

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGANGANGGUAN
SISTEM REPRODUKSI: PADA IBU POST PARTUM DENGAN
PENGARUH JUS NANAS TERHADAP PROSES PENYEMBUHAN
LUKA PADA PERINEUM**



**Disusun oleh :
Nirwana Safitri Rkt
Nim : 20040052**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
2021**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGANGANGGUAN
SISTEM REPRODUKSI: PADA IBU POST PARTUM DENGAN
PENGARUH JUS NANAS TERHADAP PROSES PENYEMBUHAN
LUKA PADA PERINEUM**



Diajukan Untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh
Gelar Profesi Ners

Disusun oleh :
Nirwana Safitri Rkt
Nim : 20040052

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
2021**

LEMBAR PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGANGANGGUAN
SISTEM REPRODUKSI: PADA IBU POST PARTUM DENGAN PENGARUH JUS
NANAS TERHADAP PROSES PENYEMBUHAN LUKA PADA PERINEUM**

Padangsidempuan, 2021

Pembimbing

Ns. Mei Adelina Harahap M.kes

IDENTITAS PENULIS

Nama : Nirwana Safitri Rkt

NIM : 20040052

Tempat/TanggalLahir : Panyabungan Utara 19 february 1998

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Sukaramai Panyabungan Utara

Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri 02 Panyabungan Utara : Lulus tahun 2009
2. SMP Negeri 01 Panyabungan Utara : Lulus tahun 2011
3. SMK Negeri 01 Panyabungan : Lulus tahun 2015
4. Universitas Afa Royhan Padangsidempuan : Lulus tahun 2020

KATA PENGANTAR

Puji Syukur Penulis Ucapkan Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa Karena Berkat Rahmat Dan Hidayah-Nya Peneliti Dapat Menyusun Laporan Elektif Yang Berjudul **“Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem reproduksi: Pada Ibu Post Partum Dengan Pengaruh Jus Nanas Terhadap Peroses Penyembuhan Luka Perineum”**.Laporan Elektif ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners di Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Universitas Afa Royhan Padangsidimpuan.

Penulis banyak memperoleh bimbingan serta bantuan dalam proses penyusunan Laporan Elektif ini. Oleh sebab itu, dalam kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Arinil Hidayah, SKM, M. Kes., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidimpuan.
2. Ns. Nanda Suryani Sagala, MKM, sebagai Ketua Program Studi Profesi Ners Afa Royhan Padangsidimpuan.
3. Ns. Mei Adelina Harahap M.kes, selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing dan menyelesaikan elektif ini.
4. Seluruh dosen dan staf Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Afa Royhan Padangsidimpuan, atas pengajaran dan bantuan yang diberikan selama ini.
5. Pada klien yang telah memberi informasi dan bersedia menjadi responden dalam penelitian.

6. Orantua, saudara dan seluruh keluarga tercinta yang turut membantu dan atas dukungan, semangat dan perhatian, pengertian dan nasehat yang tiada henti sangat berarti bagi saya sehingga elektif ini dapat diselesaikan
7. Seluruh teman-teman angkatan 2021 Profesi Ners, terimakasih dukungan kalian semua
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebut satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian elektif ini

Penulis berharap agar penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak, terutama bagi dunia keperawatan. Adapun kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis butuhkan dalam rangka perbaikan di masa yang akan datang.

Padangsidempuan, Oktober 2021

Penyusun

Nirwana Safitri Rangkuti

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
UNIVERSITAS AUFA ROYHAN PADANGSIDIMPUAN**

Laporan Penelitian, oktober 2021
Nirwana Safitri Rkt

“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Reproduksi:
Ibu Post Partum Dengan Pengaruh Pemberian Jus Nanas Untuk Proses
Penyembuhan Luka Perineum”.

ABSTRAK

Post partum merupakan masa sesudah melahirkan atau persalinan masa beberapa jam sesudah lahirnya plasenta atau talipusat sampai minggu enam setelah melahirkan, setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali keadaan yang normal pada saat sebelum hamil. Laserasi perineum perlukaan yang terjadi pada saat persalinan di bagian perineum. Banyak faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka perineum di antaranya mobilisasi dini, vulva higiene, luas luka, umur, vaskularisasi, stressor dan juga nutrisi. 38% ibu mengatakan nyeri perineum meningkat pada hari ke tujuh setelah persalinan, 60% dari ibu primipara mengalami robekan perineum derajat 2 dan 91% mengalami robekan perineum pada derajat 3 dan derajat 4. Jus nanas mengandung fpaktin, vitamin C, dan enzim bromelin yang berkhasiat mengurangi rasa sakit dan memperlancar peredaran darah dan berkhasiat untuk proses penyembuhan luka. Artinya mengkonsumsi buah nanas dapat mempercepat penyembuhan luka perineum.

Kata kunci : *post partum, luka perineum*
DaftarPustaka :27 (2008-2017)

NERS PROFESI
UNIVERSITY AUFA ROYHAN PADANGSIDIMPUAN CITY

Research Report, October 2021

Nirwana Safitri Rkt

“Nursing Care In Patients With Reproductive System Disorders:
Post Partum Mother With the Effect of Giving Pineapple Juice for the Perineal
Wound Healing Process”

Abstract

Post partum is the period after giving birth or giving birth a few hours after the birth of the placenta or umbilical cord until the sixth week after giving birth, after birth which includes the following weeks when the reproductive tract returns to its normal state before pregnancy. Perineal laceration is an injury that occurs during delivery in the perineum. Many factors influence perineal wound healing, including early mobilization, vulvar hygiene, wound area, age, vascularity, stressors and nutrition. 38% of mothers said that perineal pain increased on the seventh day after delivery, 60% of primiparous mothers experienced a grade 2 perineal tear and 91% experienced a perineal tear at grade 3 and grade 4. reduce pain and improve blood circulation and efficacious for the wound healing process. This means that consuming pineapple can accelerate the healing of perineal wounds

Keywords: *post partum, perineal wound*
Bibliography :24 (2008-2017)

DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
ABSTRAK	iv
IDENTITAS PENULIS	v
DAFTAR ISI.....	vi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 LatarBelakang.....	1
1.2 RumusanMasalah	6
1.3 TujuanMasalah	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Pengertian	7
2.2 Etiologi	8
2.3 Patofisiologi.....	9
2.4 Manifestasi Klinis.....	11
2.5 Pemeriksaan Penunjang.....	11
2.6 Penatalaksanaan.....	12
BAB III LAPORAN KASUS	
3.1 Pengkajian	28
3.2 Analisa Data	32
3.3 Diagnosa Keperawatan.....	33
3.4 Intervensi Keperawatan	34
3.5 Implementasi Keperawatan	35
3.6 Evaluasi	35
BAB V PEMBAHASAN	
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan.....	43
5.2 Saran	45
LAMPIRAN	

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Post partum merupakan masa sesudah melahirkan atau persalinan masa beberapa jam sesudah lahirnya plasenta atau tali pusat sampai minggu ke enam setelah melahirkan, setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali keadaan yang normal pada saat sebelum hamil (Marmi, 2015).

Perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu post partum ibu mengalami perubahan sistem reproduksi dimana ibu mengalami proses pengerutan pada uterus setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Perubahan adaptasi psikologis adanya rasa ketakutan dan kekhawatiran pada ibu yang baru melahirkan. Hal ini akan berdampak kepada ibu yang berada dalam masa nifas menjadi sensitif (Kirana, 2016).

Menurut World Health Organization 2018, mencatat prevelensi post partum secara umum dalam populasi dunia adalah 3-8% dengan 50% kasus terjadi pada usia produktif yaitu 20-50 tahun. WHO juga menyatakan bahwa gangguan post partum ini mengenai sekitar 20% wanita dan 12% laki-laki pada suatu waktu hidupan (hutagaol, 2019). Sementara prevelensi post prtum di negara-negara ASIA cukup tinggi dan bervariasi antara 28-85% dari wanita packa persalinan (Munawaroh, 2018).

Di indonesia beberapa penilitan adalah dilakukan tentang post partum menurut penelitian yang dilakukan oleh edward (2017) Angka kejadian post

partum di Indonesia mencapai 23%. Sedangkan krining dengan mengguakan EPDS didapatkan bahwa 14-17% Wanita post partum berresiko mengalami post partum blues, tingginya angka kejadian post partum pada ibu pasca melahirkan dapat menimbulkan ampak yang signifikan terhadap keadaan psikologis ibu.

Penyebab kematian pada ibu post partum adalah pada masa pendarahan capaian indikator penanganan komplikasi kebidanan sebesar 79,13% gambaran capaian antar provinsi menunjukkan Jawa Tengah memiliki persentase tertinggi, diikuti oleh Kalimantan Selatan dan Jawa Timur. Sedangkan cakupan terendah terdapat di Provinsi Papua sebesar 12,75% diikuti oleh Papua Barat sebesar 18,33% dan Sumatra Utara sebesar 30,86% pada gambaran capaian antar provinsi ini dapat diketahui adanya disparitas yang cukup tinggi antara provinsi dengan capaian tertinggi dan provinsi dengan capaian terendah (Dinkes, 2015).

Tingginya AKI dipengaruhi oleh penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Penyebab langsung berkaitan dengan kondisi saat melahirkan seperti perdarahan (24,8%), preeklamsia berat dan eklamsia (12,9%), infeksi (14,9%), partus lama/partus macet (6,9%), komplikasi abortus (12,29%), (Deokes RI, 2017). Penyebab langsung tersebut diperburuk oleh status kesehatan dan gizi ibu yang kurang baik.

Perdarahan obstetri dapat di klasifikasikan jadi dua jenis, yaitu perdarahan antepartum dan perdarahan postpartum. Dari kedua jenis perdarahan obstetri tersebut, perdarahan post partum merupakan penyebab tertinggi kematian maternal yaitu 71% dari kasus kematian ibu akibat perdarahan (Cunningam, 2016).

Perawatan luka perineum pada ibu setelah melahirkan berguna untuk mengurangi rasa ketidaknyamanan, menjaga kebersihan, mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan luka jahitan perineum. Salah satu solusi bagi ibu post partum untuk mempercepat penyembuhan luka perineum selain menggunakan obat medis adalah obat tradisional, yaitu yang diperoleh dari dunia alami yakni penerapan jus nanas untuk membantu mempercepat penyembuhan luka perineum. Jus nanas pada ibu post partum atau ibu nifas yang mengalami rupture perineum, ini merupakan alternative pilihan yang alamiah dan sederhana untuk mempercepat penyembuhan luka selain dengan memakai obat-obatan (Gozelar, S. 2016)..

Buah nanas memiliki kandungan enzim Bromelin yang berperan sebagai anti inflamasi. Bromelin pada nanas dapat mengurangi jumlah rata-rata hari untuk menghilangkan rasa sakit dan luka post surgery yang menyebabkan peradangan. Penelitian pada wanita yang melakukan episiotomi, menunjukkan bahwa bromelin yang terkandung pada nanas efektif dalam mengurangi pembengkakan, memar, dan rasa sakit, pada yang mengalami episiotomi (Gozelar, S. 2016).

Jus nanas mengandung pektin, vitamin C, dan enzim bromelin yang berkhasiat mengurangi rasa sakit dan memperlancar peredaran darah dan berkhasiat untuk proses penyembuhan luka. Artinya, konsumsi jus nanas dapat mempercepat penyembuhan luka perineum. Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh jus nanas pada percepatan penyembuhan luka perineum pada ibu post partum.

Sebuah penelitian menunjukkan bahwa 38% ibu mengatakan nyeri perineum meningkat pada hari ke tujuh setelah persalinan, 60% dari ibu primipara

mengalami robekan perineum derajat 2 dan 91% mengalami robekan perineum pada derajat 3 dan derajat 4. Didalam penelitian studi kohort terdapat 241 ibu post partum mengalami nyeri luka perineum, 173 (92%) ibu post partum melaporkan nyeri perineum pada hari pertama. Penelitian dengan survey skala besar yang telah dilakukan dua bulan pada ibu post partum sebagian besar hasil penelitian, ibu mengatakan masih merasakan nyeri pada perineum, 77% diantaranya adalah primipara dan 52% multipara (penocoba-puente et al., 2016).

Berdasarkan dari fenomena kebiasaan yang terdapat dimasyarakat bahwa mengonsumsi buah nanas dapat membantu memperlancar persalinan dan mempercepat penyembuhan luka pada perineum, maka Muzzamman (2018) melakukan uji laboratorium tentang efek pemberian ekstrak buah nanas terhadap ibu post partum. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara pemberian ekstrak buah nanas dengan pengeringan luka perineum. Berdasarkan hasil penelitian tersebut, diduga bahwa mengonsumsi buah nanas oleh ibu setelah selesai bersalin maka luka pada perineum akan cepat mengering.

Selanjutnya Hasil penelitian Okfitri Arista (2016), bahwa pemberian jus nanas pada ibu post partum yang mengalami luka perineum memberikan efek positif pada kesembuhan luka perineum. Hal ini dikarenakan kandungan dari nanas yang berkhasiat dalam mempercepat penyembuhan luka perineum. Hasil penelitian memiliki hasil yang berbeda dalam proses penyembuhan luka perineum. Setelah pemberian memiliki penyembuhan luka yang lebih cepat

dibandingkan dengan sebelumnya. Nutrisi yang baik sesuai kebutuhan ibu post partum juga mempengaruhi proses penyembuhan luka perineum.

Oeh karena itu peneiti ingin mengeahui tentang “ Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem reproduksi: pada ibu post partum dengan pengaruh jus nanas terhadap proses percepatan penyembuhan luka perineum”.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian yang telah dipaparkan dalam latar belakang diatas maka dapat dirumuskan permasalahan “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Reproduksi : Pada Ibu Post Partum Dengan Pengaruh Jus Nanas Terhadap Proses percepatan Penyembuhan Luka Perineum Di Padangsidempuan Selatan Tahun 2021”.

1.3. Tujuan Penelitian.

1. Tujuan Umum.

Adapun tujuan umum dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui adanya pengaruh pemberian jus buah nanas terhadap proses percepatan penyembuhan luka perenium pada ibu post partum.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada ibu post partum Dengan Gangguan Sistem Reproduksi Dengan Pengaruh Jus Nanas Terhadap Proses Penyembuhan Luka Perineum.
- b. Penulis mampu melakukan diagnose keperawatan pada ibu post partum Dengan Gangguan Sistem Reproduksi Dengan Pengaruh Jus Nanas Terhadap Proses Penyembuhan Luka Perineum.

- c. Penulis mampu melakukan rencana intervensi keperawatan pada ibu post partum Dengan Gangguan Sistem Reproduksi Dengan Pengaruh Jus Nanas Terhadap Proses Penyembuhan Luka Perineum.
- d. Penulis mampu melakukan implementasi pada ibu post partum Dengan Gangguan Sistem Reproduksi Dengan Pengaruh Jus Nanas Terhadap Proses Penyembuhan Luka Perineum
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi pada ibu post partum Dengan Gangguan Sistem Reproduksi Dengan Pengaruh Jus Nanas Terhadap Proses Penyembuhan Luka Perineum.
- f. Penulis mampu menganalisa hasil pemberian sebelum dan sesudah dilakukannya intervensi.

1.4. Manfaat

Adapun manfaat dari penulis ini adalah :

a. Bagi praktis

Menambah pengetahuan serta menambah wawasan dan pengalaman tentang pengobatan alternatif yang dapat membantu dalam mengatasi penyembuhan luka perineum dengan pemberian jus nanas pada ibu post partum.

b. Bagi teoritis

Menambah pengetahuan dalam mengatasi penyembuhan luka perineum dan dimana ibu atau keluarga dapat mengolah Musaparadisiaca (jus nanas) sebagai terapi komplementer dalam mengatasi nyeri perineum setelah melahirkan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Post Partum

2.1.1. Definisi Post Partum

Post partum merupakan masa sesudah melahirkan atau persalinan. Masa beberapa jam sesudah lahirnya plasenta atau tali pusat sampai minggu ke enam setelah melahirkan, setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali keadaan yang normal pada saat sebelum hamil (Marmi, 2016).

Post partum adalah waktu penyembuhan dan perubahan, waktu kembali pada keadaan tidak hamil, serta penyesuaian terhadap hadirnya anggota keluarga baru. (Mitayani, 2015). Post Partum adalah masa setelah keluarnya placenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Ambarwati, 2016).

Persalinan merupakan proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari uterus ke dunia luar (Bobak, 2015; Cunningham, 2016). Persalinan dapat berlangsung secara normal pervaginam, maupun dibantu dengan beberapa tindakan seperti ekstraksi vakum, froses dan dengan bantuan operasi sekio sesaria (Piliteri, 2015).

2.1.2. Etiologi

Sampai saat ini belum ada teori yang mampu menjelaskan dengan pasti faktor penyebab persalinan, namun persalinan dapat terjadi akibat intraksi dari

beberapa faktor (Cunningham, 2016). Faktor-faktor tersebut adalah faktor humoral, perubahan biofisika dan biokimia serta ketegangan dan iskemia uterus. Faktor humoral melibatkan pengaruh prostaglandin yang konsentrasinya mulai meningkat pada akhir kehamilan. Prostaglandin merangsang pengeluaran oksitosin yang menyebabkan kontraksi uterus ibu. Selain itu perubahan bio kimia dan biofisika berupa penurunan kadar estrogen dan progesteron menyebabkan otot uterus kehilangan penenang sehingga terjadilah kontraksi. Ketidakmampuan uterus menahan beban akibat hasil konsepsi pada akhir kehamilan juga penyebab terjadinya tekanan pada ganglion servikal dan frankenhauser sehingga merangsang kontraksi uterus ibu. Dengan intraksi sebagai macam faktor tersebut, maka terjadilah persalinan (Bobak, 2015; Cunningham 2016).

2.1.3. Fisiologi

Sistem reproduksi dan struktur terkait pasca partum :

1. Proses *Involusi*

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

beratnya 350 gr, enam minggu berikutnya mencapai 60 gr (Bobak,2004:493)

2. Konstraksi Uterus

Intensitas kontraksi uterus meningkat segera setelah bayi lahir, diduga adanya penurunan volume intrauterin yang sangat besar. Hemostatis pascapartum dicapai akibat kompresi pembuluh darah intramiometrium, bukan oleh agregasi trombosit dan pembentukan pembekuan. Hormon desigen dilepas dari kelenjar hipofisis untuk memperkuat dan mengatur kontraksi. Selama 1-2 jam I pascapartum intensitas kontraksi uterus bisa berkurang dan menjadi tidak teratur, karena untuk mempertahankan kontraksi uterus biasanya disuntikkan oksitosin secara intravena atau intramuscular diberikan setelah plasenta lahir (Bobak, 2004: 493).

3. Tempat Plasenta

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

4. *Lochea*

Lochea adalah rabas uterus yang keluar setelah bayi lahir, mula-mula

berwarna merah lalu menjadi merah tua atau merah coklat. Rabas mengandung bekuan darah kecil. Selama 2 jam pertama setelah lahir, jumlah cairan yang keluar dari uterus tidak boleh lebih dari jumlah maksimal yang keluar selama menstruasi. *Lochea rubra* mengandung darah dan *debris desidua* dan *debris trofoblastik*. Aliran menyembur menjadi merah muda dan coklat setelah 3-4 hari (*lochea serosa*). *lochea serosa* terdiri dari darah lama (old blood), serum, leukosit dan debris jaringan. Sekitar 1 hari setelah bayi lahir, warna cairan ini menjadi kuning sampai putih (*lochea alba*). *Lochea alba* mengandung leukosit, desidua, sel epitel, mucus, serum dan bakteri. *Lochea alba* bertahan selama 2-6 minggu setelah bayi lahir (Bobak, 2004: 494).

5. Serviks

Serviks menjadi lunak setelah ibu melahirkan. 18 jam pascapartum, serviks memendek dan konsistensinya lebih padat kembali ke bentuk semula. Muara serviks berdilatasi 10 cm, sewaktu melahirkan, menutup bertahap 2 jari masih dapat dimasukkan Muara serviks hari keempat dan keenam pascapartum (Bobak, 2004: 495).

6. Vagina dan Perinium

Estrogen pascapartum yang menurun berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Vagina yang semula sangat teregang akan kembali secara bertahap ke ukuran sebelum hamil, 6-8 minggu setelah bayi lahir. Rugae akan kembali terlihat pada sekitar minggu keempat (Bobak, 2004:495).

7. Payudara

Konsentrasi hormone yang menstimulasi perkembangan payudara selama wanita hamil (estrogen, progesteron, *human chorionic gonadotropin*, prolaktin, dan insulin) menurun dengan cepat setelah bayi lahir. Hari ketiga atau keempat pascapartum terjadi pembengkakan (*engorgement*). Payudara bengkak, keras, nyeri bila ditekan, dan hangat jika diraba (kongesti pembuluh darah menimbulkan rasa hangat). Pembengkakan dapat hilang dengan sendirinya dan rasa tidak nyaman berkurang dalam 24 jam sampai 36 jam. Apabila bayi belum menghisap (atau dihentikan), laktasi berhenti dalam beberapa hari sampai satu minggu. Ketika laktasi terbentuk, teraba suatu massa (benjolan), tetapi kantong susu yang terisi berubah dari hari ke hari. Sebelum laktasi dimulai, payudara terasa lunak dan keluar cairan kekuningan, yakni kolostrum, dikeluarkan dari payudara. Setelah laktasi dimulai, payudara terasa hangat dan keras waktu disentuh. Rasa nyeri akan menetap selama 48 jam, susu putih kebiruan (tampak seperti susu skim) dapat dikeluarkan dari puting susu (Bobak, 2004:498).

8. Laktasi

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

9. Sistem Endokrin

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

10. Sistem Urinarius

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

kesemutan pada jari dialami 5% wanita hamil biasanya hilang setelah anak lahir. Nyeri kepala pascapartum disebabkan hipertensi akibat kehamilan, stress dan kebocoran cairan serebrospinalis. Lama nyeri kepala 1-3 hari dan beberapa minggu tergantung penyebab dan efek pengobatan.

2.2 Laserasi Perinium

2.2.1 Defenisi

Lacerasi perineum adalah perlukaan yang terjadi pada saat persalinan di bagian perineum (Mochtar, 2002).

Banyak faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka perineum di antaranya mobilisasi dini, vulva hygiene, luas luka, umur, vaskularisasi, stressor dan juga nutrisi.

2.2.2 Tanda-tanda

1. Bentuk Luka Perineum

Bentuk luka perineum setelah melahirkan ada 2 macam yaitu :

a. Ruptur

Ruptur adalah luka pada perineum yang diakibatkan oleh rusaknya jaringan secara alamiah karena proses desakan kepala janin atau bahu pada saat proses persalinan. Bentuk ruptur biasanya tidak teratur sehingga jaringan yang robek sulit dilakukan penjahitan (Hamilton, 2002).

b. Episiotomi

Episiotomi adalah sebuah irisan bedah pada perineum untuk memperbesar muara vagina yang dilakukan tepat sebelum keluarnya kepala bayi. Episiotomi, suatu tindakan yang disengaja pada perineum dan vagina yang sedang dalam keadaan meregang. Tindakan dilakukan jika perineum diperkirakan akan robek teregang oleh kepala janin, harus dilakukan infiltrasi perineum dengan anestesi lokal, kecuali bila pasien sudah diberi anestesi epidemal. Insisi episiotomi dapat dilakukan di garis tengah atau medio lateral. Insisi garis tengah mempunyai keuntungan karena tidak banyak pembuluh darah besar

dijumpai disini dan daerah ini lebih mudah diperbaiki (Jones Derek, 2002).

2.2.3 Etiologi

a) Penyebab Maternal

1. *Partus precipitatus* yang tidak dikendalikan dan tidak ditolong,
2. Pasien tidak mampu berhenti mengejan,
3. *Partus* diselesaikan secara tergesa-gesa dengan dorongan fundus yang berlebihan,
4. Edema dan kerapuhan pada perineum.

b) Faktor Janin

- a) Bayi besar,
- b) Posisi kepala yang abnormal,
- c) Kelahiran bokong,
- d) Ekstraksi forseps yang sukar
- e) Distosia bahu.

2.2.4 Klasifikasi Laserasi Perineum

1. Robekan derajat 1

Meliputi mukosa vagina, kulit perineum tepat dibawahnya. Umumnya robekan tingkat 1 dapat sembuh sendiri penjahitan tidak diperlukan jika tidak perdarahan dan menyatu dengan baik.

2. Robekan derajat 2

Meliputi mukosa vagina, kulit perineum dan otot perineum. Perbaikan luka dilakukan setelah diberi anestesi lokal kemudian otot-otot diafragma *urogenitalis* dihubungkan di garis tengah dengan

jahitan dan kemudian luka pada vagina dan kulit perineum ditutupi dengan mengikut sertakan jaringan - jaringan dibawahnya.

3. Robekan derajat 3

Meliputi mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum dan otot spingterani eksternal. Pada robekan partialis denyut ketiga yang robek hanyalah spingter.

4. Robekan derajat 4

Pada robekan yang total *spingter recti* terpotong dan laserasi meluas sehingga dinding anterior rektum dengan jarak yang bervariasi.

2.3 Penyembuhan Luka

2.3.1 Defenisi

Penyembuhan luka adalah proses penggantian dan perbaikan fungsi jaringan yang rusak (Boyle, 2008). Pada ibu yang baru melahirkan, banyak komponen fisik normal pada masa postnatal membutuhkan penyembuhan dengan berbagai tingkat. Pada umumnya, masa nifas cenderung berkaitan dengan proses pengembalian tubuh ibu ke kondisi sebelum hamil, dan banyak proses di antaranya yang berkenaan dengan proses involusi uterus, disertai dengan penyembuhan pada tempat plasenta (luka yang luas) termasuk iskemia dan autolisis. Keberhasilan resolusi tersebut sangat penting untuk kesehatan ibu, tetapi selain dari pedoman nutrisi (yang idealnya seharusnya diberikan selama periode antenatal) dan saran yang mendasar tentang higiene dan gaya hidup, hanya sedikit yang bisa dilakukan bidan untuk mempengaruhi proses tersebut.

2.3.2 Fisiologi Penyembuhan Luka

Menurut Smeltzer dan Suzanne (2002) Beragam proses seluler yang saling tumpang tindih dan terus menerus memberikan kontribusi terhadap pemulihan luka, regenerasi sel, proliferasi sel, dan pembentukan kolagen. Respon jaringan terhadap cedera melewati beberapa fase yaitu :

a) Fase inflamasi

Respon vaskuler dan seluler terjadi ketika jaringan terpotong atau mengalami cedera. Vasokonstriksi pembuluh terjadi dan bekuan fibrinoplatelet terbentuk dalam upaya untuk mengontrol perdarahan. Reaksi ini berlangsung dari 5 menit sampai 10 menit dan diikuti oleh vasodilatasi venula.

Mikrosirkulasi kehilangan kemampuan vasokonstriksinya karena norepinefrin dirusak oleh enzim intraseluler. Sehingga histamin dilepaskan yang dapat meningkatkan permeabilitas kapiler. Ketika mikrosirkulasi mengalami kerusakan, elemen darah seperti antibodi, plasma protein, elektrolit, komplemen, dan air menembus spasi vaskuler selama 2 sampai 3 hari, menyebabkan edema, teraba hangat, kemerahan dan nyeri.

b) Fase proliferasi

Fibroblas memperbanyak diri dan membentuk jaring-jaring untuk sel-sel yang bermigrasi. Sel-sel epitel membentuk kuncup pada pinggir luka, kuncup ini berkembang menjadi kapiler yang merupakan sumber nutrisi bagi jaringan granulasi yang baru. Fibroblas melakukan sintesis kolagen dan mukopolisakarida. Banyak vitamin, terutama vitamin C sangat

membantu proses metabolisme yang terlibat dalam penyembuhan luka.

c) Fase maturasi

Jaringan parut tampak lebih besar, sampai fibrin kolagen menyusun kedalam posisi yang lebih padat. Hal ini sejalan dengan dehidrasi yang mengurangi jaringan parut tetapi meningkatkan kekuatannya.

2.3.3 Proses penyembuhan luka

Luka dapat sembuh melalui proses utama (*primary intention*) yang terjadi ketika tepi luka disatukan (*approximated*) dengan menjahitnya. Jika luka dijahit, terjadi penutupan jaringan yang disatukan dan tidak ada ruang yang kosong. Oleh karena itu, dibutuhkan jaringan granulasi yang minimal dan kontraksi sedikit berperan. Penyembuhan yang kedua yaitu melalui proses sekunder (*secondary intention*) terdapat defisit jaringan yang membutuhkan waktu yang lebih lama (Boyle, 2008).

2.3.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka menurut Smelzer (2002)

1. Usia

Penyembuhan luka lebih cepat terjadi pada usia muda dari pada orang tua. Orang yang sudah lanjut usianya tidak dapat mentolerir stress seperti trauma jaringan atau infeksi.

2. Penanganan jaringan

Penanganan yang kasar menyebabkan cedera dan memperlambat penyembuhan.

3. Hemoragi

Akumulasi darah menciptakan ruang rugi juga sel-sel mati yang harus disingkirkan. Area menjadi pertumbuhan untuk infeksi.

4. Hipovolemia

Volume darah yang tidak mencukupi mengarah pada vasokonstriksi dan penurunan oksigen dan nutrient yang tersedia untuk penyembuhan luka.

5. Faktor lokal edema

Penurunan suplai oksigen melalui gerakan meningkatkan tekanan interstisial pada pembuluh.

6. Defisit nutrisi

Sekresi insulin dapat dihambat, sehingga menyebabkan glukosa darah meningkat. Dapat terjadi penipisan protein-kalori.

7. Personal higiene

Personal higiene (kebersihan diri) dapat memperlambat penyembuhan, hal ini dapat menyebabkan adanya benda asing seperti debu dan kuman.

8. Defisit oksigen

9. Insufisien oksigenasi jaringan : Oksigen yang tidak memadai dapat diakibatkan tidak adekuatnya fungsi paru dan kardiovaskular juga vasokonstriksi setempat.

10. Penumpukan drainase : Sekresi yang menumpuk mengganggu proses penyembuhan.

2.4 Buah Nanas

Nanas (*Ananas comosus*) merupakan salah satu buah yang banyak terdapat di berbagai daerah tropis di dunia dengan berbagai variasi sesuai dengan keadaan geografis masing-masing daerah, termasuk Indonesia, dan dapat di dapatkan dengan harga yang relatif murah. Nanas banyak disukai karena rasa yang manis dan banyak mengandung air. Kandungan yang terdapat dalam nanas mencakup enzim bromelin yang merupakan suatu jenis enzim protease dengan berbagai kegunaan sebagai antiinflamasi, anti invasif, dan anti metastase. Berbagai penelitian telah membuktikan bahwa enzim tersebut memiliki efek terhadap penyembuhan luka sayat. Kandungan lain pada nanas yaitu vitamin A, vitamin C, protein, karbohidrat, lemak zat besi, fosfor, zinc, mangan, dan lain sebagainya, 16 vitamin A dan vitamin C sebagai anti oksidan, juga zinc yang mengatur penyediaan energi dan nutrisi untuk sel akan dapat mendukung berjalannya fase penyembuhan luka (Charry Azaria et al, 2017).

Jus nanas mengandung fipaktin, vitamin C, dan enzim bromelin yang berkhasiat mengurangi rasa sakit dan memperlancar peredaran darah dan berkhasiat untuk proses penyembuhan luka. Artinya mengkonsumsi buah nanas dapat mempercepat penyembuhan luka perineum.

Buah nanas memiliki kandungan enzim Bromelin yang berperan sebagai anti inflamasi. Bromelin pada nanas dapat mengurangi jumlah rata rata hari untuk menghilangkan rasa sakit dan luka post surgery yang menyebabkan peradangan. Penelitian pada wanita yang melakukan episiotomi, menunjukkan bahwa bromelin yang terkandung pada nanas efektif dalam mengurangi pembengkakan, memar, dan rasa sakit, pada yang mengalami episiotomi (Gozelar, S. 2016)

Sebuah penelitian menunjukkan bahwa 38% ibu mengatakan nyeri perineum meningkat pada hari ke tujuh setelah persalinan, 60% dari ibu primipara mengalami robekan perineum derajat 2 dan 91% mengalami robekan perineum pada derajat 3 dan derajat 4. Didalam penelitian studi kohort terdapat 241 ibu post partum mengalami nyeri luka perineum, 173 (92%) ibu post partum melaporkan nyeri perineum pada hari pertama. Penelitian dengan survey skala besar yang telah dilakukan dua bulan pada ibu post partum sebagian besar hasil penelitian, ibu mengatakan masih merasakan nyeri pada perineum, 77% diantaranya adalah primipara dan 52% multipara (penocoba-puente et al., 2016).

Cahyaningerum et al (2015) mengatakan enzim bromelin memiliki kemampuan untuk menguraikan protein menjadi asam amino. Bromelin berkhasiat membantu pencernaan makanan, anti inflamasi, mengangjat sel sel kulit mati serta penyakit kulit seperti gatal gatal, eksim dan kudus. Jus nanas mengandung pectin, vitamin C dan enzim bromelin yang berkhasiat untuk mengurangi rasa sakit atau nyeri dan memperlancar peredaran darah dan berkhasiat untuk penyembuhan luka (Gozelar, S.2016).

Menurut penelitian Harun et al (2019) mengatakan terapi yang dilakukan uji klinis pada 103 pasien dengan arthritis pada bagian kaki yang diberi perlakuan dengan mengkonsumsi bromelin selama 6 minggu menyatakan bahwa terdapat efek yang sama terhadap pengurangan rasa sakit dan efek anti onflamasi pada pasien osteoarthritis yang diberikan obat diclofebak. Tetapi yang dilakukan dengan menggunakan bromelin secara oral telah terbukti memiliki efek analgetik dan anti inflamasi pada pasien osteoarthritis.

Ibu post partum sebaiknya banyak makan makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan dan tidak ada batasan cairan yang masuk. buah-buahan mengandung berbagai vitamin dan mineral, yang berperan untuk melancarkan bekerjanya fungsi organ- organ di dalam tubuh kita terutama mempercepat kerja involusi uterus. Pada proses penyembuhan luka enzim bromelin berperan pada fase inflamasi. Potensi bromelin sebagai antinyeri, antiedema, dedridement (menghilangkan dedbris kulit) akibat luka bakar, mempercepat penyembuhan luka, dan meningkatkan penyerapan antibiotik, sangat bermanfaat dalam penyembuhan luka (Mochter , 2012).

2.4.1 Cara Pembuatan Jus Nanas Untuk Mempercepat Proses Penyembuhan Luka Perineum

A. Bahan utama membuat jus nanas:

1. 250 gram buah nanas segar
2. Gula pasir secukupnya
3. 200 ml air matang
4. Es batu sesuai kebutuhan dan menghancurkan es tersebut
5. Susu kental manis putih secukupnya

B. Langkah dan membuat cara jus nanas:

1. Pertama kupas terlebih dahulu kulit dari buah nanas sampai bersih. Kemudian cuci bersih dengan air
2. Berikuntnya iris atau potong-potong daging buah nanas yang telah bersih
3. Tuang secukupnya air matang pada blender, kemudian disusul dengan menambahkan gula pasir

4. Tak lupa juga menambahkan susu putih kental manis kedalamnya
5. Tutup blender dan blender dengan halus jangan ada yang tinggal
6. Siapkan gelas dan kemudia masukkan es batu kedalamnya dan tuangkan hasil blend kedalam gelas.
7. Jus nanas siap diminum

2.5 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan Pada tahap ini akan dilaksanakan pengumpulan, pengelompokan dan penganalisaan data. Pada pengumpulan data akan diperoleh data subyektif yaitu data yang diperoleh dari keterangan pasien atau orang tua pasien. Data obyektif diperoleh dari pemeriksaan fisik. Dari data subyektif pada anak diare biasanya diperoleh data :

2.5.1 Pathway

2.5.2 Rencana Asuhan Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah, atau untuk memenuhi kebutuhan pasien (Setiadi, 2012)

a. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis tentang respon individu, keluarga, dan komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan

ataupun kerentanan respon terkait masalah kesehatan (Heedman dan Kamitsuru, 2014).

1. Nyeri (akut) berhubungan dengan trauma jahitan luka episiotomi.
2. Risiko infeksi berhubungan dengan trauma jalan lahir.
3. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan post partum.
4. Risiko tinggi kekurangan cairan berhubungan dengan penurunan masukan/pergantian tidak adekuat, peningkatan haluaran urine dan kehilangan tidak kasat mata meningkat misalnya perdarahan.

b. Tujuan dan Kriteria Hasil

Tujuan keperawatan adalah hasil yang diinginkan dari asuhan keperawatan yang diharapkan dapat dicapai bersama pasien serta direncanakan untuk mengurangi masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan (Manurung, 2011).

Kriteria hasil yaitu berhubungan dengan tujuan yang telah ditetapkan, hasil yang ditetapkan dalam kriteria hasil adalah pernyataan satu hal yang spesifik, kriteria harus sekonkrit mungkin untuk memudahkan pengukuran, kriteria cukup besar atau dapat diukur. Kriteria dapat menggunakan kata-kata positif bukan menggunakan kata negatif (Dermawan, 2012).

Pedoman penulisan kriteria hasil adalah berfokus kepada pasien singkat dan jelas, dapat diobservasi dan dapat diukur, ada batas waktu, ditentukan oleh perawat dan pasien (Setiadi, 2012).

c. Intervensi

Tahap perencanaan memberikan kesempatan pada perawat, klien, keluarga dan orang terdekat klien untuk merumuskan rencana tindakan keperawatan guna mengatasi masalah yang dialami klien. Intervensi merupakan perencanaan suatu petunjuk atau bukti tertulis yang menggambarkan secara tepat. Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosa keperawatan (Asmadi, 2010).

2.5.3 Diagnosa keperawatan (NANDA NIC NOC)

No.	Diagnosa	Tujuan & Kriteria Hasil (NOC)	Intervensi (NIC)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (peregangan, perineum, luka episiotomi)	NOC: <ul style="list-style-type: none"> • Pain level • Pain control • Comfort level KH : <ul style="list-style-type: none"> • mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, untuk mencari bantuan) • melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri • mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) • menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	NIC: <ul style="list-style-type: none"> • lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor precipitasi • observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan • gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman

		<ul style="list-style-type: none"> • tanda vital dalam rentang normal 	<p>nyeri pasien.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri. • Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau • Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan. • Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi, dan interpersonal).
2.	Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jalan lahir	<p>NOC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Immune status • Knowledge : infection control <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi • Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksananya 	<p>NIC:</p> <p>Infection control (kontrol infeksi)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain • Perthanakan teknik isolasi • Batasi pengunjung bila perlu • Instruksikan pada

		<ul style="list-style-type: none"> • Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi • Jumlah leukosit dalam batas normal • Menunjukkan perilaku hidup sehat 	<p>pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan • Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung • Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat • Gunakan kateter intermitten untuk menurunkan infeksi kandung kemih <p>Infection protection (proteksi terhadap infeksi)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal • Monitor granulosit WBC • Monitor
--	--	--	--

			<p>kerentanan terhadap infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Batasi pengunjung
3.	<p>Risiko kekurangan volume cairan bethubungan dengan pengeluaran yang berlebih; perdarahan; diuresis;</p>	<p>NOC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fluid balance • Hydration • Nutrisional status: food and fluid intake <p>KH :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal • Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal • Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan 	<p>NIC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Timbang popok/pembalut jika diperlukan • Pertahankan catatan intake dan output yang akurat • Monitor status hidrasi (kelembapan membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik) jika diperlukan • Monitor vital sign • Monitor makanan/cairan dan hitung intake kalori harian • Dorong keluarga untuk membantu pasien makan • Tawarkan snack (jus buah segar) • Kolaborasikan dengan dokter

			<p>jika tanda cairan berlebih muncul memburuk</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atur kemungkinan transfusi • Persiapan untuk tranfusi
--	--	--	--

2.5.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta masalah kesehatan yang dihadapi pasien yang sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan. (Nursallam, 2011).

2.5.5 Evaluasi

Menurut Nursallam (2011) evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu :

1. Evaluasi formatif, Evaluasi ini disebut juga evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai.
2. Evaluasi somatif, merupakan evaluasi akhir dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP.

BAB III
LAPORAN KASUS

1. Pengkajian

Tempat :Kelurahan Manunggang kota Padang
Sidempuan Tenggara
TanggalMasuk :06 Oktober 2021

A. BIODATA

a. Identitas Klien

Nama :Ny. M
Umur :25 Tahun
Alamat : Hutatonga
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT

b. Identitas Penanggung jawab

Nama : Tn. R
Umur :28 Tahun
Alamat :Hutatonga
Pekerjaan :PNS
Agama : Islam
Hub. Dgn klien : Suami

c. Riwayat Kehamilan Dan Persalinan Lalu

Riwayat kehamilan, persalinan, nifas, KB yang lalu tidak ada, karena pasien hamil pertama.

d. Riwayat persalinan dan kelahiran saat ini

- Waktu persalinan jam 17.00 WIB
 - HPHT : 29 Desember 2020
 - Tanggal persalinan 1 Oktober 2021
 - Tinggi fundus uteri 5 cm
1. Lama persalinan
 - a. Kala I 4 jam 20 menit
 - b. Kala II 5 menit
 - c. Kala III 5 menit
 2. Posisi fetus memanjang, punggung kiri, dengan presentasi kepala
 3. Tipe kelahiran spontan
 4. Penggunaan analgesik dan anestesi, selama pproses persalinan ibu tidak diberikan analgesik dan anestesi
 5. Masalah selama persalinan tinggi fundus uteri lama turun dan bayi lahir spontan, terjadi ruptur perineum derajat 1 dengan jahitan dalam 5 luar 8
 6. Keadaan psikologis ibu
Ibu merasa nyeri pada bagian perineum
 7. Riwayat penyakit keluarga

Ibu mengatakan dalam keluarga tidak ada yang mengalami menderita penyakit hipertensi, gula, atau penyakit lainnya, juga tidak ada yang penyakit menular

f. Riwayat Ginekologi

Pasien mengalami menarche pada usia 14 tahun , lama 5-6 hari dengan siklus 28-30 hari. Darah yang dikeluarkan cukup banyak, warna merah, encer bau amis. Ibu belum pernah KB sebelumnya.

g. Data Umum Kesehatan Saat Ini

1. Keadaan Umum : Baik Kesadaran : CM
: BB/TB : 60Kg/151 CM
2. Tanda Vital : TD : 110/80 mmHg Nadi : 84 x/I
: Suhu : 36.5 C Pernafasan :
20 x/i
3. Kepala Leher Kepala : Normal
: Mata : Simetris Kiri dan Kanan, anemis (-)
: Hidung : Normal tidak ada secret (-)
: Leher : Tidak ada Pembesaran Kelenjar
4. Dada : Jantung: Tidak ada lesi, Kardiomegali tidak ada
: Paru : Vesikuler, Mengi(-/-), Wheezing (-/-).

: Payudara : Bersih, terabakeras, areola mammae hitam kecoklatan, papilla mammae menonjol, Nyeri tidak ada, colostrum tidak ada, bayi belum menyusui dengan ibunya karena masih di Perinatologi (PRT).

5. Abdomen : ibu mengatakan perut tersasa mual-mual dan seperti terasa dipelintir. Pemeriksaan fisik: Terdapat striae gravidarum, tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat, teraba lunak, peristaltik positif agak lemah.

6. Perineum dan Genitalia

Ibu mengatakan nyeri pada daerah kemaluan terutama jika bergerak, duduk dan berdiri. Nyeri tajam, perih, dan lokasi pada daerah perineum, nyeri sedang skala 5, ibu mengatakan sudah buang air kecil 1 kali.

Pemeriksaan fisik: lochia jumlahnya sedang, warna merah gelap, terdapat bekuan kecil.

a. Ekstremitas atas

Ekstremitas atas simetris kiri dan kanan, tidak ada oedema, tidak ada varises, rentang gerak agak terbatas karena terpasang infus RL 20 Tetes/menit di ekstremitas atas bagian kiri.

b. Ekstremitas Bawah

Ekstremitas bawah simetris kiri dan kanan, tidak ada varises di tungkai kaki, tidak ada oedema, tidak ada kemerahan pada tungkai.

Masalah Khusus : Tidak ada

7. Eliminasi

a. BAK

Pasien mengatakan baru sekali buang air kecil.

b. BAB

Saat dilakkan pengkajian pasien belum BAB

h. Istirahat dan Kenyamanan

Pola tidur : klien mengatakan malam tidur kurang, sering terbangun, tidur hanya ± 4 jam sampai saat ini belum tidur lagi. Klien mengatakan tidak nyaman dengan kondisinya saat ini apalagi Nyeri yang hebat di bagian perineum membuat susah tidur,

i. Mobilisasi dan Latihan

Tingkat mobilisasi : miring kanan dan kiri

Masalah khusus : tidak ada

j. Nutrisi dan Cairan

Makan : Klien mengatakan nafsu makan meningkat, porsi yang disediakan habis.

Minum : Cukup, 1 gelas tiap 2 jam atau lebih.

k. Keadaan Mental

Adaptasi Psikologis : Taking Hold

Penerimaan terhadap bayi : kehadiran bayinya sangat diharapkan

l. Kemampuan menyusui

Saat pengkajian terlihat klien sudah menyusui bayinya.

m. Data Psikososial

a. Pola Kognitif/Persepsi

a. Tingkat Kesadaran : Compos Mentis

Orientasi klien terhadap orang, tempat dan waktu baik, klien sadarkan diri dan dapat mengenali setiap orang yang datang mengunjunginya.

b. Nyeri : Klien merasakan nyeri pada bagian luka perineum

Manajemen nyeri yang digunakan : teknik relaksasi napas dalam

a. Sensori:

1. Telinga / Pendengaran : Normal
2. Mata / Penglihatan : Normal
3. Hidung / Penghirup : Normal
4. Lidah / Perasa : Normal
5. Kulit / Sentuhan : Normal, turgor kulit pasien elastis, warna kulit puih, kulit tampak bersih, tidak pucat, tidak ada lesi.
6. Baal / Hilang Rasa : Tidak ada
7. Vertigo : Tidak
8. Gangguan Bicara : Tidak ada

n. Terapi Obat-obatan

- a. Amoxycilin oral, 3x500 Mg
- b. Asammefenamat oral 3x500 Mg
- c. Emineton oral 1x1 tab

d. Becom C oral 1x1 tab

m. Hasil Pemeriksaan Penunjang

✓ Hemoglobin :99 gr/dl

✓ Leukosit : 13.300 Sel/mm³

✓ Hematokrit : 30 %

✓ Trombosit :435.000 Sel/mm³

2. Analisa Data

No	Hari/tgl	Data	Etiologi	Problem
1.	Rabu, 06 Oktober 2021	DS: P: klien mengatakan nyeri di bagian perineum Q: klien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak R: nyeri di dibagian perinium S: skala nyeri 5 T: 5 menit DO: - Pasien terlihat menahan nyeri ketika mau bergerak	Agen injury luka fisik kontraksi uterus dan luka perineum episiotomi	Nyeri akut

2.	Rabu, 06 Oktob er 2021	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien ada luka di bagian perineum - Pasien mengatakan takut untuk berjalan - Pasien mengatakan mengganti pem balut 2x/hari - <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran: compos mentis - TTV: <ul style="list-style-type: none"> TD : 110/70 mmHg N : 92 x/i S : 36,8°C R : 22 x/i - Tidak ada kemerahan - Kekuatan jahitan kuat - Terdapat darah warna terang - Lochearubra - Ekimosis - Bau: seperti darah biasa dan tidak busuk. <p>Leukosit: 7.800 mm³</p>	Luka perineum episiotomi	Resiko infeksi
----	------------------------------------	---	-----------------------------	-------------------

3. Diagnosa keperawatan (Prioritas Masalah)

No.	Dx. Keperawatan
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik peregangan, perineum, luka episiotomy
2.	Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jalan lahir

4. Intervensi Keperawatan

No. Dx	Hari/tgl	Tujuan& Kriteria hasil (NOC)	Intervensi (NIC)
Dx 1.	Kamis 07 Oktober 2021	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, rasa nyeri berkurang, dengan kriteria hasil : - Tanda-Tanda vital dalam rentang normal (nadi 100-160 x/mnit, pernafasan 30-60 x/menit). - Skala nyeri berkurang dari 6 menjadi 2 - Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab dan menemukan dukungan nyeri, mampu menggunakan tehnik	1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari menemukan dukungan 4. Kontrol lingkungan yang dapat mengurangi nyeri, seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 5. Kurangi faktor presipitasi

		<p>nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, mencari bantuan)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri - Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) - Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang - Tanda vital dalam rentang normal - Tidak mengalami gangguan tidur 	<p>nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 7. Ajarkan tentang teknik non farmakologi 8. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri 9. Tingkatkan istirahat 10. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur 11. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
Dx 2.	Kamis 07 Oktober 2021	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 X24 jam diharapkan status kekebalan px meningkat dengan KH :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan lingkungan setelah dipakaipx lain 2. Pertahankan teknik isolasi 3. Batasi pengunjung bila perlu

		<p>1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi</p> <p>Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang memengaruhinya serta penatalaksanaannya</p> <p>2. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</p> <p>3. Jumlah leukosit dalam batas normal</p> <p>4. Menunjukkan perilaku hidup sehat</p>	<p>4. Cucitangan setiap sebelum dan sesudah Tindakan</p> <p>5. Kolaboratif Pertahankan</p> <p>6. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk</p> <p>7. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kemih</p> <p>8. Tingkatkan intake nutrisi</p> <p>9. Berikan terapi antibiotik bila perlu infeksi protection (proteksi terhadap infeksi)</p> <p>10. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal</p> <p>11. Monitor hitung granulosit, WBC</p> <p>12. Monitor kerentanan terhadap infeksi</p>
--	--	--	--

5. Implementasi Keperawatan

No. Dx	Hari/tgl /jam	Implementasi
Dx I	Kamis 07 Oktober 2021	<p>1. Mengkaji nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi (PQRST)</p> <p>P : Nyeri bertambah pada luka jahitan ketika banyak bergerak.</p> <p>Q : Masih sulit bergerak karena takut jahitannya terbuka</p> <p>R : Nyeri di bagian lukaperineum episiotomi</p> <p>S : skala nyeri 4</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p> <p>2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</p> <p>3. Ajarkan menggunakan teknik nonfarmakologi relaksasi benson</p> <p>4. Evaluasi tentang ketidakefektifan tindakan nyeri yang dilakukan</p>

		5. Kolaborasi dalam pemberian analgetik
Dx II	Kamis, 07 Oktober 2021	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Mengobservasi daerah sekitar luka 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan 4. Meningkatkan asupan nutrisi dan cairan 5. Menganjurkan untuk istirahat 6. Mengkolaborasi pemberian antibiotik

6. Catatan Perkembangan

Hari pertama

N o. D x	Hari/tgl/ jam	Evaluasi
D x I	08 Oktober 2021	<p>S:</p> <p>P: nyeri bertambah ketika banyak gerak</p> <p>Q: klien mengatakan masih sedikit bergerak karna takut jahitannya terbuka</p> <p>R: nyeri di bagian luka jahitan perineum</p> <p>S: skala nyeri 4</p>

		<p>T: hilang timbul</p> <p>O: Pasien terlihat menahan nyeri</p> <p>A : Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P : Intervensi untuk nyeri dilanjutkan</p> <p>Berikan teknik relaksasi benson</p>
D x II	08 Oktober 2021	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada lukajahitan - Pasien mengatakan masih tampak takut membersihkan area organ intimnya. - Pasien tampak hanya menyiram dengan air pada saat melakukan vulva hygiene. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanda-tanda REEDA (-) - Keadaan luka basah - Tampak ada jahitan - Tidak ada kemerahan - Lochearubra - Jahitan kuat merekat di perineum - Terdapat darah merah terang
		<p>TTV:</p> <p>TD : 110/70 mmHg N: 92x/menit</p> <p>S : 36,8^oC</p> <p>R : 20x/menit</p>

		A: Masalah belum teratasi
		<p>P: Mengontrol infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi luka episiotomi - Menganjurkan pasien untuk ambulasi

Hari kedua

No . Dx	Hari/tgl/jam	Evaluasi
Dx I	09 Oktober 2021	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri padalukajahitannya tak menentu dan pada saat bergerak. - Pasien mengatakan perutnya masih mules - Pasien sudah tahu hasil pemeriksaannya - Pasien mengatakan skala nyeri 2 - Pasien mengatakan belum BAB - Pasien mengatakan sudah bisa miring ke kanan dan ke kiri, pasien dapat merapatkan pantat dan paha pada saat bangun tidur untuk duduk. <p>O:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Saat pemeriksaan tampak pasien masih meringis - Pasien tampak sudah bisa duduk dan merapatkan paha. - Kontraksi uterus kuat - Tinggi fundus uteri: 2 jari di bawah pusat <p>TTV:</p> <p>TD : 110/80 mmHg N: 86x/menit</p> <p>S : 36,6°C</p> <p>R : 20x/menit</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Mengobservasi keadaan umum dan tanda-tanda vital</p>
Dx II	09 Oktober 2021	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada lukajahitan - Pasien mengatakan bersedia dilakukan perawatan perineum - <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lukajahitan episiotomi sudah dibersihkan dan sudah di kompres dingin dengan NaCl - Keadaan lukabasa

		<ul style="list-style-type: none"> - Tampakada5jahitan - Tidakadakemerahan - Lochearubra - Jahitankuatmerekatdiperineum - Terdapatdarah <p>TTV:</p> <p>TD : 110/80 mmHgN: 86x/menit</p> <p>S :36,6^oC</p> <p>R :22x/menit</p> <p>A:Masalahbelumteratasi</p> <p>P: Masalah belum teratasi</p>
--	--	---

No	Hari/tanggal	Evaluasi

1	Oktober2021	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasienmengatakannyeripadalukajahitan berkurang - PasienmengatakansudahBAB - Pasienbersediauntukdilakukankompresdingin - Pasien mengatakan sebelumnyabelumpernahdilakukankompresdinginpadaperawatanperineum <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saatpemeriksaantampakpasientidakpucat dankelelahan - Skalanyaeri1=ringan - Ekpresiwajahklientampakrileks - Sudah dilakukan perawatanperineumdengankompresdingin <p>TTV:</p> <p>TD : 120/80 mmHgN: 82x/menit</p> <p>S : 36,6^oC</p> <p>R :20x/menit</p> <p>A: Masalah sudah teratasi</p>
---	-------------	--

2.		<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan - Pasien mengatakan mau dilakukan perawatan perineum - Pasien mengatakan sudah tahu cara perawatan vulva hygiene - Pasien tampak sudah tahu cara perawatan luka episiotomi dengan benar <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan luka basah - Tampak ada jahitan - Tidak ada tanda-tanda infeksi - Lochearubra - Jahitan kuat merekat di perineum - Terdapat darah - Tidak ada kemerahan - Tidak ada bintik kebiruan pada perineum - Tidak ada pus/nanah <p>TTV:</p> <p>TD : 120/80 mmHg</p> <p>82x/menit</p> <p>S : 36,6°C</p> <p>R : 20x/menit</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian I:</p> <p>- Mengontrol infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> - menjelaskan perawatan luka episiotomy - menganjurkan mobilisasi - menganjurkan personal hygiene dengan baik <p>makan obat sesuai teratur</p>
----	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada anak W pada tanggal 06/10/2021. Dalam penerapan asuhan keperawatan pada klien dengan diare penulis berusaha mencoba menerapkan intervensi dengan teori dan berdasarkan jurnal. Sejauh mana penulis melakukan asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi yang diuraikan secara bertahap :

4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal proses keperawatan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Potter dan Perry,2015). Pengkajian yang telah dilakukan berdasarkan teoritis dan dari anamnesa dari pasien. Kemudian data dikumpulkan dan dianalisa sehingga dapat diketahui kebutuhan klien sesuai kebutuhan klien yang ada. Klien menderita diare dengan keluhan BAB 5 kali dalam sehari dengan konsistensi cair dan berlendir, pasien susah minum, turgor kulit menurun, distensi abdomen, bising usus 38x/i, mukosa bibir dan mulut kering, kulit kering dan mata cekung, serta tidak ada mual muntah dengan RR : 25x/i,HR : 115x/i, skor dehidrasi : 8

4.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori ada 6 diagnosa keperawatan yang bisa muncul pada pasien dengan diare antara lain sebagai berikut :

1. Kekurangan volume cairan.

2. Ketidakseimbangan nutrisi.
3. Hipertensi.
4. Gangguan pertukaran gas.
5. Defenisi pengetahuan
6. Resiko kerusakan integritas kulit.

Pada kasus nyatanya ada 2 diagnosa yang diangkat yaitu:

1. Diare
2. Kekurangan volume cairan
3. Hipertermi

Menurut penulis ada dua kesenjangan antara teori dan kasus pada teori terdapat 6 diagnosa yang mungkin muncul pada kasus diagnosa yang muncul. Hanya 2 hal yang disebabkan karena tidak ada data yang mendukung untuk ditegakkan diagnosa keperawatan tersebut.

4.3 Intervensi Keperawatan

Adapun intervensi yang dilakukan dalam kasus tersebut adalah sebagai berikut :

1. Untuk diagnosa diare dilakukan intervensi : observasi ttv, observasi frekuensi, warna, konsistensi, lakukan pemeriksaan abdomen, anjurkan keluarga mencatat frekuensi, warna dan konsistensi BAB, anjurkan untuk memberikan makanan sedikit tapi sering, berikan terapi Musa paradisiaca sebanyak 1 buah dengan aturan 3 kali dalam 1 hari.
2. Kekurangan volume cairan dilakukan intervensi : observasi tanda-tanda dehidrasi, monitor ttv, pantau warna, jumlah frekuensi, kehilangan cairan,

timbang BB, anjurkan memberikan air putih yang banyak, anjurkan cara membuat larutan oralit menggunakan gula dan garam.

3. Hipertermi dilakukan observasi : memonitor ttv, memberikan obat anti piretik, memberikan kompres hangat pada lipatan paha, axila dan dahi, mengajarkan pada keluarga cara untuk mengecek suhu tiap 2 jam sekali

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan mulai tanggal 06/10/2021 : Untuk diagnosa pertama diare berhubungan dengan infeksi bakteri dilakukan sesuai dengan intervensi yang di buat antaranya : mengobservasi pola BAB, mengobservasi frekuensi, warna, konsistensi, melakukan pemeriksaan fisik abdomen, menganjurkan keluarga untuk mencatat frekuensi, warna, konsistensi BAB, menganjurkan memberikan makan sedikit tapi sering, memberikan terapi Musa paradisiaca sebanyak 1 buah dengan aturan 3 kali dalam 1 hari.

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa kedua ketidakseimbangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif dilakukan sesuai dengan intervensinya yang telah dibuat sebagai berikut : observasi ttv, memantau warna, jumlah, free frekuensi kehilangan cairan, menimbang BB, menganjurkan keluarga memberikan air putih yang banyak., mengajarkan cara membuat oralit dengan menggunakan gula dan garam. Implementasi untuk diagnosa ketiga yaitu : memonitor ttv, memberikan obat anti priutek, memberikan kompres hangat kepada lipatan paha, axila dan dahi, mengajarkan kepada keluarga cara mengkompres yang benar, anjurkan kepada keluarga untuk mengecek suhu tiap 2 jam sekali.

4.5 Evaluasi

Setiap tahap akhir dan proses keperawatan setelah melakukan pengkajian keperawatan, merumuskan diagnosa keperawatan, menetapkan intervensi dan implementasi. Pada tahap evaluasi tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata kegiatan yang dilakukan yaitu mengevaluasi selama proses berlangsung menggunakan metode SOAP. Evaluasi yang dilakukan pada anak W sesuai dengan hasil implementasi yang telah di buat pada kriteria objektif yang diterapkan.

Evaluasi yang didapatkan dari diagnosa diare adalah anak BAB 1 kali dalam sehari dengan konsistensi padat, anak tampak lebih segar, N : 98x/i, peristaltik usus : 28x/i. Sementara diagnosa ketidakseimbangan volume cairan didapatkan hasil : BAB 1 kali sehari turgor kulit baik, mukosa bibir lembab, kulit lembab anak tampak lebih segar, mata tidak cekung, RR : 20x/i, HR : 95x/i, dan skor dehidrasi 6. Evaluasi yang didapatkan dari diagnosa ketiga Hipertermi didapatkan hasil : suhu tubuh normal, TTV normal.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Diare pada anak merupakan penyakit yang umumnya diakibatkan oleh infeksi atau dapat disebabkan oleh faktor makanan maupun psikologis pada anak yang dapat menyebabkan dehidrasi, syok, dan kematian. Berdasarkan pada hasil pembahasan dapat disimpulkan bahwa penulis dapat melakukan :

1. Pengkajian keperawatan pada anak dengan gangguan sistem pencernaan :
Diare dengan pemberian *musaparadisiaca* (pisang kepok) terhadap penyembuhan diare.
2. Diagnosa keperawatan pada anak dengan gangguan sistem pencernaan :
Diare dengan pemberian *musaparadisiaca* (pisang kepok) terhadap penyembuhan diare.
3. Intervensi keperawatan pada anak dengan gangguan sistem pencernaan :
Diare dengan pemberian *musaparadisiaca* (pisang kepok) terhadap penyembuhan diare.
4. Implementasi keperawatan pada anak dengan gangguan sistem pencernaan :
Diare dengan pemberian *musaparadisiaca* (pisang kepok) terhadap penyembuhan diare.
5. Evaluasi keperawatan pada anak dengan gangguan sistem pencernaan :
Diare dengan pemberian *musaparadisiaca* (pisang kepok) terhadap penyembuhan diare.

6. Mampu menganalisis pemberian *musaparadisiaca* (pisang kepok) sebelum dan sesudah dilakukannya intervensi.

5.2 Saran

1. Bagi responden meningkatkan kemampuan dalam merawat pasien dengan diare.
2. Bagi keperawatan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dengan pasien di harapkan dapat melakukan setiap tindakan sesuai dengan intervensi yang telah di tetapkan.
3. Bagi institusi di harapkan pada pihak institusi mengadakan buku catatan yang terbaru karena banyak buku yang penulis temukan di perpustakaan yang cetakan lama.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Bari Saifuddin. 2015. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal. Jakarta ; PT Bina Pustaka sarwono Prawirohardjo
- Ai Yeyeh, Rukiyah, dkk. et al.(2015).Asuhan Kebidanan 1. Jakarta: CV. Trans InfoMedia.
- Ambarwati, E,R,Diah, W. 2016. Asuhan Kebidanan Nifas. Yogyakarta: Nuha Medika Andarmoyo, Sulisty. 2016.Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media
- Anggraini, Yetti. 2016. Asuhan kebidanan Masa Nifas. Yogyakarta : Pustaka Rihama APN, (2015). Buku Acuan Persalinan Normal. JNPK-KR: Jakarta
- Ari Sulistyawati, (2016), Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas, ANDI. Yogyakarta
- Bobak, Lowdermilk, Jense. 2016. Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Jakarta: EGC Depkes 2017. *Pusat Data Dan Informasi Profil Kabupaten Kota Sumatera Barat*. Online
http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KAB_KOTA_2017/1371_Sumbar_Kota_Padang_2017.pdf
- Diagnosa Nanda Nic Noc. 2010-2011.
- Estiwidani dkk. (2014). Konsep Kebidanan. Yogjakarta: Fitramaya.
- Kirana, 2015. Hubungan Tingkat Kecemasan Post Partum Dengan Kejadian Post Partum Blues Di Rumah Sakit Dustira Cimahi. Jurnal Ilmu Keperawatan. Volume Iii, No. 1 April-2015
- Mansjoer Arif. 2015. Kapita Selekta Kedokteran. Jakarta : FKUI.
- Manuaba,IAC.,IBagus,danIBGde.2010.IllmuKebidanan,PenyakitKandungandanKBuntut Pendidikan Bidan.Edisikedua.Jakarta:EGC
- Marmi. 2012. Asuan Kebidanan Pada Masa Nifas “ Peurperium Care”. Yogyakarta: pustaka pelajar.
- Morison, M. J. (2014). Manajemen Luka. Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta : EGC Nursalam, 2016.Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan:Jakarta: Salemba Medika
- Potter, & Perry, A. G. 2018. Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep,. Proses, Dan Praktik, edisi 4, Volume.2. Jakarta: EGC
- Potter, Perry. (2010). Fundamental Of Nursing: Consep, Proses and Practice.Edisi 7. Vol. 3. Jakarta : EGC
- Prasetyo, S. N. (2010). Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri. Yogyakarta : Graha Ilmu Prawirohardjo dan Wiknjastro. 2002. Ilmu Kebidanan. Yayasan Bina Pustaka-Sarwono Prawirohardjo. 60 a

- Prawirohardjo, Sarwono (2011). Ilmu kebidanan. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Prawirohardjo. 2011. Buku panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, Edisi 1. Jakarta : Bina Pustaka.
- Priharjo, Robert. 2010. Konsep & Perspektif Praktik Keperawatan Profesional Edisi 2. Jakarta: EGC
- Rosyidi,K. 2013. Muskuloskeletal. Jakarta: Trans Info Media.
- Rusda, Mahiya. (2014). Anastesi infiltrasi pada episiotomi. Universitas Sumatra Utara Retrieved May 4, 2011, from <http://library.usu.ac.id/modules.php.html#1>
- Saifuddin, Abdul Bari. 2016. Buku Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Tamsuri, 2017, Konsep Dan Penatalaksanaan Nyeri EGC, Jakarta Varney, H., 2017. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4. Jakarta; EGC Weatherbee, T.G., Dye, K. E., Bissonette, A., and Mills, A.
- 2010`Valuation Theory and Organizational Change: Towards a Socio-Psychological Method of Intervention,` Journal of Change Management, 9 (2), pp.195-213.
- WHO. World Health Statistics 2015: World Health Organization; 2015.

DOKUMENTASI

