman saat hamil, melahirkan, perawatan postpartum serta faktor lain yang dapat mempengaruhi ibu untuk melaksanakan peran menjadi ibu (Reeder et al., 2012).

Teori *becoming a mother*, Mercer menjelaskan bahwa menjadi ibu perlu interaksi antara ibu, bayi dan ayah sebagai sentral interaksi yang tinggal dalam satu lingkungan. Dalam model ini dijelaskan variabel lingkungan keluarga dan stressor. Lingkungan komunitas meliputi perawatan sehari-hari, tempat kerja, sekolah, rumah sakit, fasilitas rekreasi dan pusat kebudayaan. Lingkungan yang lebih besar dipengaruhi oleh hukum yang berhubungan dengan perempuan dan anak-anak, termasuk ilmu tentang bayi baru lahir, kesehatan reproduksi, budaya terapan dan program perawatan kesehatan nasional (Alligood, 2017).

5. Diagnosis Keperawatan

Pengkajian yang telah dikerjakan dapat menghasilkan diagnosis keperawatan yang aktual, risiko maupun promosi kesehatan (Reeder et al., 2012). Berikut adalah masalah keperawatan yang mungkin muncul :

- 1) Ketidaknyamanan pasca partum (D.0075)
- 2) Harga diri rendah situasional (D.0087)
- 3) Risiko Harga Diri Rendah Situasional (D.0102)
- 4) Risiko ketidakberdayaan (D.0103)
- 5) Risiko gangguan perlekatan (D.0127)
- 6) Risiko proses pengasuhan tidak efektif (D.0128)
- 7) Kesiapan peningkatan menjadi orang tua (D.0122)
- 8) Pencapaian peran menjadi orang tua (D.0126)

Masalah keperawatan tersebut nantinya akan dijadikan diagnosis keperawatan dengan mempertimbangkan tiga maupun dua bagian komponen. Tiga komponen untuk diagnosis aktual, dua komponen untuk diagnosis risiko dan promosi kesehatan.

Tabel 3.1 Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (INNA, 2017a)

Diagnosis Aktual				
No	Masalah Keperawatan dan Definisi	Penyebab	Gejala dan Tanda	Kondisi Klinis Terkait
1	Ketidaknyamanan pasca partum (D.0075) Definisi : Perasaan tidak nyaman yang berhubungan dengan kondisi setelah melahirkan	Berhubungan dengan : Penyebab : a. Trauma perineum selama persalinan dan kelahiran b. Involusi uterus, proses pengembalian ukuran Rahim ke ukuran semula c. Pembengkakan payudara dimana alveoli mulai terisi ASI d. Kekurangan dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan e. Ketidaktepatan posisi duduk f. Faktor budaya	Ditandai dengan : Gejala dan tanda mayor: Subjektif a. Mengeluh tidak nyaman Objektif b. Tampak meringis c. Terdapat kontraksi uterus d. Luka episiotomi e. Payudara bengak Gejala dan tanda minor : Subjektif (tidak tersedia) Objektif a. Tekanan darah meningkat b. Frekuensi nadi meningkat c. Berkeringat brlebihan d. Menangis/merintih e. haemorroid	Kondisi pasca persalinan
2	Harga diri rendah situasional (D.0087)	Berhubungan dengan: Penyebab:	Ditandai dengan : Gejala dan tanda mayor: Subjektif	a. Cidera traumatis b. Pembedahan

	<p>Definisi: Evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien sebagai respon terhadap situasi saat ini</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Perubahan pada citra tubuh b. Perubahan peran sosial c. Ketidakadekuatan pemahaman d. Perilaku tidak konsisten dengan nilai e. Kegagalan hidup berulang f. Riwayat kehilangan g. Riwayat penolakan h. Transisi perkembangan 	<p>a. Menilai diri negatif (misal tidak berguna, tidak tertolong)</p> <p>b. Merasa malu/bersalah</p> <p>c. Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri</p> <p>d. Menolak penilaian positif dengan diri sendiri</p> <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Berbicara pelan dan lirih b. Menolak berinteraksi dengan orang lain c. Berjalan menunduk d. Postur tubuh menunduk <p>Gejala dan tanda minor:</p> <p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sulit berkonsentrasi <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kontak mata kurang b. Lesu dan tidak bergairah c. Pasif d. Tidak mampu membuat keputusan 	<p>c. Kehamilan</p> <p>d. Kondisi baru terdiagnosis (misal diabetes mellitus)</p> <p>e. Stroke</p> <p>f. Penyalahgunaan zat</p> <p>g. Demensia</p> <p>h. Pengalaman tidak menyenangkan</p>
--	---	---	---	--

Diagnosis Risiko

No	Masalah Keperawatan dan Definisi	Faktor Risiko	Kondisi Klinis Terkait
3	<p>Risiko Harga Diri Rendah Situasional (D.0102)</p> <p>Definisi: Berisiko mengalami evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien sebagai respon terhadap situasi saat ini.</p>	<p>Ditandai dengan:</p> <p>Faktor Risiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Gangguan gambaran diri b. Gangguan fungsi c. Gangguan peran sosial d. Harapan tidak realistik e. Kurang pemahaman terhadap situasi f. Penurunan control terhadap lingkungan g. Penyakit fisik h. Perilaku tidak sesuai dengan nilai setempat i. Kegagalan j. Perasaan tidak berdaya k. Riwayat kehilangan l. Riwayat pengabaian m. Riwayat penolakan n. Riwayat penganiayaan (misal o. Transisi perkembangan 	<p>a. Cidera traumatis</p> <p>b. Pembedahan</p> <p>c. Kehamilan</p> <p>d. Kondisi baru terdiagnosis (misal diabetes mellitus)</p> <p>e. Stroke</p> <p>f. Penyalahgunaan zat</p> <p>g. Demensia</p>

4	<p>Risiko ketidakberdayaan (D.0103)</p> <p>Definisi: Persepsi bahwa tindakan seseorang tidak akan mempengaruhi hasil secara signifikan; persepsi kurang kontrol pada situasi saat ini atau yang akan datang.</p>	<p>Ditandai dengan:</p> <p>Faktor risiko:</p> <ol style="list-style-type: none"> Perjalanan penyakit yang berlangsung lama atau tidak dapat diprediksi Harga diri rendah yang berlangsung lama Status ekonomi rendah Ketidakmampuan mengatasi masalah Kurang dukungan sosial Penyakit yang melemahkan secara progresif Marginalisasi sosial Kondisi terstigma Penyakit terstigma Kurang terpapar informasi kecemasan 	<ol style="list-style-type: none"> Diagnosis yang tidak terduga atau baru Peristiwa traumatis Diagnosis penyakit kronis Diagnosis penyakit terminal Rawat inap
5	<p>Risiko gangguan perlekatan (D.0127)</p> <p>Definisi: Berisiko mengalami gangguan interaksi antara orang tua atau orang terdekat dengan bayi/anak yang dapat mempengaruhi proses asah, asih dan asuh.</p>	<p>Ditandai dengan:</p> <p>Faktor risiko</p> <ol style="list-style-type: none"> Kekhawatiran menjalankan peran sebagai orang tua Perpisahan antara ibu, bayi/anak akibat hospitalisasi Penghalang fisik (misal inkubator, baby warmer) Ketidakmampuan orang tua memnuhi kebutuhan bayi/anak Perawatan dalam ruang isolasi Prematuritas Penyalahgunaan zat Konflik hubungan antara orang tua dan anak Perilaku bayi tidak terkoordinasi 	<ol style="list-style-type: none"> Hospitalisasi Prematuritas Penyakit kronis pada orang tua atau anak Retardasi mental Komplikasi maternal Sakit selama periode hamil dan melahirkan Post partum blues
6	<p>Risiko proses pengasuhan tidak efektif (D.0128)</p> <p>Definisi: Berisiko mengalami proses kehamilan, persalinan dan setelah melahirkan termasuk perawatan bayi baru lahir yang tidak sesuai dengan konteks norma dan harapan.</p>	<p>Ditandai dengan:</p> <p>Faktor risiko</p> <ol style="list-style-type: none"> Kekerasan dalam rumah tangga Kehamilan yang tidak diinginkan/direncanakan Kurang terpapar informasi tentang 	<ol style="list-style-type: none"> Gangguan pertumbuhan janin Gangguan kesehatan fisik dan psikologis ibu Post partum blues

		<p>proses persalinan/pengasuhan</p> <p>d. Ketidak berdayaan maternal</p> <p>e. Distres psikologis</p> <p>f. Penyalahgunaan obat</p> <p>g. Ketidakadekuatan manajemen ketidaknyamanan selama persalinan</p> <p>h. Akses pelayanan kesehatan sulit dijangkau</p> <p>i. Kurangnya minat/proaktif dalam proses persalinan</p> <p>j. Ketidaksesuaian kondisi bayi dengan harapan</p> <p>k. Ketidakamanan lingkungan untuk bayi</p>	
--	--	---	--

Diagnosis Promosi Kesehatan

No	Masalah Keperawatan dan Definisi	Gejala dan Tanda	Kondisi Terkait	Klinis
7	Kesiapan peningkatan menjadi orang tua (D.0122) Definisi: Pola pemberian lingkungan bagi anak atau anggota keluarga yang cukup untuk memfasilitasi pertumbuhan dan perkembangan serta dapat ditingkatkan.	<p>Ditandai dengan:</p> <p>Gejala dan tanda mayor:</p> <p>Subjektif</p> <p>a. Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan peran menjadi orang tua</p> <p>Objektif</p> <p>a. Tampak adanya dukungan emosi dan pengertian pada anak atau anggota keluarga</p> <p>Gejala dan tanda minor:</p> <p>Subjektif</p> <p>a. Anak atau anggota keluarga lainnya mengekspresikan kepuasan dengan lingkungan rumah</p> <p>b. Anak atau anggota keluarga mengungkapkan harapan yang realistik</p> <p>Objektif</p> <p>a. Kebutuhan fisik dan emosi anak/anggota keluarga terpenuhi</p>		Perilaku upaya peningkatan kesehatan
8	Pencapaian peran menjadi orang tua (D.0126) Definisi:	<p>Ditandai dengan:</p> <p>Gejala dan tanda mayor:</p> <p>Subjektif</p> <p>Tidak tersedia</p>	a. Status kesehatan ibu b. Status kesehatan bayi	

	<p>Terjadinya proses interaktif antar anggota keluarga (suami-istri, anggota keluarga dan bayi) yang ditunjukkan dengan perkembangan bayi yang optimal.</p>	<p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a. <i>Bounding attachment</i> optimal b. Perilaku positif menjadi orang tua c. Saling berinteraksi dalam merawat bayi <p>Gejala dan tanda minor:</p> <p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mengungkapkan kepuasan dengan bayi <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Melakukan stimulasi visual, taktil atau pendengaran terhadap bayi 	
--	---	--	--

6. Intervensi Keperawatan

Standar selanjutnya adalah Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan perlu dibuat Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) untuk melihat level keberhasilan intervensi keperawatan.

Berikut adalah Luaran utama dan Intervensi utama Keperawatan pada Asuhan Keperawatan psikologis ibu postpartum dengan persalinan spontan. Pemilihan luaran dan intervensi keperawatan tetap didasarkan pada *clinical judgement* dengan mempertimbangkan kekhasan kondisi pasien, keluarga, kelompok atau komunitas.

Tabel 3.2 Standar Luaran (INNA, 2017c) dan Intervensi Keperawatan Indonesia (INNA, 2017b)

No	Masalah keperawatan	Tujuan dan Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1	Ketidaknyamanan pasca partum (D.0075)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x 24 Jam, maka Status Kenyamanan pasca partum meningkat.</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan tidak nyaman menurun • Meringis menurun • Luka episiotomi membaik • Kontraksi uterus membaik • Berkeringat menurun • Menangis menurun • Merintih menurun • Hemoroid membaik • Tekanan darah 110/70mmHg - 120/80mmHg • Frekuensi nadi 60-100x/menit 	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Definisi : mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respons nyeri non verbal

		<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingkat nyeri • Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri • Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri • Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan • Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri • Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri • Fasilitasi istirahat dan tidur • Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri • Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat • Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu <p>Terapi relaksasi</p> <p>Definisi : menggunakan teknik peregangan untuk mengurangi tanda dan gejala ketidaknyamanan seperti nyeri, ketegangan otot, atau kecemasan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penurunan tingkat energy, ketidakmampuan berkonsentrasi atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif • Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan • Identifikasi kesediaan, kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, suhu sebelum dan sesudah latihan • Monitor respon terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan • Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi • Gunakan pakaian longgar • Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama • Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia • Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih • Anjurkan mengambil posisi nyaman • Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi • Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih • Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi
2	Harga diri rendah situasional (D.0087)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 Jam, maka Harga diri meningkat.</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penilaian diri positif meningkat • Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat • Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat • Minat mencoba hal baru meningkat • Berjalan menampakkan wajah meningkat • Postur tubuh menampakkan wajah meningkat • Konsentrasi meningkat • Tidur meningkat <p>Manajemen perilaku Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola perilaku negatif</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku • Jadwalkan kegiatan terstruktur • Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas • Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan • Batasi jumlah pengunjung • Bicara dengan nada rendah dan tenang

		<ul style="list-style-type: none"> • Kontak mata meningkat • Gairah aktivitas meningkat • Aktif meningkat • Percaya diri berbicara meningkat • Perilaku esertif meningkat • Kemampuan membuat keputusan meningkat • Perasaan malu menurun • Perasaan bersalah menurun • Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun • Meremehian kemampuan mengatasi masalah menurun • Ketergantungan pada penguatan secara berlebihan menurun • Pencarian penguatan secara berlebihan menurun 	<ul style="list-style-type: none"> • Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi • Cegah perilaku pasif dan agresif • Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku • Lakukan pengekangan fisik sesuai indikasi • Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan • Hindari sikap mengancam dan berdebat • Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif <p>Promosi harga diri</p> <p>Definisi : Meningkatkan penilaian perasaan/persepsi terhadap diri sendiri atau kemampuan diri.</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin, dan usia terhadap harga diri • Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri • Monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai kebutuhan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri • Motivasi menerima tantangan atau hal baru • Diskusikan pernyataan tentang harga diri • Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri • Diskusikan pengataman yang meningkatkan harga diri • Diskusikan persepsi negatif diri • Diskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah • Disukusikan penetapan tujuan realistik untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi • Diskusikan bersama keluarga untuk menetapkan harapan dan batasan yang jelas • Berikan umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan
--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif divi pasien • Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki • Anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain • Anjurkan membuka diri terhadap kritik negatif • Anjurkan mengevaluasi perilaku • Ajarkan cara mengatasi bullying • Latih peningkatan tanggung jawab untuk diri sendiri • Latih pernyataan/kemampuan positif diri • Latih cara berfikir dan berperilaku positif • Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi <p>Promosi coping</p> <p>Definisi : meningkatkan upaya kognitif dan perilaku untuk menilai dan merespon stressor dan/atau kemampuan menggunakan sumber yang ada</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan • Identifikasi kemampuan yang dimiliki - Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan • Identifikasi pemahaman proses penyakit • Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan • Identifikasi metode penyelesaian masalah • Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diskusikan perubahan peran yang dialami • Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri • Diskusian untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri • Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu • Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri • Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan • Berikan pilihan realistik mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan • Motivasi untuk menentukan harapan yang realistik • Tinjau kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan • Hindari mengambil keputusan saat pasien berada di bawah tekanan • Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial • Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia • Dampingi saat berduka (mis. penyakit kronis, kecacatan) - Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama • Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat • Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama - Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu • Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi • Anjurkan keluarga terlibat • Anjurkan membuktai tujuan yang lebih spesifik • Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif • Latih penggunaan teknik relaksasi - Latih keterampilan sosial, sesua/kebutuhan • Latih mengembangkan penilaian obyektif
--	--	--

3	Risiko Harga Diri Rendah Situasional (D.0102)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan x Jam, maka Harga diri meningkat.</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penilaian diri positif meningkat • Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat • Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat • Minat mencoba hal baru meningkat • Berjalan menampakkan wajah meningkat • Postur tubuh menampakkan wajah meningkat • Konsentrasi meningkat • Tidur meningkat • Kontak mata meningkat • Gairah aktivitas meningkat • Aktif meningkat • Percaya diri berbicara meningkat • Perilaku esertif meningkat • Kemampuan membuat keputusan meningkat • Perasaan malu menurun • Perasaan bersalah menurun • Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun • Meremehian kemampuan mengatasi masalah menurun • Ketergantungan pada penguatan secara berlebihan menurun • Pencarian penguatan secara berlebihan menurun 	<p>Dukungan penampilan peran</p> <p>Definisi : Memfasilitasi pasien dan keluarga memperbaiki hubungan dengan mengklarifikasi dan memenuhi periaku peran tertentu.</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi berbagai peran dan periode transisi sesuai tingkat perkembangan • Identifikasi peran yang ada dalam keluarga • Identifikasi adanya peran yang tidak terpenuhi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi adaptasi peran keluarga terhadap perubahan peran yang tidak diinginkan • Fasilitasi bermain peran dalam mengantisipasi reaksi orang lain terhadap perilaku • Fasilitasi diskusi perubahan peran anak terhadap bayi baru lahir, jika perlu • Fasilitasi diskusi tentang peran orang tua, jika perlu • Fasilitasi diskusi tentang adaptasi peran saat anak meninggalkan rumah, jika perlu • Fasilitasi diskusi harapan dengan keluarga dalam peran timbal balik <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diskusikan perilaku yang dibutuhkan untuk pengembangan peran • Diskusikan perubahan peran yang diperlukan akibat penyakit atau ketidakmampuan • Diskusikan perubahan peran dalam menerima ketergantungan orang tua • Diskusikan strategi positif untuk mengelola perubahan peran • Ajarkan perilaku baru yang dibutuhkan oleh pasien/orang tua untuk memenuhi peran <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruiuk dalam kelompok untuk mempelajari peran baru <p>Promosi harga diri (sama seperti intervensi pada poin nomor 3)</p> <p>Promosi coping (sama seperti intervensi pada poin nomor 3)</p>
---	---	--	---

4	Risiko ketidakberdayaan (D.0103)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan x Jam, maka Keberdayaan meningkat.</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pernyataan mampu melaksanakan aktivitas meningkat • Pernyataan keyakinan tentang kinerja peran meningkat • Berpartisipasi dalam perawatan meningkat • Pernyataan frustasi menurun • Ketergantungan pada orang lain menurun • Perasaan diasingkan menurun • Pernyataan kurang kontrol menurun • Pernyataan rasa malu menurun • Perasaan tertekan (depresi) menurun • Pengasingan menurun 	<p>Promosi harapan</p> <p>Definisi : Meningkatkan kepercayaan pada kemampuan untuk memulai dan mempertahankan tindakan.</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • identifikasi harapan pasien dan keluarga dalam pencapaian hidup <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sadarkan bahwa kondisi yang dialami memiliki nilai penting • Pandu mengingat kembali kenangan yang menyenangkan • Libatkan pasien secara aktif dalam perawatan • Kembangkan rencana perawatan yang melibatkan tingkat pencapaian tujuan sederhana sampai dengan kompleks • Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga terfikir dengan dukungan ketompek • Ciptakan fungsi yang memudahkan mempraktikkan kebutuhan spiritual <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan mengungkapkan perasaan terhadap kondisi dengan realistik • Anjurkan mempertahankan hubungan (mis. menyebutkan nama orang yang dicintai) • Anjurkan mempertahankan hubungan terapeutik dengan orang lain • Latih menyusun tujuan yang sesuai dengan harapan • Latih cara mengembangkan spiritual diri • Latih cara mengenang dan menikmati masa lalu (mis. prestasi, pengalaman) <p>Promosi coping (sama seperti intervensi pada poin nomor 3)</p>
5	Risiko gangguan perlekatan (D.0127)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan x Jam, maka Perlekatan meningkat.</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mempraktikkan perilaku sehat selama hamil meningkat • Menyiapkan periengkapan bayi sebelum kelahiran meningkat 	<p>Promosi perlekatan</p> <p>Definisi : Meningkatkan dan mempertahankan perlekatan atau lactation secara tepat</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor keglatan menyusui • Identifikasi kemampuan bayi menghisap dan menelan ASI

	<ul style="list-style-type: none"> • Verbaialisasi perasaan positif terhadap bayi meningkat • Mencium bayi meningkat • Tersenyum kepada bayi meningkat • Melakukan kontak mata dengan bayi meningkat • Berbicara kepada bayi meningkat • Bermain dengan bayi meningkat • Berespons dengan isyarat bayi meningkat • Menghibur bayi meningkat • Menggendong bayi untuk : menyusui /memberi makan meningkat • Mempertahankan bayi bersih dan hangat meningkat • Bayi menatap orang tua meningkat • Kekhawatiran menjelaskan peran orang tua menurun • Konflik hubungan orang tua dan bayi/anak menurun • Kekhawatiran akibat hospitalisasi menurun • Penghalang fisik menurun • Penyalahgunaan zat menurun 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi payudara ibu (mis. bengkak, puting lecet, mastitis, nyeri pada payudara) • Monitor periekatan saat menyusui (mis. aerola bagian bawah lebih kecil daripada areola bagian atas, mulut bayi terbuka lebar, bibir bayi terputar keluar dan dagu bayi menempel pada payudara ibu) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hindari memegang kepala bayi • Diskusikan dengan ibu masalah selama proses menyusui <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan ibu menopang seluruh tubuh bayi • Anjurkan ibu melepas pakalan bagian atas agar bayi dapat menyentuh payudara ibu • Anjurkan bayi yang mendekati kearah payudara ibu dari bagian bawah • Anjurkan ibu untuk memegang payudara menggunakan jarinya seperti huruf "C" pada posisi jam 12-6 atau 3-9 saat mengarahkan ke mulut bayi • Anjurkan ibu untuk menyusui menunggu mulut bayi terbuka lebar sehingga areola bagian bawah dapat masuk sempurna • Ajarkan ibu mengenali tanda bayi siap menyusu <p>Promosi keutuhan keluarga</p> <p>Definisi : Meningkatkan pengetahuan dan kemampuan pasien untuk menjaga dan meningkatkan kerekai dan keutuhan keluarga</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pemahaman keluarga terhadap masalah • Identifikasi adanya konflik prioritas antar anggota keluarga • Identifikasi mekanisme coping keluarga • Monitor hubungan antara anggota keluarga <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hargai privasi keluarga • Fasilitasi kunjungan keluarga • Fasilitasi keluarga melakukan pengambilan keputusan dan pemecahan masalah
--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi komunikasi terbuka antar se- tiap anggota keluarga <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informasikan kondisi pasien secara berkala kepada keluarga • Anjurkan anggota keluarga mempertahankan keharmonisan keluarga <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rujuk untuk terapi keluarga, jika perlu
6	Risiko proses pengasuhan tidak efektif (D.0128)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan x Jam, maka</p> <p>Proses pengasuhan membaik.</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpapar informasi tentang proses persalinan/ pengasuhan meningkat • Keadekuatan manajemen ketidaknyamanan selama persabnan adekuat meningkat • Akses pelayanan kesehatan mudah dijangkau meningkat • Kesesuaian kondisi bayi dengan harapan meningkat • Keamanan lingkungan bayi meningkat • Keharmonisan dalam rumah tangga menurun • Stres psikologis menurun • Kehamilan tidak diinginkan/ direncanakan menurun • Ketidakberdayaan maternal menurun • Penyalahgunaan obat menurun • Kurang minat dalam proses persalinan menurun • Kurang proaktif dalam proses persalinan menurun 	<p>Promosi keutuhan keluarga (sama seperti intervensi pada poin nomor 5)</p> <p>Promosi perlekatan (sama seperti intervensi pada poin nomor 5)</p>
7	Kesiapan peningkatan menjadi orang tua (D.0122)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 Jam, maka</p> <p>Peran menjadi orang tua membaik.</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Bounding attachment</i> meningkat • Perilaku positif menjadi orang tua meningkat • Interaksi perawatan bayi meningkat 	<p>Promosi antisipasi keluarga Definisi : Meningkatkan kesiapan keluarga untuk mencegah perkembangan atau krisis situasi akibat kesehatan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kemungkinan krisis situasi atau masalah perkembangan serta dampaknya pada kehidupan pasien dan keluarga

	<ul style="list-style-type: none"> • Verbalisasi kepuasan memiliki bayi meningkat • Memberi pengertian pada anak/anggota keluarga meningkat • Kebutuhan fisik anak/anggota keluarga terpenuhi meningkat • Kebutuhan emosi anak/anggota keluarga terpenuhi meningkat • Keinginan meningkatkan peran menjadi orang tua meningkat • Verbalisasi kepuasan dengan lingkungan rumah meningkat • Anak atau keluarga Verbalisasi harapan yang realistik meningkat • Stimulasi visual meningkat • Stimulasi taktil meningkat • Stimulasi pendengaran meningkat 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi metode pemecahan masalah yang sering digunakan keluarga <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi dalam memutuskan strategi pemecahan masalah yang dihadapi keluarga • Libatkan seturuh anggota keluarga dalam upaya antisipasi masalah kesehatan, jika memungkinkan • Lakukan kunjungan kepada keluarga secara berkala, jika, perlu • Buat jadwal aktivitas bersama keluarga terkait masalah kesehatan yang dinadapi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan perkembangan dan perilaku yang normal kepada keluarga <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kerjasama dengan tenaga kesehatan terkait lainnya, jika perlu <p>Promosi pengasuhan</p> <p>Definisi : Memfasilitasi orang tua, anggota keluarga, dan/atau pengasuh dalam memberikan dukungan dan perawatan yang komprehensif bagi keluarga yang mengalami atau berisiko mengalami masalah kesehatan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi keluarga risiko tinggi dalam program tindak lanjut • Monitor status kesehatan anak dan status imunisasi anak <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dukung ibu menerima dan melakukan perawatan pre natal secara teratur dan sedini mungkin • Lakukan kunjungan rumah sesuai dengan tingkat risiko • Fasilitasi orang tua dalam memiliki harapan yang realistik sesuai tingkat kemampuan dan perkembangan anak • Fasilitasi orang tua dalam menerima transisi peran • Berikan bimbingan antisipasi yang diperlukan sesuai dengan tahapan usia perkembangan anak • Fasilitasi orang tua dalam mengidentifikasi temperamen unik bayi
--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Tingkatkan interaksi orang tua-anak dan berikan contoh • Fasilitasi orang tua dalam mendapatkan dukungan, dan berpartisipasi dalam parent group • Fasilitasi orang tua dalam mengembangkan dan memelihara sistem dukungan sosial • Sediakan media untuk mengembangkan keterampilan pengasuhan • Fasilitasi orang tua mengembangkan keterampilan sosial dan coping • Fasilitasi mengatur penitipan anak, jika perlu • Fasilitasi penggunaan Kontrasepsi Edukasi • Ajarkan orang tua untuk menanggapi isyarat bayi
8	Pencapaian peran menjadi orang tua (D.0126)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 Jam, maka Peran menjadi orang tua membaik.</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Bounding attachment</i> meningkat • Perilaku positif menjadi orang tua meningkat • Interaksi perawatan bayi meningkat • Verbalisasi kepuasan memiliki bayi meningkat • Memberi pengertian pada anak/anggota keluarga meningkat • Kebutuhan fisik anak/anggota keluarga terpenuhi meningkat • Kebutuhan emosi anak/anggota keluarga terpenuhi meningkat • Keinginan meningkatkan peran menjadi orang tua meningkat • Verbalisasi kepuasan dengan lingkungan rumah meningkat • Anak atau keluarga Verbalisasi harapan yang realistik meningkat • Stimulasi visual meningkat • Stimulasi taktil meningkat • Stimulasi pendengaran meningkat 	<p>Promosi antisipasi keluarga (sama seperti intervensi pada poin nomor 7)</p> <p>Promosi pengasuhan (sama seperti intervensi pada poin nomor 7)</p>

7. Implementasi Keperawatan

Implementasi yang merupakan perilaku spesifik yang dikerjakan oleh perawat dimana perawat tersebut mempunyai kemampuan kognitif, interpersonal dan teknikal untuk dapat mengimplementasikan intervensi. Perawat dapat melakukan 8 diagnosa keperawatan diatas berdasarkan kondisi pasien dan implementasi berupa pengkajian ulang, meninjau dan merevisi rencana asuhan keperawatan yang telah direncanakan, mengidentifikasi bidang bantuan, mengimplementasikan intervensi keperawatan.

8. Evaluasi Keperawatan

Tahap akhir dari asuhan keperawatan adalah evaluasi keperawatan. Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan. Evaluasi dari asuhan keperawatan psikologis ibu postpartum dengan persalinan spontan dapat di evaluasi menurut hasil yang mencapai tujuan. Apakah status kenyamanan pascapartum meningkat, harga diri meningkat, keberdayaan meningkat, perlekatan meningkat, proses pengasuhan membaik, peran menjadi orang tua membaik. Jika hasil evaluasi belum terpenuhi, maka perlu pengkajian ulang, pengumpulan data, membuat diagnosis baru atau memodifikasi diagnosis keperawatan yang mana semua itu demi tercapainya tujuan perawatan yang professional (Reeder et al., 2012).

9. Daftar Pustaka

- Alligood, M. R. (2017). *Nursing theorists and their work-e-book*. Elsevier Health Sciences.
- Andriana, Indriani, S., Yulita, D., Kirana, N., Syaflindawati, Saragih, K. M., ... Harnawati, R. A. (2022). *Kesehatan Ibu & Anak* (L. M. Rosmayanti, ed.). Bandung: Indie Press.
- Ani, M., Astuti, E. D., Nardina, E. A., Azizah, N., Hutabarat, J., Sebtalesy, C. Y., ... Mahmud, A. (2021). *Biologi Reproduksi dan Mikrobiologi* (A. Karim, ed.). Medan: Yayasan Kita Menulis.
- INNA. (2017a). *Indonesian Nursing Diagnosis Standards*. Jakarta: Indonesian National Nurses Association.
- INNA. (2017b). *Indonesian Nursing Intervention Standards*. Jakarta: Indonesian National Nurses Association.
- INNA. (2017c). *Indonesian Nursing Outcome Standards*. Jakarta Selatan: Indonesian National Nurses Association.

- Juliastuti, Lindayani, I. K., Wulandari, R. F., Ekajayanti, P. P. N., Destrikasari, C., Rahayu, B., ... Parwati, N. W. M. (2021). *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Bandung: Media Sains Indonesia.
- Kemenkes. (2015). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2015*. jakarta.
- Kemenkes. (2016). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes. (2021). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes RI. (2020). *Buku kia kesehatan ibu dan anak*. Jakarta.
- Prawirohardjo, S. (2016). *Ilmu Kebidanan* (A. B. Saifuddin, T. Rachimhadhi, & G. H. Wiknjosastro, eds.). Jakarta: PT. Bina Pustaka sarwono Prawirohardjo.
- Reeder, Martin, & Koniak-Griffin. (2012). *Keperawatan Maternitas Vol 2* (18th ed.). Jakarta: EGC.
- Sulfianti, Nardina, E. A., Hutabarat, J., Astuti, E. D., Muyassaroh, Y., Yuliani, D. rETNO, ... Argaheni, N. B. (2021). *Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas* (R. Watrianthos, ed.). Medan: Yayasan Kita Menulis.

BIODATA PENULIS

Nama	: Ns. Suryani Hartati., M.Kep.,Sp.Kep.Mat
NIK	: 96060106
NIDN	: 0301017401
NIRA	: 31720147989
Tempat dan Tanggal Lahir	: Jakarta /01 Januari 1974
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status Perkawinan	: Menikah
Agama	: Islam
Golongan / Pangkat	: Pembina/IVa
Jabatan Akademik	: Lektor Kepala
Sertifikat Pendidik	: 1710341862915
Perguruan Tinggi	: Akper Hermina Manggala Husada
Alamat	: Jln Jatinegara Barat no 125 Jakarta Timur
Telp./Faks.	: 021 29827825
Alamat Rumah	: Jln Bangka IIF no 13 RT 004/013
Telp./Faks.	: 021 71791150
Alamat e-mail	: suryanihartati4@gmail.com

RIWAYAT PENDIDIKAN FORMAL KEPERAWATAN

Tahun Lulus	Program Pendidikan (diploma, sarjana, magister, spesialis, dan doktor)	Perguruan Tinggi	Jurusan/ Program Studi
1998	Diploma III Keperawatan	RS Islam Jakarta	Keperawatan
2001	Sarjana Keperawatan	Universitas Indonesia	Keperawatan
2013	Magister Keperawatan	Universitas Indonesia	Keperawatan
2014	Spesialis Keperawatan Maternitas	Universitas Indonesia	Keperawatan Maternitas

PENGALAMAN KERJA

Peran/Jabatan	Institusi (Univ, Fak, Jurusan, Lab, Studio, Manajemen Sistem Informasi Akademik dll)	Tahun ... s.d.
Perawat Pelaksana	Rumah Sakit Islam Cempaka Putih	Tahun 1996-1998
Pudir II	Akademik Keperawatan	Tahun 1999-2004
Kaur Tingkat III dan Jaksus	Akademik Keperawatan	Tahun 2004-2012
Direktur	Akademi Keperawatan	Tahun 2013-2018
Direktur	Akademi Keperawatan	Tahun 2018-2020
Direktur	Akademi Keperawatan	Januari- September 2021
UPMI	Akademi Keperawatan	Oktober 2021-skrg

PENGALAMAN ORGANISASI

Tahun	Jenis/ Nama Organisasi	Jabatan/jenjang keanggotaan
2009	Anggota PPNI DKI Jakarta barat	Bid Litbang
2009	Assosiasi Institusi Pendidikan DIII Keperawatan Jakarta	Bid. Pendidikan
2014	Ikatan Perawat Maternitas Indonesia	Bid. Organisasi
2016	PPNI komisariat RS Hermina	Bid. Penelitian
2017	Alisa KHodijah ICMI	Bid. Organisasi
2019	Pengurus Ikatan Perawat Maternitas Indonesia DKI Jakarta	Bid Organisasi
2019	Assosiasi Dosen Indonesia (ADI)	Anggota

BIODATA PENULIS

Meliani Sukmadeiwi Harahap, S.Kep. M.Kes, Lahir di Alur Merbau Tanggal 01 Mei 1972.

Riwayat pendidikan penulis : Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) Depkes Langsa lulus tahun 1991, Program Pendidikan Bidan (PBB) lulus tahun 1992, AKPER Mona Banda Aceh lulus tahun 2000, S1 PSIK USU lulus tahun 2003, Program Magister Fasca Sarjana USU lulus tahun 2009. AKBID Nusantara 2000 lulus tahun 2014.

Sejak Tahun 1992 penulis bertugas sebagai Bidan. Pada tahun 2000 bekerja di Akper Depkes Langsa yang saat ini konversi menjadi Program Studi Keperawatan Langsa Poltekkes Kemenkes Aceh, Tempat Penulis bekerja sampai sekarang.

Email Penulis: melianisukmadewi@gmail.com

Nama Lengkap dan gelar	Meliani Sukmadewi Hrp, S.Kep, M.Kes
Jenis Kelamin	Perempuan
Jabatan Fungsional	Lektor Kepala
NIP/NIK/Identitas lain	197205011992022001
NIDN	4001057201
Tempat dan tanggal lahir	Alur Merbau, 1 Mei 1972
E-mail	melianisukmadewi@gmail.com
Nomor Telepon/HP	082233355320
Alamat Kantor	Jln. Islamik center Lr. Keperawatan, Paya Bujok Beuramo Langsa Barat Kota Langsa
Institusi	Poltekkes Kemenkes Aceh
Program Studi	Prodi Kebidanan Langsa
Jenjang Pendidikan Terakhir	S2 Kesmas
Mata Kuliah Yang Diampu	<ol style="list-style-type: none">1. Dokumentasi Keperawatan2. KDK3. Keperawatan Maternitas4. KMB I

BIODATA PENULIS

Amellia Mardhika, S.Kep.,Ns.,M.Kes. adalah staf pengajar di Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Airlangga. Sebelumnya penulis pernah bekerja di Akademi Keperawatan Rustida Kabupaten Banyuwangi, Dinas Kesehatan Kabupaten Lamongan, Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lamongan sebelum akhirnya merger ke Universitas Airlangga di tahun 2018. Penulis lahir di Kabupaten Bojonegoro tahun 1985 dan telah lulus program Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga tahun 2008. Kemudian penulis menyelesaikan Magister Kesehatan dengan minat Kesehatan Ibu dan Anak di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga tahun 2016 atas beasiswa dari Kementerian Kesehatan. Peneliti fokus pada Keperawatan Maternitas, Keperawatan Anak dan hasil karya penelitian, pengabdian kepada masyarakat telah dipublikasikan diberbagai jurnal nasional maupun internasional.

Email penulis : ameliamardhika@vokasi.unair.ac.id

SINOPSIS

Buku Asuhan Keperawatan Post Partum Dengan Komplikasi

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih mengalami peningkatan kasus AKI ibu postpartum di Indonesia sehingga Pemerintah mendukung percepatan penurunan AKI dengan memberikan pelayanan kesehatan ibu postpartum terkait dengan adanya komplikasi dengan indikasi persalinan seksio sesarea indikasi letak janin, perdarahan dan masalah psikologis pada ibu post partum. Jenis pelayanan kesehatan ibu nifas yang diberikan terdiri dari: a) pemeriksaan tanda vital; b) pemeriksaan tinggi fundus uteri; c) pemeriksaan lokhia dan cairan per vaginam lain; d) pemeriksaan payudara dan menganjurkan pemberian ASI eksklusif; e) memberikan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) kesehatan ibu postpartum dan bayi baru lahir, termasuk untuk keluarga berencana postpartum; f) pelayanan keluarga berencana postpartum (Kemenkes, 2021).

Asuhan keperawatan post partum dengan komplikasi karena adanya indikasi persalinan dengan seksio sesarea indikasi letak lintang, perdarahan dan masalah psikologis setelah kelahiran , persalinan seksio sesarea indikasi letak janin dalam uterus bergabung pada proses adaptasi janin terhadap ruangan dalam uterus. Relaksasi dinding abdomen pada perut yang menggantung menyebabkan uterus beralih ke depan, sehingga menimbulkan defleksi sumbu memanjang janin menjauhi sumbu jalan lahir, menyebabkan terjadinya posisi melintang (Oxorn, 2010). Komplikasi yang ditimbulkan akibat persalinan seksio sesarea adalah kerusakan organ, perdarahan, infeksi dan tromboemboli, pemeriksaan penunjang yang perlu diketahui adalah hasil laboratorium, pemeriksaan CTG dan USG.

Haemoragic post partum adalah perdarahan pervaginam 500 cc atau lebih setelah proses kala III selesai (setelah plasenta lahir). Perdarahan postpartum ada kalanya merupakan perdarahan yang hebat dan menakutkan sehingga dalam waktu singkat wanita jatuh ke dalam syok, ataupun merupakan perdarahan yang menetes perlahan-lahan tetapi terus menerus mengakibatkan jumlah perdarahan menjadi banyak sehingga wanita menjadi lemas dan dapat mengakibatkan syok. Penyebab perdarahan postpartum dapat dibagi menjadi 4 T yaitu *tone* (tonus; atonia uteri), *tissue* (jaringan; retensio plasenta dan sisa plasenta), *tears* (laserasi; laserasi perineum, vagina, serviks dan uterus) dan *thrombin* (koagulopati; gangguan pembekuan darah). yaitu Atonia uteri merupakan keadaan lemahnya tonus/kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu berkontraksi dengan baik. Retensio plasenta adalah plasenta masih tertinggal dalam uterus setelah 30 menit anak lahir.

Adaptasi psikologis juga diperlukan untuk mencegah timbulnya komplikasi dalam manajemen stres post partum. Faktor yang mempengaruhi kesuksesan penerimaan peran baru menjadi orang tua pada masa post partum adalah:

- 1) Respon dan dukungan dari keluarga, teman, dan orang terdekat
- 2) Keterkaitan antara pengalaman, harapan, dan aspirasi
- 3) Pengalaman melahirkan dan membesarakan anak sebelumnya
- 4) Faktor budaya

Perubahan peran ibu menjadi orang tua memerlukan adaptasi emosional yang baik seiring dengan tanggung jawab baru yang dijalani. Dalam proses adaptasi psikologis, ibu akan mengalami beberapa fase (Sulfianti et al., 2021).

Buku Asuhan Keperawatan Post Partum Dengan Komplikasi

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih mengalami peningkatan kasus AKI ibu postpartum di Indonesia sehingga Pemerintah mendukung percepatan penurunan AKI dengan memberikan pelayanan kesehatan ibu postpartum terkait dengan adanya komplikasi dengan indikasi persalinan seksio sesarea indikasi letak janin, perdarahan dan masalah psikologis pada ibu post partum. Jenis pelayanan kesehatan ibu nifas yang diberikan terdiri dari: a) pemeriksaan tanda vital; b) pemeriksaan tinggi fundus uteri; c) pemeriksaan lokhia dan cairan per vaginam lain; d) pemeriksaan payudara dan menganjurkan pemberian ASI eksklusif; e) memberikan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) kesehatan ibu postpartum dan bayi baru lahir, termasuk untuk keluarga berencana postpartum; f) pelayanan keluarga berencana postpartum (Kemenkes, 2021).

Asuhan keperawatan post partum dengan komplikasi karena adanya indikasi persalinan dengan seksio sesarea indikasi letak lintang, perdarahan dan masalah psikologis setelah kelahiran , persalinan seksio sesarea indikasi letak janin dalam uterus bergabung pada proses adaptasi janin terhadap ruangan dalam uterus. Relaksasi dinding abdomen pada perut yang mengantung menyebabkan uterus beralih ke depan, sehingga menimbulkan defleksi sumbu memanjang janin menjauhi sumbu jalan lahir, menyebabkan terjadinya posisi melintang (Oxorn, 2010). Komplikasi yang ditimbulkan akibat persalinan seksio sesarea adalah kerusakan organ, perdarahan, infeksi dan tromboemboli, pemeriksaan penunjang yang perlu diketahui adalah hasil laboratorium, pemeriksaan CTG dan USG.

Haemoragic post partum adalah perdarahan pervaginam 500 cc atau lebih setelah proses kala III selesai (setelah plasenta lahir). Perdarahan postpartum ada kalanya merupakan perdarahan yang hebat dan menakutkan sehingga dalam waktu singkat wanita jatuh ke dalam syok, ataupun merupakan perdarahan yang menetes perlahan-lahan tetapi terus menerus mengakibatkan jumlah perdarahan menjadi banyak sehingga wanita menjadi lemas dan dapat mengakibatkan syok. Penyebab perdarahan postpartum dapat dibagi menjadi 4 T yaitu tone (tonus; atonia uteri), tissue (jaringan; retensio plasenta dan sisa plasenta), tears (laserasi; laserasi perineum, vagina, serviks dan uterus) dan thrombin (koagulopati; gangguan pembekuan darah). yaitu Atonia uteri merupakan keadaan lemahnya tonus/konstraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu berkontraksi dengan baik. Retensio plasenta adalah plasenta masih tertinggal dalam uterus setelah 30 menit anak lahir. Adaptasi psikologis juga diperlukan untuk mencegah timbulnya komplikasi dalam manajemen stres post partum. Faktor yang mempengaruhi kesuksesan penerimaan peran baru menjadi orang tua pada masa post partum adalah:

- 1) Respon dan dukungan dari keluarga, teman, dan orang terdekat
- 2) Keterkaitan antara pengalaman, harapan, dan aspirasi
- 3) Pengalaman melahirkan dan membesarakan anak sebelumnya
- 4) Faktor budaya

Perubahan peran ibu menjadi orang tua memerlukan adaptasi emosional yang baik seiring dengan tanggung jawab baru yang dijalani. Dalam proses adaptasi psikologis, ibu akan mengalami beberapa fase (Sulfianti et al., 2021).

ISBN 978-623-88564-0-4



Penerbit :
PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kaw. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919