

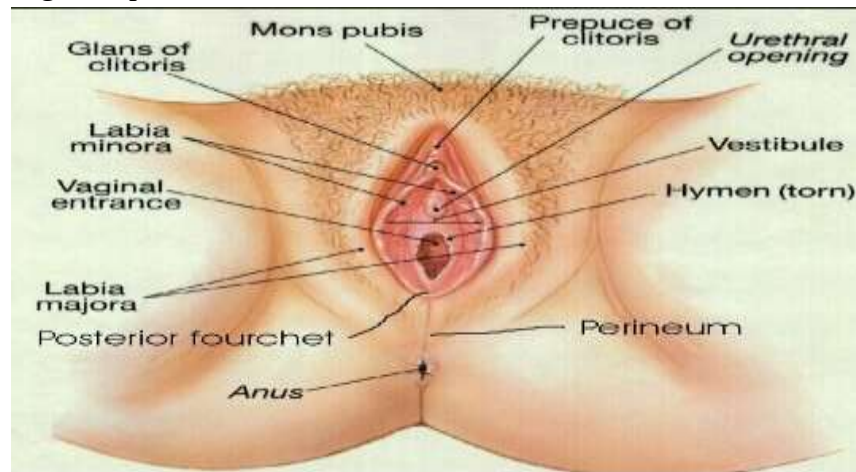
BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Post Partum*

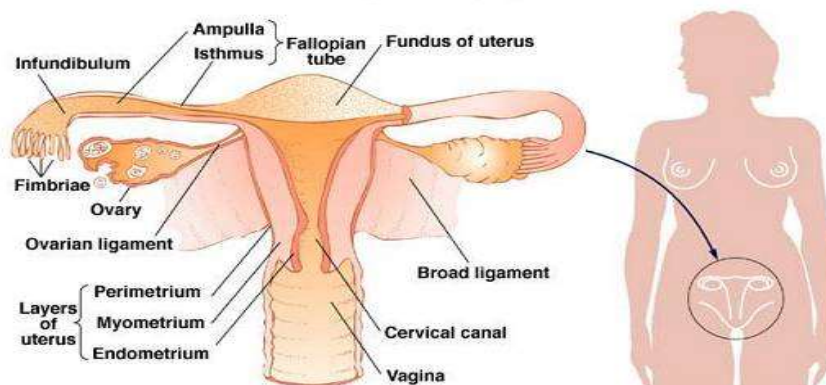
2.1.1 Anatomi *Post Partum*

2.1.1.1 Organ Reproduksi Wanita



Gambar 1 Organ Reproduksi Wanita

Internal Sexual & Reproductive Organs(F)



Gambar 2 Genetalia InternalDan Eksternal Pada Wanita

Organ reproduksi wanita terbagi dua yaitu organ reproduksi eksternal dan internal (Sukarni dan Margaret, 2013) :

a. Struktur organ eksternal

1) Mons pubis

Lapisan lemak *anterior* *shmpisis* os pubis. Pada masa pubertas daerah ini mulai ditumbuhi rambut pubis.

2) Labia mayora

Lapisan lemak lanjutan mons pubis ke arah bawah dan belakang, banyak mengandung plekus vena. Homolog embriologik dengan skrotum pada pria. Lingkungan rotundum uteri berakhir pada atas labia mayora. Dibagian bawah perineum, labia mayora menyatu pada (*commisura posterior*).

3) Labia minora

Lapisan jaringan tipis labia minora, tidak mempunyai folikel rambut. Banyak terdapat pembuluh darah, otot polos dan ujung serabut saraf.

4) Klitoris

Terdiri dari caput/glans klitoris yang terletak dibagian superior vulva, dan *corpus klitoridis* yang tertanam di dalam dinding anterior vagina. Homolog embriologik dengan penis pada pria. Terdapat juga reseptor endrogen pada klitoris. Banyak pembuluh darah dan ujung serabut saraf, sangat sensitiv.

5) Vestibulum

Daerah dengan batas atas klitoris, batas bawah *fourchet* batas lateral labia minora. Berasal dari sinus urogenitalia. Terdapat 6 lubang *orificium urethraexternum*, *intoritus vagina*, *duktus glandulae bahrtolini* kanan-kiri, dan *duktus skene* kanan-kiri, antara *fourchet* dan vagina terdapat *fossa hymen* yang abnormal misalnya primer tidak belubang

(*hymen imperforate*) menutup total lubang vagina, dapat menyebabkan darah menstruasi terkumpul dirongga genitalia internal.

6) Perineum

Daerah antara tepi bawah vulva dengan tepi bawah usus. Batas otot-otot diafragma pelvis (*m. perinealis transverses profunda, m. constrictor urethra*). Perineal body adalah raphe median levatorani, antara anus dan vagina. Perineum merenggang pada persalinan, kadang perlu dipotong (episiotomi) untuk memperbesar jalan lahir dan mencegah ruptur.

7) Hymen

Terdiri dari jaringan ikat kolagen dan elastis. Lapisan tipis ini yang menutupi sebagian besar dari liang senggama, ditengahnya terdapat lubang agar supaya kotoran menstruasi dapat mengalir keluar. Bentuk dari hymen masing-masing wanita berbeda-beda, ada yang berbentuk seperti bulan sabit, lubangnya ada yang seujung jari, ada yang dapat dilalui satu jari. Saat melakukan koitus pertama kali dapat terjadi robekan, biasanya pada bagian *posterior*.

b. Organ interna wanita

1) Ovarium

Merupakan kelenjar berbentuk buah kenari terletak kiri dan kanan uterus dibawah tuba uterine dan terikat di sebelah belakang oleh ligamentum uterus. Setiap bulan sebuah folikel berkembang dan sebuah ovum dilepaskan pada saat kira-kira pertengahan (hari ke-14) siklus menstruasi. Ovulasi adalah pematangan *folikel* *graaf* dan mengeluarkan ovum. Ketika dilahirkan, wanita memiliki

cadangan ovum sebanyak 100.000 buah di dalam ovarium, bila habis menapous. Ovarium mempunyai tiga fungsi, memproduksi ovum, dan memproduksi hormone estrogen.

2) Tuba fallopii

Tuba fallopii merupakan *tubula-muscular*, dengan panjang 12 cm dan diameternya antara 3-8 mm, fungsi tuba sangat penting yaitu untuk menangkap ovum yang dilepaskan saat ovulasi, sebagai saluran dari spermatozoa ovum dan hasil konsepsi, tempat terjadinya konsepsi dan tempat pertumbuhandan perkembangan hasil konsepsi sampai mencapai bentuk blastula yang siap melakukan implantasi.

3) Uterus

Merupakan jaringan otot kuat di pelvis minor antara kandung kemih dan rektum. Dinding belakang dan depan bagian atas tertutup peritoneum sedangkan bagian bawah berhubungan dengan kandung kemih. Vaskularisasi uterus berasal dari arteri uterin yang merupakan cabang utama dari arteri *iliaka* interna, bentuk uterus seperti bola lampu dan gepeng terbagi atas tiga, korpus uteri, fundus uteri, serviks uteri. Untuk mempertahankan posisinya uterus di sangga beberapa ligamentum, jaringan ikat dan parametrium ukuran uterus tergantung dari usia wanita parietal. Ukuran anak-anak 2-3 cm, nulipara 6-8 cm, multipara 8-9 cm dan > lebih dari 80 gram pada wanita hamil uterus dapat menahan beban sebesar 5 liter.

4) Dinding uterus

Dinding uterus terbagi tiga lapisan : endometrium, miometrium, dan sebagian lapisan peritonem parietalis.

5) Vagina

Vagina merupakan saluran muskulo-membran neus yang menghubungkan rahim dengan vulva. Jaringan

muskulusnya merupakan kelanjutan dari muskulus sfingterani dan muskulus levator ani, oleh karena itu dapat di kendalikan. Vagina terletak antara kandung kemih dan rektum panjang bagian depannya sekitar 9 cm dan dinding depannya sekitar 11 cm. bagian vagian yang menonjol kedalam disebut portio. Portio uteri membagi puncak (ujung) menjadi : *forniks anterior, forniks dekstra, forniks posterior, forniks sinistra*.

6) Serviks

Bagian terbawah uterus adalah serviks atau leher. Tempat perlekatan serviks uteri dan vagina, serviks menjadi supra vagina yang panjang dan bagian vagina yang lebih pendek. Panjang serviks sekitar 2,5 cm sampai 3 cm, 1 cm menonjol kedalam vagina pada wanita tidak hamil. Serviks terutama disusun oleh jaringan ikat vibrosa serta sejumlah kecil serabut otot dan jaringan elastis.

2.1.2 Pengertian

Pengertian *post partum*/masa nifas menurut beberapa ahli atau pendapat yaitu :

2.1.2.1 *Post partum*/masa nifas adalah masa sesudahnya persalinan terhitung dari saat selesai persalinan sampai pulihnya kembali alat kandungan ke keadaan sebelum hamil. (Padila, 2014)

2.1.2.2 *Post partum*/masa nifas adalah masa setelah seorang ibu melahirkan bayi yang dipergunakan untuk memulihkan kesehatannya kembali yang umumnya memerlukan waktu 6-18 minggu. (Nugroho, dkk, 2014)

2.1.2.3 *Post partum*/masa nifas (*puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandung

kembali seperti ke keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu. (Sulistyawati, 2012)

2.1.2.4 *Post partum* spontan/masa nifas adalah proses lahirnya bayi dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umunnya berlangsung kurang dari 24 jam. (Saifudin, 2012)

QS. Ar-Ra'd ayat 8.

اللَّهُ يَعْلَمُ مَا تَحْمِلُ كُلُّ أُنْثَىٰ وَمَا تَغِيضُ الْأَرْحَامُ وَمَا تَزْدَادُ ۖ وَكُلُّ شَيْءٍ عِنْدَهُ بِمِقْدَارٍ 3

“Allah mengetahui apa yang dikandung oleh setiap perempuan, dan kandungan rahim yang kurang sempurna dan yang bertambah. Dan segala sesuatu pada sisi-Nya ada ukurannya”

Tidak seorangpun yang telah ditetapkan berumur panjang, kecuali telah ditetapkan Allah lebih dahulu dan tertulis di Lohmahfuz, tidak akan bertambah dan tidak akan berkurang.

Oleh sebab itu, ketika dalam masa persalinan senantiasalah berdoa hanya kepada Allah SWT agar diberi kemudahan. Sebab Allah adalah Dzat yang Maha Mengetahui segala sesuatu.

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa *post partum* adalah masa waktu antara waktu kelahiran plasenta dan membran yang menandai berakhirnya periode intrapartum sampai waktu menuju kembalinya sistem reproduksi wanita tersebut ke kondisi tidak hamil.

3.1.2 Etiologi

Penyebab persalinan belum pasti diketahui, namun beberapa teori menghubungkan dengan faktor hormonal, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf dan nutrisi (Hafifah, 2011) :

3.1.2.1 Teori Penurunan Hormone

1-2 minggu sebelum partus mulai, terjadi penurunan *hormone progesterone* dan estrogen. Fungsi *progesterone* sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila *progesterone* turun.

3.1.2.2 Teori Placenta Menjadi Tua

Turunnya kadar hormone estrogen dan *progesterone* menyebabkan kekejangan pembuluh darah yang menimbulkan kontraksi rahim.

3.1.2.3 Teori Distensi Rahim

Rahim yang menjadi besar dan merenggang menyebabkan iskemik otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero-plasenta.

3.1.2.4 Teori Iritasi Mekanik

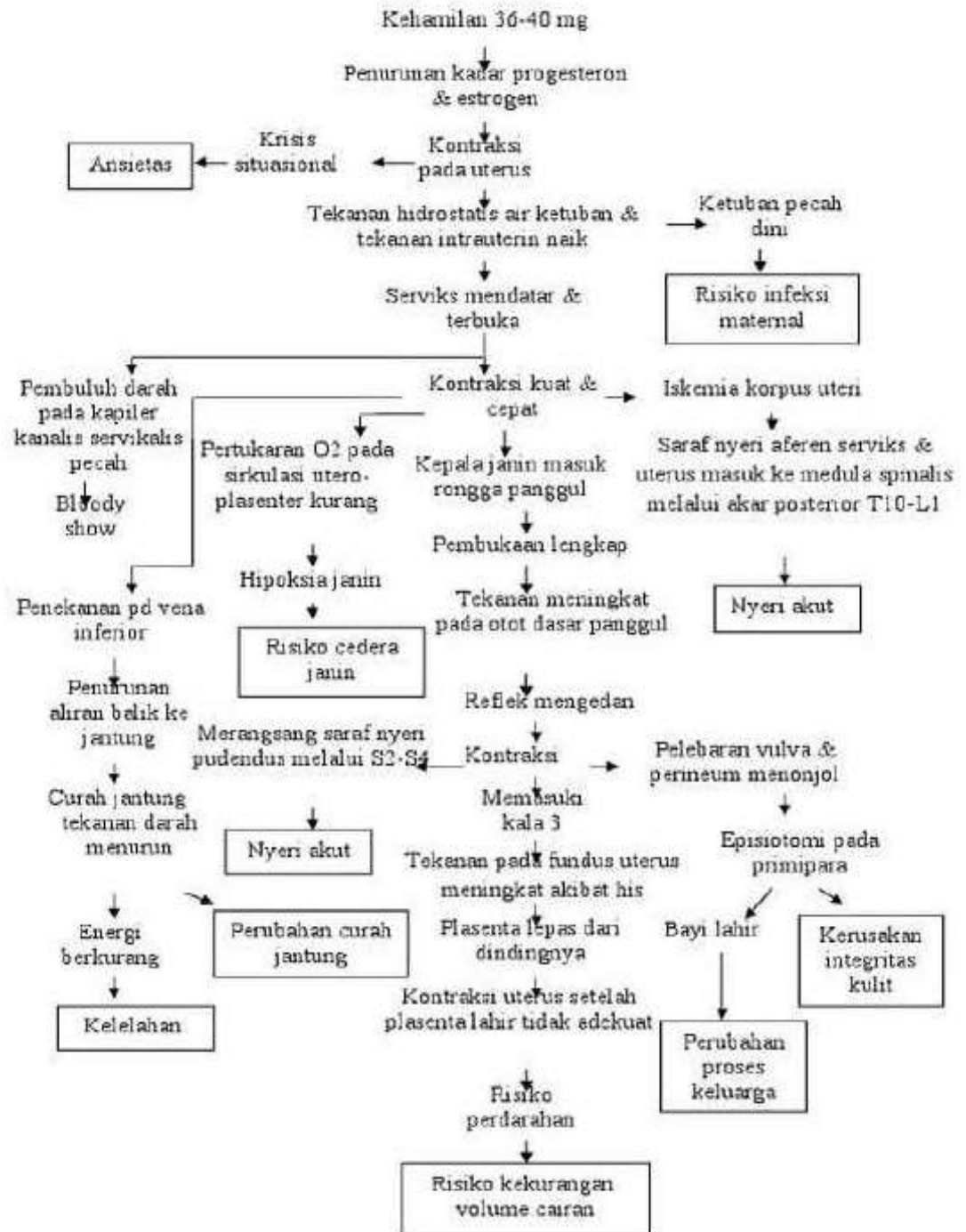
Di belakang servik terlihat ganglion *servikale(fleksus franterrhauus)*. Bila ganglion ini digeser dan di tekan misalnya oleh kepala janin akan timbul kontraksi uterus.

3.1.2.5 Induksi Partus

Dapat pula ditimbulkan dengan jalan gagang laminaria yang dimasukan dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang *pleksus frankenhauser*, amniotomi pemecahan ketuban), oksitosin drip yaitu pemberian oksitosin menurut tetesan perinfus.

3.1.3 Pathway

PATHWAY PERSALINAN NORMAL



Sumber :Nurarif (2015)

Gambar 3Pathway Post Partum Spontan

3.1.4 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada ibu *post partum* (Sukarni & Margaret, 2013):

3.1.4.1 Laporan laboratorium

3.1.4.2 Pemeriksaan USG (Ultra Sonografi)

3.1.4.3 EKG

3.1.5 Klasifikasi

Masa Nifas dibagi menjadi 3 periode :

3.1.5.1 *Puerperium* Dini

Yaitu pulihnya ibu setelah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja selama 40 hari.

3.1.5.2 *Puerperium* Intermedial

Kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.

3.1.5.3 *RemotePuerperium*

Adalah waktu yang diperlukan untuk pulihnya dan sehat sempurna terutama bila selama kehamilan atau waktu persalinan mempunyai komplikasi (Sukarni & Margaret, 2013)

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Ibu *Post Partum* Menurut Padilla (2014).

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian ibu *post partum*

2.2.1.1 Data umum

- a. Identitas klien meliputi : Nama, umur, alamat, agama, pekerjaan, suku/bangas, status pernikahan.
- b. Identitas penanggung jawab : Nama, umur, alamat, pekerjaan, hubungan dengan ibu, suku/bangsa.

2.2.2 Riwayat keluhan utama

2.2.2.1 Keluhan utama

Pada ibu dengan persalinan normal di temukan nyeri abdomen, nyeri vagina, nyeri perineum.

a. Riwayat keluhan utama

Riwayat keluhan utama pada ibu dengan masa nifas adalah nyeri akut dan ketidaknyamanan nyeri dikaji dengan menggunakan P, Q, R, S, T dengan menggunakan skala 0-10.0 : nyeri tidak di rasakan, 1-3 : nyeri ringan, 4-5 nyeri sedang, 6-8, nyeri berat, 9-10 nyeri tak tertahankan.

P (*Paliatv*) : Penyebab nyeri

Q (*Quality*) : Nyeri seperti di tusuk, di potong

R (*Regional*) : Dimana rasa nyeri di rasakan ?

S (*Severty*) : Skala nyeri

T (*Time*) : Berapa lama nyeri berlangsung

Dengan Hasil Skala Nyeri Sebagai Berikut :

- 1) Agak nyeri
- 2) Nyeri ringan
- 3) Nyeri sedang dapat di alihkan
- 4) Nyeri sedang tidak dapat di alihkan
- 5) Nyeri sedang tidak dapat di alihkan tanpa menggunakan analgetik
- 6) Nyeri sedang
- 7) Nyeri berat
- 8) Nyeri berat dapat di alihkan
- 9) Nyeri berat tidak dapat di alihkan
- 10) Nyeri hebat.

- b. Riwayat kesehatan sekarang
Keluhan yang di rasakan saat hamil mulai dari trimester 1, 2, 3 HPHT.
- c. Riwayat KB
Apakah ibu pernah menggunakan alat kontrasepsi misalnya KB.
- d. Rencana KB
Apakah setelah persalinan ibu akan menggunakan KB atau tidak.
- e. Riwayat psikososial dan spiritual
Bagaimana hubungan ibu dengan suaminya, keluarga, lingkungan, dan perawat.

2.2.2.2 Pola fungsi Gordon

- a. Pola persepsi kesehatan
Dari penanganan kesehatan menggunakan persepsi pemeliharaan dan penanganan kesehatan, persepsi terhadap arti kesehatan dan penatalaksanaan kesehatan, kemampuan menyusun tujuan, pengetahuan tentang praktek kesehatan.
- b. Pola nutrisi metabolik
Napsu makan ibu dengan persalinan normal bertambah dan pemasukan cairan juga bertambah. Makanan harus bermutu, bergizi dan juga cukup kalori, banyak air, sayur-sayuran dan buah-buahan.
- c. Pola eliminasi
Kandung kemih mengalami trauma yang dapat di sebabkan edema dan tekanan. Adanya akumulasi cairan yang berlebihan pada jaringan selama kehamilan, diuresis setelah 24 jam persalinan dan konstipasi.
- d. Pola aktifitas latihan
Otot-otot abdomen melebar atau melonggar selama kehamilan menyebabkan pengurangan otot-otot abdomen menjadi sangat

lunak, lembek dan lemah. *Muskulus raktus abdominis* memisah otot-otot dan fascia dinding abdomen mengalami pelenturan, latihan dan senam selama periode nifas perlu untuk memulihkan keadaan.

e. Pola istirahat dan tidur

Pola tidur terganggu karena ibu dengan persalinan normal sering berkeringat banyak dan dingin di malam hari. Mengalami perubahan emosi yang mendadak atau depresi yang mengakibatkan ibu merasa tertekan dan mungkin ibu tidak bisa tidur.

f. Pola kongnitif preseptual

Klien merasa nyeri pada payudara dan perineum, dan kurang pengetahuan tentang perawatan diri.

g. Pola konsep diri/presepsi

Ibu dapat menerima peran barunya sebagai orang tua atau tidak dapat menerima.

h. Pola peran hubungan

Ibu mempunyai hubungan yang harmonis dengan suami, keluarga yang merawat ibu yang berada di RS dan percaya kepada Tuhan-Nya dan menyerahkan seluruh kesembuhan kepada Tuhan.

2.2.2.3 Pemeriksaan fisik

a. Pengkajian tanda vital

- 1) Tekanan darah
- 2) Suhu badan
- 3) Denyut nadi
- 4) Respirasi/pernapasan

b. Pemeriksaa *head to toe*

- 1) Kepala : Biasanya Pasien Mengeluh Pusing, Sakit Kepala.
- 2) Wajah : Hiperpigmentasi, edema.

- 3) Mulut : Mukosa mulut (warna, kelembapan, lesi)
- 4) Mata : Konjungtiva, sklera (pupil, ukuran, kesamaan reaksi terhadap cahaya penglihatan)
- 5) Leher : Pembesaran kelenjar getah bening, disertai vena jugularis.
- 6) Jantung dan paru : Suara napas normal
- 7) Payudara : Penampilan, pembesaran, simetris, pigmentasi, warna kulit, keadaan aerola dan integritas puting, posisi bayi pada payudara, adanya kolostrum, adanya ASI, adanya pembengkakan, benjolan, nyeri dan adanya sumbatan duktus, dan tanda-tanda mastitis potensial.
- 8) Abdomen : Tinggi fundus uteri (dalam cm), lokasi kontraksi uterus atau nyeri.
- 9) Genitalia : Pengakajian perineum terhadap memar, edema, hematoma, penyembuhan setiap jahitan, inflamasi. Pemeriksaan tipe, kuantitas dan bau lochia. Pemeriksaan anus terhadap hemoroid.
- 10) Ekstremitas bawah : Adanya tanda edema, nyeri tekan atau panas pada betis, varises.

2.2.3 Diagnosa Keperawatan

Menurut NANDA(2018-2020)memaparkan diagnosa keperawatan klien dengan diagnosa *post partum* spontan dengan tindakan episiotomi sebagai berikut :

2.2.3.1 Nyeri akut b.d agen cidera fisik

2.2.3.2 Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b.d asupan diet kurang

2.2.3.3 Ansietas b.d stresor.

2.2.3.4 Kerusakan integritas kulit b.d kelembapan

2.2.3.5 Resiko infeksi.

2.2.3.6 Defisien pengetahuan b.d kurang informasi.

2.2.3.7 Gangguan pola tidur b.d kendala lingkungan.

2.2.4 Perencanaan

Menurut NANDA(2018-2020) & NOC NIC (2013) memaparkan intervensi keperawatan klien dengan diagnosa *post partum* spontan dengan tindakan episiotomi sebagai berikut :

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Nyeri akut bd agen cidera fisik	NOC:Status kenyamanan Kriteria hasil: 1. Pasien melaporkan nyeri berkurang 2.Skala nyeri 1-2 3.Pasien tampak rileks 4.Pasien dapat istirahat dan tidur 5.Tanda-tanda vital dalam batas normal	NIC:Manajemen nyeri 1.1 Kaji nyeri dengan komprehensif meliputi P Q R S T 1.2 Observasi reaksi verbal dan non verbal 1.3 Monitor tanda tanda vital 1.4 Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam 1.6 Kolaborasi pemberian analgetik dengan tepat	1.Menentukan intervensi keperawatan sesuai skala nyeri. 2.Reaksi terhadap nyeri biasanya ditunjukkan dengan reaksi non verbal tanpa disengaja 3.Mengidentifikasi penyimpanga

				n dan kemajuan sesuai intervensi yang dilakukan 4. Untuk melepas tegangan emosional 5. Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan
2	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b.d asupan diet kurang	NOC : Status nutrisi Kriteria Hasil : 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi	NIC : Manajemen nutrisi 2.1 Kaji adanya alergi makanan 2.2 Monitor adanya penurunan BB 2.3 Monitor mual dan muntah 2.4 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan 2.5 Tentukan status	1. Mengidentifikasi penyimpangan indikasi kemajuan atau penyimpangan dari hasil yang diharapkan. 2. Untuk mengetahui ideal BB klien

		4. Tidak ada tanda tanda malnutrisi 5. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi	3.Memenuhi kebutuhan nutrisi klien 4.Mengidentifik asi keseimbangan nutrisi yang dibutuhkan klien 5.Untuk mengetahui kebutuhan gizi klien
3	Ansietas b.d stressor	NOC :Tingkat kecemasan Kriteria Hasil : 1. Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas 2. Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas	NIC :Pengurangan kecemasan 3.1 Kaji tingkat kecemasan 3.2 Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur 3.3 Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis 3.4 Dorong pasien untuk	1. Menentukan intervensi keperawatan sesuai keluhan klien 2.Mengetahui tingkat kecemasan 3.Untuk mengurangi rasa cemas klien 4.Mengurangi rasa cemas

		3. Vital sign dalam batas normal 4. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan	mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi	untuk menentukan intervensi keperawatan sesuai tingkat kecemasan
4	Kerusakan integritas kulit b.d kelembapan	NOC :Integritas jaringan:kulit & membrane mukosa Kriteria Hasil : 1. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi) 2. Tidak ada luka/lesi pada kulit 3. Perfusi jaringan/kulit baik 4. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan	NIC :Perawatan luka 4.1 Monitor karakteristik luka,warna,ukuran dan bau 4.2 Anjurkan pasien dan keluarga untuk mengenal tanda dan gejala infeksi 4.3 Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar 4.4 Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua	1.Untuk melihat apakah ada tanda-tanda infeksi 2.Mencegah terjadinya infeksi pada luka klien 3.Mencegah terjadinya infeksi 4.Mengurangi ketegangan pada luka 5.Untuk

		kulit dan mencegah terjadinya sedera berulang 5. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami	jam sekali 4.5 Berikan perawatan insisi pada luka, yang diperlukan	merawat luka klien
5	Resiko infeksi	NOC :Keparahan infeksi Kriteria Hasil : 1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya 3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi	NIC : 5.1 Kaji keadaan kulit, warna dan tekstur 5.2 Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain 5.3 Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan 5.4 Jaga sekitar luka dan rawat luka dengan teknik aseptik 5.5 Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian	1.Mengidentifikasi kelainan keadaan luka 2. Mencegah infeksi secara dini. 3.Mencegah kontaminasi silang terhadap infeksi 4.Mencegah terjadinya infeksi 5.Obat

			aseptic 5.6 Cara mengajarkan perawatan luka kepada pasien	antibiotic untuk mencegah infeksi 6. Agar klien bisa merawat luka
6	Defisien pengetahuan bd kurang informasi	NOC : Knowledge : deases proses Kriteria Hasil : 1. Menjelaskan kembali tentang penyakit, 2. Mengenal kebutuhan perawatan dan pengobatan tanpa cemas 3. Memperlihatkan pengetahuan	NIC : Pengajaran: proses penyakit 6.1 Kaji pengetahuan klien tentang penyakitnya 6.2 Jelaskan tentang proses penyakit (tanda dan gejala), identifikasi kemungkinan penyebab. Jelaskan kondisi tentang klien 6.3 Beri penyuluhan sesuai tingkat pemahaman klien 6.4 Tentukan motivasi pasien untuk memperlajari	1. Memudahkan melakukan intervensi sampai mana tingkat pengetahuan klien 2. Untuk menambah pengetahuan klien 3. Keakuratan pemberian informasi 4. Motivasi sangat diperlukan untuk menambah pengetahuan

			informasi tertentu 6.5 lakukan penilaian teradap tingkat pengetahuan pasien	5.Memudahkan melakukan intervensi sampai mana batas pengetahuan klien
7	Gangguan pola tidur bd kendala lingkungan	NOC : <i>Sleep : Extent an Pattern</i> Kriteria Hasil : 1. Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari 2. Pola tidur, kualitas dalam batas normal 3. Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat 4. Mampu mengidentifikasikan hal-hal yang meningkatkan tidur	NIC : 7.1 Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam 7.2 Diskusikan pada keluarga untuk memonitor tidur pasien 7.3 Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca) 7.4 Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat 7.5 Ciptakan lingkungan yang nyaman	1.Kebutuhan akan tidur berbeda-beda setiap harinya 2.Keluarga adalah orang yang selalu menemani klien 3.Membaca dapat menimbulkan ngantuk 4.Tidur yang adekuat menunjang kesembuhan 5. Lingkungan yang tenang dapat

				menunjang kenyenyakan tidur
--	--	--	--	-----------------------------------

2.2.5 Evaluasi

Menurut NANDA (2018-2020) & NOC NIC (2013) memaparkan evaluasi keperawatan dengan diagnosa *post partum* spontan dengan tindakan episiotomi sebagai berikut:

2.2.5.1 Nyeri akut b.d.agen cidera fisik

Evaluasi yang dicapai klien mengatakan nyeri berkurang pada bekas luka *post partum* spontan, mampu mengontrol nyeri, mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri), mengatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

2.2.5.2 Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b.d asupan diet kurang

Evaluasi yang dicapai klien peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan, berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan, mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi, tidak ada tanda-tanda malnutrisi.

2.2.5.3 Ansietas b.d stresor

Evaluasi yang dicapai klien mampu mengungkapkan penurunan tingkat kecemasan.

2.2.5.4 Kerusakan integritas kulit b.d kelembapan

Evaluasi yang dicapai klien tidak ada tanda-tanda kemerahan pada luka klien dan integritas kulit yang baik bisa dipertahankan.

2.2.5.5 Resiko infeksi

Evaluasi yang dicapai klien bebas dari tanda dan gejala infeksi, menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, menunjukkan perilaku hidup sehat.

2.2.5.6 Defisien pengetahuan b.d kurang informasi.

Evaluasi yang dicapai klien dan keluarga mengatakan pemahaman tentang penyakit, klien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.

2.2.5.7 Gangguan pola tidur b.d kendala lingkungan

Evaluasi yang dicapai jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari, perasaan segar sesudah tidur atau istirahat, mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur

2.3 Penerapan terapi teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri pada pasien *post partum* spontan dengan tindakan episiotomi

2.3.1 Pengertian

Teknik relaksasi napas dalam merupakan salah satu jenis dari teknik pernapasan, serta dapat mengurangi nyeri pada ibu bersalin secara non farmakologis. Teknik ini dengan cara menarik napas dalam-dalam pada saat ada kontraksi nyeri timbul dengan menggunakan pernapasan dada melalui hidung akan mengalirkan oksigen ke darah yang kemudian di alirkan keseluruh tubuh akan mengeluarkan *hormone endorphin* yang merupakan penghilang rasa sakit yang dialami didalam tubuh (Kusyati, Astuti dan Pratiwi, 2012).

Relaksasi merupakan suatu tindakan untuk menurunkan nyeri dengan menurunkan ketegangan otot agar tidak terjadi nyeri yang lebih berat. Relaksasi yaitu suatu cara mengurangi rangsangan nyeri dengan mengistirahatkan atau merelaksasikan otot-otot tubuh. Teknik ini mudah dipelajari oleh ibu *post partum* yaitu dengan melakukan napas dalam, pola pernapasan yang teratur dan rileks (Uliyah & Hidayat, 2009). Teknik

relaksasi napas dalam dipercaya mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorfin dan enkefalin. Endorfin dan enkefalin merupakan substansi didalam tubuh yaitu berfungsi sebagai inhibitor terhadap transmisi nyeri (Smeltzer & Bare, 2010).

2.3.2 Tujuan Terapi teknik relaksasi napas dalam

Tujuan pokok dari teknik relaksasi napas dalam adalah membantu pasien menjadi rileks dan memperbaiki berbagai aspek kesehatan fisik. Periode relaksasi yang teratur dapat membantu untuk melawan kelelahan dan ketegangan otot yang terjadi dengan nyeri dan yang meningkatkan nyeri (Smeltzer& Bare, 2010).

2.3.3 Manfaat teknik relaksasi napas dalam

Membantu klien secara psikologis menenangkan,berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah; membantu klien agar tetap rileks supaya mengurangi tekanan darah dan detak jantung lebih rendah; meningkatkan kekuatan otot,ketahanan yang lebih besar terhadap penyakit (Smeltzer & Bare, 2010).

2.3.5 Teknik relaksasi napas dalam

Berikut ini adalah langkah-langkah tindakan dalam melakukan teknik relaksasi napas dalam menurut Lusianah,Indaryani,dan Suratun (2012) adalah:

No	Langkah-langkah
1	a. Jaga privasi klien B. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan pada pasien dan keluarga C. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya jika ada yang kurang jelas
2	Minta pasien meletakkan satu tangan didada dan

	satu tangan di abdomen.
3	Melatih pasien melakukan nafas dalam (menarik nafas dalam melalui hidung hingga hitungan 3, jaga mulut tetap tertutup).
4	Meminta pasien merasakan mengembangnya abdomen
5	Meminta pasien menahan nafas hingga 3 hitungan, dan meminta menghembuskan nafas perlahan dalam 3 hitungan (lewat mulut, bibir seperti meniup)
6	Meminta pasien merasakan mengempiskan abdomen dan kontraksi dari otot
7	Evaluasi respon pasien dan catat perubahan respon tersebut