

## **BAB II**

### **LANDASAN TEORI**

#### **2.1 Landasan Teori**

##### **2.1.1 *Post Partum***

###### a. Definisi *Post Partum*

*Post partum* (masa nifas) adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih enam minggu (Saleha, 2009).

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pulih kembali mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil. Lama masa nifas ini 6 minggu - 8 minggu (Mochtar, R., 2012).

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama enam minggu (Ambarwati, 2010).

Berdasarkan pengertian di atas, maka dapat disimpulkan bahwa *post partum* atau masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi sampai alat-alat reproduksi kembali sebelum hamil yang berlangsung selama enam minggu.

###### b. Tahap *Post Partum*

Menurut Mitayani (2009) tahapan pada masa *post partum* dibagi atas tiga periode yaitu sebagai berikut.

1. *Immediate post partum*, adalah masa 0-24 jam *post partum*. Yaitu kepulian dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
2. *Early post partum*, adalah masa pada minggu pertama atau 1-7 hari *post partum* kepulian menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.
3. *Late post partum*, adalah masa pada minggu kedua sampai dengan minggu keenam. Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna.

c. Tujuan Perawatan Ibu *Post Partum*

Menurut Aritonang dan Simanjuntak (2021) dalam masa nifas, ibu *post partum* memerlukan perawatan dan pengawasan yang dilakukan selama tinggal di rumah sakit maupun setelah nanti keluar dari rumah sakit. Adapun tujuan dari perawatan masa nifas adalah sebagai berikut.

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikologis.
  2. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati, atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi.
  3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi pada bayi dan perawatan bayi sehat.
  4. Memberikan pelayanan keluarga berencana.
  5. Mendapatkan kesehatan emosi.
- d. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Menurut Purwanto dkk (2018) perubahan adaptasi psikologis ibu *post partum* dibagi menjadi 3 tahap, yaitu sebagai berikut.

a) Fase *Taking In*/Ketergantungan

Fase ini dapat terjadi pada hari 1-2 pasca persalinan. Pada fase ini, ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir. Ketidaknyamanan fisik yang dialami ibu pada fase ini seperti rasa mules, nyeri pada jahitan, kurang tidur dan kelelahan merupakan sesuatu yang tidak dapat dihindari. Hal tersebut membuat ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gangguan psikologis yang mungkin dialami, seperti mudah tersinggung dan menangis. Kondisi ini mendorong ibu cenderung menjadi pasif. Pada fase ini petugas kesehatan harus menggunakan pendekatan yang empatik agar ibu dapat melewati fase ini dengan baik.

b) Fase *Taking Hold*/Ketergantungan Mandiri

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

c) Fase *Letting Go*/Saling Ketergantungan

Fase *letting go* yaitu periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Ibu memahami bahwa bayi butuh disusui sehingga siap terjaga untuk memenuhi kebutuhan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya sudah meningkat pada fase ini. Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya. Dukungan suami dan keluarga masih terus diperlukan oleh ibu. Suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi, mengerjakan urusan rumah tangga sehingga ibu tidak terlalu terbebani.

e. Klasifikasi Jumlah Paritas

Menurut Badan Kependudukan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), (2018) paritas adalah jumlah anak yang pernah dilahirkan hidup yaitu kondisi yang menggambarkan kelahiran sekelompok atau kelompok wanita selama masa reproduksi. Paritas dapat dibedakan menjadi primipara, multipara, dan grande multipara (Prawihardjo, 2016). Paritas adalah wanita yang pernah melahirkan bayi aterm (Manuaba, 2014). Klasifikasi paritas adalah sebagai berikut.

1) Primipara

Primipara adalah perempuan yang telah melahirkan seorang anak, yang cukup besar untuk hidup di dunia luar. Pada primipara respon sebagai orangtua membutuhkan dukungan yang lebih besar dari lingkungannya dan beberapa wanita tidak suka terhadap tanggung jawab di rumah serta merawat bayi (Bobak, 2005).

## 2) Multipara

Multipara adalah perempuan yang telah melahirkan seorang anak lebih dari satu kali (Prawihardjo, 2016). Multipara adalah wanita yang pernah melahirkan bayi *viable* (hidup) beberapa kali (Manuaba, 2014). Pada multipara akan lebih realistis dalam mengantisipasi keterbatasan fisiknya dan dapat lebih mudah beradaptasi terhadap peran serta interaksi sosialnya, dalam arti mempunyai respon positif sebagai orang tua (Bobak, 2005)

## 3) Grandemultipara

Grandemultipara adalah perempuan yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih.

### 2.1.2 Konsep Bayi Baru Lahir Normal

#### a. Pengertian bayi baru lahir normal

Menurut M. Sholeh (2007), bayi baru lahir normal adalah berat lahir antara 2.500-4.000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan kongenital (cacat bawaan) yang berat.

Bayi baru lahir adalah hasil konsepsi ovum dan spermatozoon dengan masa gestasi memungkinkan hidup di luar kandungan. Bayi baru lahir disebut dengan neonatus, dengan tahapan sebagai berikut (Maternity, 2019).

- 1) Umur 0 hari - 7 hari disebut neonatal dini.
- 2) Umur 8 hari -28 hari disebut neonatal lanjut.

Adapun ciri-ciri bayi baru lahir normal menurut Maternity (2019) adalah sebagai berikut.

- 1) Berat badan 2.500 gr - 4.000 gr.
- 2) Panjang badan 48 cm - 52 cm.
- 3) Lingkar dada 30 cm - 38 cm.
- 4) Lingkar kepala 33 cm - 35 cm.
- 5) Frekuensi jantung 120 kali – 160 kali/menit.
- 6) Pernapasan  $\pm$  40 kali – 60 kali/menit.
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup.
- 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 9) Kuku agak panjang dan lemas.
- 10) Genitalia :
  - (a) Pada perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora.
  - (b) Pada laki-laki, testis sudah menurun dan skrotum terlihat.
- 11) Refleks hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- 12) Refleks *morrow* atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.
- 13) Refleks *graps* atau mengenggam sudah baik.
- 14) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.

### **2.1.3 Asuhan Bayi Baru Lahir**

Asuhan pada bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi selama 1 jam setelah kelahiran. Asuhan yang diberikan antara lain sebagai berikut.

- a. Menjaga agar bayi tetap hangat dan terjadi kontak antar kulit dengan ibu.
  - 1) Memastikan bayi tetap hangat dan terjadi kontak antar kulit bayi dengan kulit ibu.
  - 2) Mengganti handuk atau kain yang basah dan membungkus atau membedong bayi tersebut dengan kain yang hangat, memastikan bahwa kepala telah terlindungi dengan baik untuk mencegah keluarnya panas tubuh.
  - 3) Memastikan bayi tetap hangat dengan memeriksa telapak bayi setiap 15 menit.
  - 4) Apabila telapak bayi terasa dingin periksa suhu aksila bayi
  - 5) Apabila suhu bayi kurang dari  $36,5^{\circ}\text{C}$ , segera menghangatkan bayi dengan meletakkan bayi di bawah sinar lampu.
- b. Mengusahakan adanya kontak antara kulit bayi dengan kulit ibunya segera mungkin.
  - 1) Memberikan bayi kepada ibunya secepat mungkin. Kontak dini antara ibu dan bayi penting untuk kehangatan, mempertahankan panas yang benar pada bayi baru lahir, ikatan batin atau *bonding attachment* dan pemberian ASI.
  - 2) Mendorong ibu untuk menyusui bayinya apabila tidak siap dengan menunjukkan reflek *rooting*.

c. Pencegahan Infeksi

Pencegahan infeksi merupakan penatalaksanaan awal yang harus dilakukan pada bayi baru lahir karena bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi. Pada saat penanganan bayi baru lahir, pastikan penolong untuk melakukan tindakan pencegahan infeksi pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut.

- a) Cuci tangan dengan saksama sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi.
- b) Pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.
- c) Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan, terutam klem, gunting, pengisap lendir DeLee, dan benang tali pusat telah di disinfeksi tingkat tinggi atau steril.
- d) Pastikan semua pakaian handuk, selimut, dan kain yang digunakan untuk bayi sudah dalam keadaan bersih. Demikian pula dengan timbangan, pita pengukur, termometer, stetoskop.

Upaya yang dilakukan untuk pencegahan terjadinya infeksi pada bayi baru lahir di antaranya adalah sebagai berikut.

- a) Pencegahan infeksi pada tali pusat

Upaya ini dilakukan dengan cara merawat tali pusat yang berarti menjaga agar luka tersebut tetap bersih, tidak terkena urine, kotoran bayi, atau tanah. Pemakaian popok bayi diletakkan di sebelah bawah tali pusat. Apabila tali pusat kotor, cuci luka tali pusat dengan air bersih yang mengalir, segera dikeringkan dengan kain kasa kering dan dibungkus dengan kasa tipis yang steril dan kering. Dilarang membubuhkan atau mengoleskan ramuann, abu dapur, dan sebagainya pada luka tali pusat, sebab akan menyebabkan infeksi dan tetanus yang dapat berakhir dengan kematian neonatal.

Tanda-tanda infeksi tali pusat yang harus diwaspadai antara lain kulit sekitar tali pusat berwarna kemerahan, ada pus atau nanah, dan berbau busuk. Mengawasi dan segera melaporkan ke dokter jika pada tali pusat ditemukan perdarahan, pembengkakan, keluar cairan, tampak merah, atau bau busuk.



b) Pencegahan infeksi pada kulit

Beberapa cara yang diketahui dapat mencegah terjadinya infeksi pada kulit bayi baru lahir atau penyakit infeksi lain adalah meletakkan bayi di dada ibu agar terjadi kontak kulit langsung ibu dan bayi, sehingga menyebabkan terjadi kolonisasi mikroorganisme ibu yang cenderung bersifat *nonpatogen*, serta adanya antibodi bayi yang sudah terbentuk serta kandungan dalam air susu ibu.

c) Pencegahan infeksi pada mata bayi baru lahir

Cara mencegah infeksi pada mata bayi baru lahir adalah merawat mata bayi baru lahir dengan mencuci tangan terlebih dahulu, membersihkan kedua mata segera setelah lahir dengan kapas atau sapu tangan halus dan dibersihkan mata yang telah dibersihkan dengan air hangat. Dalam waktu satu jam setelah bayi lahir, berikan salep obat tetes mata untuk mencegah oftalmia neonatarum (tetrakisiklin 1% eritromisin 0,5% atau nirtas argensi 1%), biarkan obat tetap pada mata bayi dan obat yang ada di sekitar mata jangan dibersihkan. Setelah selesai merawat mata bayi, cuci tangan kembali.

d. Melakukan Penilaian dan Inisiasi Pernapasan Spontan

Sebagian besar bayi yang baru lahir akan menunjukkan usaha pernapasan spontan dengan sedikit bantuan atau gangguan. Segera setelah bayi lahir, maka dilakukan upaya inisiasi pernapasan spontan (0-30 detik) secara cepat dan tepat, dengan langkah-langkah sebagai berikut.

1) Melakukan penilaian kondisi bayi baru lahir secara cepat dan tepat, bayi diletakkan di atas perut ibu yang dilapisi dengan handuk. Pertanyaan yang perlu dipertimbangkan yaitu sebagai berikut.

- a) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium ?
- b) Apakah bayi bernapas spontan ?
- c) Apakah kulit bayi berwarna kemerahan ?
- d) Apakah tonus/kekuatan otot bayi cukup ?
- e) Apakah kehamilan ini cukup bulan ?

Apabila kelima pertanyaan di atas jawabannya “ya”, maka bayi dapat diberikan kepada ibu untuk segera menciptakan hubungan emosional, kemudian dilakukan asuhan bayi baru lahir normal.

2) Evaluasi data yang terkumpul, buat diagnosis, dan tentukan rencana untuk asuhan bayi baru lahir.

3) Melakukan rangsangan taktil untuk mengaktifkan refleks pada tubuh bayi baru lahir. Salah satu teknik dalam melakukan rangsangan adalah dengan mengeringkan bayi. Cara ini dapat merangsang pernapasan spontan pada bayi yang sehat. Rangsangan taktil harus dilakukan secara lembut dan hati-hati. Rangsangan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut.

- a) Dengan lembut gosok punggung, tubuh, kaki, atau tangan (ekstremitas) satu atau dua kali.
- b) Dengan lembut, tepuk atau sentil telapak kaki bayi (satu atau dua kali). Rangsangan yang kasar, keras, atau terus-menerus, tidak akan banyak menolong tetapi dapat membahayakan bayi

## 2.1 Tabel Sistem Penilaian Apgar

No.	Tanda	Nilai		
		0	1	2
(1)	(2)	(3)		
1.	Warna	Biru/pucat	Tubuh kemerahan, esktremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
2.	Frekuensi jantung	Tidak ada	Lambat < 100 kali/menit	Cepat >100 kali/menit
3.	Refleks	Tidak ada	Gerakan sedikit	Gerakan kuat/melawan
4.	Usaha napas	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Menangis kuat

Apabila menilai APGAR :

7-10 : bayi mengalami asfiksia ringan atau dikatakan bayi dalam keadaan normal.

4-6 : bayi mengalami asfiksia sedang.

0-3 : bayi mengalami asfiksia berat

e. Pencegahan Kehilangan Panas

Mekanisme kehilangan panas adalah sebagai berikut.

1) Evaporasi

Penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan.

2) Konduksi

Kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin, meja, tempat tidur, timbangan yang temperaturnya lebih

rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi bila bayi diletakkan di atas benda-benda tersebut.

### 3) Konveksi

Kehilangan panas tubuh terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin, suhu ruangan yang dingin, adanya aliran udara dari kipas angin, embusan udara melalui ventilasi, atau pendingin ruangan.

### 4) Radiasi

Kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi, karena benda-benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung).

Cara mencegah kehilangan panas adalah sebagai berikut.

#### a) Keringkan bayi dengan saksama

Mengeringkan dengan cara menyeka tubuh bayi juga merupakan rangsangan taktil untuk membantu bayi memulai pernapasannya.

#### b) Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih dan hangat

Ganti handuk atau kain yang telah basah oleh cairan ketuban dengan selimut atau kain yang baru (hangat, bersih, dan kering).

#### c) Selimuti bagian kepala bayi

Bagian kepala bayi memiliki luas permukaan yang relatif luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika bagian tersebut tidak tertutup.

d) Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya

Pelukan ibu pada tubuh bayi dapat menjaga kehangatan tubuh dan mencegah kehilangan panas. Sebaiknya pemberian ASI harus dimulai dalam waktu satu (jam pertama kelahiran).

e) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir.

Bayi baru lahir akan cepat dan mudah kehilangan panas tubuhnya, sebelum melakukan penimbangan, terlebih dahulu selimuti bayi dengan kain atau selimut bersih dan kering. Berat badan bayi dapat dinilai dari selisih berat bayi pada saat berpakaian atau diselimuti dikurangi dengan berat pakaian atau selimut. Bayi sebaiknya dimandikan sedikitnya enam (6) jam setelah lahir. Praktik memandikan bayi yang dianjurkan adalah sebagai berikut (Depkes RI, 2002).

- 1) Tunggu sedikitnya enam jam setelah lahir sebelum memandikan bayi (lebih lama jika bayi mengalami asfiksia atau hipotermia).
- 2) Sebelum memandikan bayi, periksa bahwa suhu tubuh stabil (suhu aksila antara 36,5 - 37°C). Jika suhu tubuh bayi masih di bawah 36,5°C, selimuti kembali tubuh bayi secara longgar, tutupi bagian kepala dan tempatkan bersama ibunya di tempat tidur atau lakukan persentuhan kulit ibu-bayi dan selimuti keduanya. Tunda memandikan bayi hingga suhu tubuh bayi tetap stabil dalam waktu (paling sedikit) satu jam.
- 3) Tunda untuk memandikan bayi yang sedang mengalami masalah pernapasan.
- 4) Sebelum bayi dimandikan, pastikan ruangan mandinya hangat dan tidak ada tiupan angin. Siapkan handuk bersih dan kering untuk mengeringkan tubuh

bayi dan siapkan beberapa lembar kain atau selimut bersih serta kering untuk menyelimuti tubuh bayi setelah dimandikan.

- 5) Segera keringkan bayi dengan menggunakan handuk bersih dan kering.
- 6) Ganti handuk yang basah dengan selimut bersih dan kering, kemudian selimuti tubuh bayi secara longgar. Pastikan bagian kepala bayi diselimuti dengan baik.
- 7) Bayi dapat diletakkan bersentuhan kulit dengan ibu dan diselimuti dengan baik.
- 8) Ibu dan bayi disatukan di tempat dan anjurkan ibu untuk menyusukan bayinya.
- 9) Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat.
- 10) Idealnya bayi baru lahir ditempatkan di tempat tidur yang sama dengan ibunya, untuk menjaga bayi tetap hangat dan mendorong ibu untuk segera memberikan ASI.

f. Merawat tali pusat

- 1) Setelah plasenta dilahirkan dan kondisi ibu dianggap stabil, ikat atau jepitkan klem plastik tali pusat pada puntung tali pusat.
- 2) Celupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% untuk membersihkan darah dan sekresi tubuh lainnya.
- 3) Bilas tangan dengan air matang atau disinfeksi tingkat tinggi.
- 4) Keringkan tangan (bersarung tangan) tersebut dengan handuk atau kain bersih dan kering.
- 5) Ikat ujung tali pusat sekita 1 cm dari pusat bayi dengan menggunakan benang disinfeksi tingkat tinggi atau jlem plastik tali pusat (disinfeksi tingkat tinggi atau steril). Lakukan simpul kunci atau jepitkan secara mantap klem tali pusat tertentu.

- 6) Jika menggunakan tempat benang tali pusat, lingkarkan benang sekeliling ujung tali pusat dan dilakukan pengikatan kedua tangan dengan simpul kunci di bagian tali pusat pada sisi yang berlawanan.
- 7) Lepaskan klem penjepitan tali pusat dan letakkan di dalam larutan klorin 0,5%.
- 8) Selimuti ulang bayi dengan kain bersih dan kering, pastikan bahwa bagian kepala bayi tertutup dengan baik.

Adapun tata cara melakukan perawatan tali pusat setelah bayi pulang ke rumah yaitu sebagai berikut.

- 1) Bersihkan tali pusat dengan kassa lembab
- 2) Bila tali pusat masih basah, bersihkan dari arah ujung ke pangkal, bila tali pusat sudah kering, bersihkan dari arah pangkal ke ujung. Kemudian keringkan tali pusat.
- 3) Tutup kembali tali pusat dengan kassa steril yang kering. Setelah selesai, pakaian bayi dikenakan kembali. Sebaiknya bayi tidak boleh dipakaikan gurita karena akan membuat lembab daerah tali pusat sehingga kuman atau bakteri tumbuh subur dan akhirnya menghambat penyembuhan.
- 4) Bila tali pusat sudah kering, bersihkan dari arah pangkal ke ujung. Kemudian keringkan tali pusat, tanpa ditutup dengan kassa kering.
- 5) Setelah selesai melakukan perawatan tali pusat, cuci tangan kembali.

g. Mempertahankan Suhu Tubuh Bayi

Pada waktu lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat. Suhu tubuh bayi merupakan tolok ukur kebutuhan

akan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuhnya sudah stabil. Suhu bayi harus dicatat (Prawiharjo, 2002) dalam (Kumalasari, 2015).

Bayi baru lahir tidak dapat mengatur temperatur tubuhnya secara memadai dan dapat dengan cepat kedinginan jika kehilangan panas tidak segera dicegah. Bayi yang mengalami kehilangan panas (hipotermi) berisiko tinggi untuk jatuh sakit atau meninggal, jika bayi dalam keadaan basah atau tidak diselimuti mungkin akan mengalami hipotermia, meskipun berada dalam ruangan yang relatif hangat. Bayi prematur atau berat lahir rendah sangat rentan terhadap terjadinya hipotermia.

Pencegahan terjadinya kehilangan panas yaitu sebagai berikut (Depkes RI, 2002) dalam (Kumalasari, 2015).

- 1) Keringkan bayi secara saksama.
  - 2) Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih, kering dan hangat.
  - 3) Tutup bagian kepala bayi.
  - 4) Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya.
  - 5) Lakukan penimbangan setelah bayi mengenakan pakaian.
  - 6) Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat.
- h. Pencegahan Perdarahan

Memberikan vitamin K untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir normal atau cukup bulan perlu diberi vitamin K per oral 1 mg/hari selama tiga hari, dan bayi berisiko tinggi diberi vitamin K parenteral dengan dosis 0,5 – 1 mg IM (*Intramuskular*).



## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan *Post Partum***

### **2.2.1 Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber dan untuk mengevaluasi, dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap, dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Olfah, Ghofur, 2016)

#### **a. Identitas Klien**

Identitas klien terdiri dari nama, umur, suku bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, nomor register, tanggal masuk rumah sakit, hari dan tanggal pengkajian, waktu dan jam pengkajian, golongan darah, diagnosa medis, nomor telepon, status perkawinan, alamat rumah, alamat kantor (Sakti, 2022).

#### **b. Riwayat Kesehatan**

- 1) Keluhan utama (*here and now*)
- 2) Riwayat kesehatan sekarang (kronologis dari awal keluhan sampai sebelum dikaji termasuk keluhan pada saat masuk Rumah Sakit/Puskesmas) dan (PQRST dari keluhan utama).
- 3) Riwayat kesehatan dahulu yaitu data ini diperlukan untuk melihat kemungkinan adanya riwayat akut atau kronis seperti diabetes mellitus, anemia, hipertensi, penyakit jantung. Kemudian pasien pernah atau tidaknya

dirawat di rumah sakit dan ada atau tidaknya alergi terhadap obat-obatan tertentu.

- 4) Riwayat kesehatan keluarga yaitu apakah ada penyakit genetik atau menular dari keluarga.
- 5) Riwayat ginekologi dan obstetri
  - (a) Riwayat menstruasi/haid : kapan usia awal menarche, berapa lama siklus menstruasi pasien, dan adanya keluhan atau tidak selama haid.
  - (b) Riwayat keluarga bencana (KB) : jenis kontrasepsi apa yang pernah digunakan, lamanya penggunaan kontrasepsi, apa alasan dilepas, bagaimana dukungan keluarga dan setelah melahirkan dan menggunakan kontrasepsi apa.
  - (c) Riwayat obstetri
    - (1) Riwayat kehamilan sekarang : primipara atau multipara, bila pasien mengalami abortus berapa kali terjadi, kapan hari pertama haid terakhir, kapan taksiran persalinan dan tanggal persalinan, berapa lama siklus haid pasien, apakah ada tanda bahaya atau penyulit selama kehamilan, ANC dilakukan dimana dan berapa kali, obat yang dikonsumsi termasuk jamu selama kehamilan, apakah sudah dilakukan imunisasi TT1 dan TT2, apakah pasien mempunyai kekhawatiran khusus, bagaimana respon pasien dan keluarga terhadap kelahiran, apakah ada komplikasi selama kehamilan seperti (perdarahan, preeklampsia, eklampsia, PMS, dll)
    - (2) Riwayat kehamilan persalinan dan nifas yang lalu : jumlah anak, tahun berapa ibu hamil, usia kandungan berapa bulan, ANC, dilakukan dimana dan berapa

kali, penyulit selama kehamilan, jenis persalinan yang pernah dilalui, dimana ibu bersalin, penyulit selama persalinan dan keadaan nifas yang lalu.

- (3) Riwayat persalinan : jenis persalinan apakah spontan, buatan dan anjuran, masa gestasi berapa lama, penolong persalinan, lama persalinan pada (Kala I, Kala II, Kala III, Kala IV) bagaimana keadaan ketuban (warna dan jumlah), bagaimana keadaan plasenta (berat, diameter, *cotyledon*) apakah ada komplikasi selama persalinan.

c. Pola Aktivitas Sehari-hari

Pola aktivitas sehari-hari terdiri dari makan, minum, eliminasi, istirahat dan tidur, *personal hygiene*, pola aktivitas/ kebiasaan hidup (sebelum masuk rumah sakit dan sekarang) (Sakti, 2022).

d. Pemeriksaan Fisik

1. Data Ibu

- a) Keadaan umum : Kesadaran (*compos mentis*, *apatis*, *delirium*, *somnolen*, *stupor*, *coma*).
- b) Tanda-tanda vital : biasanya suhu wanita *inpartu* tidak lebih dari  $37,2^{\circ}\text{C}$ . Sesudah *partus* dapat naik kurang lebih  $0,5^{\circ}\text{C}$  dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi  $38^{\circ}\text{C}$ . Nadi berkisar antara 60-80 denyutan per menit setelah *partus* dan dapat terjadi *bradikardi*. Pernapasan akan sedikit meningkat setelah *partus* kemudian kembali seperti keadaan semula (Kumalasari, 2015)
- c) Antropometri : tinggi badan, berat badan sekarang dan sebelum hamil, indeks masa tubuh. Disaat melahirkan pasien mengalami kehilangan 5 kg – kg berat

badan dan 3 kg – 5 kg selama minggu pertama masa *post partum* (Kumalasari, 2015).

d) Kepala

- 1) Rambut : kepala yang sehat akan tampak bersih dan lembap, tidak ditemukan nodul, luka, iritasi ataupun massa, normalnya pesebaran rambut merata dan tidak ada area yang tidak ditumbuhi rambut kepala, diameter rambut umumnya tebal dan tidak mudah patah, normalnya rambut teraba lembap, tidak terlalu kering ataupun berminyak, kemudian ada tidaknya nyeri tekan pada bagian kepala (Debora, 2017).
- 2) Wajah : gerakan wajah simetris atau tidak, pada pasien *post partum* biasanya tampak *cloasma gravidarum* yaitu bintik atau bercak kecokelatan di kulit wajah (Debora, 2017).
- 3) Mata : penglihatan dapat membaca papan nama perawat dengan jelas atau tidak, konjungtiva berwarna merah cerah apabila pucat maka pasien mengalaih anemia, sklera normalnya berwarna putih susu, kelopak mata terdapat edema atau tidak, gerakan bola mata normalnya dapat mengikuti gerakan ujung jari pemeriksa dan pupil isokor atau tidak (Debora, 2017)
- 4) Telinga : telinga normal akan tampak simetris dan warna kulit sama dengan warna kulit lainnya, kebersihan telinga apakah ada serumen basah atau kering, dan ketika pasien diberikan pertanyaan apakah pasien mampu merespon suara perawat apabila mampu maka pendengaran pasien dianggap baik (Debora, 2017)

5) Mulut : keadaan bibir (sariawan, sianosis, pucat, bengkak), gusi (epulis atau bengkak), gigi caries (karies biasanya mengikat pada ibu hamil karena hipersalivasi), gigi berlubang, gigi ompong, gigi palsu, lidah (kotor, pecah-pecah, peradangan) (Kumalasari, 2015).

6) Leher : Ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid, pembesaran kelenjar getah bening.

(e) Dada

(1) Pernafasan : Pergerakan nafas, bunyi nafas.

(2) Jantung : Bunyi jantung, irama jantung.

(3) Payudara : apakah payudara tampak bersih atau tidak, bentuk (tegang, lembek, menggantung), simetris atau tidak, puting susu menonjol atau masuk ke dalam, ada atau tidak pengeluaran kolostrum, ada atau tidak pembengkakan dan nyeri (Obstetri Kedokteran UNPAD, 1983 : Kumalasari, 2015).

7) Perut : luka bekas operasi/ luka perineum, panjang luka (cm), keadaan luka, luka parut, striae, penurunan TFU, posisi uterus, kontraksi uterus, diastasis rektus abdominis, REEDA (*redness, edema, ecchymosis, drainage, approximation*).

8) Ekstremitas

(a) Ekstremitas atas : bentuk simetris atau tidak, normalnya tidak ada edema, nodul atau krepitasi pada sendi, jumlah jari lengkap atau tidak, normalnya CRT < 2 detik (Debora, 2017)

(b) Ekstremitas bawah : Bentuk simetris atau tidak, normalnya tidak ada edema, nodul atau krepitasi pada sendi, jumlah jari lengkap, normalnya CRT < 2 detik,

ada atau tidaknya *varices*, refleks patella, *homman sign* (untuk mengetahui sirkulasi perifer) (Debora, 2017)

(c) Genetalia : vulva (tertutup/mengangah), vagina (sempit dan teraba ruggae/longgar dan selaput lendir licin) *lochea* (jenis, bau, warna, jumlah), perineum (utuh/berparut), anus terdapat hemoroid/tidak, ada tidaknya tanda REEDA (Obstetri Kedokteran UNPAD, 1983 ; Kumalasari, 2015)

e. Pengkajian psikososial dan spiritual

Menurut Sakti (2022) pengkajian psikososial dan spiritual pada ibu *post partum* terdiri dari :

- 1) Data psikologis : status emosi, pola koping, pola komunikasi, konsep diri (gambaran diri, peran diri, ideal diri, identitas diri, harga diri).
- 2) Data sosial : dengan keluarga dan tetangga, dengan tenaga kesehatan, dan dengan sesama pasien.
- 3) Data spiritual : keyakinan dan makna hidup, autoritas dan pembimbing, pengalaman dan emosi, persahabatan dan komunitas, ritual dan ibadah, dorongan dan pertubuhan.

f. Data Bayi

1. Identitas bayi : meliputi nama bayi, jenis kelamin, tanggal lahir atau jam lahir, nomor register, beraat badan (BB), panjang badan (PB), kemudian hari atau tanggal pengkajian, BB < 2.500 gr : prematur atau *small for gestational age* (SGA), BB > 4.000 gr : *post-term* atau *large for gestational age* (LGA), PB normal pada bayi yaitu 43 cm – 53 cm (Kumalasari, 2015)

2. APGAR skore : jumlah *appearance* (colour + warna kulit), *pulse* (heart rate = denyut nadi), *grimace* (refleks terhadap rangsangan), *activity* (tonus otot), *respiration* (usaha bernafas) dalam 1 menit dan 5 menit.

3. Pemeriksaan fisik bayi

Pemeriksaan fisik pada bayi menurut Kumalasari (2015) dan Sakti (2023) yaitu sebagai berikut.

- a) Kesadaran : menangis/ tidur nyenyak/ tidur dengan gerakan mata yang tepat (*REM, rapid eye movement*)/ aktif – sadar / tenang – sadar/ transisional.
- b) TTV : Laju napas normal 40 – 60 x/menit, laju jantung normal 120 – 160 x/menit, suhu tubuh bayi baru lahir normanya 36,5°C - 37,5°C.
- c) Karakteristik khusus neonatus :
  - 1) Kepala : apakah ukuran dan tampilannya normal atau tidak, lingkar kepala normalnya 33 cm – 38 cm, bagaimana keadaan tulang kepala (*moulding/moulase*) *fontanel anterior* dan *fontanel posterior* berapa cm, apabila *fontanel* teraba cekung maka terjadi dehidrasi pada bayi.
  - 2) Kulit : perhatikan adanya/verniks kaseosa/ tidak, warna kulit, ada atau tidaknya ruam dan bercak atau tanda lahir, adanya pembengkakan/ tidak, adanya lanugo/ tidak.
  - 3) Rambut : warna rambut, bentuk bulu mata, alis, simteris/ tidak, persebaran bulu alis merata/ tidak.
  - 4) Kuku jari : keadaan kuku kotor/bersih, jumlah jari lengkap/tidak.
  - 5) Payudara : pada bayi cukup bulan, penting susu sudah terbentuk dengan baik dan tampak simetris. Payudara dapat tampak membesar tetapi ini normal.

- 6) Genetalia : pada bayi laki-laki panjang penis 3 cm - 4 cm dan lebar 1 cm – 1,3 cm, periksa apakah testis sudah berada dalam skrotum dan penis berlubang pada ujungnya. Pada bayi perempuan labia mayora tampak menutupi labia minora, lubang uretra terpisah dengan lubang vagina.
- 7) Refleks normal pada bayi baru lahir :
- (a) Refleks pelindung : moro (bayi terkejut), tonus leher (mempertahankan posisi leher atau kepala), apakah ada refleks menggenggam atau tidak, apakah ada refleks mata berkedip atau tidak, ketika bayi lahir menangis atau tidak.
  - (b) Refleks bernafas : gerakan pernafasan simetris atau tidak, adanya refleks bersin atau tidak, adanya refleks batuk atau tidak (refleks ini harus ada sepanjang hidup, biasanya ada setelah hari pertama lahir)
  - (c) Refleks makan : ada atau tidaknya refleks menghisap ( gerakan menghisap kuat pada area sikumoral sebagai respon terhadap rangsangan, refleks ini harus tetap ada selama masa bayi), ada atau tidaknya refleks rooting (bayi membalikan kepala kearah sisi bayi tersebut dan mulai menghisap, keadaan ini harus menghilang pada usia 3 bulan – 4 bulan), ada atau tidaknya refleks menelan, ada atau tidaknya refleks gag (refleks muntah harus menetap seumur hidup).
  - (d) Indera khusus : sentuhan, rasa sakit, tekanan, bagaimana kondisi indera penciuman, pengecapan, pendengaran, dan pengelihatan.

### **2.2.2 Kemungkinan Diagnosa Keperawatan**

Menurut SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) tahun 2017, diagnosa keperawatan yang berkaitan dengan studi kasus pada *post partum* primipara adalah sebagai berikut.



- a. Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah.
- b. Gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan kurang kontrol dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur, sering terjaga, tidak puas tidur, pola tidur berubah, istirahat tidak cukup.
- c. Menyusui tidak efektif (D.0029) berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI dibuktikan dengan kelelahan maternal, ASI tidak menetes/memancar, BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam, lecet terus menerus setelah minggu kedua.
- d. Risiko infeksi (D. 0142) ditandai dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan

### 2.2.3 Perencanaan Keperawatan/Intervensi

Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) Intervensi keperawatan adalah segala *treatment treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan.

#### 2.2 Tabel Perencanaan Keperawatan

No. (1)	Diagnosa (2)	Tujuan dan Kriteria Hasil (3)	Intervensi (4)
1.	Defisit pengetahuan (D.0111)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu tertentu, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : - Perilaku sesuai anjuran meningkat  - Verbalisasi minat dalam belajar meningkat  - Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat  - Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat  - Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat  - Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	<b>Edukasi Perawatan Bayi (I.12419)</b> <b>Observasi</b> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <b>Terapeutik</b> - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya <b>Edukasi</b> - Jelaskan manfaat perawatan bayi - Ajarkan memandikan bayi dengan memperhatikan suhu ruangan 21C-24C dan dalam waktu 5-10 menit - Ajarkan perawatan tali pusar - Anjurkan memantau tanda vital bayi terutama suhu 36,5 C- 37,5C - Anjurkan untuk menjemur bayi sebelum jam 9 pagi - Ajarkan pijat bayi - Anjurkan segera mengganti popok jika basah - Anjurkan penggunaan pakaian bayi dari bahan katun - Anjurkan menyusui sesuai kebutuhan bayi
2.	Gangguan pola tidur (D.0055)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu tertentu, diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil	<b>Dukungan Tidur (I. 05174)</b> <b>Observasi :</b> - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu

-----  
dilanjutkan

## Lanjutan

(1)	(2)	(3)	(4)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>- Keluhan sering terjaga menurun</li> <li>- Keluhan tidak puas tidur menurun</li> <li>- Keluhan pola tidur berubah menurun</li> <li>- Keluhan istirahat tidak cukup menurun</li> </ul>	<p>tidur (fisik dan/atau psikologis)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis : kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)</li> <li>- Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modifikasi lingkungan (mis : pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)</li> <li>- Batasi waktu tidur siang, jika perlu</li> <li>- Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</li> <li>- Tetapkan jadwal tidur rutin</li> <li>- Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis : pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)</li> <li>- Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/ atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>- Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>- Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur</li> <li>- Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap REM</li> </ul>

dilanjutkan

Lanjutan			
(1)	(2)	(3)	(4)
			- Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis : psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)
3.	Menyusui tidak efektif (D.0029)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu tertentu, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : - Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat. - Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat - Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam meningkat - Berat badan bayi meningkat - Tetesan/pancaran ASI meningkat - Suplai ASI adekuat meningkat - Puting susu tidak lecet setelah 2 minggu - Kepercayaan diri ibu meningkat - Lecet pada puting menurun - Kelelahan maternal menurun - Kecemasan maternal menurun	<b><i>Intervensi Pendukung Pendampingan Proses Menyusui (I. 03130)</i></b> <b>Observasi :</b> - Monitor kemampuan ibu untuk menyusui - Monitor kemampuan bayi menyusu - Dampingi ibu selama kegiatan menyusu berlangsung - Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri untuk menyusui dengan menggunakan boneka saat membantu ibu memposisikan bayinya - Dampingi ibu memposisikan bayi dengan benar untuk menyusu pertama kali - Berikan ibu pujian, informasi dan saran terhadap perilaku positif dalam menyusui - Diskusikan masalah selama menyusui (mis : nyeri, bengkak pada payudara, lecet dan mencari solusinya) <b>Edukasi :</b> - Ajarkan ibu mengenali tanda-tanda bayi siap menyusu (mis : bayi mencari saliva, memasukan jari ke dalam mulutnya dan bayi menangis) - Ajarkan ibu mengeluarkan ASI untuk diolesi pada puting sebelum dan sesudah agar kelenturan puting tetap dilanjutkan

Lanjutan			
(1)	(2)	(3)	(4)
			<p>terjaga</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan ibu mengarahkan mulut bayi dari arah bawah ke arah puting ibu</li> <li>- Ajarkan posisi menyusui (mis. <i>Cross cradle, cradle, football</i> dan posisi berbaring dengan perlekatan yang benar)</li> <li>- Ajarkan perlekatan yang benar ; perut ibu dan bayi berhadapan, tangan-kaki bayi satu garis lurus, mulut bayi terbuka lebar dan dagu bayi menempel pada payudara ibu untuk menghindari lecet pada puting payudara.</li> <li>- Ajarkan memerah ASI dengan posisi jari jam 12-6 dan jam 9-3</li> <li>- Informasikan ibu untuk menyusui pada satu payudara sampai bayi melepas sendiri puting ibu.</li> <li>- Informasikan ibu untuk mengosongkan payudara pada payudara yang belum disusui dengan memerah ASI</li> </ul>
5.	Risiko Infeksi (D. 0142)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu tertentu, diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada demam</li> <li>- Tidak ada kemerahan</li> <li>- Tidak ada bengkak</li> </ul>	<p><b>Pencegahan Infeksi (I. 14539)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Batasi jumlah pengunjung</li> <li>- Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> </ul>

dilanjutkan

Lanjutan			
(1)	(2)	(3)	(4)
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- dan lingkungan pasien</li> <li>- Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>- Ajarkan etika batuk</li> <li>- Ajarkan cara memerisa kondisi luka atau luka operasi</li> <li>- Anjurkan meningkatkan asupan nutiri</li> <li>- Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ul>

---

Sumber : (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017 ; Tim pokja SIKI DPP PPNI, 2018, Tim pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

#### 2.2.4 Pelaksanaan Keperawatan/Implementasi

Setelah rencana keperawatan tersusun, selanjutnya diterapkan tindakan yang nyata untuk mencapai hasil yang diharapkan berupa berkurangnya atau hilangnya masalah ibu. Pada tahap implementasi ini terdiri dari atas beberapa kegiatan yaitu, validasi rencana keperawatan, menuliskan atau mendokumentasikan rencana keperawatan, serta melanjutkan pengumpulan data. Dalam implementasi keperawatan, Tindakan harus cukup mendetail dan jelas supaya semua tenaga keperawatan dapat menjalankannya dengan baik dalam waktu yang telah ditentukan. (Mitayani, 2011)

### 2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan akhir dari proses keperawatan, dimana perawat menilai hasil yang diharapkan terhadap perubahan diri ibu dan menilai sejauh mana umpan balik atau pengkajian ulang, seandainya tujuan yang ditetapkan belum tercapai, maka dalam hal ini proses keperawatan dapat dimodifikasi (Mitayani, 2011).

Adapun tujuan dari evaluasi menurut yaitu untuk memodifikasi rencana tindakan keperawatan, meneruskan rencana tindakan keperawatan, menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum, melihat dan menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan, mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai. Untuk memudahkan perawat dalam mengevaluasi atau memantau perkembangan klien digunakan komponen SOAP, SOAPIE, dan SOAPIER. Pengertian SOAPIER yaitu sebagai berikut.

**S** : Subjektif. Perawat dapat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

**O** : Objektif. Data objektif yaitu data berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi perawat secara langsung pada klien dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

**A** : Analisis. Interpretasi dari data subjektif dan data objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah diagnostik baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

**P** : *Planning*. Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau perencanaan yang ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

**I** : Implementasi. Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakukan sesuatu dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (perencanaan).

**E** : Evaluasi. Evaluasi adalah respond klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

**R** : *Reassessment*. *Reassessment* adalah pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi.