

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU *POST PARTUM* DI RUANG
SAKURA RSUD DR. SOEDOMO TRENGGALEK**

TUGAS AKHIR

RAHIMA MULIANA SARI

NIM P17240223035



KEMENTRIAN KESEHATAN RI

POLTEKKES KEMENKES MALANG

JURUSAN KEPERAWATAN

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN TRENGGALEK

2025

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU *POST PARTUM* DI RUANG
SAKURA RSUD DR. SOEDOMO TRENGGALEK**

TUGAS AKHIR

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma 3 Keperawatan Di Program Studi Keperawatan
Trenggalek Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang**

RAHIMA MULIANA SARI

NIM P17240223035



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN
KAMPUS KAB. TRENGGALEK**

2025

CURICULUM VITAE

Nama : Rahima Muliana Sari

Tempat tanggal Lahir : Trenggalek 2 September 2003

Agama : Islam

Alamat : RT.04/RW.01 Ds. Ngembel Kec. Watulimo
Kab. Trenggalek

Handphone : 081216898712

Email :Rahimamulianas@gmail.com



Riwayat Pendidikan :

- | | |
|---|-----------|
| 1. TK PERTIWI | 2008-2010 |
| 2. SDN 02 NGEMBEL | 2010-2016 |
| 3. .MTSN 2 TRENGGALEK | 2016-2019 |
| 4. SMK KESEHATAN WIJAYA HUSADA TRENGGALEK | 2019-2022 |
| 5. POLKESMA KAMPUS KABUPATEN TRENGGALEK | 2022-2025 |

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Rahima Muliana Sari

Nim : P17240223035

Program Studi : Diploma 3 Keperawatan Trenggalek Jurusan

Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini benar - benar merupakan hasil karya saya sendiri bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Trenggalek, 6 Mei 2025

Mengetahui,

Pembimbing



Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes
NIP. 196911211992032005

Yang membuat pernyataan



Rahima Muliana Sari
NIM : P17240223035

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Rahima Muliana Sari (P17240223035) dengan judul “**Asuhan Keperawatan pada Ibu Post Partum di Ruang Sakura RSUD Dr. Soedomo Trenggalek**”. Telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan pada

Trenggalek, 06 Mei 2025

Pembimbing



Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes

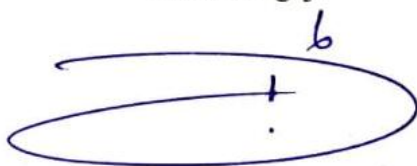
NIP. 196911211992032005

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Rahima Muliana Sari (P17240223035) dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ibu *Post Partum* di Ruang Sakura RSUD dr. Soedomo Trenggalek”, telah dipertahankan di depan dewan penguji pada 08 Mei 2025

Dewan Penguji

Ketua Penguji



Awan Hariyanto, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 919800707201901101

Anggota Penguji



Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes
NIP. 196911211992032005

Mengetahui,
Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 19760810 200212 2 001

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ **Asuhan Keperawatan Pada Ibu *Post Partum* di Ruang Sakura RSUD dr. Soedomo Trenggalek**” sesuai waktu yang ditentukan. Karya Tulis Ilmiah ini penulis susun sebagai salah satu persyaratan melaksanakan penelitian.

Dalam penyusunan, penulis mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan kali ini penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Dr. Moh. Wildan, A.Per.Pen.,M.Pd selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi Diploma 3 Keperawatan Kampus V Trenggalek.
2. Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah mengelola sumber daya jurusan dan menyelenggarakan pendidikan.
3. Dr. Mokh. Rofiq Hindiono, M.MR.S., selaku Direktur RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek yang telah memberi izin untuk pelaksanaan penelitian hingga terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes., selaku Kaprodi Diploma 3 Keperawatan Trenggalek dan selaku pembimbing yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Trenggalek.

5. Awan Hariyanto, S.Kep.Ns,M.Kes selaku penguji ujian karya tulis ilmiah yang telah banyak memberikan masukan yang membangun dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
6. Kasini,SST.Keb selaku Kepala Ruang Sakura yang telah memberikan tempat penelitian
7. Kepada Ny.F selaku responden yang memberikan bantuan dan izin dalam melakukan penelitian untuk tugas akhir saya. Saya ucapkan terimakasih telah memberikan kesempatan tersebut kepada penulis.
8. Dosen dan staf Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus V Trenggalek.
9. Orang tua dan teman – teman yang telah memberikan masukan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah.

Penulis menyadari Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna, maka dengan segala kerendahan hati saran dan kritik yang konstruktif sangat peneliti harapkan demi perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Demikian Karya Tulis Ilmiah ini, semoga dapat bermanfaat dan menambah wawasan bagi pembaca.

Trenggalek, 06 Mei 2025



Rahima Muliana Sari
NIM. P17240223035

MOTTO

“Boleh jadi kamu membenci sesuatu padahal ia amat baik bagimu, dan boleh jadi pula kamu menyukai sesuatu padahal ia amat buruk bagimu. Allah mengetahui sedang kamu tidak mengetahui”

(QS.Al-Baqarah : 216)

Only you can change your life. Nobody else can do it for you

PERSEMBAHAN

Bismillahirrahmanirrahim...

Alhamdulillahirabilalamin segala puji bagi Allah Tuhan yang Maha Agung dan Maha Tinggi. Beribu banyak terimakasih atas segala rahmat Mu ya Allah tidak ada kata yang lebih indah kecuali rasa syukur atas segala takdir Mu sehingga saya bisa menjadi pribadi yang berpikir dan berilmu untuk menyelesaikan tugas akhir dengan segala kekurangan. Terimakasih, sudah menghadirkan orang-orang baik yang selalu mendukung dan memberikan semangat untuk menyelesaikan tugas akhir ini dengan baik. Semoga keberhasilan tugas akhir ini menjadi satu langkah awal yang baik untuk masa depan dan impian saya kedepannya.

Dengan ini saya persembahkan karya kecil untuk

- 1) Kedua orang tua tercinta, Bapak Mulyono dan Ibu Murtini, yang dengan penuh kasih sayang, ketulusan, dan pengorbanan yang tak terhingga telah membimbing, mendoakan, dan mengiringi setiap langkah saya hingga mencapai titik ini. Terima kasih atas cinta yang tak pernah berhenti, doa yang tiada henti, dan dukungan yang menjadi fondasi utama dalam perjalanan hidup saya. Segala pencapaian ini tak lepas dari keikhlasan dan perjuangan Bapak dan Ibu.
- 2) Keluarga besar yang saya kasihi, yang selalu menjadi tempat berpulang, sumber semangat, dan penguat dalam suka maupun duka. Terima kasih atas kebersamaan, dukungan moril, serta doa yang senantiasa menyertai.
- 3) Dosen pembimbing Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes., yang saya hormati, atas bimbingan, ilmu, kesabaran, dan arahan yang sangat berarti dalam

proses penyusunan karya tulis ilmiah ini. Terima kasih atas perhatian dan dedikasi yang telah Ibu berikan dalam membimbing saya hingga tahap akhir penyelesaian karya ini.

- 4) Rekan-rekan seperjuangan, yang telah menemani proses ini dengan semangat, kerja sama, diskusi yang membangun, serta kebersamaan yang penuh arti. Terima kasih atas dukungan dan motivasi yang diberikan sepanjang perjalanan akademik ini.
- 5) Untuk diri saya sendiri, Rahima Muliana Sari, atas segala kerja keras dan semangatnya yang tidak menyerah dalam mengerjakan karya tulis ilmiah ini. Terima kasih kepada diri saya sendiri yang sudah kuat melewati semua lika liku dalam kehidupan hingga sekarang ini. Terima kasih pada raga dan jiwa yang masih kuat dan waras hingga sekarang. Saya bangga kepada saya sendiri! pada akhirnya bisa berada di fase yang sekarang ini, untuk kedepannya raga yang kuat, hati yang selau tegar, Mari berkerjasama untuk berkembang menjadi pribadi yang jauh lebih baik lagi.

ABSTRAK

Rahima Muliana Sari (2025). Asuhan Keperawatan Ibu Post Partum Di Ruang Sakura RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus, Program Studi D-3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek, Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. Pembimbing: Ns.Rahayu Niningasih,S., Kep., M.Kep

Masa postpartum adalah periode kritis setelah persalinan hingga organ reproduksi kembali seperti sebelum hamil. Selama masa ini, ibu mengalami berbagai perubahan fisiologis, psikologis, dan sosial yang memerlukan perhatian khusus. Penelitian ini bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif serta menganalisis kesenjangan antara teori dan praktik pada ibu postpartum di Ruang Sakura RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Metode yang digunakan adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Partisipan adalah ibu postpartum (spontan atau SC) 6–8 jam setelah melahirkan, kooperatif, sadar penuh, dan bersedia memberikan informasi. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, pemeriksaan fisik, observasi, dan dokumentasi. Hasil penelitian menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan praktik, terutama pada sistem kardiovaskular. Diagnosa utama yang ditemukan adalah nyeri akut dan ansietas. Intervensi disusun berdasarkan teori dan diimplementasikan sesuai kondisi klien. Evaluasi dilakukan selama tiga hari menggunakan format SOAP. Kesimpulannya, asuhan keperawatan yang tepat sangat penting dalam mempercepat pemulihan ibu, mencegah komplikasi, serta meningkatkan kesiapan menghadapi masa nifas. Dukungan fisik dan emosional dari perawat berperan besar dalam membantu ibu beradaptasi dengan peran barunya.

Kata kunci: Asuhan Keperawatan, Pasien, Post Partum

ABSTRAC

Rahima Muliana Sari (2025). Nursing Care for Postpartum Mothers in the Sakura Ward of Dr. Soedomo Regional Hospital, Trenggalek. Case Study Scientific Paper, Diploma III Nursing Program, Trenggalek Campus, Department of Nursing, Health Polytechnic of the Ministry of Health Malang. Advisor: Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kep.

The postpartum period is a critical phase following childbirth until the reproductive organs return to their pre-pregnancy state. During this time, mothers undergo various physiological, psychological, and social changes that require special attention. This study aims to provide comprehensive nursing care and analyze the gap between theory and practice in postpartum mothers in the Sakura Ward of Dr. Soedomo Regional Hospital, Trenggalek. The method used is descriptive qualitative with a case study approach. Participants were postpartum mothers (either spontaneous or via cesarean section) 6–8 hours after delivery, cooperative, fully conscious, and willing to provide information. Data were collected through interviews, physical examinations, observations, and documentation. The results showed a gap between theory and practice, particularly in the cardiovascular system. The main diagnoses identified were acute pain and anxiety. Interventions were formulated based on theory and implemented according to the client's condition. Evaluation was conducted over three days using the SOAP format. In conclusion, appropriate nursing care is essential for accelerating maternal recovery, preventing complications, and increasing readiness for the postpartum period. Physical and emotional support from nurses plays a significant role in helping mothers adapt to their new roles.

Keywords: Nursing Care, Patient, Post Partum

DAFTAR ISI

Contents

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU <i>POST PARTUM</i> DI RUANG SAKURA RSUD DR. SOEDOMO TRENGGALEK	i
CURRICULUM VITAE.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR.....	vi
MOTTO	viii
PERSEMBAHAN	ix
ABSTRAK	xi
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR.....	xix
DAFTAR SINGKATAN.....	xx
DAFTAR ISTILAH	xxi
BAB 1	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Batasan Masalah	5
1.3 Rumusan Masalah	5
1.4 Tujuan Penelitian.....	5
1.4.1. Tujuan Umum	5
1.4.2. Tujuan Khusus	5
1.5 Manfaat Penelitian.....	6
1.5.1. Manfaat Teoritis.....	6
1.5.2. Manfaat Praktis.....	6
BAB 2	8
TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Dasar <i>Post Partum</i>	8
2.1.1 Pengertian <i>Post Partum</i>	8
2.1.2 Tahapan Masa Nifas	8

2.1.3 Perubahan perubahan yang terjadi selama post partum.....	9
2.1.4 Tanda-tanda Bahaya Masa Nifas	23
2.1.5 Komplikasi.....	24
2.1.6 Perawatan diri pada ibu selama masa nifas	31
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	33
2.1.8 Patofisiologi.....	35
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada Ibu <i>Post Partum</i>	38
2.2.1. Pengkajian	38
2.2.2. Analisa Data.....	49
2.2.3. Diagnosa Keperawatan.....	50
2.2.4. Rencana Keperawatan (Intervensi).....	55
2.2.5. Tindakan Keperawatan (Implementasi)	63
2.2.6. Evaluasi	63
BAB 3	65
METODE PENELITIAN	65
3.1 Desain Penelitian	65
3.2 Batasan Istilah	66
3.3 Partisipan.....	66
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	67
3.4.1. Lokasi	67
3.4.2. Waktu	67
3.5 Prosedur Pengumpulan Data	67
3.6 Uji Keabsahan Data.....	70
3.7 Analisa Data	71
3.8 Etika Penelitian	72
3.8.1. <i>Informed consent</i>	73
3.8.2. <i>Anonymity</i> (tanpa nama)	73
3.8.3. <i>Confidentiality</i> (kerahasiaan)	73
BAB 4.....	74
HASIL DAN PEMBAHASAN	74
4.1. Hasil.....	74
4.1.1. Gambaran Lokasi Penelitian	74
4.1.2. Pengkajian	74
4.1.3. Analisa Data	88
4.1.4. Diagnosa Keperawatan.....	90

4.1.5. Intervensi Keperawatan.....	92
4.1.6. Implementasi Keperawatan.....	97
4.1.7. Evaluasi.....	99
4.1.8. Catatan Perkembangan.....	100
4.2. Hasil Analisis Asuhan Keperawatan.....	103
4.3. Pembahasan.....	111
4.3.1. Pengkajian	111
4.3.2. Diagnosa Keperawatan	111
4.3.1. Intervensi Keperawatan	112
4.3.2. Implementasi	112
4.3.3. Evaluasi	113
BAB 5	115
KESIMPULAN DAN SARAN	115
5.1. Kesimpulan	115
5.1.1. Pengkajian	115
5.1.2. Diagnosa	115
5.1.3. Intervensi	115
5.1.4. Implementasi	115
5.1.5. Evaluasi	116
5.2. Saran	117
5.2.1. Bagi Institusi Rumah Sakit	117
5.2.2. Bagi Penulis	117
5.2.3. Bagi Peneliti Selanjutnya	117
5.2.4. Bagi Institusi Pendidikan	118
5.2.5. Bagi Pasien	118
DAFTAR PUSTAKA	119
DAFTAR LAMPIRAN	122

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Persetujuan (<i>Informed Concend</i>).....	122
Lampiran 2 surat mencari data dan ijin melaksanakan penelitian	124
Lampiran 3 surat persetujuan penelitian	125
Lampiran 4 Format Pengkajian.....	126
Lampiran 5 Lembar konsultasi.....	140

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tinggi <i>fundus uteri</i> pada masa <i>nifas</i>	10
Tabel 2.2 <i>Lochea</i> pada masa <i>nifas</i>	13
Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan.....	55
Tabel 4.1 Identitas Pasien.....	74
Tabel 4.2 Riwayat Menstruasi.....	75
Tabel 4.3 Riwayat Kehamilan.....	75
Tabel 4.4 Perwayat Persalinan.....	76
Tabel 4.5 Post Partum sekarang	77
Tabel 4.6 Kesanggupan pengetahuan dalam merawat bayi	78
Tabel 4.7 Riwayat keluar berencana	78
Tabel 4.8 Riwayat Kesehatan	78
Tabel 4.9 Riwayat Lingkungan.....	79
Tabel 4.10 Aspek Psikososial.....	79
Tabel 4.11 Pola nutrisi.....	80
Tabel 4.12 Pola BAK.....	80
Tabel 4.13 Pola BAB.....	80
Tabel 4.14 Pola mandi.....	81
Tabel 4.15 Pola oral hygiene.....	81

Tabel 4.16 Pola cuci rambut.....	81
Tabel 4. 17 pola istirahat tidur.....	82
Tabel 4.18 Pola aktivas dan Latihan.....	82
Tabel 4.19 Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan.....	83
Tabel 4.20 Pemeriksaan fisik	83
Tabel 4.21 Pemeriksaan laboratorium	85
Tabel 4.22 Terapi.....	87
Tabel 4.23 Analisa Data.....	88
Tabel 4.24 Diagnosa Keperawatan.....	90
Tabel 4.25 Intervensi Keperawatan.....	92
Tabel 4.26 Implementasi keperawatan.....	96
Tabel 4.27 Evaluasi Keperawatan.....	98
Tabel 4.28 Catatan perkembangan.....	99
Tabel 4.29 Hasil Analisa.....	102

DAFTAR GAMBAR

2.1 Skema Post Partum (Arma et al.,2015).....	35
---	----

DAFTAR SINGKATAN

ASI	: Air Susu Ibu
CRT	:Capillary Refill Time
FSH	:Follicle stimulating hormone
HCG	: Human Chorionic Gonadotropin
HPL	:Human Placental Lactogen
LH	:Luteinizing hormone
MAP	:Mean Arterial Pressure
MmHg	:Milimeter Merkuri
NaCl	:Natrium Chlorida
SOAP	: Subjektif, Objektif, Assessment, Planing
TD	:Tekanan Darah
TTV	: Tanda Tanda Vital
WHO	:World Health Organization

DAFTAR ISTILAH

Abdomen	: Perut
Anoreksia	:Kehilangan nafsu makan
Bradikardi	: kondisi jantung yang berdetak lebih lambat dari normal
Decidua basalis	:Membran mukosa rahim
Defekasi	:Buang Air Besar
Edema	:Pengumpulan cairan secara abnormal dalam ruang jaringan intraseluler tubuh
Ekstremitas	:Bagian tubuh yang dapat digerakkan berupa lengan dan kaki
Endometrium	: lapisan terdalam pada rahim dan tempatnya menempelnya ovum yang telah dibuahi.
Episiotomi	:sayatan yang dibuat diantara vagina dan anus
Eritrosit	:Sel darah merah
Etiologi	:Penyebab
Gastrointestinal	:lambung
Genogram	:Jenis pohon keluarga tertentu yang menunjukkan informasi tentang riwayat genetik seseorang

Himen	:selaput dara
Holistik	:kesatuan utuh
Intake	:Memaksukkan makanan/cairan ke dalam tubuh
Intervensi	:Merencanakan
Involusi uteri	: kembalinya alat kandungan atau uterus dan jalan lahir setelah bayi dilahirkan
Iskemia	:Defisiensi darah pada suatu fungsional
Kardiovaskuler	: Jantung
Konstipasi	: Keadaan sulit buang air besar
Kontraktur	: kekakuan jaringan tubuh yang seharusnya bersifat fleksibel.
Leukositosis	: jumlah sel darah putih terlalu banyak.
Mastitis	:peradangan pada payudara
Miksi	:Buang air kecil
Muskuloskeletal	:Sistem yang terdiri dari otot,tulang dan sendi
Ovulasi	:Proses pelepasan sel telur
Patella	: Tulang tempurung lutut

Perfusi	: proses dimana darah deoksigenasi mengalir ke paru dan mengalami reoksigenasi atau dapat dikatakan sebagai sirkulasi darah di dalam pembuluh kapiler paru.
Persepsi	: Pengalaman tentang suatu peristiwa
Respirasi	: Pernafasan
Rugae	: Lipatan vagina
Strechmark	: garis garis beruntai di permukaan kulit
Vena	: Pembuluh darah

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masa nifas atau *post partum* merupakan keadaan serius bagi ibu setelah melahirkan bayi. Karena dalam masa nifas ini terdapat dua dampak, yaitu perubahan fisik dan psikologis. Perubahan fisik dalam *post partum* meliputi perubahan tubuh seperti perubahan berat badan, perubahan payudara, serta munculnya *stretchmark*. Sedangkan perubahan psikologis berupa penyesuaian peran baru sebagai ibu. Kondisi ini umumnya menjadi beban psikologi karena adaptasi baru bagi perempuan mengingat kurangnya pengetahuan ibu mengenai tugas dan perawatan bayi. Anggapan bahwa pasien *Post Partum* harus dilayani sepenuhnya termasuk bayinya. Orang tua dan mertua sering memberikan nasihat dan bimbingan bahkan bantuan dalam merawat bayi mereka, sehingga ibu merasa ada yang diandalkan dan menjadikannya kurang mandiri bahkan tidak bisa merawat bayinya sendiri tanpa bantuan orang lain. Beberapa penyesuaian dibutuhkan oleh seorang wanita dalam menghadapi aktivitas dan peran barunya sebagai ibu pada beberapa minggu atau bulan pertama setelah melahirkan, baik dari segi fisik maupun psikologis. Pentingnya aspek bagi ibu *post partum* yaitu untuk membantu ibu beradaptasi pada masa transisi setelah kelahiran anak dan tuntutan menjadi orang tua. Dalam hal ini perawat mempunyai peran penting untuk memberikan asuhan keperawatan, guna memandirikan ibu *post partum* dalam merawat bayinya.

Berdasarkan data World Health Organization terdapat 280 juta ibu nifas di tahun 2022 (WHO, 2023). Menurut data Profil Kesehatan Indonesia, angka ibu nifas mencapai 4.107.917 juta pada tahun 2022 dari 34 Provinsi di Indonesia (Kemenkes RI, 2023). Pada tahun 2022 di Provinsi Jawa Timur jumlah ibu melahirkan sebanyak 527.561 (Kemenkes RI, 2023). Berdasarkan, data yang di dapat di Ruang Sakura pada bulan Februari-Maret 2025 terdapat 320 ibu yang melahirkan di ruang Sakura RSUD Dr.Soedomo Trenggalek (Ruang Sakura RSUD Dr.Soedomo Trenggalek,2025).

Setelah melahirkan, ibu mengalami sejumlah perubahan yang signifikan dalam kehidupannya. Pada masa nifas ini terjadi dua perubahan yaitu perubahan fisik dan psikologis. Pada perubahan fisik ini payudara ibu post partum mengalami pembengkakan, memerah, nyeri, dan ukurannya bertambah besar. Selain itu, ibu yang mengalami persalinan normal akan mengalami perubahan pada vaginanya. Persalinan normal ini menyebabkan vagina terasa longgar dan ukurannya menjadi besar. Sementara itu pada perineum mengalami robekan akibat pengeluaran bayi sehingga akan menimbulkan rasa nyeri setelah persalinan. Selain itu dinding perut ibu post partum akan menjadi longgar, kendur, dan melebar akibat peregangan yang begitu lama selama hamil, keadaan ini akan pulih selama 6 minggu setelah persalinan. Perubahan fisik tersebut dapat mempengaruhi citra tubuh ibu *post partum*. Perubahan citra tubuh akan menghasilkan sikap positif dan negatif. Ibu dengan sikap positif menikmati perannya sebagai seorang ibu, memiliki rasa percaya diri dalam mengatur perilakunya, dan dapat melewati tantangan dalam membesarkan anak sehingga ibu dapat menjalani hidupnya

dengan senang. Disamping itu, ibu yang memiliki citra tubuh negatif merasa tidak puas terhadap bentuk tubuh dan penampilannya. Sedangkan perubahan psikologis, ada 3 proses adaptasi yaitu *fase taking in*, *fase taking hold*, dan *fase letting go*. *Fase taking in* adalah tahap awal dalam adaptasi psikologis ibu pasca melahirkan, di mana ibu lebih fokus pada dirinya sendiri dan proses pemulihan setelah melahirkan. Pada tahap ini, ibu biasanya pasif, introspektif, dan bergantung pada orang lain untuk memenuhi kebutuhan dirinya serta bayinya. berlangsung selama 1-2 hari. *Fase taking hold* adalah periode di mana ibu secara bertahap beralih dari fokus pada dirinya sendiri ke fokus pada bayinya. Pada tahap ini, ibu mulai merasa lebih percaya diri dalam peran barunya, meskipun masih memerlukan dukungan dan bimbingan. periode ini berlangsung selama 3-10 hari. Dan yang terakhir, masa *letting go*. Pada fase ini ibu sudah bisa menikmati dan menyesuaikan diri dengan tanggung jawab peran barunya. Selain itu keinginan untuk merawat bayi secara mandiri serta bertanggung jawab terhadap diri dan bayinya sudah meningkat. Periode ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Dalam hal ini peran perawat yaitu membantu mengatasi gangguan fisik dan psikologis pada ibu post partum. Oleh karena itu, asuhan keperawatan memiliki peran penting untuk mengatasi masalah ibu post partum.

Fungsi perawat terdiri dari independen dan dependen. Fungsi independen ialah fungsi mandiri dan tidak tergantung pada orang lain, dimana perawat dalam menjalankan tugasnya dilakukan secara sendiri dengan keputusan sendiri dalam melakukan tindakan untuk memenuhi

kebutuhan dasar manusia. Dalam memberikan asuhan keperawatan pada ibu *post partum* fungsi independen perawat diantaranya yaitu pemantauan tanda vital guna mengukur tekanan darah, suhu tubuh, denyut nadi, dan pernapasan untuk memastikan ibu dalam kondisi stabil. Membantu perawatan luka operasi caesar atau luka episiotomi. Memberikan edukasi tentang kebutuhan gizi ibu untuk mempercepat pemulihan, mendukung produksi ASI, dan menjaga kesehatan ibu. Dukungan menyusui berguna untuk membantu ibu memahami posisi menyusui yang benar dan mengedukasi ibu tentang pentingnya ASI eksklusif selama 6 bulan pertama. Sedangkan fungsi dependen fungsi perawat dalam melakukan kegiatannya atas instruksi dari perawat lain. Fungsi perawat dependen yakni melaksanakan pemberian obat sesuai dengan resep dokter untuk membantu pemulihan ibu setelah melahirkan. Perawat juga bertugas memantau kondisi fisik ibu sesuai arahan dokter untuk mendeteksi komplikasi atau masalah. Oleh karena itu, penting untuk memberikan solusi komprehensif untuk membantu ibu melewati masa *post partum*. Solusinya tidak hanya berfokus pada pemulihan fisik, tetapi juga mencakup strategi emosional, mental, dan praktis dalam mengasuh dan memelihara hubungan keluarga. Dengan pendekatan holistik, ibu dapat menjalani masa pasca persalinan yang lebih baik, lebih sehat, dan lebih bahagia. Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Ibu *Post Partum* di Ruang Sakura RSUD dr. Soedomo Trenggalek".

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah adalah ruang lingkup masalah atau upaya membatasi ruang lingkup masalah yang terlalu luas atau lebar sehingga penelitian lebih fokus dilakukan.

Masalah pada studi kasus ini dibatasi pada Asuhan Keperawatan pada Ibu Post Partum 6-8 jam setelah melahirkan di Ruang Sakura RSUD Dr. Soedomo Trenggalek

1.3 Rumusan Masalah

Rumusan masalah merupakan pertanyaan yang lengkap dan rinci mengenai ruang lingkup masalah yang akan diteliti didasarkan atas identifikasi masalah dan pembatasan masalah. Berdasarkan uraian tersebut pertanyaan masalah dapat dirumuskan sebagai berikut :

“Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Ibu Post Partum di Ruang Sakura RSUD Dr. Soedomo Trenggalek?”

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif serta menganalisa kesenjangan antara fakta dan teori pada Ibu Post Partum di Ruang Sakura Dr. Soedomo Trenggalek

1.4.2. Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada Ibu Post Partum dengan di ruang Sakura RSUD Dr. Soedomo Trenggalek
- 2) Menetapkan diagnosa keperawatan pada Ibu Post Partum dengan di ruang Sakura RSUD Dr. Soedomo Trenggalek

- 3) Menyusun perencanaan keperawatan Ibu Post Partum dengan di ruang Sakura RSUD Dr. Soedomo Trenggalek
- 4) Melaksanakan tindakan keperawatan pada Ibu Post Partum dengan di ruang Sakura RSUD Dr. Soedomo Trenggalek
- 5) Mengevaluasi tindakan keperawatan pada Ibu Post Partum dengan di ruang Sakura RSUD Dr. Soedomo Trenggalek
- 6) Melakukan analisis antara teori dan fakta pada Ibu Post Partum dengan di ruang Sakura RSUD Dr. Soedomo Trenggalek

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan untuk mengembangkan ilmu keperawatan maternitas khususnya asuhan keperawatan ibu post partum.

1.5.2. Manfaat Praktis

- 1) Bagi Institusi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan masukan dan evaluasi dalam pelaksanaan praktik keperawatan khususnya pada ibu post partum.

- 2) Bagi Profesi Keperawatan

Hasil penelitian ini memberikan kontribusi bagi profesi keperawatan dalam pengembangan pelayanan medis terkait asuhan keperawatan pada ibu post partum.

3) Bagi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan masukan dalam karya keperawatan dan sebagai bahan perkuliahan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pada ibu post partum.

4) Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai pengalaman pembelajaran dalam asuhan keperawatan pada ibu post partum serta dalam pengembangan penerapan ilmu yang diperoleh dapat menambah pengetahuan dan pemahaman bagi penulis.

5) Bagi penelitian yang akan datang

Hasil penelitian ini memberikan data untuk penelitian keperawatan masa depan pada ibu post partum.

6) Bagi Klien

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi atau wawasan dalam penatalaksanaan pada ibu post partum.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar *Post Partum*

2.1.1 Pengertian Post Partum

Masa nifas (puerperium) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil, lama masa nifas yaitu 6-8 minggu (Ulfa et al., 2019). Masa nifas menurut (Purwoastuti & Walyani, 2015), adalah masa setelah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu.

2.1.2 Tahapan Masa Nifas

Menurut (Dewi Ciselia & Vivi Oktari, 2021) tahapan masa nifas dibagi menjadi 4 yaitu:

1) Periode Immediate Postpartum

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini merupakan fase kritis, sering terjadi insiden perdarahan postpartum karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan perlu melakukan pemantauan secara kontinu, yang meliputi; kontraksi uterus, pengeluaran lochia, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.

2) Periode Early Postpartum (>24 jam-1 minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) Periode Late Postpartum (>1 minggu-6 minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling perencanaan KB.

4) Remote Pueperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki penyulit atau komplikasi.

2.1.3 Perubahan perubahan yang terjadi selama post partum

2.1.3.1 Perubahan fisiologis

Pada masa nifas, terjadi perubahan-perubahan anatomi dan fisiologi pada ibu diantaranya adalah:

1) Perubahan Sistem Reproduksi

a) *Involusi Uterus*

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil (Yuliana & Hakim, 2020).

Proses *involusi uterus* sebagai berikut:

1) *Iskemia Miometrium*

Hal ini disebabkan oleh *kontraksi* dan *relaksasi* yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran *plasenta*

sehingga membuat *uterus* menjadi *relative anemi* dan menyebabkan serat otot *atrofi*.

2) *Atrofi Jaringan*

Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian *hormone estrogen* saat pelepasan *plasenta*.

3) *Autolysis*

Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi didalam otot *uterus*. *Enzim proteolitik* akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali dari panjang sebelum hamil yang terjadi selama proses kehamilan.

4) *Efek Oksitosin*

Oksitosin menyebabkan terjadinya *kontraksi* dan *retraksi* otot *uterus* sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke *uterus*. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan. Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selam post partum adalah sebagai berikut:

<i>Involusi Uteri</i>	<i>Tinggi Fundus Uteri</i>	<i>Berat Uterus</i>	<i>Diameter Uterus</i>
<i>Plasenta Lahir</i>	Setinggi pusat	100 gram	12,5 cm
7 hari (minggu 1)	Pertengahan pusat dan <i>simfisis</i>	500 gram	7,5 cm

14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

Tabel 2.1 Tinggi *fundus uteri* pada masa *nifas*b) *Involusi Tempat Plasenta*

Uterus pada bekas *implantasi plasenta* merupakan luka kasar dan menonjol ke dalam *kavum uteri*. Segera setelah plasenta lahir, dengan cepat luka luka mengecil, pada akhir *nifas* 1-2 cm. Penyembuhan luka bekas *plasenta* mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh *thrombus*. Luka bekas *plasenta* tidak meninggalkan parut. Hal ini, disebabkan karena diikuti pertumbuhan *endometrium* baru dibawah permukaan luka. *Regenerasi endometrium* terjadi ditempat *implantasi plasenta* sekitar 6 minggu. Pertumbuhan kelenjar *endometrium* ini berlangsung di dalam *decidua basalis*. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat *implantasi plasenta* hingga terkelupas dan tak dipakai lagi pada pembuangan *lochea*.

c) *Perubahan Ligamen*

Setelah bayi lahir, *ligamen* dan *diafragma pelvis fasia* yang meregang sewaktu kehamilan dan ketika melahirkan akan kembali seperti sedia kala. Perubahan *ligamen* dapat terjadi pasca melahirkan antara lain *ligamentum rotundum* menjadi

kendor mengakibatkan letak *uterus* menjadi *retrofleksi*, *ligamen fasia*, jaringan penunjang alat *genetalia* menjadi kendor.

d) Perubahan Pada *Serviks*

Segera setelah melahirkan, *serviks* menjadi lembek, kendor, terkulai dan berbentuk corong. Hal ini disebabkan *korpus uteri* berkontraksi sedangkan *serviks* tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antar *korpus* dan *serviks uteri* berbentuk cincin. Warna *serviks* merah kehitam-hitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa dapat masuk 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk, karena *hiperpalapasi* dan *retraksi serviks*, robekan *serviks* akan sembuh. Selesai *involusi*, *ostium eksternum* lebih besar dan terdapat robekan dipinggirnya terutama bagian samping.

e) *Lochea*

Terjadi karena *involusi uteri*, lapisan luar *desidua* yang mengelilingi situs *plasenta* akan menjadi *nekrotik*. *Desidua* yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Percampuran antara darah dan *desidua* inilah yang dinamakan dengan *lochea*. *Lochea* adalah *ekskresi* cairan rahim selama masa *nifas* dan mempunyai *reaksi* basa atau *alkalis* yang membuat *organisme* berkembang lebih pesat dan pada kondisi asam yang terdapat dalam *vagina* normal.

Lochea mempunyai bau amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. *Lochea* mengalami perubahan karena *invulusi*. Pengeluaran *lochea* dibagi menjadi *lochea rubra*, *sanguilenta*, *serosa*, dan *alba*. Perbedaan *lochea* sebagai berikut:

<i>Lochea</i>	Waktu	Warna	Ciri-ciri
<i>Rubra</i>	1-3 hari	Merah	Terdiri dari sel <i>desidua</i> , verniks <i>caseosa</i> , rambut lanugo, sisa <i>meconium</i> , dan sisa darah.
<i>Sanguilenta</i>	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
<i>Serosa</i>	7-14 hari	Kekuningan atau kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari <i>leukosit</i> dan <i>robekan laserasi plasenta</i>
<i>Alba</i>	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati

Tabel 2.2 *Lochea* pada masa *nifas*

Umumnya jumlah *lochea* lebih sedikit apabila seorang Wanita post partum dalam berbaring daripada berdiri. Hal ini terjadi akibat pembuangan bersatu dengan vagina bagian atas saat seorang wanita dalam posisi berbaring, kemudian akan mengeluarkan saat seorang wanita dalam posisi berbaring lalu akan mengalir keluar saat berdiri. Total jumlah rata-rata pengeluaran *lochea* sekitar 240-270 ml (Yuliana & Hakim, 2020).

f) *Vulva, Vagina dan Perineum*

Proses persalinan *vulva vagina* mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini akan kembali dalam keadaan kendur. *Rugae* timbul kembali pada minggu ketiga. *Himen* tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi *karankulae mitiformis* yang khas bagi seorang wanita *multipara*. Ukuran *vagina* akan selalu lebih besar dibandingkan saat keadaan sebelum persalinan pertama. Perubahan pada *perineum* *pasca* melahirkan terjadi pada saat *perineum* mengalami robekan. Robekan jalan lahir terjadi pada saat *perineum* mengalami robekan karena proses persalinan spontan. Ketika dalam persalinan dilakukan secara pembedahan abdomen tidak akan terjadi robekan pada *perineum*.

2) Pada Sistem Pencernaan

Sistem *gastrointestinal* selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar *progesteron* yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan *kolesterol* darah, dan melambatkan *kontraksi* otot-otot polos. *Pasca* melahirkan kadar *progesteron* mulai menurun, namun faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal.

3) Pada Sistem *Perkemihan*

Pada masa hamil terjadi perubahan *hormonal* yaitu saat kadar *steroid* tinggi akan berperan meningkatkan fungsi ginjal. Sebaliknya saat *pasca* melahirkan kadar *steroidnya* menurun akan mengakibatkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal akan kembali normal pada waktu 1 bulan setelah seorang wanita melahirkan. Urin dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan.

4) Pada Sistem *Muskuloskeletal*

Perubahan sistem *muskuloskeletal* terjadi pada saat umur kehamilan semakin bertambah. Adaptasi *muskuloskeletal* mencakup: peningkatan berat badan, bergesernya pusat akibat pembesaran rahim, *relaksasi* dan *mobilisasi*. Saat post partum sistem *musculoskeletal* akan berangsur-angsur pulih. *Ambulasi* dini dilakukan segera setelah melahirkan untuk membantu mencegah komplikasi dan mempercepat *involusi uteri*.

5) Pada Sistem *Endokrin*

Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem *endokrin*. Hormon-hormon yang berperan, antara lain:

a) *Hormon Plasenta*

Ketika plasenta keluar dari dinding uterus, tingkat hormone HCG, HPL, estrogen, dan progesterone di dalam darah ibu akan menurun cepat, normalnya setelah 7 hari post partum.

b) Hormon Pituitary

Hormon pituitary antara lain adalah hormon prolaktin, FSH (Follicle stimulating hormone) dan LH (Luteinizing hormone). Pasca persalinan, hormon prolaktin dalam tubuh akan meningkat dengan cepat, sedangkan pada wanita yang tidak menyusui hormon prolaktin akan menurun dalam waktu 2 minggu. Hormon prolaktin berfungsi dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. Sedangkan FSH dan LH akan meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke-3 dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c) Hormon Pituitary Ovarium

Hormon ini akan mempengaruhi lamanya seorang wanita akan mendapatkan siklus menstruasinya, baik pada wanita yang menyusui atau wanita yang tidak menyusui. 16% pada wanita yang menyusui 16 akan mendapatkan menstruasi pada 6 minggu pasca melahirkan dan 45% setelah 12 minggu pasca melahirkan. Sedangkan 40% wanita yang tidak menyusui akan mendapatkan menstruasinya setelah 6 minggu pasca persalinan dan berkisar 90% setelah 24 minggu pasca melahirkan. Seringkali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesteron dalam tubuh.

d) *Hormon Oksitosin*

Oksitosin dikeluarkan oleh glandula pituitari posterior dan bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Pada ibu menyusui isapan bayi merangsang keluarnya oksitosin lagi yang dapat membantu pengeluaran ASI dan kembalinya uterus ke bentuk normal.

e) *Hormon Estrogen dan Progesteron*

Terjadi penurunan secara mencolok setelah plasenta keluar sehingga aktivitas prolaktin meningkat dapat mempengaruhi kelenjar mammae dalam produksi ASI. Kadar terendahnya dicapai kira-kira satu minggu postpartum. Penurunan kadar estrogen berkaitan dengan pembengkakan payudara dan diuresis cairan ekstraseluler berlebih yang terakumulasi selama masa hamil. Pada wanita yang tidak menyusui kadar estrogen mulai meningkat pada minggu kedua setelah melahirkan dan lebih tinggi daripada wanita yang menyusui pada pasca partum hari ke-17.

6) Pada Tanda-Tanda Vital

Pada masa *nifas*, tanda-tanda vital yang harus dikaji antara lain:

a) Tekanan Darah

Tekanan darah adalah tekanan yang dialami darah pada pembuluh arteri ketika darah dipompa oleh jantung ke seluruh anggota tubuh manusia. Tekanan darah normal manusia adalah sistolik antara 90-120 mmHg dan diastolic

antara 60-80 mmHg. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah. Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan oleh pendarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya preeklamsia post partum. Namun hal ini sangat jarang terjadi.

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Pasca melahirkan denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit harus waspada dengan kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.

c) Suhu Badan

Suhu tubuh seorang wanita inpartu tidak lebih dari 37,5° Celcius. Pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,5° Celcius dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini terjadi akibat kerja keras ibu sewaktu melahirkan, kehilangan cairan maupun kelelahan. Kurang lebih pada hari ke-4 post partum, suhu badan akan naik lagi. Hal ini diakibatkan adanya pembentukan ASI, kemungkinan infeksi pada endometrium, masitis, traktus genitalis ataupun system lain. Apabila kenaikan suhu diatas 38° Celcius maka harus waspada terhadap terjadinya infeksi post partum.

d) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16x per menit sampai 24x per menit. Pernafasan ibu post partum umumnya lambat atau normal. Hal ini diakibatkan ibu dalam tahap pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Keadaan pernafasan berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Ketika suhu dan nadi tidak normal, pernafasan akan mengikuti tidak normal. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat kemungkinan terdapat tanda-tanda syok.

7) Pada Sistem *Kardiovaskuler*

Volume darah normal yang diperlukan plasenta dan pembuluh darah teri meningkat selama kehamilan. Diuresis terjadi akibat adanya penurunan hormone esterogen yang dengan cepat mengurangi volume plasma menjadi normal kembali. Meskipun kadar esterogen menurun selama nifas, kadarnya masih tetap tinggi daripada normal. Plasma darah tidak banyak mengandung cairan sehingga daya koagulasi meningkat. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama kelahiran bayi. Masa ini ibu banyak mengeluarkan jumlah urine. Hilangnya progesterone membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan selama kehamilan bersama-sama dengan trauma selama persalinan. Kehilangan darah saat persalinan per vagina sekitar 300-400 cc, sedangkan

kehilangan darah dengan persalinan *sectio caesaria* menjadi 2x lipat. Persalinan per vagina, hemokonsentrasi akan mengalami kenaikan dan persalinan *sectio caesaria*, hemokonsentrasi cenderung stabil dan akan kembali normal setelah 4-6 minggu. Pasca melahirkan, shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relative akan bertambah. Keadaan ini menimbulkan dekompensasi kardis pada penderita *vitum cordial*. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi, sehingga volume darah akan kembali ke sediakala. Umumnya hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai hari ke-5 post partum.

8) Pada Sistem *Hematologi*

Pada minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama post partum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis adalah meningkatnya jumlah sel-sel darah putih sebanyak 15.000 selama persalian. Jumlah leukosit akan tetap tinggi selama beberapa hari pertama masa post partum. Jumlah sel darah putih akan tetap bisa naik sampai 25.000-30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika seorang wanita tersebut mengalami persalinan lama. Pada awal post partum, jumlah hemoglobin, hematokrit dan eritrosit sangat

bervariasi. Hal ini disebabkan volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Tingkatan ini dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi dari seorang wanita tersebut. Jika hematokrit pada hari pertama/dua lebih rendah dari titik 2% atau lebih tinggi dari pada saat memasuki persalinan awal maka pasien dianggap telah kehilangan darah yang cukup banyak. Titik 2% kurang lebih sama dengan kehilangan 500 ml darah. Penurunan volume dan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 post partum dan akan kembali normal pada 4-5 minggu post partum. Jumlah kehilangan darah selama masa persalinan kurang lebih 200-500 ml. Minggu pertama post partum sekitar 500-800 ml dan selama sisa masa nifas sekitar 500 ml.

2.1.3.2 Perubahan Psikologis Ibu Post Partum

Perubahan adaptasi psikologis ibu post partum dibagi menjadi 3 tahap menurut (Purwanto & Rahayu, 2019) yaitu :

1) Fase *Taking In*

Fase ini dapat terjadi pada hari ke-1-2 pasca persalinan. Pada fase ini, ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir. Ketidaknyamanan fisik yang dialami ibu pada fase ini seperti rasa mules, nyeri pada jahitan, kurang tidur dan kelelahan merupakan sesuatu yang tidak dapat dihindari. Kondisi ini mendorong ibu cenderung menjadi pasif.

Pada fase ini petugas kesehatan harus menggunakan pendekatan yang empatik agar ibu dapat melewati fase ini dengan baik

2) Fase *Taking Hold*

Fase ini dapat terjadi pada hari ke-3-10 pasca persalinan. Secara bertahap tenaga ibu mulai meningkat dan merasa nyaman, ibu sudah mulai mandiri namun masih memerlukan bantuan, ibu sudah mulai memperlihatkan perawatan diri dan keinginan untuk belajar merawat bayinya. Pada fase ini pula ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Peran pendamping dan keluarga adalah memberikan dukungan dan komunikasi yang baik agar ibu merasa mampu melewati fase ini. Tugas tenaga kesehatan adalah mengajarkan cara merawat bayi, cara menyusui yang benar, cara merawat luka jahitan, senam nifas, memberikan health promotion yang dibutuhkan ibu seperti gizi, istirahat, kebersihan diri dan lain-lain

3) Fase *Letting Go*

Fase *letting go* yaitu periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Ibu memahami bahwa bayi butuh disusui sehingga siap terjaga untuk memenuhi kebutuhan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya sudah meningkat pada fase ini. Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya. Suami

dan keluarga dapat membantu merawat bayi, mengerjakan urusan rumah tangga sehingga ibu tidak terlalu terbebani.

2.1.4 Tanda-tanda Bahaya Masa Nifas

Sebagian besar kematian ibu terjadi selama masa pasca persalinan (memasuki masa nifas) karena itu sangat penting untuk mendidik para ibu dan keluarganya mengenai tanda-tanda bahaya masa nifas sehingga ibu dapat segera mencari pertolongan medis jika terdapat tanda-tanda bahaya masa nifas yang disebutkan di bawah ini:

- a) Perdarahan pervaginam yang luar biasa/tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari perdarahan biasa) memerlukan penggantian pembalut 2- 3x dalam setengah jam.
- b) Pengeluaran vagina yang baunya menusuk.
- c) Rasa sakit di bagian bawah abdomen atau punggung.
- d) Sakit kepala yang terus menerus, nyeri epigastrik.
- e) Gangguan masalah penglihatan/penglihatan kabur.
- f) Pembengkakan di wajah atau tangan.
- g) Demam, muntah, rasa sakit waktu BAK atau merasa tidak enak badan.
- h) Payudara yang berubah menjadi merah, panas atau terasa sakit.
- i) Kehilangan nafsu makan dalam waktu lama.
- j) Rasa sakit, merah, lunak atau pembengkakan pada kaki.
- k) Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya dan diri sendiri

- 1) Merasa sangat letih atau nafas terengah-engah (Bahiyatun, 2009).

2.1.5 Komplikasi

- 1) Perdarahan pervaginam post partum

Definisi perdarahan pervaginam 500 ml atau lebih, sesudah anak lahir atau kala III. Perdarahan ini bisa terjadi segera begitu ibu melahirkan (Rukiyah et al., 2009).

- a) *Early Post Partum*: terjadi 24 jam pertama setelah bayi lahir
- b) *Late Post Partum* terjadi lebih dari 24 jam pertama setelah bayi lahir

Tiga hal yang harus diperhatikan dalam menolong persalinan dengan komplikasi perdarahan post partum (Rukiyah et al., 2009).

- a) Menghentikan perdarahan.
- b) Mencegah timbulnya syok.
- c) Mengganti darah yang hilang diberi infuse cairan (larutan garam fisiologis, plasma ekspander, dextran-L, dan sebagainya), transfuse darah, kalau perlu oksigen.

Penyebab umum perdarahan post partum adalah:

- a) Atonia uteri
- b) Retensio plasenta
- c) Sisa plasenta dan selaput ketuban
 - 1) Pelekatan yang abnormal (plasenta akreta dan perkreta)
 - 2) Tidak ada kelainan pelekatan (plasenta seccenturia)

d) Trauma jalan lahir

- 1) Episiotomi yang lebar
- 2) Laserasi perineum, vagina, serviks, forniks dan rahim
- 3) Rupture uteri

e) Penyakit darah

Kelainan pembekuan darah misalnya afibrinogenemia/ hipofibrinogenemia.

2) Infeksi masa nifas

Infeksi nifas merupakan masuknya bakteri pada traktus genitalia, terjadi sesudah melahirkan, kenaikan suhu sampai 38 derajat selsius atau lebih selama 2 hari dalam 10 hari pertama post persalinan, dengan mengecualikan 24 jam pertama (Rukiyah et al., 2009).

Infeksi ini terjadi setelah persalinan, kuman masuk dalam tubuh pada saat berlangsungnya proses persalinan. Diantaranya, saat ketuban pecah sebelum maupun saat persalinan berlangsung sehingga menjadi jembatan masuknya kuman dalam tubuh lewat rahim. Jalan masuk lainnya adalah dari penolong persalinan sendiri, seperti alat-alat yang tidak steril digunakan pada saat proses persalinan.

Kuman-kuman yang sering menyebabkan infeksi antara lain adalah:

a. *Streptococcus haemoliticus anaerobic*

Masuknya secara eksogen dan menyebabkan infeksi berat. Infeksi ini biasanya eksogen (ditularkan dari penderita lain, alat-alat yang tidak suci hama, tangan penolong, infeksi tenggorokan orang lain).

b. *Staphylococcus aureus*

Masuknya secara eksogen, infeksiya sedang, banyak ditemukan sebagai penyebab infeksi di rumah sakit dan dalam tenggorokan orang-orang yang nampaknya sehat. Kuman ini biasanya menyebabkan infeksi terbatas, walaupun kadang-kadang menjadi sebab infeksi umum.

c. *Escherichia Coli*

Sering berasal dari kandung kemih dan rectum, menyebabkan infeksi terbatas pada perineum, vulva, dan endometrium. Kuman ini merupakan sebab penting dari infeksi traktus urinarius.

d. *Clostridium Welchii*

Kuman ini bersifat anaerob, jarang ditemukan akan tetapi sangat berbahaya. Infeksi ini lebih sering terjadi pada abortus kriminalis dan partus yang ditolong oleh dukun dari luar rumah sakit.

3) *Septicemia dan piemia*

Pada *septicemia*, penderita sudah sakit dan lemah. Sampai 3 hari post partum suhu meningkat dan cepat, biasanya disertai

menggigil. Selanjutnya, suhu berkisar antara 39-49C, keadaan umum cepat memburuk, nadi menjadi cepat (140-160 kali/menit atau lebih). Penderita meninggal enam sampai tujuh hari post partum. Jika ia hidup terus, gejala-gejala menjadi seperti piemia.

Pada *piemia*, penderita tidak lama setelah post partum sudah merasa sakit, perut nyeri, dan suhu agak meningkat. Akan tetapi gejala-gejala infeksi umum dengan suhu tinggi serta menggigil terjadi setelah kuman-kuman dengan embolus memasuki perdarahan umum. Suatu ciri khusus pada piemia ialah berulang-ulang suhu meningkat dengan cepat disertai menggigil, kemudian diikuti oleh turunnya suhu (Rukiyah et al., 2009).

4) *Peritonitis*

Pada *peritonitis* umum terjadi peningkatan suhu tubuh, nadi cepat dan kecil, perut kembung dan nyeri, defense musculaire. Muka yang semula kemerah-merahan menjadi pucat, mata cekung, kulit muka dingin, terdapat fasies hippocratica. Pada peritonitis yang terbatas di daerah pelvis, gejala tidak seberat peritonitis umum.

Penanganan yang dapat dilakukan adalah nasogastric suction, berikan infuse (NaCl atau Ringer Lactat), antibiotic sehingga bebas panas selama 24 jam (ampisilin 2 gr iv, kemudian 1 gr setiap 6 jam, ditambah gentamisin mg/kg BB iv dosis tunggal/hari dan metronidasol 500 mg iv setiap 8 jam).

Laparotomy dilakukan untuk pembersihan perut (peritoneal lavage) (Rukiyah et al., 2009).

5) *Selulitis pelvis*

Selulitis pelvika ringan dapat menyebabkan suhu yang meningkat dalam nifas. Bila suhu tinggi menetap lebih dari satu minggu disertai dengan rasa nyeri dikiri atau kanan dan nyeri pada pemeriksaan dalam, hal ini patut dicurigai terhadap kemungkinan selulitis pelvika. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba tahanan padat dan nyeri disebelah uterus dan tahanan ini yang berhubungan erat dengan tulang panggul, dapat meluas ke berbagai jurusan. Ditengah-tengah jaringan yang meradang itu bisa tumbuh abses (Rukiyah, 2011).

6) *Salpingitis dan ooforitis*

Gejala *salpingitis* dan *ooforitis* tidak dapat dipisahkan dari pelvio peritonitis. Penyebaran melalui permukaan endometrium. Kadang-kadang jaringan infeksi menjalar ke tuba falopi dan ovarium disini terjadi *salpingitis* dan *abfritis* yang sukar dipisahkan dari pelvio peritonitis (Rukiyah, 2011).

7) *Tromboplebitis*

Perluasan infeksi nifas yang mengikuti aliran darah di sepanjang vena dan cabang-cabangnya. Tromboplebitis, dikelompokkan sebagai berikut:

a) *Pelvio tromboflebitis*

1. Nyeri pada perut bawah atau sampan, pada hari ke 2-3 masa nifas dengan atau tanpa panas
2. Tampak sakit berat, menggigil berulang kali, suhu badan naik turun secara tajam, dapat berlangsung selama 1-3 bulan
3. Terdapat leukositosis
4. Pada pemeriksaan dalam hamper tidak ditemukan apa-apa karena yang paling banyak terkena ialah vena ovarika yang sukar pada pemeriksaan dalam

b) *Tromboflebitis femoralis*

1. Keadaan umum baik, subfebris selama 7-10 hari, kemudian mendadak naik pada hari ke 10-20, yang disertai menggigil
2. Pada salah satu kaki (biasanya kaki kiri), tanda-tanda seperti kaki sedikit fleksi dan rotasi keluar serta sulit bergerak, lebih panas dibandingkan dengan kaki yang lain. Nyeri hebat pada lipatan paha (daerah paha). Edema kadang-kadang terjadi sebelum atau setelah nyeri (Rukiyah et al., 2009).

8) *Penyakit Blues*

Post partum blues (PBB) atau sering juga disebut *out maternity blues* atau *baby blues* dimengerti sebagai suatu *sindroma* gangguan afek ringan yang sering tampak dalam minggu

pertama setelah persalinan atau pada saat fase *taking in*, cenderung akan memburuk pada hari ketiga sampai kelima dan berlangsung dalam rentang waktu 14 hari atau dua minggu pasca persalinan.

Baby blues adalah keadaan dimana seorang ibu mengalami perasaan tidak nyaman (kesedihan atau kemurungan) / gangguan suasana hati setelah persalinan, yang berkaitan dengan hubungannya dengan si bayi, ataupun dengan dirinya sendiri.

Etiologi atau penyebab pasti terjadinya post partum blues sampai saat ini belum diketahui. Namun, banyak faktor yang diduga berperan terhadap terjadinya post partum blues, anatar lain:

- a) Faktor hormonal yang berhubungan dengan perubahan kadar estrogen, progesterone, prolaktin, dan estradiol. Penurunan kadar estrogen setelah melahirkan sangat berpengaruh pada gangguan emosional pasca partum karena estrogen memiliki efek supresi aktifitas enzim monoamine oksidase yaitu suatu enzim otak yang bekerja menginaktivasi noradrenalin dan serotonin yang berperan dalam perubahan mood dan kejadian depresi
- b) Factor demografi yaitu umur dan paritas
- c) Pengalaman dalam proses kehamilan dan persalinan
- d) Latar belakang psikososial ibu, seperti tingkat pendidikan, status perkawinan, kehamilan yang tidak diinginkan, riwayat gangguan kejiwaan sebelumnya, social ekonomi

serta keadekuatan dukungan social dari lingkungannya (suami, keluarga dan teman).

e) Takut kehilangan bayinya atau kecewa dengan bayinya.

2.1.6 Perawatan diri pada ibu selama masa nifas

1) Nutrisi dan cairan

Pada masa nifas masalah diet perlu mendapat perhatian yang serius, karena dengan nutrisi yang baik dapat mencapai penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi susunan air susu. Diet yang diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, tinggi protein, dan banyak mengandung cairan, ibu yang menyusui harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari, makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, vitamin yang cukup minum setidaknya 3 liter setiap hari (Saleha, 2009).

2) Mobilisasi

Disebut juga *early ambulation*. Early ambulation adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya. Ibu post partum diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya 24-48 jam setelah melahirkan dengan miring kanan/kiri, duduk kemudian berjalan (Laili, 2016).

3) Eliminasi

a) Miksi

Miksi disebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam. Ibu diusahakan dapat buang air kecil sendiri, bila tidak dilakukan dengan tindakan dirangsang dengan mengalirkan air kran di dekat ibu atau dengan mengompres air hangat diatas simpisis, jika tidak berhasil dengan cara diatas maka dilakukan kateterisasi (Ambarwati, 2010).

b) Defekasi

Biasanya 2-3 hari post partum masih sulit buang air besar jika ibu pada hari ke-3 belum juga buang air besar maka diberikan laksan supositoria dan minum air hangat (Ambarwati, 2010).

4) Kebersihan Diri

a) Perawatan perineum

Apabila setelah buang air besar atau buang air kecil perineum dibersihkan secara rutin. Caranya dibersihkan dengan sabun yang lembut minimal 1x sehari. Membersihkan dimulai dari simpisis sampai anal sehingga tidak terjadi infeksi. Ibu diberitahu caranya mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4x sehari, Sarankan ibu untuk cuci tangan dengan

sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Hidayana, 2019).

b) Perawatan Payudara

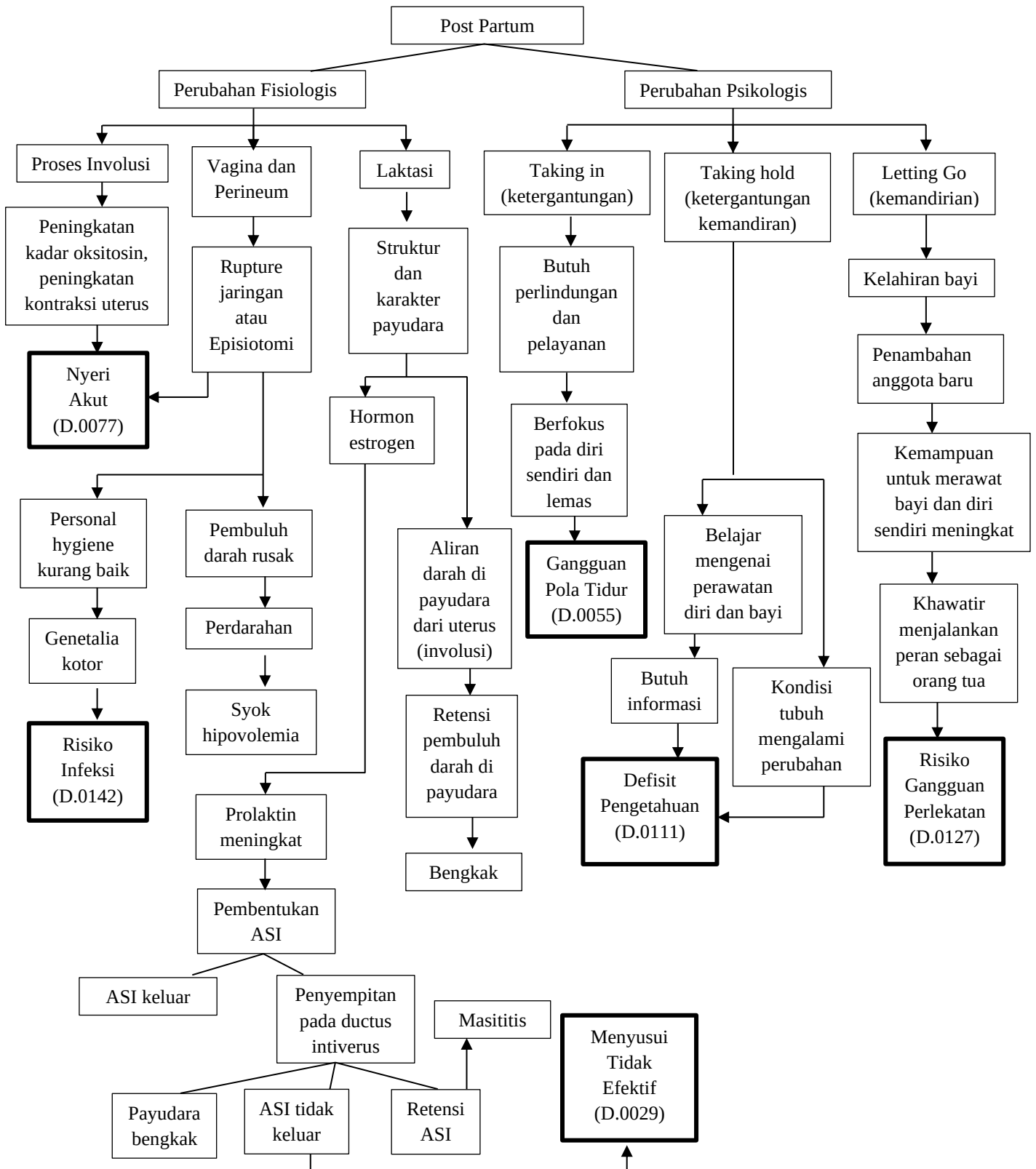
1. Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama putting susu dengan menggunakan BH yang menyokong payudara
2. Apabila putting susu lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar putting susu setiap selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari putting yang tidak lecet.
3. Apabila lecet sangat berat dapat di istirahatkan selama 24 jam. ASI di keluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok.
4. Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat diberikan paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam (Hidayana, 2019).

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

- 1) Pemeriksaan post partum menurut (Siswosudarmo & Emilia, 2008):
 - a) Pemeriksaan umum tensi, nadi, keluhan dan sebagainya
 - b) Keadaan umum: TTV, selera makan dll
 - c) Payudara: air susu, putting
 - d) Dinding perut, perineum, kandung kemih, rectum
 - e) Sekresi yang keluar atau lochea
 - f) Keadaan alat kandungan

- 2) Pemeriksaan penunjang post partum menurut (Mansjoer, 2001):
 - a) Hemoglobin, hematokrit, leukosit, ureum
 - b) Ultra sonografi untuk melihat sisa plasenta

2.1.8 Patofisiologi



Gambar 2.1 Skema Post Partum (Arma et al., 2015)

Uraian:

Pathway Post Partum menggambarkan bagaimana tubuh dan psikologi ibu mengalami perubahan setelah melahirkan secara fisiologis. Secara fisiologis, tubuh mengalami proses involusi, yaitu kembalinya rahim ke ukuran semula yang dipengaruhi oleh peningkatan kadar oksitosin dan kontraksi uterus. Proses ini bisa menyebabkan nyeri akut, terutama jika terjadi ruptur jaringan atau ibu mengalami episiotomi. Selain itu, perubahan pada vagina dan perineum juga bisa meningkatkan risiko infeksi, terutama jika kebersihan diri kurang terjaga atau jika terjadi perdarahan akibat pembuluh darah yang rusak. Dalam kasus yang lebih parah, perdarahan dapat menyebabkan syok hipovolemia yang berisiko pada kesehatan ibu.

Selain itu, perubahan fisiologis lainnya terjadi pada proses laktasi yang dipengaruhi oleh hormon estrogen dan prolaktin. Produksi ASI bisa mengalami kendala jika ada retensi darah di uterus atau jika terjadi pembengkakan pada payudara. Ketika ASI tidak keluar dengan lancar, ibu bisa mengalami mastitis atau penyempitan saluran ASI, yang pada akhirnya dapat menyebabkan menyusui menjadi tidak efektif.

Dari sisi psikologis, ibu mengalami tahapan adaptasi emosional setelah melahirkan. Pada tahap awal, ibu cenderung lebih fokus pada diri sendiri dan membutuhkan perlindungan, yang dikenal sebagai fase "taking in" atau ketergantungan. Seiring waktu, ibu mulai belajar untuk merawat diri dan bayinya dalam fase "taking hold" atau masa transisi menuju kemandirian. Namun, dalam proses ini, ibu sering kali mengalami gangguan pola tidur akibat kelelahan dan stres. Jika ibu kurang mendapatkan informasi yang cukup tentang cara merawat

bayi dan dirinya sendiri, maka ia bisa mengalami defisit pengetahuan yang dapat memengaruhi kemampuannya dalam mengasuh anak.

Ketika ibu memasuki tahap "letting go" atau fase kemandirian, ia mulai menyesuaikan diri dengan peran barunya sebagai orang tua. Namun, beberapa ibu mungkin mengalami kecemasan tentang bagaimana menjalankan peran tersebut, terutama jika mereka merasa kurang siap atau kurang dukungan. Jika kondisi tubuh ibu masih mengalami perubahan dan ia merasa kesulitan dalam membangun ikatan dengan bayinya, maka ada risiko gangguan perlekatan antara ibu dan anak.

Secara keseluruhan, pathway ini menjelaskan bagaimana perubahan yang terjadi setelah melahirkan bisa menimbulkan beberapa risiko kesehatan, baik secara fisik maupun emosional. Oleh karena itu, pemantauan yang baik, dukungan keluarga, serta edukasi yang cukup bagi ibu pasca melahirkan sangat penting untuk membantu mereka menjalani masa transisi ini dengan baik dan mengurangi risiko yang mungkin terjadi.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada Ibu *Post Partum*

Proses keperawatan adalah salah satu alat bagi perawat untuk memecahkan suatu masalah yang terjadi pada pasien (Hidayat, 2015).

Asuhan Keperawatan *Post Partum*

2.2.1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (N. Nursalam, 2019).

1) Identitas klien

Identitas umum meliputi nama, usia, jenis kelamin, suku bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, dan orang yang dapat dihubungi.

2) Riwayat keperawatan

a) Riwayat Obstetri

1) Riwayat Menstruasi

Menarche umur berapa, haid teratur atau tidak, siklus berapa lama, lama haid, banyak darah, sifat darah (cair atau ada bekuan, warnanya, baunya), dismenorhea atau tidak, haid yang terakhir.

2) Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu

a) Riwayat kehamilan

Untuk mengetahui ada gangguan seperti muntah-muntah, hipertensi, perdarahan waktu hamil muda.

b) Riwayat persalinan

Untuk mengetahui lahir aterm, preterm, post term, ada perdarahan waktu persalinan, proses lahir plasenta normal atau buatan, di tolong siapa, dimana tempat persalinan.

c) Riwayat nifas

Untuk mengetahui apakah pernah mengalami perdarahan, infeksi, bagaimana proses laktasi dan apakah ada jahitan pada perineum. Riwayat nifas berpengaruh pada ibu nifas dengan laserasi jalan lahir karena apabila ibu sudah pernah mengalami masa nifas dengan laserasi maka ibu tidak merasa kaget dengan rasa nyeri pada luka jahitan perineum.

d) Riwayat anak

Untuk mengetahui jenis kelamin, jumlah anak, hidup atau mati, berat badan waktu lahir.

e) Riwayat keluarga berencana

Untuk mengetahui apakah ibu sebelum hamil pernah menggunakan KB atau tidak, jika pernah berapa lamanya, berapa tahun dan jenis kontrasepsi yang digunakan.

b) Genogram keluarga tiga generasi

c) Kehamilan sekarang

- 1) Alasan kunjungan ke rumah sakit: ibu mengeluh perdarahan, nyeri pada luka jahitan.
- 2) Keluhan selama hamil
- 3) Pengobatan selama hamil tidak
- 4) Pergerakan janin ya
- 5) Rencana perawatan bayi: sendiri
- 6) Kesanggupan dan pengetahuan dalam merawat bayi, meliputi breast care, perineal care, nutrisi, senam nifas, KB dan menyusui.

d) Riwayat penyakit

1) Keluhan Utama

Keluhan yang paling menonjol dan yang paling dirasakan oleh klien post partum. Pada saat dilakukan pengkajian pada umumnya klien mengeluh nyeri luka operasi ataupun nyeri pada bagian perineum.

- 2) Riwayat penyakit sekarang (riwayat persalinan sekarang) Keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit yang dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah pasien persalinan. Terdapat beberapa yang mempengaruhi persalinan yaitu power, passage, passenger.

- 3) Riwayat penyakit yang lalu. Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit

akut, kronis seperti jantung, DM, hipertensi, asma yang dapat mempengaruhi pada masa nifas.

- 4) Riwayat kesehatan keluarga adalah bagaimana di dalam keluarga terdapat penyakit menurun dan menular atau tidak.

e) Riwayat lingkungan

Dikaji kebersihan lingkungan, bahaya, dan lainnya

3) Aspek psikososial

Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya, wanita mengalami banyak perubahan emosi/psikologi selama masa nifas sementara ia menyesuaikan diri menjadi seorang ibu.

4) Kebutuhan dasar khusus

a) Pola nutrisi atau cairan dan metabolisme

Nutrisi:

Pada klien nifas diet yang diberikan harus tinggi protein, kalori, mineral serta cukup cairan. Kapsul iodium dan A merupakan program pemerintah yang perlu diperhatikan karena memiliki fungsi bagi perbaikan metabolisme tubuh (Hulliana, 2001).

b) Eliminasi

BAK urine akan meningkat pada 24 jam sampai 48 jam pertama sampai sekitar hari ke lima setelah melahirkan (Hulliana, 2001).

BAB: sulit buang air besar karena dapat terjadi ketakutan akan rasa sakit (Hulliana, 2001).

c) Pola personal hygiene

Membersihkan daerah kemaluan setiap kali habis BAK atau BAB dan ganti pembalut setiap 3-4 kali sehari.

d) Pola istirahat tidur

Mengkaji tentang lama tidur, kebiasaan sebelum tidur, dan keluhan. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal antara lain mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uteri dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan merawat bayi dan diri sendiri (Prawirohardjo, 2009).

e) Pola aktifitas dan latihan

Kelemahan otot, pembatasan gerak, dan takut untuk bergerak. Dikaji kegiatan dalam pekerjaan, waktu bekerja (pagi atau sore atau malam), olahraga (ya atau tidak, jenis dan frekuensi), kegiatan waktu luang, dan keluhan dalam aktifitas keletihan, kelemahan, malaise umum.

f) Pola kebiasaan dan pemeliharaan kesehatan

Dikaji kebiasaan merokok, minuman keras dan ketergantungan obat

5) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan secara keseluruhan lemah, pucat, lesu, kesadaran composmentis, ekspresi wajah datar, tidak ada perhatian, gelisah, tampak meringis kesakitan pada saat bergerak, takut untuk bergerak.

b) Kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran ibu apakah composmentis, somnolen atau koma. Tingkat kesadaran pada ibu nifas dengan perdarahan post partum karena retensio sisa plasenta adalah composmentis.

c) Tekanan darah

Untuk mengetahui faktor resiko hipertensi dengan dinilai hipertensi satuan mmHg. Batas normalnya tekanan darah untuk ibu nifas normal adalah 90/60-130/90mmHg (Varney et al., 2007).

d) Nadi

Untuk mengetahui denyut nadi pasien dengan menghitung dalam 1 menit, sedangkan normalnya denyut nadi dalam 1 menit adalah 60-100x/menit (Varney et al., 2007).

e) Respirasi

Untuk mengetahui pernafasan pasien dalam waktu 1 menit. Sedangkan normalnya pernafasan dalam 1 menit adalah 16-20x/menit (Varney et al., 2007). Pada umumnya respirasi

lambat atau bahkan normal. Hal ini tidak lain karena ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Bila ada respirasi cepat post partum 30x/menit, mungkin karena adanya ikutan tanda-tanda syok (Reeder,2011)

f) Suhu

Suhu badan waktu inpartu tidak melebihi dari 37°C, sesudah partus dapat naik 0°C dari keadaan normal tetapi tidak melebihi 38°C. normalnya 36°C-37°C

g) Berat badan

Untuk mengetahui adanya kenaikan berat badan selama hamil, penambahan badan rata-rata 0,3-0,5 kg/minggu, tetapi nilai normal untuk penambahan berat badan selama kehamilan 9-12 kg

h) Tinggi badan

Untuk mengetahui tinggi badan klien kurang dari 145cm atau tidak, termasuk resiko tinggi atau tidak.

Kepala, mata, kuping dan tenggorokan

1. Inspeksi

a) Kepala, meliputi:

- Rambut untuk menilai warna, kelembatan, distribusi dan karakteristik lainnya.
- Muka keadaan muka pucat atau tidak, apakah terdapat kelainan atau oedema.

- Mata conjungtiva anemis atau tidak, sclera ikterik atau tidak.
- Hidung: untuk mengetahui keadaan hidung ada polip atau tidak.
- Telinga untuk mengetahui bagaimana keadaan daun telinga, liang telinga, dan timpani serta ketajaman pendengaran.
- Mulut dan gigi untuk mengetahui keadaan mulut apakah bersih atau ada caries dan ada karang gigi atau tidak.

b) Leher

Apakah ada pembesaran kelenjar thyroid atau kelenjar getah bening

c) Dada dan Axila

Mammae: perubahan pada payudara dapat meliputi penurunan kadar progesterone secara tepat dengan peningkatan hormone prolaktin setelah persalinan Kolostrum sudah ada saat persalinan, produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan. Payudara menjadi besar, keras dan papilla mammae menonjol sebagai tanda mulainya proses laktasi. Sekitar payudara mengalami hiperpigmentasi, pigmentasi areola ini berbeda pada tiap wanita, ada yang merah muda pada wanita kulit putih, coklat tua

pada wanita kulit coklat dan hitam pada wanita kulit hitam.

Axilla: adakah benjolan atau tidak, adakah nyeri saat ditekan.

d) Abdomen

Involusi adalah suatu keadaan dimana uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Segera setelah plasenta lahir, TFU kurang lebih 2 jari dibawah pusat Pada hari ke-5 TFU setengah pusat. Pada hari ke-12 uterus sudah tidak teraba lagi diatas simpisis dan setelah 6 minggu uterus sudah mencapai ukuran normal (Mansjoer, 2001).

Kontraksi uterus yang meningkat setelah bayi lahir, ini menyebabkan iskemia pada lokasi perlekatan antara plasenta dan dinding uterus menjadi nekrosis dan lepas (Maryunani, 2009).

Genetalia dan perineum pengeluaran lochea (jenis, warna, jumlah, bau), oedeme, peradangan, keadaan jahitan, nanah, tanda-tanda infeksi pada luka jahitan dan kebersihan perineum.

Perineum: umumnya episiotomy hanya mungkin dilakukan bila wanita berbaring dengan

bokong diangkat atau ditempatkan pada posisi litotomi (Bobak et al., 2005).

e) Anus

Anus :adanya hemoroid atau tidak dan adanya varices atau tidak. Ukuran hemoroid akan mengecil beberapa minggu setelah bayi lahir (Bobak et al., 2005).

f) Ekstremitas

Ekstremitas: untuk mengetahui ada tidaknya oedema, varices dan reflek patella.

6) Aspek Psikologis,sosial dan konsep diri

1. Data psikologis

- a) Fase taking in (1-3 hari) masa ketergantungan
- b) Fase taking hold (1-10 hari) masa transisi antara ketergantungan dan kemandirian
- c) Fase letting go (10 hari) ibu mulai mandiri dan bisa melakukan dengan sendirinya.

2. Aspek sosial Kaji hubungan sosial klien dengan suami, keluarga, tetangga, tim kesehatan, dan lingkungan disekitarnya.

3. Konsep diri

a) Gambaran diri

Kaji apakah klien merasakan perubahan dirinya dan tubuhnya selama periode post partum, apakah perubahan

yang disadari tersebut mempengaruhi terhadap perilaku dan adaptasi terhadap bayinya.

b) Ideal diri

Kaji yang diharapkan klien setelah kelahiran bayi tersebut adalah upaya klien meningkatkan kemandirian dalam perawatan diri sendiri dan bayi.

c) Peran

Kaji bagaimana sikap ibu dengan kelahiran anaknya, maka perlu dikaji kesiapan untuk menjadi seorang ibu baru atau adanya perubahan peran dengan adanya penambahan anggota baru dikeluarganya.

d) Identitas diri

Kaji kepuasan klien menjadi seorang wanita yang telah melahirkan anak.

e) Harga diri

Kaji adakah rasa bangga pada diri klien, bagaimana kepuasan klien terhadap kelahiran tersebut, harga diri klien akan meningkat karena sudah mempunyai keturunan dan menjadi seorang ibu

7) Data Penunjang

Laboratorium

a) Pemeriksaan darah

Beberapa uji laboratorium bisa segera dilakukan pada periode pasca partum. Nilai hemoglobin dan hematokrit

seringkali dibutuhkan pada hari pertama pada post partum untuk mengkaji kehilangan darah pada saat melahirkan.

b) Pemeriksaan urine

Pengambilan sampel urin dilakukan dengan menggunakan kateter atau dengan teknik pengambilan bersih (clean-cath) specimen ini dikirim ke laboratorium untuk dilakukan pemeriksaan urinalisis rutin atau kultur dan sensitivitas terutama jika cateter indwelling dipakai selama pasca inpartum. Selain itu catatan prenatal ibu harus dikaji untuk menentukan status rubella dan rhesus dan kebutuhan terapi yang mungkin. Pemeriksaan penunjang post partum menurut (Mansjoer, 2001):

1. Hemoglobin, hematokrit, leukosit, ureum
2. Ultra sonografi untuk melihat sisa plasent

c) Terapi yang didapat sesuai advise dokter

2.2.2. Analisa Data

Analisa data merupakan suatu kemampuan untuk mengkaitkan data serta menghubungkan data dengan konsep dan prinsip yang relevan bertujuan untuk memudahkan dalam membuat kesimpulan untuk membuat diagnosa keperawatan. Analisa data didapatkan dari hasil wawancara, observasi dan dokumentasi. Dari hasil data tersebut dikategorikan menjadi dua yaitu data subjektif dan data objektif. Data wawancara dari klien termasuk data subjektif

sedangkan data objektif berdasarkan hasil observasi dan pemeriksaan kepada klien.

2.2.3. Diagnosa Keperawatan

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (T. P. PPNI, 2017) diagnose keperawatan yang muncul sebagai berikut:

a) Menyusui tidak efektif (D.0029)

Definisi: Kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui

Penyebab:

Fisiologis

Ketidakadekuatan suplai ASI
 Hambatan pada neonatus (mis. prematuritas, sumbing)
 Anomali payudara (mis. puting yang masuk kedalam)
 Ketidakadekuatan refleks oksitosin
 Ketidakadekuatan refleks menghisap bayi
 Payudara bengkak
 Riwayat operasi payudara
 Kelahiran kembar

Situasional

Tidak rawat gabung
 Kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan/atau metode menyusui
 Kurangnya dukungan keluarga
 Faktor budaya

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
Kelelahan maternal	Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu
Kecemasan maternal	ASI tidak menetes/memancar BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam

Nyeri dan atau lecet terus menerus setelah minggu kedua

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
Tidak ada	Intake bayi tidak adekuat Bayi menghisap tidak terus menerus Bayi menangis saat disusui Bayi rewel dan menangis dalam jam-jam pertama setelah menyusui Menolak untuk menghisap

b) Gangguan Pola Tidur (D.0055)

Definisi: Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal

Penyebab

Hambatan lingkungan (mis. kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, Jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan)
Kurang kontrol tidur
Kurang privasi
Restraint fisik
Ketiadaan teman tidur
Tidak familiar dengan peralatan tidur

Gejala dan Tanda Mayor:

Sujektif	Objektif
Mengeluh sulit tidur	(Tidak tersedia)
Mengeluh sering terjaga	
Mengeluh tidak puas tidur	
Mengeluh pola tidur berubah	
Mengeluh istirahat tidak cukup	

Tanda dan gejala Minor

Subjektif	Objektif
Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun	(Tidak tersedia)

c) Defisit Pengetahuan (D.0111)

Definisi: Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

Penyebab:

Keterbatasan kognitif
 Gangguan fungsi kognitif
 Kekeliruan mengikuti anjuran
 Kurang terpapar informasi
 Kurang minat dalam belajar
 Kurang mampu mengingat
 Ketidaktahuan menemukan sumber informasi

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
Menanyakan masalah yang dihadapi	Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(Tidak tersedia)	Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat Menunjukkan perilaku berlebihan (miss apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)

d) Nyeri Akut (D.0077)

Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab:

Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
 Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
 Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Tanda dan gejala Mayor

Subjektif	Objektif
Mengeluh nyeri	Tampak meringis Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) Gelisah Frekuensi nadi meningkat Sulit tidur

Tanda dan gejala minor

Subjektif	Objektif
(Tidak tersedia)	Tekanan darah meningkat Pola napas berubah Nafsu makan berubah Proses berfikir terganggu Menarik diri Berfokus pada diri sendiri Diaforesis

e) Risiko Infeksi (D.0142)

Definisi: Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

Faktor risiko:

Penyakit kronis (mis. diabetes melitus)
 Efek prosedur invasif
 Malnutrisi
 Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan

f) Risiko Gangguan Perlekatan (D.0127)

Definisi: Berisiko mengalami gangguan interaksi antara orang tua atau orang terdekat dengan bayi/ anak yang dapat mempengaruhi proses asah, asih dan asuh

Faktor Risiko

Kekhawatiran menjalankan peran sebagai orang tua
 Perpisahan antara ibu dan bayi/ anak akibat hospitalisasi
 Penghalang fisik (mis. inkubator, baby warmer)
 Ketidakmampuan orang tua memenuhi kebutuhan bayi/ anak
 Perawatan dalam ruang isolasi
 Prematuritas
 Penyalahgunaan zat
 Konflik hubungan antara orang tua dan anak
 Perilaku bayi tidak terkoordinasi

2.2.4. Rencana Keperawatan (Intervensi)

Intervensi Keperawatan (PPNI, 2018) menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (PPNI, 2018) pada klien post partum sebagai berikut:

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Menyusui Tidak Efektif (D.0029)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x24 jam diharapkan status menyusui membaik. Dengan kriteria hasil (L.03029) : 1) Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat (5) 2) Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat (5) 3) Berat badan bayi meningkat (5) 4) Tetesan/pancaran ASI meningkat(5) 5) Suplai ASI adekuat meningkat. (5) 6) Payudara kosong setelah menyusui (5) 7) Hisapan bayi meningkat (5) 8) Bayi rewel menurun (5)	Konseling Laktasi (I.03093) Observasi 1. Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui. 2. Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui. 3. Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui. Terapeutik 4. Gunakan teknik mendengar aktif (mis:duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan ibu) 5. Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar. Edukasi	1. Untuk mengetahui permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui. 2. Untuk mengetahui keinginan dan tujuan menyusui. 3. Untuk mengetahui keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui. 4. Untuk mempermudah dalam berkomunikasi dengan pasien 5. Memberikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar. 6. Untuk memberikan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu

			6. Ajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu.		
2	Gangguan Pola Tidur (D.0055)	Setelah dilakuan tindakan keperawatan selama x24 jam diharapkan pola tidur membaik. Dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan beraktifitas meningkat (5) 2. Keluhan sulit tidur menurun (5) 3. Keluhan sering terjaga mmenrun(5) 4. Keluhan pola tidur berubah menurun (5) 5. Keluhan istirahattidak cukup menurun (5)	Dukungan (I.09265) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 5. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 6. Batas waktu tidur siang, jika perlu 7. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur	Tidur 1. Untuk mengetahui pola aktivitas dan tidur pasien 2. Untuk mengetahui faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) 3. Untuk mengetahui makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Untuk mengetahui obat tidur yang dikonsumsi 5. Untuk memberikan kenyamanan pasien tidur 6. Agar pasien dapat tidur saat malam hari 7. Untuk menghilangkan stress sebelum tidur 8. Untuk menetapkan jadwal tidur rutin 9. Untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 10. Untuk menunjang siklus tidur terjaga	

-
- | | |
|---|--|
| <p>8. Tetapkan jadwal tidur rutin</p> <p>9. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)</p> <p>10. Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga</p> <p>Edukasi</p> <p>11. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>12. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</p> <p>13. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur</p> <p>14. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</p> <p>15. Ajarkan faktor-faktor berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya</p> | <p>11. Memberikan pemahaman pada pasien pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>12. Mengajarkan menepati kebiasaan waktu tidur</p> <p>13. Mengajarkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur</p> <p>14. Mengajarkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</p> <p>15. Memberikan pemahaman tentang faktor-faktor berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)</p> <p>16. Mengajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya</p> |
|---|--|
-

				hidup, sering berubah shift bekerja)		
				16. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya		
3.	Defisit Pengetahuan (D.0111)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat. Dengan kriteria hasil (L12111) :	Edukasi (I.12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. Terapeutik 3. Sediakan materi dan media health promotion. 4. Jadwalkan health promotion sesuai kesepakatan. 5. Berikan kesempatan untuk bertanya. Edukasi 6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.	Kesehatan 1. Untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan menerima informasi. 2. Untuk mengetahui faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. 3. Agar mempermudah pasien menerima informasi 4. Agar mempermudah pasien untuk menyesuaikan jadwalnya. 5. Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya. Edukasi 6. Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.		

	tidak tepat menurun (5)	7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.	
	8) Perilaku membaik (5)	8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.	
4.	Nyeri Akut (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x24 jam diharapkan tingkat nyeri dapat menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Gelisah menurun (5) 4. Perineum terasa tertekan menurun (5) 5. Ketegangan otot menurun (5) 6. Frekuensi nadi membaik (5) 7. Pola napas membaik (5) 8. Tekanan darah membaik (5)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. Terapeutik 5. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 6. Fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi 7. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri. Kolaborasi 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,intensitas nyeri. 2. Untuk mengetahui skala nyeri. 3. Untuk mengetahui faktor yang memper berat dan memperingan nyeri. 4. Memberikan pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. Terapeutik 5. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 6. Memfasilitasi istirahat dan tidur untuk mengurangi nyeri Edukasi 7. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri. 8. Menjelaskan strategi meredakan nyeri. 9. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 10. Mengajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri.

				8. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 9. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 10. Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri. Kolaborasi 11. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.	11. Berkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.
5.	Risiko (D.0142)	Infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun. Dengan kriteria hasil (L.14137) : 1. Demam menurun (5) 2. Kemerahan menurun (5) 3. Nyeri menurun (5) 4. Bengkak menurun (5) 5. Periode menggigil menurun (5) 6. Kadar sel darah putih membaik 7. Kultur area luka membaik (5)	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Terapeutik 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. 3. Pertahankan tehnik aseptik pada pasien beresiko tinggi. Edukasi 4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 5. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar. 6. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka.	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Terapeutik 2. Agar pasien terhindar dari infeksi. 3. Agar pasien terhindar dari infeksi. Edukasi 4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 5. Untuk mengetahui cara mencuci tangan dengan benar. 6. Untuk mengetahui cara memeriksa kondisi luka. 7. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi

			7. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi	
6.	Risiko Gangguan Perlekatan (D.0127)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan kemampuan berinteraksi ibu dan bayi meningkat. Dengan kriteria hasil (L.13122):	Promosi Perlekatan (I.10342) Observasi 1. Monitor kegiatan menyusui. 2. Identifikasi kemampuan bayi menghisap dan menelan ASI 3. Identifikasi payudara ibu (mis. bengkak, puting lecet, mastitis, nyeri pada payudara). 4. Monitor perlekatan saat menyusui (mis. aerola bagian bawah lebih kecil daripada aerola bagian atas, mulut bayi terbuka lebar, bibir bayi berputar keluar dan dagu bayi menempel pada payudara ibu). Terapeutik 5. Hindari memegang kepala bayi. 6. Diskusikan dengan ibu masalah selama proses menyusui. Edukasi	1. Memonitor kegiatan menyusui. 2. Mengetahui kemampuan bayi menghisap dan menelan ASI 3. Untuk mengetahui kondisi payudara ibu. 4. Memonitor perlekatan saat menyusui 5. Menghindari memegang kepala bayi. 6. Mendiskusikan dengan ibu masalah selama proses menyusui. 7. Mengajarkan Ibu menopang seluruh tubuh bayi. 8. Mengajarkan ibu melepas pakaian bagian atas agar bayi dapat menyentuh payudara ibu 9. Mengajarkan bayi yang mendekati kearah payudara ibu dari bagian bawah. 10. Mengajarkan Ibu untuk memegang payudara menggunakan jarinya seperti huruf “C” mengarah kemulut bayi. 11. Mengajarkan ibu untuk menyusui menunggu mulut bayi terbuka lebar sehingga areola bagian bawah dapat masuk sempurna

-
- | | |
|---|--|
| 7. Ajarkan Ibu menopang seluruh tubuh bayi. | 12. Ajarkan ibu mengenali tanda bayi siap menyusu. |
| 8. Anjurkan ibu melepas pakaian bagian atas agar bayi dapat menyentuh payudara ibu | |
| 9. Anjurkan bayi yang mendekati kearah payudara ibu dari bagian bawah. | |
| 10. Anjurkan Ibu untuk memegang payudara menggunakan jarinya seperti huruf “C” mengarah kemulut bayi. | |
| 11. Anjurkan ibu untuk menyusui menunggu mulut bayi terbuka lebar sehingga areola bagian bawah dapat masuk sempurna | |
| 12. Ajarkan ibu mengenali tanda bayi siap menyusu. | |
-

2.2.5. Tindakan Keperawatan (Implementasi)

Implementasi atau pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan di mulai setelah rencana tindakan di susun dan di anjurkan untuk membantu klien dalam tujuan yang di harapkan. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah di tetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memanifestasi koping (Nursalam, 2001). Beberapa hal yang harus diperhatikan saat melakukan tindakan keperawatan yaitu harus sesuai dengan tindakan yang sudah direncanakan, dilakukan dengan cara yang tepat, aman, serta sesuai dengan kondisi pasien, selalu di evaluasi mengenai keefektifan dan selalu mendokumentasikan menurut urutan waktu. Dalam melakukan asuhan keperawatan, perawat harus mampu bekerja sama dengan klien, keluarga, serta anggota tim kesehatan yang lain, sehingga asuhan yang di berikan dapat optimal dan konprehensif. (Kozier et al., 2010).

2.2.6. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap tahanan proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Pada format evaluasi juga terdapat identitas yang harus diisi oleh perawat seperti nama, nomor kamar, nomor registrasi, umur dan kelas. Identitas tersebut dapat

berguna untuk mempermudah perawat dalam mencari data pasien dan jelas, serta agar tidak tertukar dengan pasien lain. Evaluasi ditulis setiap kali semua tindakan dilakukan terhadap klien. Tahap evaluasi dibagi menjadi 4 yaitu SOAP:

S (Subyektif) yaitu keluhan klien (apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien maupun orang terdekat klien).

O (Obyektif) yaitu segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba, dan diukur oleh perawat.

A (Assessment) yaitu suatu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien

P (Planning) yaitu rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah klien selanjutnya (Nursalam, 2011).

BAB 3

METODE PENELITIAN

Metode Penelitian adalah prosedur atau langkah-langkah yang sistematis dan terstruktur dalam mengumpulkan, mengolah, menganalisis data, dan menarik kesimpulan mengenai suatu fenomena yang ingin diteliti (Arikunto, 2010). Pada bab ini akan menguraikan metode penelitian yang berisi tentang desain penelitian, batasan istilah, partisipan, lokasi dan waktu, prosedur pengumpulan data, analisa data, uji keabsahan data

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan suatu strategi penelitian dalam mengidentifikasi permasalahan sebelum perencanaan akhir pengumpulan data dan untuk mengidentifikasi struktur dimana penelitian dilaksanakan (Nursalam, 2016). Deskriptif kualitatif adalah metode penelitian yang bertujuan untuk menggambarkan dan menjelaskan fenomena atau gejala sosial secara mendalam dan rinci, tanpa melakukan pengujian hipotesis atau generalisasi. Studi kasus adalah metode penelitian yang mendalam dan rinci untuk memahami fenomena atau gejala tertentu melalui analisis kasus nyata. Desain penelitian studi kasus ini bertujuan untuk mengetahui bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada Ibu Post Partum secara komprehensif dan menyeluruh dimulai dari pengkajian, diagnose keperawatan, menentukan rencana keperawatan, melaksanakan rencana keperawatan dan mengevaluasi pelaksanaan keperawatan

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah merupakan suatu pernyataan yang membatasi masalah agar tidak terlalu luas pembahasannya (N. Nursalam, 2016), Batasan istilah dalam penelitian ini terbatas pada Asuhan keperawatan pada Ibu Post Partum.

Asuhan keperawatan adalah suatu proses dalam praktik keperawatan yang diberikan kepada individu untuk memenuhi kebutuhan dasarnya, dengan menggunakan sebuah tindakan proses keperawatan yang berpedoman dengan standar keperawatan yang telah ditentukan meliputi: pengkajian, diagnose, intervensi implementasi dan evaluasi.

Ibu *post partum* adalah seorang wanita yang baru saja melahirkan. Dalam hal ini peneliti melakukan penelitian pada ibu *post partum* spontan atau sectio caesarea (SC) 6-8 jam setelah melahirkan.

3.3 Partisipan

Partisipan adalah orang yang dijadikan sebagai sumber data atau sumber informasi oleh peneliti untuk riset yang dilakukan. Partisipan yang digunakan pada penelitian ini yaitu 1 Ibu *Post Partum* di Ruang Sakura RSUD dr Soedomo Trenggalek dengan kriteria:

1. Bersedia menjadi partisipan
2. Ibu *post partum* spontan atau sectio caesarea (SC) 6-8 jam setelah melahirkan
3. Pasien kooperatif bersedia memberikan seluruh informasi yang diperlukan
4. Pasien dalam kesadaran penuh

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.4.1. Lokasi

Lokasi pengambilan studi kasus asuhan keperawatan pada ibu post partum dilakukan di Ruang Sakura RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.4.2. Waktu

Waktu penelitian dilakukan pada 10 Maret – 22 April tahun 2025.

3.5 Prosedur Pengumpulan Data

3.5.1. Instrumen

Instrumen pengumpulan data adalah alat yang digunakan untuk mengukur dan mengidentifikasi data yang akan dikumpulkan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Instrumen yang digunakan dalam penelitian yaitu format pengkajian Maternitas, dan alat pengukur (nursing kit).

3.5.2. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan dengan menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer berupa wawancara, pemeriksaan fisik (inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi), sedangkan data sekunder berupa hasil pemeriksaan laboratorium, hasil catatan status pasien dari tenaga medis yang lain serta studi dokumentasi.

3.5.3. Proses Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data meliputi empat tahap yaitu tahap persiapan, tahap kontrak, tahap pelaksanaan dan tahap penutup (Suryono, 2013).

a. Tahap persiapan

1. Mendapat surat pengantar ijin penelitian dengan nomor surat DP.04.03/F.XII.15.5/124/2025 dari Ketua Prodi Poltekkes Kemenkes Malang Kampus V Trenggalek pada tanggal 27 Februari 2025 untuk melakukan penelitian studi kasus di RSUD Dr Soedomo Trenggalek.
2. Mendapat persetujuan ijin penelitian dari lokasi tempat melakukan asuhan keperawatan yaitu direktur RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan surat pengantar dari Ketua Prodi Poltekkes Kemenkes Malang Kampus V Trenggalek
3. Setelah mengajukan surat izin penelitian ke bagian kordik peneliti mendapatkan surat balasan atau surat persetujuan penelitian dari lokasi tempat pengambilan studi kasus yaitu RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan nomor surat 000.9/292/406.010.001/18.00/205 tentang persetujuan ijin penelitian asuhan keperawatan pada ibu post partum pada tanggal 27 Maret 2025.
4. Setelah mendapatkan jawaban persetujuan dari tempat melakukan asuhan keperawatan yaitu di RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan pengantar dari Ketua Prodi Poltekkes Kemenkes Malang Kampus V Trenggalek, peneliti bekerja sama dengan CI (Clinical Instructure) ruangan dan perawatan untuk memperoleh informasi dari tempat pengambilan kasus mengenai calon partisipan (klien).
5. Dalam melakukan semua kegiatan peneliti tetap memperhatikan dan mematuhi protokol kesehatan yang berlaku

b. Tahap Kontrak

Jika sudah mendapatkan klien dengan ibu *post partum* kemudian peneliti mengobservasi keadaan klien tersebut. Dalam Karya Tulis Ilmiah ini klien adalah ibu *post partum*. Kemudian peneliti memberikan penjelasan kepada responden, dalam hal ini klien dan keluarga tentang tujuan penelitian dan karena responden berkenan, responden dipersilahkan untuk menandatangani *informed consent*. Apabila responden tidak bersedia menjadi responden maka peneliti tetap menghormati keputusan itu. Dan mencari responden yang lain yang bersedia untuk menjadi responden penelitian.

c. Tahap Pelaksanaan

Peneliti datang ke tempat partisipan yang bersedia menandatangani *informed consent* serta melihat kesiapan responden melakukan wawancara. Wawancara dimulai dengan membangun hubungan saling percaya dengan responden. Untuk itu peneliti melakukan perkenalan dengan responden sekaligus untuk pengumpulan data demografi. Kemudian peneliti melakukan wawancara sesuai dengan pertanyaan-pertanyaan yang telah disusun dalam pedoman wawancara (format pengkajian Keperawatan Maternitas) dan dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik per sistem menggunakan alat seperti termometer, stetoskope, jam tangan, pen light, timbang berat badan, dan midline. Kemudian hasilnya didokumentasikan dengan cara membaca format pengkajian, hasil pemeriksaan fisik. Selain itu bisa digabungkan dengan dokumen rawat inap klien. Setelah pemeriksaan fisik dilakukan.

Kegiatan wawancara diakhiri pada saat informasi yang dibutuhkan telah diperoleh. Selanjutnya dilakukan validasi kepada responden dan bila ada yang kurang ditambahkan selama proses validasi data.

3.6 Uji Keabsahan Data

Keabsahan data dimaksud untuk memperoleh tingkat kepercayaan yang berkaitan dengan seberapa jauh kebenaran hasil penelitian, mengungkapkan dan memperjelas data dengan fakta fakta aktual di lapangan. Keabsahan data pada karya tulis ilmiah didasarkan pada derajat kepercayaan (Credibility), keteralihan (Transferbility), kebergantungan (Dependability) dan kepastian (Confirmability)

1. Kepercayaan (Credibility)

Credibility bermakna kebenaran atau kepercayaan hasil yang mengindikasi kenyataan yang sesungguhnya terjadi. Kredibilitas ini dapat dilihat dari kemampuan penulis mengeksplorasi masalah sesuai konteks, pemilihan pasien sesuai dengan masalah, pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan langkah-langkah, serta pendokumentasian dilakukan sesuai tahapan asuhan keperawatan

2. keteralihan (Transferbility)

Transferbility adalah sejauh mana hasil penerapan studi kasus pada suatu subyek studi kasus dapat diterapkan dalam subyek penelitian yang lain. Artinya apakah asuhan keperawatan yang dilaksbalitaan ini dapat diterapkan pada pasien lain dengan fenomena keperawatan yang sesuai, dan dapat dijadikan sebagai perbandingan oleh penulis yang lain atau studi kasus lain yang sesuai.

3. kebergantungan (Dependability)

Dependability adalah kesesuaian metode yang digunakan untuk menjawab permasalahan dan mencapai tujuan penulisan yang diinginkan.

4. kepastian (Confirmability)

Confirmability mengandung makna bahwa sesuatu itu objektif jika mendapatkan persetujuan dari pihak-pihak lain terhadap pandangan, pendapat dan penemuan seseorang. Kondisi ini dapat diperoleh melalui proses bimbingan yang telah mencapai kesepakatan antara pembimbing I, II dan mahasiswa, ujian Karya Tulis Ilmiah untuk mendapatkan kritikan dan masukan. Prinsip ini juga dapat diperoleh melalui upaya validasi data pasien pada saat melakukan asuhan keperawatan.

3.7 Analisa Data

Analisa data dilakukan sejak peneliti dilapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumunan masalah. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis adalah:

1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan data tergantung dari desain dan teknik instrumen yang digunakan (Nursalam, 2011).

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara Observasi, Dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catm lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

2. Mereduksi data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

3. Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien yang sesuai, dan

4. Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, evaluasi.

3.8 Etika Penelitian

Dicantumkan etika yang mendasari penyusunan studi kasus, terdiri dari:

3.8.1. *Informed consent*

Merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Informed consent tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan informed consent adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya

3.8.2. *Anonymity (tanpa nama)*

Masalah etika penelitian merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau menempatkan nama responden pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3.8.3. *Confidentiality (kerahasiaan)*

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari informan dijamin kerahasiannya. Hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan pada hasil karya tulis ilmiah

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil

4.1.1. Gambaran Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian karya tulis ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada ibu post partum di Ruang Sakura RSUD Dr. Soedomo Trenggalek". RSUD Dr. Soedomo merupakan rumah sakit tipe C yang berakreditasi tingkat paripurna. RSUD Dr. Soedomo beralamat Jl. DR. Soedomo No.2 Cengkong, Tamanan, Kec. Trenggalek, Kabupaten Trenggalek, Jawa Timur. Ruang Sakura terletak di lantai 2. Ruang Sakura merupakan rawat inap yang menyediakan perawatan kelas 2, dan kelas 3. Serta terdapat kamar isolasi. Pada ruang Sakura terdapat 6 kamar meliputi Ruang Unit Perawatan Intensif (UPI) terdapat 5 bed, Rawat Gabung I terdapat 5 bed, Rawat Gabung II terdapat 5 bed, Rawat Gabung III terdapat 5 bed, Ruang Obstetri terdapat 4 bed dan 1 partus bed, Ruang Isolasi terdapat 3 bed. Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 16 April 2025 sampai dengan 18 April 2025. Adapun partisipan dalam penelitian yaitu "Ny.F" sebagai pasien dan di dapatkan hasil sebagai berikut:

4.1.2. Pengkajian

1) Identitas Pasien

Tabel 4.1 Identitas pasien

Nama pasien	Ny. F
Umur	32 tahun
Suku/bangsa	Jawa/Indonesia
Agama	Islam

Pendidikan	SMA
Alamat	Rt.21/Rw.06 Dsn.Ponggok Ds.Jati karangan
Status Perkawinan	Kawin
Nama suami	Tn.L
Umur	38 tahun
Suku/bangsa	Jawa/Indonesia
Agama	Islam
Pendidikan	SMA
Pekerjaan	Swasta
Alamat	Rt.21/Rw.06 Dsn.Ponggok Ds.Jati karangan
Tanggal MRS	15 April 2025
Jam masuk	12.15 WIB
Ruang/kelas	Sakura
Tanggal pengkajian	16 April 2025
Jam pengkajian	16.20 WIB
DX	G3P2Ab0 BSC

2) Riwayat Keperawatan

1) Riwayat Obstetri

a. Riwayat Menstruasi

Tabel 4.2 Riwayat Menstruasi

Menarche	Umur 13 tahun
Banyaknya	2x ganti pembalut/hari
HPHT	3 Agustus 2024
TP	10 Mei 2025
Siklus	teratur
Lamanya	7 hari
Keluhan	Tidak ada keluhan saat menstruasi

b. Riwayat Kehamilan,Persalinan,nifas yang lalu

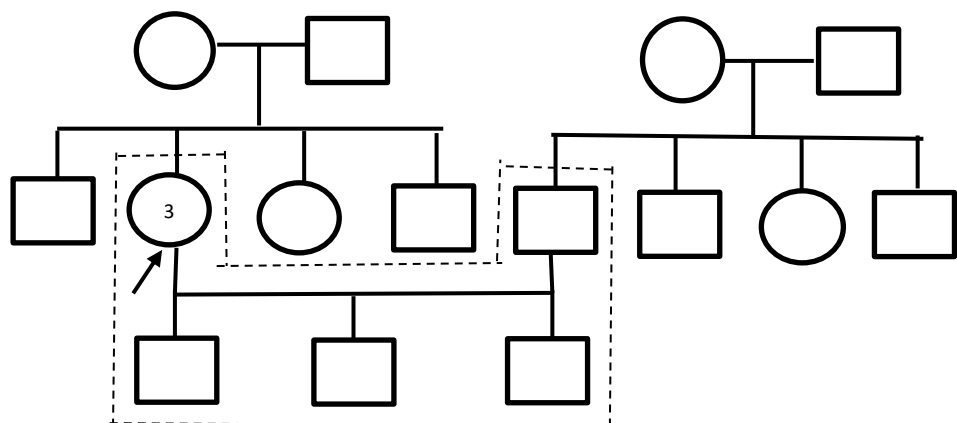
Tabel 4.3 Riwayat Kehamilan

Riwayat kehamilan	G:3 P:2 Ab:0
Riwayat menyusui	Pernah menyusui anak 1 dan ke 2
Menyusui berapa lama	2 tahun
Keluhan saat menyusui	Tidak ada keluhan saat menyusui

Tabel 4.4 Persalinan nifas yang lalu

Anak ke	1
Usia	12 tahun
Usia kehamilan	40-41 mg
Jenis persalinan	Sectio caesarea
Penolong	Dokter
Penyulit	Telat hpl
Jenis kelamin	Laki laki
Bb	3.800 gr
Pj	50 cm
Anak ke	2
Usia	8 tahun
Usia kehamilan	37-38 mg
Jenis persalinan	Sectio caesarea
Penolong	Dokter
Penyulit	Bekas sectio caesarea
Jenis kelamin	Laki laki
Bb	4.000 gr
Pj	49 cm
Anak ke	3
Usia	Baru lahir
Usia kehamilan	37-38 mg
Jenis persalinan	Sectio caesarea
Penolong	Dokter
Penyulit	Bekas sectio caesarea
Jenis kelamin	Laki laki
Bb	3220 gr
Pj	50 cm

c. Genogram



Keterangan:

	Laki laki
	Perempuan
-----	Serumah
—————	Garis Perkawinan
	Pasien
	Garis Keturunan

d. Post partum sekarang

Tabel 4.5 Post partum sekarang

Keluhan Utama	Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi P :Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi,nyeri dirasakan pada saat pasien bergerak miring dan nyeri berkurang jika pasien diam ataupun tidur terlentang. Q:Pasien mengatakan nyeri dirasakan perih dan kaku R: Luka operasi pada bagian perut bawah S:Skala nyeri 8 T:Nyeri dirasakan hilang timbul
Riwayat persalinan Sekarang	Pasien mengatakan pada tanggal 14 April periksa ke Dr.Spog.Kemudian oleh dokter Spog tersebut disarankan untuk operasi sc pada tanggal 16 April 2025.Pada tanggal 15 April pasien datang ke RSUD langsung menuju ruang Sakura pada pukul 12.15 WIB.Pada tanggal 16 April 2025 pukul 10.19 WIB bayi lahir berjenis kelamin laki laki dengan Bb 3220 gr Pj 50 cm.Pada pukul 12.00 pasien dipindahkan ke ruang Sakura.
Tipe persalinan	Bantuan (Sectio caesarea)

e. Rencana Perawatan Bayi

(✓)sendiri ()Orang Tua () Lain laim

Tabel 4.6 Kesanggupan dan pengetahuan dalam merawat bayi

Breast Care	Pasien mengatakan sudah mengetahui cara merawat payudara
Perineal Care	-
Nutrisi	Pasien mengatakan sudah mengetahui makanan yang dikonsumsi selama masa nifas
Senam Nifas	Pasien mengatakan tidak mengetahui senam nifas
KB	Pasien mengatakan setelah operasi sc langsung menggunakan KB IUD
Menyusui	Pasien mengatakan teknik menyusui yang benar dan memberikan ASI eksklusif 6 bulan

2) Riwayat Keluarga Berencana

Tabel 4.7 riwayat keluarga berencana

Melaksanakan KB	Ya
Bila ya jenis kontrasepsi apa yang digunakan	Suntik 3 bulanan dan sekarang IUD
sejak kapan menggunakan kontrasepsi	Sejak tahun 2012
Masalah yang terjadi	Pusing dan tensi tinggi

3) Riwayat Kesehatan

Tabel 4.8 Riwayat kesehatan

Penyakit yang pernah di alami ibu	Darah tinggi ketika hamil tua
Pengobatan yang di dapat	Tidak ada
Riwayat penyakit keluarga	()Penyakit diabetes melitus ()Penyakit jantng (✓)Hipertensi (Keturunan dari ayahnya)

4) Riwayat Lingkungan

Tabel 4.9 Riwayat Lingkungan

Kebersihan	Pasien mengatakan lingkungan rumahnya bersih
Bahaya	Pasien mengatakan suaminya merokok
Lainya	Tidak ada

5) Aspek Psikososial

Tabel 4.10 Aspek psikososial

Persepsi ibu terhadap kehamilan	Pasien mengatakan bahagia akan kehamilan yang ke 3 ini, namun ia juga takut pada proses persalinannya karena juga akan sc yang ke 3x nya
Apakah kehamilan ini menimbulkan perubahan terhadap kehidupan sehari-hari	Ya, pasien mengatakan selama hamil yang ke 3 mengalami perubahan yakni pada perubahan emosi dan menjadi lebih sensitif.
Harapan yang ibu inginkan selama masa kehamilan	Pasien mengharapkan bayi dan ibu sehat. Dan ingin anaknya lahir dengan sehat dan selamat
Ibu tinggal dengan siapa	Pasien mengatakan tinggal dengan suami dan ke dua anaknya
Siapa orang yang terpenting bagi ibu	Pasien mengatakan orang yang terpenting yaitu suaminya
Sikap anggota keluarga terhadap keadaan saat ini	Pasien mengatakan keluarganya sangat perhatian dan selalu membantu tapi terkadang tambah stress karena banyak aturan untuk ibu melahirkan yang harus diikuti.
Kesiapan mental menjadi ibu	Ya, pasien merasa belum sepenuhnya siap menjadi ibu, Banyak hal yang masih membuatnya khawatir terutama soal bagaimana ia bisa menjaga dan membesarkan anaknya.
Persepsi ibu terhadap persalinan ini	Pasien mengatakan cemas terhadap persalinannya yang sekarang karena rasanya lebih sakit dari yang sebelumnya.

6) Kebutuhan Dasar Khusus

1) Nutrisi

Tabel 4.11 Pola nutrisi

Frekuensi makan	
Di Rumah	Pasien mengatakan makan 1-2x sehari 1 porsi habis (nasi, lauk sayur). Pada saat di rumah minum - + 8 gelas/hari
Di RS	Pada saat pengkajian pasien mengatakan selama di RS makan 1x pada sore hari. 1 porsi habis (nasi, sayur, dan lauk). Pada saat di RS pasien minum - + 500 ml.
Nafsu makan	
Di Rumah	Pasien mengatakan nafsu makan baik
Di RS	Pasien mengatakan nafsu makan baik
Jenis makanan	
Di rumah	Pasien mengatakan jenis makanan nasi, sayur dan lauk pauk
Di RS	Pasien mengatakan jenis makanan nasi, sayur lauk pauk.
Makanan yang tidak disukai/alergi/pantangan	Pasien mengatakan tidak ada pantangan makanan

2) Eliminasi

Tabel 4.12 Pola BAK

Frekuensi	
Di Rumah	Pasien mengatakan BAK 5-6x/hari, setelah trimester 3 kehamilan meningkat menjadi 7-9x hari.
Di RS	Pasien mengatakan sebelum operasi sc BAK 4x. dan setelah operasi sc UT 500 ml dari pukul 12.00-16.20
Warna	Urine berwarna kuning jernih
Keluhan saat BAK	Tidak ada keluhan

Tabel 4.13 Pola BAB

Frekuensi	
Di Rumah	Pasien mengatakan BAB 1X sehari
Di RS	

	Pasien mengatakan BAB pada pagi hari sebelum operasi sc
Warna	Kuning kecoklatana
Bau	Bau khas feses
Konsistensi	Lunak padat
Keluhan	Tidak ada keluhan saat BAB

3) Pola Personal Hygiene

a) Mandi

Tabel 4.14 Pola Mandi

Frekuensi	
Di Rumah	Pasien mengatakan mandi 2x sehari pada pagi dan sore hari
Di RS	Pasien mengatakan mandi tadi pagi sebelum operasi sc
Sabun	Pasien mengatakan menggunakan sabun saat mandi

b) Oral Hygiene

Tabel 4.15 Pola oral hygiene

Frekwensi	
Di Rumah	Pasien mengatakan saat di rumah gosok gigi 2x sehari
Di RS	Pasien mengatakan saat di Rs gosok gigi 1x sehari
Waktu	
Di Rumah	Pada saat di rumah gosok gigi pada pagi dan sore hari
Di RS	Pada Saat di Rs gosok gigi pada pagi hari sebelum operasi

c) Cuci rambut

Tabel 4.16 pola cuci rambut

Frekuensi	
Di Rumah	Pasien mengatakan pada saat di rumah keramas 2 hari sekali
Di RS	Pasien mengatakan selama di Rs belum keramas.
Shampo	Pasien mengatakan menggunakan shampoo saat keramas.

4) Pola Istirahat/Tidur

Tabel 4.17 pola istirahat tidur

Lama tidur	
Di rumah	Pasien mengatakan ketika di rumah tidur pukul 21.00 dan bangun pukul 05.00.
Di RS	Pasien mengatakan pada saat di RS tidur pukul 23.00 dan bangun pukul 04.30.
Kebiasaan sebelum tidur	Pasien mengatakan sebelum tidur selalu BAK, gosok gigi cuci muka dan mematikan lampu.
Keluhan	
Di Rumah	Pasien mengatakan sering terbangun pada trimester ke tiga karena sering buang air kecil
Di RS	Pasien mengatakan sering terbangun karena tidur di tempat baru.

5) Pola Aktivitas dan Latihan

Tabel 4.18 Pola aktivitas dan latihan

Mobilisasi saat ini	Pasien sudah dapat miring kanan miring kiri
Pekerjaan sehari hari	Pasien mengatakan tidak bekerja, hanya sebagai IRT
Keluhan dalam melakukan pekerjaan sehari hari	Pasien mengatakan saat melakukan pekerjaan di rumah sering lelah
Waktu bekerja	Pasien mengatakan mengerjakan pekerjaan rumah bisa pagi dan sore hari
Olahraga	Pasien mengatakan olahraga jalan jalan pagi, 2-3x dalam seminggu.
Kegiatan waktu luang	Pasien mengatakan untuk mengisi waktu luang biasanya jalan jalan ataupun memasak.
Keluhan dalam aktivitas	Pasien mengatakan cepat lelah

6) Pola Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

Tabel 4.19 Pola Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

Merokok	Tidak
Minuman Keras	Tidak
Ketergantungan Obat	Tidak

7) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.20 Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan Fisik	Pasien
Keadaan Umum	Keadaan umum lemah,,terpaang infus RL drip oxy pada tangan sebelah kanan
Kesadaran	Compos mentis
Tekanan darah	136/94 MmHg
Nadi	89x/menit
Respirasi	18x/menit
Suhu	36,2 C
Berat badan	80 Kg
Tinggi badan	163 cm
Kepala	Kepala berbentuk bulat,penyebaran rambut rata,rambut berwarna hitam
Wajah	Wajah simetris, pasien tampak meringis menahan rasa nyeri,ekspresi wajah cemas (tatapan kosong dan tidak fokus)
Keluhan	Tidak ada keluhan
Telinga	Tidak ada perdarahan,tidak ada alat bantu dengar,tidak ada nyeri tekan
Mata	
Kelopak mata	Tidak ada edema,tidak ada kemerahan
Gerakan mata	Gerakan mata baik,tidak ada kelainan saat dilakukan pemeriksaan
Konjungtiva	Konjungtiva berwarna merah muda
Sklera	Sklera berwarna putih
Pupil	Isokor (kedua pupil berukuran sama mengecil saat diberi rangsangan cahaya)
Akomodasi	Pasien mampu melihat dengan jelas

Lainya sebutkan	Tidak ada
Hidung	
Reaksi alergi	Tidak ada alergi
Sinus	Tidak ada sinus
Lainya sebutkan	Tidak ada pernafasan cuping hidung.tidak terpasang O2,Tidak terpasang NGT,Tidak terdapat perdarahan
Mulut dan Tenggorokan	
Gigi geligi	Gigi lengkap dan bersih
Kesulitan menelan	Tidak ada kesulitan menelan
Lainya sebutkan	Keadaan bibir sedikit kering,lidah bersih,warna gusi merah muda,tidak ada ceries,ovula terletak di tengah.
Dada dan Axila	
Mammae	Mammae membesar
Areola mammae	Areola mammae berwarna coklat
Papila mammae	Papila menonjol dan berwarna coklat
Colostrum	Colostrum sudah keluar tetapi sedikit,berwarna putih jernih
Pernafasan	
Jalan nafas	Jalan nafas paten, tidak ada sumbatan
Suara nafas	Vesikuler (tidak ada suara nafas tambahan)
Menggunakan otot otot bantu pernafasan	Pasien tidak menggunakan otot bantu pernafasan
Lainya sebutkan	Tidak ada
Sirkulasi jantung	
Kecepatan denyut apical	85x/menit
Irama	Reguler (lup dup), teratur, tidak ada bunyi tambahan
Kelainan bunyi jantung	Tidak ada kelainan bunyi jantung
Sakit dada	Tidak ada nyeri dada
Timbul	Tidak ada
Lainya, sebutkan	Tidak ada
Abdomen	
Mengecil	Perut pasien mengecil
Linea dan striae	Terdapat striae pada perut pasien
Luka bekas operasi	Luka operasi tertutup kasa, keadaan luka kering, luka horizontal.
TFU	2 jari bawah pusat
Konstraksi	Proses kembalinya rahim seperti semula (setelah dimasukkan RL Drip Oxy)

Lainya sebutkan	Bising usus normal 11x/menit, suara timpani.				
Genitourinary					
Perineum	Tidak ada perlukaan jalan lahir				
Lochea	Lochea rubra, darah berwarna merah				
Vesika urinaria	Vesika urinaria kosong karena terpasang kateter UT 500 ml (12.00-16.20)				
Lainya sebutkan	Tampak bersih, tidak ada luka, tidak tampak kemerahan.				
Ekstremitas (Integumen/muskuloskeletal)					
Turgor kulit	Turgor kulit baik <2 detik				
Warna kulit	Warna kulit sawo matang				
Kontraktur pada persendian ekstremitas	Tidak ada kontraktur pada persendian ekstremitas				
Kesulitan dalam pergerakan	Pasien mengatakan badan terasa lemas, kedua kaki terasa kesemutan dan kaku untuk digerakkan				
Lainya sebutkan	Tidak ada edema, terdapat nyeri tekan tidak ada benjolan, terpasang infus ditangan sebelah kanan.				
	Kekuatan otot:				
	<table> <tr> <td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>4</td><td>4</td></tr> </table>	5	5	4	4
5	5				
4	4				

8) Data Penunjang

A. Laboratorium pada tanggal 15 April 2025

Tabel 4.21 Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
Hemoglobin	L 11.2	g/dL	12.5-16.0
Lekosit	9.3	$10^3/uL$	4.0-10.5
Trombosit	301	$10^3/uL$	150-450
Hematokrit	L 33.5	%	37.0-47.0
Eritrosit	4.53	juta/uL	3.50-4.76
- MCV	L 73.9	fl	78.0-100
- MCH	L 24.7	pg	31.0-37.0
- MCHC	L 33.4	g/dL	37.0-54.0

RDW-SD	50.9	fL	37.0-54.0
RDW-CV	13.3	%	11.0-16.0
PDW	11.4	fL	9.0-17.0
MVP	8.3	fL	8.0-11.0
Hitung Jenis (DIFF):			
-Basofil#	0.0	$10^3/\mu\text{L}$	< 0.1
-Eosinofil#	0.0	$10^3/\mu\text{L}$	< 0.7
-Neutrofil#	H 7.2	$10^3/\mu\text{L}$	1.5-6.6
-Limfosit#	1.8	$10^3/\mu\text{L}$	1.5-3.5
-Monosit#	0.3	$10^3/\mu\text{L}$	< 1.0
Gula Darah			
Gula Darah	112	mg/dL	< 180.0
Faal Hati			
Albumin	3.4	g/dL	3.1-4.4
IMUNOSEROLOGI			
HIV I	Non Reaktif		Non Reaktif
HBsAg	Negatif		Negatif
HEMOSTASIS			
PPT	14.6	detik	11.7-15.3
INR	1.06	detik	
APTT	29.6	detik	25.0-38.6
URINE			
Urine Lengkap			
Kejernihan	Agak keruh		Jernih
Warna	Kuning agak keruh		Kuning
Kimia Urine			
-Berat Jenis	1.015		1.003-1.035
-pH/Reaksi	6.0		4.5-8.0
-Lekosit	Negatif		1-4
-Nitrit	Negatif		Negatif
-Urobilinogen	Negatif		Normal
-Protein	Negatif		Negatif
-Blood	Negatif		Negatif
-Keton	Positif 3+		Negatif
-Bilirubin	Negatif		Negatif
-Glukosa	Negatif		Negatif
Sedimen Urine			
Sedimen Eritrosit	Negatif	LPB	<2
Sedimen Lekosit	1-2	LPB	<5
Sedimen Silinder	Negatif	LPK	<2
Sedimen Epitel	2-3	LPB	<10
Sedimen Kristal	0-1	LPB	Negatif
Bakteri	Negatif	LPB	Negatif
Jamur	Negatif		Negatif

B. Terapi

Tabel 4.22 Terapi

Terapi	Ny. F
Infus	RL drip oxytocin 1 Ampul
Injeksi	- Cefazolin 2gr - Dexketoprofen 25 mg - Metronidazole 500 mg - Paracetamol 1000 mg - Vit C 1cc
Oral	Domperidone 3x1

Trenggalek, 16 April 2025

Pemeriksa



(Rahima Muliana Sari)

4.1.3. Analisa Data

Tabel 4.23 Analisa data

No.	Data Penunjang	Masalah	Kemungkinan Penyebab
1.	DS: - Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi - P :Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi,nyeri dirasakan pada saat pasien bergerak miring dan nyeri berkurang jika pasien diam ataupun tidur terlentang. - Q:Pasien mengatakan nyeri dirasakan perih dan kaku - R: Luka operasi pada bagian perut bawah - S:Skala nyeri 8 - T:Nyeri dirasakan hilang timbul - Post OP hari 1 - 6 jam post op DO: - Keadaan umum lemah - Kesadaran composmentis - Pasien tampak meringis menahan nyeri - Luka post op tertutup kasa keadaan luka kering,luka horizontal - TTV TD:133/93 MmHg N:83x/menit S: 36,1°C RR: 18x/menit SPO 2:98%	Nyeri Akut	Agen pencedera fisik
2.	DS: - Pasien merasa belum sepenuhnya siap menjadi ibu,banyak hal yang masih membuatnya khawatir terutama soal bagaimana ia bisa menjaga dan membesarkan anaknya. - Pasien mengatakan cemas terhadap persalinanya yang sekarang karena rasanya lebih sakit dari yang sebelumnya.	Ansietas	Krisis maturasional

DO:

- Keadaan umum lemah
 - ekspresi wajah cemas (tatapan kosong dan tidak fokus)
 - TTV
TD:133/93 MmHg
N:83x/menit
S: 36,1°C
RR: 18x/menit
SPO 2:98%
-

4.1.4. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.24 Diagnosa Keperawatan

No Dx	Tanggal Muncul	Diagnosa Keperawatan	Tanda Tangan
D.0077	16 April 2025	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan: DS: - Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi - P :Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi,nyeri dirasakan pada saat pasien bergerak miring dan nyeri berkurang jika pasien diam ataupun tidur terlentang. - Q:Pasien mengatakan nyeri dirasakan perih dan kaku - R: Luka operasi pada bagian perut bawah - S:Skala nyeri 8 - T:Nyeri dirasakan hilang timbul - Post OP hari 1 - 6 jam post op DO: - Keadaan umum lemah - Kesadaran composmentis - Pasien tampak meringis menahan nyeri - Luka post op tertutup kasa keadaan luka kering,luka horizontal - TTV - TD:133/93 Mmhg - N:83x/menit - S: 36,1°C - RR: 18x/menit - SPO 2:98%	
D.0080	16 April 2025	Ansietas berhubungan dengan Krisis maturasional dibuktikan dengan: DS: - Pasien merasa belum sepenuhnya siap menjadi ibu,banyak hal yang masih membuatnya khawatir terutama soal bagaimana ia bisa menjaga dan membesarkan anaknya. - Pasien mengatakan cemas terhadap persalinanya yang sekarang karena rasanya lebih sakit dari yang sebelumnya. DO: - Keadaan umum lemah	

-
- ekspresi wajah cemas (tatapan kosong dan tidak fokus)
 - TTV
TD:133/93 Mmhg
N:83x/menit
S: 36,1°C
RR: 18x/menit
SPO 2:98%
-

4.1.5. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.25 Intervensi Keperawatan

TGL	NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN		TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL	TANDA TANGAN
16/4/25	1	Nyeri (D.0077)	Akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri dapat menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Gelisah menurun (5) 4. Perineum terasa tertekan menurun (5) 5. Ketegangan otot menurun (5) 6. Frekuensi nadi membaik (5) 7. Pola napas membaik (5)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. Terapeutik 5. Berikan teknik norfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 6. Fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi	Observasi 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri. 2. Untuk mengetahui skala nyeri. 3. Untuk mengetahui faktor yang memper berat dan memperingan nyeri. 4. Memberikan pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. Terapeutik 5. Memberikan teknik norfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 6. Memfasilitasi istirahat dan tidur untuk mengurangi nyeri Edukasi	

			8. Tekanan darah membaik (5)	7. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri. 8. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 9. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 10. Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri. Kolaborasi 11. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.	7. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri. 8. Menjelaskan strategi meredakan nyeri. 9. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 10. Mengajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri. Kolaborasi 11. Berkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.
16/4/25	2	Ansietas (D.0080)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun. Dengan kriteria hasil (L.09093) : 1) Verbalisasi kebingungan menurun (5) 2) Perilaku gelisah menurun (5) 3) Perilaku tegang menurun (5)	Reduksi (I.09314) Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik	Ansietas Observasi 1. Untuk mengetahui pemicu spesifik dan waktu terjadinya kecemasan, sehingga intervensi lebih tepat sasaran. 2. Menilai seberapa besar kecemasan memengaruhi kemampuan pasien berpikir jernih dan mandiri. 3. Deteksi dini penting untuk mencegah

Rhms

4) Keluhan pusing menurun (5)	4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan	kecemasan berkembang menjadi gangguan yang lebih berat.
5) Tremor menurun (5)		Terapeutik
6) Pucat menurun (5)	5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan	4. Lingkungan yang aman dan suportif akan meningkatkan kenyamanan emosional pasien.
7) Konsentrasi membaik (5)	6. Pahami situasi yang membuat ansietas	5. Kehadiran perawat memberikan rasa aman dan tidak sendiri.
8) Frekuensi nadi membaik (5)	7. Dengarkan dengan penuh perhatian	6. Memungkinkan perawat memberi dukungan sesuai konteks masalah pasien.
9) Tekanan darah membaik (5)	8. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan	7. embantu pasien mengekspresikan emosi tanpa takut dihakimi.
10) Kontak mata membaik (5)	9. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan	8. Memberikan efek menenangkan dan membantu pasien merasa dikendalikan.
11) Pola tidur membaik (5)	10. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan	9. Meningkatkan rasa familiar dan aman bagi pasien di lingkungan baru.
	11. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang	10. Memberdayakan pasien untuk mengenali dan menghadapi pemicunya.
	Edukasi	
	12. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami	

-
- | | |
|--|--|
| <p>13. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</p> <p>14. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu</p> <p>15. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan</p> <p>16. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>17. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</p> <p>18. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</p> <p>19. Latih Teknik relaksasi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>20. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu</p> | <p>11. Mengurangi ketidakpastian yang dapat meningkatkan kecemasan</p> <p>Edukasi</p> <p>12. Mengurangi ketakutan terhadap hal yang tidak diketahui.</p> <p>13. Menurunkan kekhawatiran yang disebabkan oleh asumsi yang salah.</p> <p>14. Dukungan emosional dari orang terdekat sangat membantu adaptasi pasien.</p> <p>15. Aktivitas ringan dapat mengalihkan fokus dan menurunkan stres.</p> <p>16. Mengeluarkan emosi dapat mengurangi beban mental.</p> <p>17. Kegiatan positif seperti menggambar, berjalan, atau mendengarkan musik membantu meredakan kecemasan.</p> <p>18. Membantu pasien menghadapi masalah dengan cara yang sehat.</p> |
|--|--|
-

19. Merangsang sistem saraf parasimpatis untuk menurunkan ketegangan otot dan mental.

Kolaborasi

20. Obat dapat digunakan jika terapi non-farmakologis tidak cukup, untuk menstabilkan kondisi emosional pasien.

4.1.6. Implementasi Keperawatan

Tabel 4.26 Implementasi Keperawatan

No.Dx	Tgl/Jam	Tindakan Keperawatan	TANDA TANGAN
D.0077	16.4.2025		
	17.15	1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien	
	17.20		
	17.30	2. Menyibin pasien post sc	
	17.32	3. Mengidentifikasi lokasi,karakteristik, durasi,frekuensi,kualitas dan intensitas nyer	
	17.35	4. Mengidentifikasi skala nyeri (skala nyeri 8)	
	17.40	5. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	
	18.00	6. Mengajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (nafas dalam)	
	18.00	7. Memberikan injeksi iv cefazolin	
	20.00	8. Memberikan injeksi iv dexketoprofen	
	20.10	Memberikan injeksi iv paracetamol	
	20.15	9. Memberikan obat oral domperidone	
		10. Memberikan injeksi metronidazole	
		11. Mengobservasi TTV TD:133/93 Mmhg N:83x/menit S: 36,1°C RR: 18x/menit SPO 2:98%	
D.0029	16.4.2025		
	17.15	1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien	
	17.17		
	17.20	2. Menemani pasien untuk mengurangi kecemasan	
	17.25		
	17.30	3. Mendengarkann dengan penuh perhatian	
	17.35	4. Memotivasi pasien untuk mengetahui situasi yang memicu kecemasan	
		5. Menanjurkannjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien	
		6. Melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi kecemasan (teknik relaksasi latihan nafas dalam)	
		• Mengatur posisi klien agar rileks, tanpa beban fisik. Posisi dapat duduk atau jika tidak mampu dapat berbaring di tempat tidur. • Menginstruksikan klien untuk menarik atau menghirup nafas dalam dari hidung sehingga rongga paru-paru terisis oleh udara melalui	

-
- 20.15
- hitungan 1, 2, 3, 4 kemudian ditahan sekitar 3-5 detik.
 - Menginstruksikan klien untuk menghembuskan nafas, hitung sampai tiga secara perlahan melalui mulut.
 - Menginstruksikan klien untuk berkonsentrasi supaya rasa cemas yang dirasakan bisa berkurang, bisa dengan memejamkan mata. f. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga kecemasan pasien berkurang.
 - Mengulangi sampai 10 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali.
 - Lakukan maksimal 5-10 menit.
7. Mengobservasi TTV
TD:133/93 MmHg
N:83x/menit
S: 36,1°C
RR: 18x/menit
SPO 2:98%
-

4.1.7. Evaluasi

Tabel 4.27 Evaluasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	16 April 2025
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	20.45 S: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, nyeri dirasakan pada saat pasien bergerak miring dan nyeri berkurang jika pasien diam ataupun tidur terlentang, pasien mengatakan nyeri dirasakan perih dan kaku, luka operasi pada bagian perut bawah, skala nyeri 8 nyeri dirasakan hilang timbul O: - Keadaan umum lemah - Kesadaran composmentis - Luka post op tertutup kasa keadaan luka kering, luka horizontal - Post OP hari ke 1 - 6 jam post OP - TTV - TD:133/93 MmHg - N:83x/menit - S: 36,1°C - RR: 18x/menit - SPO 2:98% A:Masalah belum teratasi P:Lanjutkan intervensi no 3,4,6,7,11
Ansietas berhubungan dengan krisis maturasional	20.45 - S: Pasien merasa belum sepenuhnya siap menjadi ibu, banyak hal yang masih membuatnya khawatir terutama soal bagaimana ia bisa menjaga dan membesarkan anaknya. - Pasien mengatakan cemas terhadap persalinannya yang sekarang karena rasanya lebih sakit dari yang sebelumnya. O: - Keadaan umum lemah - ekspresi wajah cemas (tatapan kosong dan tidak fokus) - TTV - TD:133/93 MmHg - N:83x/menit - S: 36,1°C - RR: 18x/menit - SPO 2:98% A:Masalah belum teratasi P:Lanjutkan intervensi no 2,3,4,5,6

4.1.8. Catatan Perkembangan

Tabel 4.28 Catatan perkembangan

No	Tgl/Jam	No Dx	Implementasi	Evaluasi
1	17.4.2025 08.00	D.0077	1. Mengidentifikasi skala nyeri (Skala nyeri 6)	13.30 S: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, nyeri dirasakan pada saat pasien bergerak dan nyeri berkurang jika pasien diam ataupun tidur
	08.10		2. Mengajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (nafas dalam)	terlentang, pasien mengatakan nyeri dirasakan perih luka operasi pada bagian perut bawah, skala nyeri 6 nyeri dirasakan hilang timbul
	08.15		3. Memberikan posisi yang nyaman	O: -Keadaan umum baik -Kesadaran composmentis -Luka post op tertutup kasa keadaan luka kering, luka horizontal
	11.00		4. Memberikan injeksi iv cefazolin Memberikan injeksi dexketoprofen	-Post OP hari ke 2 -TTV TD:126/82 Mmhg N:71x/menit S:36,2 C RR:18x/menit SPO2:98%
	11.15		5. Mengukur TTV TD:126/82 Mmhg N:71x/menit S:36,2 C RR:18x/menit SPO2:98%	A:Masalah teratasi sebagian -Nyeri menurun -Meringis menurun P:Lanjutkan intervensi no 1,2,3,4,5
2	17.4.2025 08.00	D.0080	1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien	13.30 S: -Pasien mengatakan sudah lebih tenang dan bisa mengurus anaknya
	08.05		2. Menemani pasien untuk mengurangi kecemasan	-Pasien mengatakan dalam mengurus anaknya dibantu oleh ibunya dan suaminya.
	08.10		3. Mendengarkan dengan penuh perhatian	O: -Keadaan umum baik -Pasien terlihat lebih tenang dan fokus
	08.15		4. Memotivasi pasien untuk mengetahui situasi yang memicu kecemasan	-TTV TD:126/82 Mmhg N:71x/menit S:36,2 C
	08.20		5. Menanjurkannjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien	
	08.30			

			6. Melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi kecemasan (teknik relaksasi latihan nafas dalam) • Mengatur posisi klien agar rileks, tanpa beban fisik. Posisi dapat duduk atau jika tidak mampu dapat berbaring di tempat tidur. • Menginstruksikan klien untuk menarik atau menghirup nafas dalam dari hidung sehingga rongga paru-paru terisi oleh udara melalui hitungan 1, 2, 3, 4 kemudian ditahan sekitar 3-5 detik. • Menginstruksikan klien untuk menghembuskan nafas, hitung sampai tiga secara perlahan melalui mulut. • Menginstruksikan klien untuk berkonsentrasi supaya rasa cemas yang dirasakan bisa berkurang, bisa dengan memejamkan mata. f. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga kecemasan pasien berkurang. • Mengulangi sampai 10 kali, dengan selang istirahat singkat setiap 5 kali. • Lakukan maksimal 5-10 menit. 7. Mengobservasi TTV TD:133/93 MmHg N:83x/menit S: 36,1°C RR: 18x/menit SPO 2:98%	RR:18x/menit SPO2:98% A:Masalah Teratasi P:Hentikan intervensi
3	18.4.2025	D.0077	11.15	
	08.00			13.00
	08.05			
			1. Mengidentifikasi skala nyeri (Skala nyeri 3) 2. Memotivasi pasien untuk mobilisasi aktif	S: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, nyeri dirasakan pada saat pasien bergerak dan

08.10	3. Mengidentifikasi keadaan luka operasi (keadaan luka kering)	nyeri berkurang jika pasien diam ataupun tidur terlentang, pasien mengatakan nyeri dirasakan perih luka operasi pada bagian perut bawah, skala nyeri 3 nyeri dirasakan hilang timbul
08.20	4. Melakukan rawat luka	
08.30	5. Memberikan obat dulcolax	O:
11.00	6. Injeksi iv dexketoprofen Injeksi iv paracetamol	-Keadaan umum baik -Kesadaran composmentis -Terdapat luka Insisi +/- 15 cm secara horizontal -Post OP hari ke 3 -TTV TD: 128/80 Mmhg N:89x/Menit S: 36,1 C RR:18x/Menit SPO2:99%
12.00	7. Mengobservasi TTV TD: 128/80 Mmhg N:89x/Menit S: 36,1 C RR:18x/Menit SPO2:99%	A:Masalah teratasi P:Intervensi dihentikan, pasien KRS

4.2.Hasil Analisis Asuhan Keperawatan

Tabel 4.29 Hasil Analisa

No	Teori	Fakta	Keterangan
1.	Identitas Identitas umum meliputi nama, usia, jenis kelamin, suku bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, dan orang yang dapat dihubungi.	Nama Ny.F usia 32 tahun,jenis kelamin perempuan,suku bangsa jawa/indonesia,agama islam,pendidikan SMA,pekerjaan IRT,alamat rumah Karangan Trenggalek,	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
2.	Keluhan utama saat pengkajian Keluhan yang paling menonjol dan yang paling di rasakan oleh klien post partum.Pada saat dilakukan pengkajian pada umumnya klien mengeluh nyeri luka operasi ataupun nyeri pada bagian perineum.	Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi P :Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi,nyeri dirasakan pada saat pasien bergerak miring dan nyeri berkurang jika pasien diam ataupun tidur terlentang. Q:Pasien mengatakan nyeri dirasakan perih dan kaku R: Luka operasi pada bagian perut bawah S:Skala nyeri 8 T:Nyeri dirasakan hilang timbul	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
3.	Riwayat Persalinan sekarang Riwayat penyakit sekarang (riwayat persalinan sekarang). Keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit yang dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah	Pasien mengatakan pada tanggal 14 April periksa ke Dr.Spog.Kemudian oleh dokter Spog tersebut disarankan untuk operasi sc pada tanggal 16 April 2025.Pada tanggal 15 April pasien datang ke RSUD langsung	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta

pasien persalinan. Terdapat beberapa yang mempengaruhi persalinan yaitu power, passage, passenger. Apabila diantara ketiga factor tersebut terjadi masalah maka ibu hamil tidak bisa melahirkan dengan spontan dan oleh karena itu harus dilakukan suatu pembedahan yaitu dengan cara sectio caesarea. Efek dari proses pembedahan ini menimbulkan luka bekas operasi di abdomen.		
4. Riwayat Kesehatan dahulu Pada pasien post partum riwayat atau penyakit akut, kronis seperti jantung, DM, hipertensi, asma yang dapat mempengaruhi pada masa nifas.	Pasien mengatakan pada saat hamil tua mengalami hipertensi	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
5. Riwayat Kesehatan Keluarga Riwayat kesehatan keluarga pada pasien post partum terdapat penyakit menurun dan menular atau tidak.	Pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi keturunan dari ayahnya.	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
6. Pola nutrisi atau cairan dan metabolisme Pada klien nifas diet yang diberikan harus tinggi protein, kalori, mineral serta cukup cairan. Kapsul iodium dan A merupakan program pemerintah yang perlu diperhatikan karena memiliki fungsi bagi perbaikan metabolisme tubuh (Hulliana, 2001).	Pada saat pengkajian pasien mengatakan selama di rs makan 1x pada sore hari. 1 porsi habis (nasi, sayur, dan lauk). Pada saat di RS pasien minum +/- 500 ml.	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
7. Pola Istirahat Tidur Pada pasien post partum lama tidur, kebiasaan sebelum tidur, dan keluhan. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal antara lain mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uteri dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan	Pasien mengatakan pada saat di RS tidur pukul 23.00 dan bangun pukul 04.30. Pasien mengatakan sering terbangun karena tidur di tempat baru.	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta

depresi dan ketidakmampuan merawat bayi dan diri sendiri (Prawirohardjo, 2009).

8. **Pola Eliminasi**

Pada ibu post partum BAK: urine akan meningkat pada 24 jam sampai 48 jam pertama sampai sekitar hari ke lima setelah melahirkan (Hulliana, 2001).

BAB: sulit buang air besar karena dapat terjadi ketakutan akan rasa sakit (Hulliana, 2001).

BAK

Pasien mengatakan sebelum operasi sc BAK 4x. dan setelah operasi sc UT 500 ml dari pukul 12.00-16.20. Urine berwarna kuning jernih. Tidak ada keluhan saat BAK. Pasien mengatakan BAB pada pagi hari sebelum operasi sc

BAB

Pasien mengatakan BAB pada pagi hari sebelum operasi sc, berwarna kuning kecoklatan, bau khas feces, konsistensi lunak padat.

9. **Aspek Psikososial**

Respon ibu post partum terhadap bayinya, banyaknya perubahan emosi/psikologi selama masa nifas sementara ia menyesuaikan diri menjadi seorang ibu.

1. Persepsi ibu terhadap kehamilan:

Pasien mengatakan merasa bahagia dengan kehamilan ketiganya, namun juga merasa takut menghadapi proses persalinan, karena ini akan menjadi operasi sesar (SC) yang ketiga kalinya.

Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta

2. Perubahan kehidupan sehari-hari selama kehamilan:

Pasien mengalami perubahan emosi, menjadi lebih sensitif dibandingkan sebelumnya.

3. Harapan selama masa kehamilan:

Pasien berharap bayi dan dirinya tetap sehat serta anaknya lahir dengan selamat.

4. Tempat tinggal:

Pasien tinggal bersama suami dan kedua anaknya.

5. Orang terpenting bagi ibu:

Orang yang terpenting bagi pasien adalah suaminya.

6. Sikap anggota keluarga terhadap kondisi ibu saat ini:

Keluarga pasien sangat perhatian dan banyak membantu. Namun, terkadang perhatian tersebut membuat pasien merasa stres karena banyak aturan yang harus diikuti menjelang persalinan.

7. Kesiapan mental menjadi ibu:

Pasien merasa belum sepenuhnya siap menjadi ibu kembali. Ia masih memiliki banyak kekhawatiran, terutama tentang kemampuannya dalam menjaga dan membesarkan anak.

8. Persepsi terhadap persalinan:

Pasien merasa cemas menghadapi persalinan kali ini karena khawatir rasa

	sakitnya akan lebih hebat dibandingkan persalinan sebelumnya.	
10. Keadaan Umum Pada ibu post partum keadaan secara keseluruhan lemah, pucat, lesu, kesadaran composmentis, ekspresi wajah datar, tidak ada perhatian, gelisah, tampak meringis kesakitan pada saat bergerak, takut untuk bergerak	Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, pasien tampak meringis menahan rasa nyeri, ekspresi wajah gelisah	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
11. Payudara perubahan pada payudara ibu post partum dapat meliputi penurunan kadar progesterone secara tepat dengan peningkatan hormone prolaktin setelah persalinan Kolostrum sudah ada saat persalinan, produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan. Payudara menjadi besar, keras dan papilla mammae menonjol sebagai tanda mulainya proses laktasi.	Mammae membesar Areola mammae berwarna coklat Papila menonjol dan berwarna coklat Colostrum sudah keluar tetapi sedikit, berwarna putih jernih	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
12. Abdomen Pada ibu post partum dimana uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Segera setelah plasenta lahir, TFU kurang lebih 2 jari dibawah pusat Pada hari ke-5 TFU setengah pusat. Pada hari ke-12 uterus sudah tidak teraba lagi diatas simpisis dan setelah 6 minggu uterus sudah mencapai ukuran normal (Mansjoer, 2001)	Perut pasien mengecil Terdapat striae pada perut Luka operasi tertutup kasa, keadaan luka kering, luka horizontal. 2 jari bawah pusat Kontraksinya: Proses kembalinya rahim seperti semula (setelah dimasukkan RL Drip Oxy) Bising usus normal 11x/menit, suara timpani.	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
13. Sistem Respirasi Pada ibu post partum umumnya respirasi lambat atau bahkan normal. Hal ini tidak lain karena ibu	Respirasi 18x/menit Jalan nafas paten, tidak ada sumbatan Vesikuler (tidak ada suara nafas tambahan)	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta

	dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Bila ada respirasi cepat post partum 30x/menit, mungkin karena adanya ikutan tanda-tanda syok (Reeder, 2011)	Pasien tidak menggunakan otot bantu pernafasan	
14.	Sistem Kardiovaskuler Pada ibu post partum faktor resiko hipertensi dengan dinilai hipertensi satuan mmHg. Batas normalnya tekanan darah untuk ibu nifas normal adalah 90/60-130/90mmHg (Varney et al., 2007).	Tekanan darah 136/94 Mmhg	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
15.	Genitourinary Pada ibu post partum genetalia dan perineum pengeluaran lochea (jenis, warna, jumlah, bau), oedeme, peradangan, keadaan jahitan, nanah, tanda-tanda infeksi pada luka jahitan dan kebersihan perineum.	Tidak ada perlukaan jalan lahir Lochea rubra, darah berwarna merah Vesika urinaria kosong karena terpasang kateter UT 500 ml (12.00-16.20) Tampak bersih, tidak ada luka, tidak tampak kemerahan.	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
16.	Pemeriksaan Penunjang laboratorium a) Pemeriksaan darah Beberapa uji laboratorium bisa segera dilakukan pada periode pasca partum. Nilai hemoglobin dan hematokrit seringkali dibutuhkan pada hari pertama pada post partum untuk mengkaji kehilangan darah pada saat melahirkan. b) Pemeriksaan urine Pengambilan sampel urin dilakukan dengan menggunakan kateter atau dengan teknik pengambilan bersih (clean-cath) specimen ini dikirim ke laboratorium untuk dilakukan	Darah Lengkap Hemoglobin L11.2 g/dL 12.5-16.0 Lekosit 9.3 10 ³ /uL 4.0-10.5 Trombosit 301 10 ³ /uL 150-450 Hematokrit L33.5 % 37.0-47.0 Eritrosit 4.53 juta/uL 3.50-4.76 - MCV L 73.9 fl 78.0-100 - MCH L 24.7 pg 31.0-37.0 -MCHC L 33.4 g/dL 37.0-54.0 RDW-SD 50.9 fL 37.0-54.0	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta

pemeriksaan urinalisis rutin atau kultur dan sensitivitas terutama jika cateter indwelling dipakai selama pasca inpartum. Selain itu catatan prenatal ibu harus dikaji untuk menentukan status rubella dan rhesus dan kebutuhan terapi yang mungkin. Pemeriksaan penunjang post partum menurut (Mansjoer, 2001):		RDW-CV 13.3 % 11.0-16.0 PDW 11.4 fL 9.0-17.0 MVP 8.3 fL 8.0-11.0 Urine Lengkap Kejernihan Agak keruh Jernih Warna Kuning agak keruh Kuning	
17.	Diagnosa Keperawatan Menurut (Arma et al., 2015) Diagnosis keperawatan yang muncul sebagai berikut: Menyusui tidak efektif (D.0029) Defisit Pengetahuan (D.0111) Nyeri Akut (D.0077) Risiko Infeksi (D.0142) Risiko Gangguan Perlekatan (D.0127)	1. Nyeri akut (D.0077) 2. Ansietas (D.0080)	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
18.	Intervensi Keperawatan Intervensi keperawatan harus spesifik dan dinyatakan dengan jelas. Pengelompokan seperti bagaimana, kapan, dimana, frekuensi dan besarnya, menunjukkan isi dari aktivitas yang direncanakan. Intervensi keperawatan dapat dibagi menjadi dua, yaitu mandiri (dilakukan oleh perawat) dan kolaboratif (yang dilakukan bersama dengan pemberi perawatan lainnya) (Mahyar, 2011).	Intervensi disusun berdasarkan sumber SDKI,SLKI,dan SIKI sesuai diagnosa yang muncul pada pasien	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
19.	Implementasi Keperawatan Implementasi atau pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan di mulai setelah rencana tindakan di susun dan di anjurkan	Tindakan atau implementasi di lakukan pada saat penelitian pasien dan mengacu pada intervensi yang telah dibuat sesuai dengan teori yang ada namun tidak semua	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta

untuk membantu klien dalam tujuan yang diharapkan. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memanifestasi koping (Nursalam, 2001).

20 **Evaluasi keperawatan**

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Tahap evaluasi dibagi menjadi 4 yaitu SOAP:

S (Subyektif) yaitu keluhan klien (apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien maupun orang terdekat klien).

O (Obyektif) yaitu segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba, dan diukur oleh perawat.

A (Assessment) yaitu suatu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien

P (Planning) yaitu rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah klien selanjutnya (Nursalam, 2011).

intervensi dapat dilakukan karena disesuaikan kondisi pasien.

Didalam penelitian ini, penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP. Peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan selama tiga hari sesuai kriteria.

Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta

4.3.Pembahasan

Berdasarkan dari hasil penelitian yang telah dilaksanakan dengan pasien Ny.F di Ruang Sakura RSUD dr.Soedomo Trenggalek didapatkan berbagai kesenjangan sebagai berikut :

4.3.1. Pengkajian

1) Sistem Kardiovaskuler

Data dari hasil pengkajian di dapatkan data tekanan darah pasien 136/94 Mmhg.

Pada ibu post partum faktor resiko hipertensi dengan dinilai hipertensi satuan mmHg. Batas normalnya tekanan darah untuk ibu nifas normal adalah 90/60-130/90mmHg (Varney et al., 2007)

Dalam hal ini peneliti berpendapat bahwa kesenjangan ini bisa terjadi karena (tekanan darah yang melebihi batas normal) dapat terjadi karena beberapa faktor risiko yang umum pada ibu post partum, seperti stres, kelelahan, perubahan hormonal, retensi cairan, atau riwayat hipertensi sebelumnya.

4.3.2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan bahwa tidak semua diagnosa muncul pada pasien. Diagnosa yang muncul pada pasien yaitu nyeri akut dan ansietas.

Sedangkan menurut (Arma et al., 2015) diagnosa yang muncul menyusui tidak efektif, defisit pengetahuan, nyeri akut, risiko infeksi, risiko gangguan perlekatan.

Peneliti berpendapat bahwa pada diagnosa keperawatan terdapat kesenjangan antara teori dan fakta. Hal tersebut dikarenakan pada saat penelitian tidak semua diagnosa yang ada di teori muncul pada pasien. Sehingga peneliti merumuskan 2 diagnosa keperawatan yang sesuai dengan keluhan yang dialami pasien pada saat dilakukan penelitian yaitu nyeri akut dan ansietas.

4.3.1. Intervensi Keperawatan

Dari rencana tindakan atau intervensi yang sudah disusun, tidak semua intervensi dari teori dapat diterapkan dan dilaksanakan pada pasien. Pelaksanaan intervensi keperawatan juga disesuaikan dengan SOP (Standar Operasional Prosedur) yang ada di lahan tempat penelitian..

Intervensi keperawatan disusun berdasarkan teori-teori dari studi kepustakaan yang ada. Dalam penelitian ini, intervensi diambil dari Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018).

Dari teori dan sumber yang telah tercantumkan ternyata tidak ada kesenjangan antara teori yang sudah ada. Karena intervensi disusun dengan menyesuaikan kebutuhan dan kondisi yang terjadi pada pasien dan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur di ruang Sakura.

4.3.2. Implementasi

Setelah melakukan perencanaan, implementasi dilakukan selama 3 hari pada Ny.F yaitu pada tanggal 16

April 2025 sampai dengan 18 April 2025 Implementasi yang dilakukan pada saat penelitian mengacu pada intervensi yang telah disusun. Sedangkan waktu pelaksanaan tindakan keperawatan tidak berurutan seperti yang ada di intervensi

Implementasi atau pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan di mulai setelah rencana tindakan di susun dan di anjurkan untuk membantu klien dalam tujuan yang di harapkan. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah di tetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memanifestasi coping (Nursalam, 2001).

Pada saat penelitian tidak semua intervensi keperawatan akan dilakukan tindakan keperawatan karena disesuaikan dengan jadwal Rumah Sakit dan perawat bertanggung jawab dalam pelaksanaan rencana keperawatan dengan melibatkan klien dan keluarga serta anggota tim keperawatan dan kesehatan yang lain.

4.3.3. Evaluasi

Menurut teori, evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria

dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya.

Di dalam penelitian ini, penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP untuk memudahkan memantau perkembangan klien. Peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan pada klien selama 3 hari dan mengalami perkembangan derajat kesehatan. Hal ini dibuktikan saat melakukan evaluasi peneliti menemukan bahwa nyeri berkurang, dan tingkat ansietas menurun.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1.Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisa asuhan keperawatan pada ibu post partum anak di ruang Sakura RSUD dr. Soedomo Trenggalek yang dilakukan pada tanggal 16 April 2025 sampai dengan 18 April 2025 dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

5.1.1. Pengkajian

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data pada pengkajian terdapat kesenjangan yaitu pada sistem kardiovaskuler.

5.1.2. Diagnosa

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan 2 diagnosa yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dan ansietas berhubungan dengan krisis maturasional

5.1.3. Intervensi

Dari rencana tindakan atau intervensi yang sudah disusun, tidak semua intervensi dari teori dapat diterapkan dan dilaksanakan pada pasien. Pelaksanaan intervensi keperawatan juga disesuaikan dengan SOP (Standar Operasional Prosedur) yang ada di lahan tempat penelitian.

5.1.4. Implementasi

Implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah disusun peneliti. Dalam pelaksanaannya pada

pasien tidak semua rencana yang telah disusun dapat diimplementasikan karena implementasi yang dilaksanakan menyesuaikan dengan kondisi pasien serta standar yang ada di lahan penelitian.

5.1.5. Evaluasi

Peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien selama 3 hari sampai masalah teratasi dan pasien diperbolehkan pulang. masalah yang sudah teratasi yaitu nyeri bekas operasi sectio caesarea dengan dilakukannya tindakan keperawatan diantaranya mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (nafas dalam), memberikan injeksi dan obat oral sesuai advice dokter, dan mengobservasi ttv. Masalah lain yang sudah teratasi adalah ansietas dengan dilakukannya tindakan keperawatan diantaranya yaitu menemani pasien untuk mengurangi kecemasan, mendengarkan dengan penuh perhatian, memotivasi pasien untuk mengetahui situasi yang memicu kecemasan, menanjurkannya keluarga untuk tetap bersama pasien, melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi kecemasan (teknik relaksasi latihan nafas dalam), mengobservasi ttv.

5.2.Saran

5.2.1. Bagi Institusi Rumah Sakit

Bagi institusi pelayanan kesehatan khususnya Ruang Sakura RSUD dr.Soedomo Trenggalek diharapkan agar lebih meningkatkan mutu pelayanan serta melaksanakan tindakan mandiri perawat yang tepat. Tindakan mandiri diharapkan mampu memberikan perubahan yang baik terutama pasien post partum dengan cara memberikan asuhan keperawatan sehingga mampu meningkatkan status kesehatan pasien. Selain memberikan asuhan keperawatan, seharusnya juga memberikan penyuluhan tentang perawatan pada ibu post partum setelah di bolehkan pulang dari rumah sakit. Dengan demikian di harapkan mengurangi komplikasi yang mungkin terjadi dan juga mempercepat proses penyembuhan.

5.2.2. Bagi Penulis

Dari hasil penelitian ini di harapkan peneliti dapat melakukan penelitian yang lebih baik lagi dengan metode atau dengan penelitian yang berbeda untuk menambah pengalaman dalam penelitian.

5.2.3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Dari hasil penelitian ini dapat dijadikan panduan dalam melakukan penelitian selanjutnya, dengan menggunakan design penelitian yang berbeda.

5.2.4. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan khususnya bagi pendidikan keperawatan. Dan sebagai bahan kepustakaan untuk mahasiswa dalam penelitian selanjutnya, agar dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien diare dengan lebih baik lagi.

5.2.5. Bagi Pasien

Dari hasil penelitian ini dapat memberikan pengetahuan serta informasi dalam perawatan pada ibu post partum dan dapat dipraktekan langsung di kehidupan sehari – hari.

DAFTAR PUSTAKA

- Ai Yeyeh, R. (2011). Asuhan Kebidanan I. CV. *Trans Info Media: Jakarta*.
- Ambarwati, E. R. (2010). Diah W. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Arikunto, S. (2010). *Metode Penelitian*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Arma, N., Karlinah, N., & Yanti, E. (2015). *Bahan Ajar Obstetri Fisiologi*. Deepublish.
- Bahiyatun, S. P. (2009). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal*.
- Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., Jensen, M. D., & Perry, S. E. (2005). Buku ajar keperawatan maternitas. *Jakarta: Egc*, 346.
- Dewi Ciselia, S. S. T., & Vivi Oktari, S. S. T. (2021). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Jakad Media Publishing.
- Hidayana, S. (2019). *ASUHAN KEBIDANAN CONTINUITY OF CARE PADA NY. I MASA HAMIL SAMPAI DENGAN KELUARGA BERENCANA DI PRAKTIK MANDIRI BIDAN SETYAMI JETIS PONOROGO*. Universitas Muhammadiyah Ponorogo.
- Hidayat, A. A. (2015). *Metode penelitian kesehatan paradigma kuantitatif*. Health Books Publishing.
- Hulliana, M. (2001). *Panduan menjalani Kehamilan sehat*. Niaga Swadaya.
- Kemenkes RI. (2023). *Bab 5 kesehatan keluarga*.

- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. J. (2010). *Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, & Praktik. Jakarta: EGC.*
- Laili, A. N. (2016). PERANAN MOBILISASI DINI TERHADAP PROSES INVOLUSI PADA IBU POST PARTUM. *Kendedes Midwifery Journal*, 2(1).
- Mansjoer, A. (2001). *Kapita selekta kedokteran jilid I: nefrologi dan hipertensi. Jakarta: Media Aesculapius FKUI*, 519–520.
- Maryunani, A. (2009). Asuhan pada ibu dalam masa nifas (postpartum). *Jakarta: Trans Info Media.*
- Nursalam, J. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Jakarta: Salembang Medika.*
- Nursalam, N. (2016). *Metodologi penelitian ilmu keperawatan. Salimba Medika.*
- Nursalam, N. (2019). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan (87). Stikes Perintis Padang.*
- Organization, W. H. (2023). *Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report. World Health Organization.*
- PPNI, T. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1. Persatuan Perawat Indonesia.*
- PPNI, T. P. (2017). *Standar diagnosis keperawatan indonesia. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.*
- PPNI, T. P. D. P. P. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) Edisi I. Jakarta. Persatuan Perawat Indonesia.*

- Prawirohardjo, S. (2009). Ilmu Kandungan Edisi Kedua. *Jakarta: PT. Bina Pustaka.*
- Purwanto, T. S., & Rahayu, T. P. (2019). *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui.* Magetan: Prodi Kebidanan Magetan Poltekkes Kemenkes Surabaya.
- Purwoastuti, E., & Walyani, E. S. (2015). Ilmu Obstetri dan Ginekologi Sosial Bagi Kebidanan. *Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.*
- Rukiyah, A. Y., Yulianti, L., & Maemunah, S. L. (2009). Asuhan Kebidanan I (Kehamilan). *Jakarta: Trans Info Media, 124.*
- Saleha, S. (2009). *Asuhan kebidanan pada masa nifas.*
- Siswosudarmo, R., & Emilia, O. (2008). *Obstetri fisiologi.* Yogyakarta: Pustaka Cendekia.
- ULFA, F. R., Mariati, M., Burhan, R., Lubis, Y., & Mizawati, A. (2019). *Efektifitas Konsumsi Telur Rebus Terhadap Percepatan Penyembuhan Luka Perineum Pada Ibu Nifas Normal Di Praktik Mandiri Bidan Kota Bengkulu Tahun 2019.* Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
- Varney, H., Kriebs, J. M., & Gegor, C. L. (2007). *Buku ajar asuhan kebidanan.* Jakarta: Egc.
- Yuliana, W., & Hakim, B. N. (2020). *Emodemo Dalam Asuhan Kebidanan Masa Nifas.* Yayasan Ahmar Cendekia Indonesia.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Persetujuan (*Informed Concend*)

LEMBAR PERSETUJUAN

(INFORMED CONCENT)

Nama saya Rahima Muliana Sari. Saya adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek Program Studi D-III Keperawatan Tremggalek mengharapkan partisipasi saudara sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul "**Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Partum Di Ruang Sakura RSUD dr Soedomo Trenggalek**" dan juga mengharapkan tanggapan dan jawaban yang diberikan sesuai dengan keluhan yang saudara rasakan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas serta informasi yang klien berikan hanya akan digunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

Tanda tangan dibawah ini menunjukkan bahwa pasien telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Trenggalek, 16 April 2025



Lampiran 2 surat mencari data dan ijin melaksanakan penelitian



Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
 Politeknik Kesehatan Malang
 Jalan Besar Ijen 77C
 Malang, Jawa Timur 65112
 ☎ (0341) 566075
 🌐 <https://poltekkes-malang.ac.id>

Trenggalek, 27 Februari 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/124/2025

Lamp. : 1 (satu) bendel

Perihal : Surat Mencari Data dan Ijin Melaksanakan Penelitian (Studi Kasus)

K e p a d a :

Yth.Sdr. Direktur RSUD Dr Soedomo

Kabupaten Trenggalek

di –

TRENGGALEK

Sehubungan dengan tugas akhir bagi mahasiswa tingkat III Poltekkes Kemenkes Malang Prodi D3 – Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek diwajibkan untuk membuat Studi Kasus, maka mohon diperkenankan mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : RAHIMA MULIANA SARI

NIM : P17240223035

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Ibu *Post Partum* di Ruang Sakura RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

Untuk mencari data dan mengadakan penelitian Studi Kasus di unit / wilayah kerja saudara mulai, 10 Maret s/d 13 Maret 2025 sesuai proposal tertampir.

Demikian agar menjadikan periksa dan atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek,



Ns.Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes

TEMBUSAN disampaikan kepada :

Yth. 1. Sdr. Kasi. Pelayanan Keperawatan.

2. Sdr. Karu. Sakura

3. Peneliti.

Lampiran 3 surat persetujuan penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SOEDOMO
 Jl. Dr. Soetomo No. 02 Telp. (0355) 793110
 Email : rsudrsoedomo_trenggalek@yahoo.co.id
 TRENGGALEK 66312

Trenggalek, 21 April 2025

Nomor : 000.9/ 292/406.010.001/18.00/2025
 Lampiran : -
 Perihal : Persetujuan Penelitian

Yth. Sdr. Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek
 Poltekkes Kemenkes Malang
 di
TRENGGALEK

Menjawab surat Saudara nomor DP.04.03/F.XIII.15.5/173/2025 tanggal 27 Maret 2025 perihal Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat memberikan izin kepada:

Nama : RAHIMA MULIANA SARI
 NIM : P17240223035
 Program Studi : D-III Keperawatan Trenggalek
 Institusi Asal : Poltekkes Kemenkes Malang

untuk melaksanakan Penelitian berjudul "**Asuhan Keperawatan pada Ibu Post Partum di Ruang Sakura RSUD dr. Soedomo Trenggalek**". Adapun ketentuan yang harus dipenuhi peneliti, sebagai berikut:

1. Memenuhi biaya penelitian sebesar Rp 250.000;
2. Mentaati Tata Tertib dan Protokol Kesehatan yang berlaku;
3. Melaporkan hasil penelitian tersebut kepada RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek melalui Tim Koordinasi Pendidikan (Tim Kordik).

Demikian atas kerja sama yang baik disampaikan terima kasih.

a.n. DIREKTUR RSUD dr. SOEDOMO
 KABUPATEN TRENGGALEK
 Kabid Pengembangan dan Pengendalian



SUJONO, SST., M.Kes

Permana
 NIP. 19741020 199603 1 003

Tembusan disampaikan kepada:

- Yth. 1. Sdr. Kasi Pelayanan Keperawatan
 2. Sdr. Ka. Instalasi Rawat Inap
 3. Sdr. Ka.
 RSUD dr. SOEDOMO Kab. Trenggalek
 4. Sdr. Peneliti
 5. Arsip

Lampiran 4 Format Pengkajian

FORMAT PENGKAJIAN POST PARTUM**UNIT KEPERAWATAN MATERNITAS**

Tanggal masuk : **Jam masuk :**

Ruang / Kelas : **Kamar No :**

Tanggal Pengkajian : **Jam :**

A. IDENTITAS

Nama pasien : Nama Suami :

Umur : Umur :

Suku / bangsa : Suku / bangsa :

Agama : Agama :

Pendidikan : Pendidikan :

Pekerjaan : Pekerjaan :

Alamat : Alamat :

Status Perkawinan:

[illegible]

c. Genogram

d. Post Partum Sekarang :

KELUHAN UTAMA :.....

- Riwayat persalinan sekarang

.....

- Tipe persalinan: Spontan / Bantuan

- Lama persalinan:

- Kala I: Jam

- Kala II: Jam

- Kala III: Jam

- Kala IV: Jam

e. Rencana Perawatan Bayi : () sendiri () orang tua () lain-lain

Kesanggupan dan pengetahuan dalam merawat bayi :

- Breast care:
- Perineal care:
- Nutrisi:
- Senama nifas:
- KB:
- Menyusui:

2. Riwayat Keluarga Berencana :

- Melaksanakan Kb : () ya () tidak
- Bila ya jenis kontrasepsi apa yang digunakan :
- Sejak kapan menggunakan kontrasepsi
- Masalah yang terjadi :

3. Riwayat Kesehatan :

- Penyakit yang pernah dialami ibu :
- Pengobatan yang didapat :
- Riwayat penyakit keluarga
 - () Penyakit diabetes militus
 - () Penyakit jantung
 - () Penyakit hipertensi
 - () Penyakit lainnya : sebutkan

4. Riwayat Lingkungan :

- Kebersihan :
- Bahaya :
- Lainnya sebutkan :

5. Aspek Psikososial :

- a. Persepsi ibu terhadap kehamilan
- b. Apakah kehamilan ini menimbulkan perubahan terhadap kehidupan sehari – hari ?
bila ya bagaimana.....
- c. Harapan yang ibu inginkan selama masa kehamilan
- d. Ibu tinggal dengan siapa
- e. Siapa orang yang terpenting bagi ibu
- f. Sikap anggota keluarga terhadap keadaan saat ini

- Waktu: () pagi() sore() setelah makan

3. Cuci rambut

- Frekwensi: x/hari
- Shampo: () ya () tidak

d. Pola Istirahat Tidur :

- Lama tidur: jam/hari
- Kebiasaan sebelum tidur :
- Keluhan :

e. Pola Aktifitas Dan Latihan ;

- Mobilisasi saat ini.....
- Pekerjaan sehari-hari :
- Keluhan dalam melakukan pekerjaan sehari-hari :
- Hubungan seksual :
- Waktu bekerja : () pagi () sore () malam
- Olahraga : () ya () tidak
- Jenisnya :
- Frekwensi :
- Kegiatan waktu luang :
- Keluhan dalam aktifitas :

f. Pola Kebiasaan Yang Mempengaruhi Kesehatan :

- Merokok:
- Minuman keras:
- Ketergantungan obat:

7. PEMERIKSAAN FISIK

a. Keadaan umum:

- Kesadaran:
- Tekanan darah:
- Nadi: x/mnt
- Respirasi: x/mnt
- Suhu:
- Berat badan: Kg
- Tinggi badan: cm

b. Kepala, mata, telinga dan tenggorokan :

- Kepala : Bentuk
- Keluhan :
- Telinga:

c. Mata :

- Kelopak mata:
- Gerakan mata:
- Konjungtiva:
- Sklera:
- Pupil:
- Akomodasi:
- Lainnya sebutkan:

d. Hidung :

- Reaksi alergi:
- Sinus:
- Lainnya sebutkan:.

e. Mulut dan Tenggorokan :

- Gigi geligi :
- Kesulitan menelan :
- Lainnya sebutkan :

f. Dada dan Axilla :

- Mammae : membesar () ya () tidak
- Areolla mammae :
- Papila mammae :
- Colostrum :

g. Pernafasan :

- Jalan nafas :
- Suara nafas :
- Menggunakan otot-otot Bantu pernafasan :
- Lainnya sebutkan :

h. Sirkulasi Jantung :

- Kecepatan denyut apical : x/menit
- Irama:
- Kelainan bunyi jantung :
- Sakit dada:
- Timbul:
- Lainnya sebutkan:

i. Abdomen :

- Mengecil :
- Linea & Striae :
- Luka bekas operasi :

- TFU :
- Kontraksi :
- Lainnya sebutkan :

j. Genitourinary :

- Perineum :
- Lokhea :
- Vesika urinaria :
- Lainnya sebutkan :

k. Ekstremitas (Integumen / Muskuloskeletal) :

- Turgor kulit :
- Warna kulit :
- Kontraktur pada persendian ekstremitas :
- Kesulitan dalam pergerakan :
- Lainnya sebutkan :

C. DATA PENUNJANG

1. laboratorium :
2. USG :
3. Rontgen :
5. Terapi yang didapat :

D. DATA TAMBAHAN

Trenggalek, ... , ..., 2024

Pemeriksa

ANALISA DATA

Nama Klien :

Umur :

Kamar :

DATA PENUNJANG	MASALAH	KEMUNGKINAN PENYEBAB

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN**SESUAI DENGAN PRIORITAS**

Nama klien :

Umur :

Kamar :

NO DX	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANDA TANGAN

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Klien :

Umur :

Kamar :

TGL	NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN dan KRITERIA STANDAR	INTERVENSI	RASIONAL	TT

TINDAKAN KEPERAWATAN / IMPLEMENTASI

Nama klien :

Umur :

Kamar :

NO. DX	TGL. / JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TANDA TANGAN

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama klien :

Umur :

Kamar :

NO DX.	TANGGAL	TANGGAL	TANGGAL	TANGGAL
	S :	S :	S :	S :
	O :	O :	O :	O :
	A :	A :	A :	A :
	P :	P :	P :	P :

Lampiran 5: Lembar Konsultasi



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
(0341) 566075
<https://poltekkes-malang.ac.id>

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Rahima Muliana Sari

Nim : P17240223035

Judul : Asuhan Keperawatan pada Ibu Post Partum di Ruang
Sakura RSUD dr. Soedomo Trenggalek

Dosen Pembimbing : Ns. Rahayu Niningasih ,S.Kep.,M.Kes

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN PEMBIMBING
1	20.01.2025	1. Alinea 2 data diperbarui setelah tahun 2021 2. Alinea 3 perubahan psikologi bukan ibu post partum blues (taking in taking hold dan letting go) 3. Alinea 4 fungsi perawat (dependen dan independen) 4. Batasan masalah	
2	21.01.2025	1. Ditambahkan ciri ciri masing masing perubahan psikologis 2. Penjelasan independen bagi ibu post partum 3. Batasan masalah	
3	22.01.2025	1. Alinea 4 disempurnakan 2. Lanjut BAB 2	

4	23.01.2025	1. Data bukan post SC 2. Kerangka konsep dan teori	
5	24.01.2025	1. BAB 1 direvisi 2. BAB 2 konsep asuhan post partum diperbaiki 3. Dilengkapi pengkajian psikologis	
6	25.01.2025	1. Untuk dx keperawatan di urutan Fisik,Psikologis,Risiko 2. Lanjut BAB 3	
7	30.01.2025	1. Prolog 2. Desain penelitian 3. Batas Istilah 4. Partisipan	
8	31.01.2025	1. Definisi desain dilengkapi 2. Definisi deskriptif kualitatif 3. Definisi studi kasus 4. Definisi post partum	
9.	03.02.2025	1. ACC Sempro	
10.	22.04.2025	1. Pengetikan diperbaiki	
11.	25.04.2025	1. Diagnosa keperawatan direvisi	
12.	28.04.2025	1. Data Dx keperawatan ke 2 disesuaikan	

13.	30.04.2025	1. Implementasi dx ke 2 disesuaikan	
14.	02.05.2025	1. Analisa teori di sesuaikan	
15.	05.05.2025	1. ACC Semhas	



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

📍 Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
☎ (0341) 566075
🌐 <https://poltekkes-malang.ac.id>

LEMBAR REVISI UJIAN SIDANG

Nama Mahasiswa : Rahima Muliana Sari

Nim : P17240223035

Judul : Asuhan Keperawatan pada Ibu Post Partum di Ruang
Sakura RSUD dr. Soedomo Trenggalek

Dosen Penguji : Awan Hariyanto, S.Kep.Ns,M.Kes

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN PEMBIMBING
1.	04.02.2025	1. Cv di perbaiki 2. Halaman di perbaiki 3. Lembar pengesahan di perbaiki 4. Daftar isi di perbaiki 5. Daftar istilah di perbaiki 6. BAB 1 disempurnakan (daftar pustaka,tahun,dan pengetikan) 7. BAB 2 bagian patofisiologi berdasarkan ahli 8. BAB 3 pengertian desain penelitian menurut Nursalam	
2.	17.02 2025	1. Pustaka yang di bab 1,2,3 harus sesuai daftar Pustaka 2. <i>Informed Concend salah satu saja</i>	
3.	19.02,2025	1. ACC	
4.	08.05.2025	1. Perbaiki pengetikan 2. Perbaiki abstrak 3. Perbaiki daftar isi 4. Perbaiki daftar singkatan 5. Bab 4 pembahahasan sesuaikan dengan tabel	
5.	15.04.2025	1. Lembar pengesahan	
6.	21.04.2025	1. Cek NIP dan gelar	
7.	26.04.2025	1. ACC	