

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

1. Konsep Teori Penyakit

1. Definisi

Post partum (masa nifas) adalah masa yang akan dilalui oleh wanita setelah bersalin karena itu adalah masa pemulihan organ reproduksi yang berubah selama kehamilan ke keadaan semula setelah bersalin hingga semua organ reproduksi wanita pulih kembali (Yansen Mandacan, 2021).

Post partum adalah masa atau waktu sejak bayi dilahirkan serta plasenta dari rahim dan membutuhkan waktu 6 minggu disertai pemulihan organ yang berkaitan dengan kandungan yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lainnya yang berkaitan dengan proses persalinan (Anwar & Safitri, 2022).

2. Anatomi Fisiologi

a. Involusi Uterus (Rahim)

Uterus mengecil kembali ke ukuran sebelum hamil. Segera setelah melahirkan, berat uterus ± 1000 gram, kemudian akan mengecil hingga ± 50 -100 gram dalam 6 minggu. Fungsi: Mengembalikan ukuran dan posisi uterus, mencegah perdarahan. Tanda normal: Tidak ada nyeri berlebihan, kontraksi uterus terasa saat menyusui (karena oksitosin).

b. Lochia (Pengeluaran Vagina)

Pengeluaran cairan dari uterus, sisa darah, jaringan plasenta:

Lochia rubra (hari 1–3): Merah segar, banyak darah, Lochia serosa (hari 4–10): Warna kecoklatan/pink, volume berkurang, Lochia alba (hari 10–28): Warna putih kekuningan, lebih sedikit.

c. Perubahan Serviks dan Vagina

Serviks menutup secara bertahap, tidak kembali seperti semula (os eksternum berbentuk slit/lonjong). Vagina dan perineum bisa sedikit bengkak dan longgar, tetapi perlahan kembali normal.

3. Etiologi

a. Post Partum Dini

Post partum dini adalah atonia uteri, laserasi jalan lahir, robekan jalan lahir dan hematoma.

b. Post Partum Lambat

Tertinggalnya sebagian plasenta

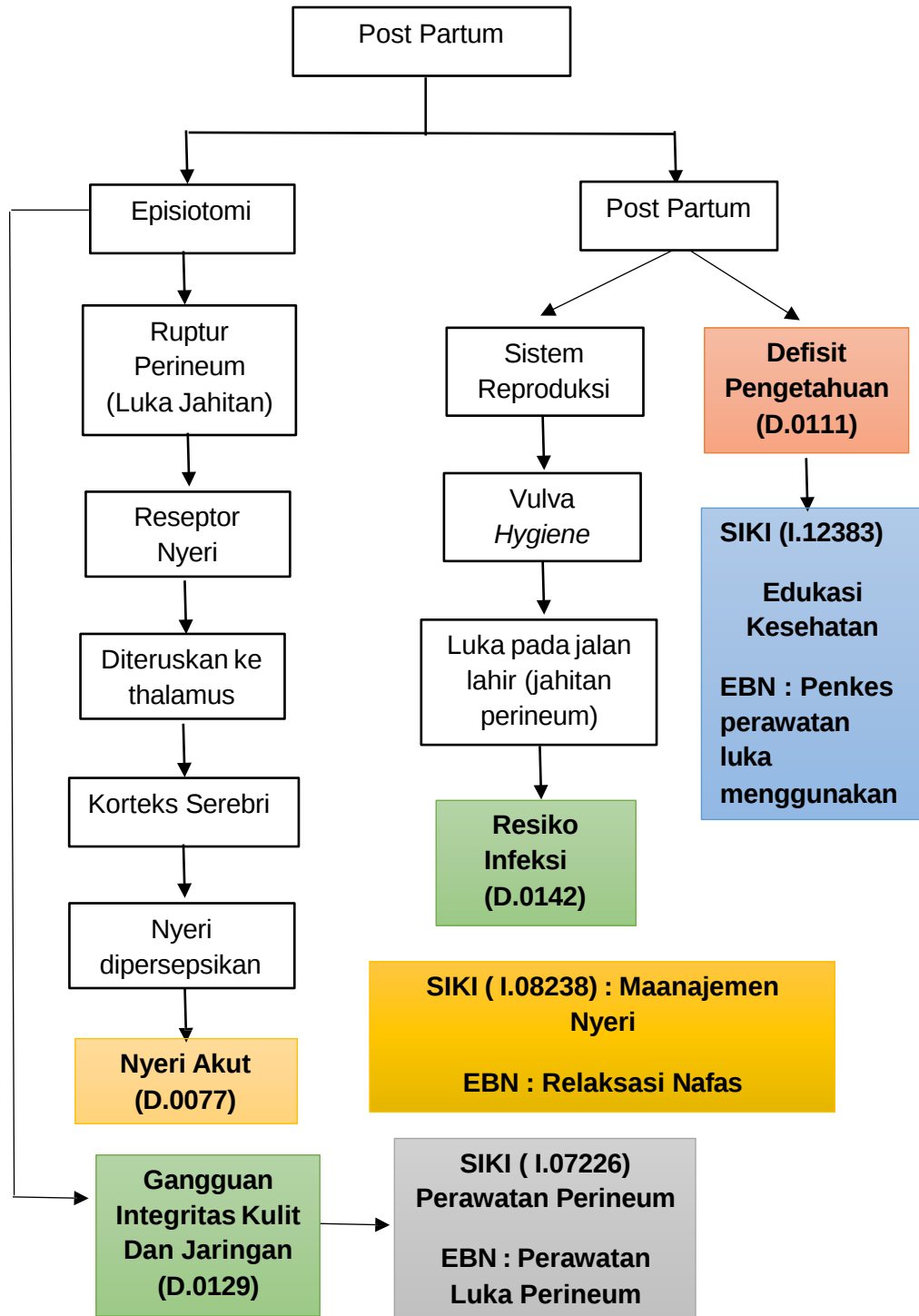
4. Manifestasi Klinis

Tanda-tanda *Post Partum* yaitu :

- a. Pendarahan hebat seperti kondisi haid bahkan berlebih.
- b. Keluarnya bau busuk pada vagina.
- c. Nyeri pada perut bawah, nyeri pada punggung, dan sakit kepala berkepanjangan.
- d. Hilangnya nafsu makan.
- e. Nafas tersenggal disertai kelelahan.

5. Pathway

Gambar 2.1 Pathway



Sumber (Nuralinda, 2022, PPNI, 2017)

6. Patofisiologi

Patofisiologi *Post Partum* adanya perubahan kadar estrogen, progesteron, prolaktin yang terlalu rendah dan terlalu tinggi. Estrogen memiliki efek terhadap aktifitas enzim otak yang berperan dalam suasana hati dan kejadian *Post Partum*. Adapun beberapa hormon yang mengalami penurunan pada masa pemulihan sehabis melahirkan yaitu :

- a. Hormon estrogen berfungsi menstimulasi asi agar mempermudah ibu untuk menyusui bayinya.
- b. Hormon progesterone berpengaruh pada pertumbuhan ukuran alveoli.
- c. Hormon oksitosin berfungsi melancarkan persalinan sehingga tidak mengalami rasa sakit.
- d. Hormon prolaktin berfungsi meningkatkan persediaan ASI.
- e. Hormon endorfin berfungsi meningkatkan daya tahan tubuh, hormon. ini berkaitan dengan emosi ibu setelah melahirkan (Vitrilina, dkk. 2020).

7. Klasifikasi

Tahapan-tahapan yang terjadi pada *Post Partum* menurut (Widyastutik et al., 2021) sebagai berikut :

- a. Periode *Immdiete Post Partum* : Masa pemulihan ibu berdiri dan berjalan (dalam waktu 24 jam).
- b. Periode *Early Post Partum* : Uteri dalam keadaan normal, tidak ada pendarahan, lochea tidak berbau, nutrisi ibu terpenuhi, ibu dapat menyusui dengan baik (dalam waktu 1-7 hari).
- c. Periode *Late Post Partum* : Perawat melakukan perawatan dan pemeriksaan serta konseling keluarga berencana (KB).

8. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Pemeriksaan darah (nilai hemoglobin dibutuhkan pada hari pertama post partum untuk mengetahui seberapa banyak darah yang keluar saat melahirkan).
- b. Pemeriksaan urin (untuk dilakukan urinalisis rutin) (Della, 2020).

9. Penatalaksanaan

Menurut (Aspiani, 2017) , penatalaksanaan medis terdiri:

- a. Observasi 2 jam setelah *post partum*.
- b. 6-8 jam pasca lahiran : istirahat dan tidur (miring kanan kiri).
- c. Hari ke 1-2 memberikan KIE kebersihan diri, cara menyusui, perawatan payudara, perubahan masa nifas.
- d. Hari ke 2 latihan duduk perlahan.
- e. Hari ke 3 latihan berdiri dan berjalan.

10. Komplikasi

Menurut (Aspiani, 2017), komplikasi post partum terdiri :

- a. Pembengkakan payudara
- b. Peradangan payudara
- c. Peradangan endometrium
- d. *Post partum blues*
- e. Infeksi *puerperalis*

B.Konsep Teori Penerapan

1. Perawatan Luka Perineum

Perawatan luka perineum dilakukan dengan tujuan mencegah infeksi, meningkatkan rasa aman dan mempercepat penyembuhan. Perawatan luka perineum dapat dikategorikan menjadi terapi farmakologis dan non-farmakologis. Perawatan luka non- farmakologis merupakan perawatan tanpa menggunakan obat kimia, seperti menggunakan daun tanaman yang mengandung alkaloid, saponin, tanin dan flavonoid atau senyawa metabolit sekunder yang menyembuhkan luka seperti daun jambu biji, daun binahong, daun sirih (Ulil Abshor, 2020).

Berikut ini adalah cara untuk menjaga kebersihan pada masa nifas untuk menghindari infeksi, baik pada jahitan luka atau kulit yaitu:

- a. Cuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir.
- b. Mengajarkan ibu membersihkan daerah kelamin dengan cara membersihkan daerah sekitar vulva terlebih dahulu dari depan ke belakang

- c. Menyarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari.
Hindari menyentuh daerah luka.

2. Macam-Macam Perlukaan Perineum

Menurut (Walyani dan Endang, 2020) luka perineum dibagi menjadi 2 yaitu:

- a. Ruptur
Ruptur adalah luka perineum yang terjadi secara alamiah akibat adanya desakan kepala janin atau bahu pada saat proses persalinan dan biasanya bentuk ruptur tidak teratur sehingga sulit dilakukan penjahitan.
- b. Episiotomi
Episiotomi adalah suatu tindakan pembedahan pada perineum yang menyebabkan terputusnya selaput lendir vagina cincin selaput darah, otot-otot perineum dan pada kulit sebelah depan perineum.

3. Klasifikasi Dan Tindakan Luka Perineum

- a. Luka Derajat I
Adanya perlukaan pada selaput lendir vagina tampak mengenai kulit perineum (tidak dilakukan tindakan penjahitan).
- b. Luka Derajat II
Terjadi perlukaan dinding vagina bagian belakang dan otot perineum tanpa mengenai sfingter ani (tindakan yang dilakukan penjahitan kulit perineum ditutup bersamaan dengan jaringan yang berada di bawahnya).
- c. Luka Derajat III
Terjadi perluasan robekan sampai sfingter ani tetapi mukosa rectum tetap utuh.
- d. Luka Derajat IV
Robekan sampai pada mukosa rahim dan kanalis rectum terbuka (tindakan yang dilakukan pada derajat III/IV segera melakukan rujukan pada persalinan dikarenakan tidak memiliki kemampuan untuk reparasi laserasi perineum) (Walyani & Endang, 2020).

Gambar 2.2 Derajat Luka Perineum



Sumber : Healthjade (2024)

4. Lama Penyembuhan Luka Perineum

- Cepat : Disebut luka cepat sembuh dalam waktu < 7 hari dengan kondisi luka baik dan jaringan parut sedikit.
- Lambat : Disebut luka lambat sembuh dalam waktu > 7 hari, kondisi luka tidak rapat dan adanya tanda-tanda infeksi seperti bengkak dan nyeri (Lestari, S.O dkk, 2022).

5. Fisiologi Penyembuhan Luka

- Fase Inflamasi*
Respon vaskular dan seluler terjadi ketika jaringan terpotong atau mengalami cedera.
- Fase Proliferasi*
Fibroblas memperbanyak diri dan membentuk jaringa-jaringan untuk sel yang bermigrasi.
- Fase Maturasi*
Berlangsung 21 hari sampai 1 bulan bahkan tahunan .

6. Penilaian Skala REEDA

Mengkaji kondisi perineum , apakah terdapat luka ruptur atau episiotomi Kaji adanya tanda-tanda REEDA (Redness, Edema, Ekimosis, Discharge dan Approximation). Alat ukur untuk menilai kondisi jahitan perineum dan terdapat skor yang menunjukkan kondisi penyembuhan luka perineum dengan menjaga kebersihan luka dapat memengaruhi penyembuhan luka (Purwoto *et al.*, 2022).

Tabel 2.1 Skala REEDA

Nilai	Redness (Kemerahan)	Edema (Pembengkakan)	Ecchymosis (Bercak Perdarahan)	Discharge Pengeluaran	Approximation Penyatuan Luka
0	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tertutup
1	Kurang dari 0,25cm pada kedua sisi laserasi	Pada perineum	<0,25 pada kedua sisi atau 0,5cm pada satu sisi	Serum	Jarak kulit 3mm atau kurang
2	Kurang dari 0,5cm pada kedua sisi laserasi	Pada perineum atau vulva, 1-2cm dari laserasi	0,25-1cm pada kedua sisi atau 0,5-2cm pada satu sisi	Darah	Terdapat jarak antara kulit & lemak subkutan
3	Lebih dari 0,5cm pada kedua sisi laserasi	Pada perineum atau vulva, >2cm dari laserasi	>1cm pada kedua sisi atau 2 cm pada satu sisi	Purulen	Terdapat jarak antara kulit, lemak subkutan dan fascia

Skoring skala REEDA :

Skor 0 = Penyembuhan luka baik (good wound healing)

Skor 1-5 = Penyembuhan luka kurang baik (insufficient wound healing)

Skor >5 = Penyembuhan luka buruk (poor wound healing)

7. Pengertian Daun Jambu Biji

Gambar 2.3 Daun Jambu Biji



Sumber: Meditani (2024)

Jambu biji berasal dari Meksiko dan Amerika Tengah. Saat ini, ditanam di pantai barat Afrika di kawasan Pasifik, khususnya di India dan Cina, dengan varietas yang diperkenalkan sekitar lebih dari 300 tahun yang lalu dari Amerika Serikat. Secara umum jambu biji tersebar luas di daerah tropis karena dapat tumbuh pada berbagai jenis tanah, mudah diperbanyak, dan menghasilkan buah yang relatif cepat. Jambu biji atau *Psidium guajava* adalah semak dikotil besar atau pohon cemara kecil. Pohon jambu biji tingginya 3-10 m, bercabang banyak, batang meliuk-liuk, dan kulit batangnya berwarna merah kecoklatan mengkilat, tipis, halus dan sering terkelupas. Akarnya seringkali menonjol di permukaan dan sangat lebar, seringkali melampaui tajuk pohon. Beberapa mempunyai akar yang dalam tetapi tidak memiliki akar tunggang yang jelas.

Daun berseberangan, sederhana, tanpa bintik, tangkai daun pendek, 3-10 mm, lonjong elips, 5-15 cm, ujung tumpul, pangkal membulat subuncare. Tepi daun utuh, agak tebal, kasar, berwarna abu-abu, sampai kuning-hijau. Permukaan atas daun berwarna agak merah muda, permukaan bawah terlihat jelas urat dan kelenjar berbintik-bintik.

Bunganya terdiri dari 1 sampai 3 kuntum, panjang batang sekitar 2 cm, kuntum dan mempunyai 2 bract lurus. Buah jambu biji bentuknya seperti berry atau pir, berbentuk telur, panjang 4-12 cm, berat buah bisa mencapai

500 g, bila matang kulitnya kuning, kadang merah, daging buah menyelimuti biji-biji, berbentuk ginjal, berwarna krem sampai coklat (Aziz, 2016).

8. Kandungan Daun Jambu Biji

Kandungan anti bakterinya mencegah infeksi dan kandungan steroid mampu mengurangi peradangan (anti inflamasi), sehingga mempercepat penyembuhan luka. Kandungan yang terkandung dalam daun jambu biji adalah flavonoid, tanin (9-12%), senyawa fenolik (573,3mg/g), alkaloid, triterpenoid, steroid, saponin, glikosida jantung, polifenol, karoten, kuinon (Aziz, 2016). Kandungan pada daun jambu biji yang berkhasiat menyembuhkan luka adalah:

a. Flavonoid

Flavonoid memiliki efek farmakologis seperti anti inflamasi, analgesik dan antioksidan. Mekanisme anti inflamasi misalnya, terjadi melalui penghambatan jalur metabolisme, pembentukan prostaglandin dan pelepasan histamin pada kondisi inflamasi.

b. Tanin

Tanin memiliki fungsi antiseptik dan antibakteri pada luka, mencegah infeksi luka. Tanin berperan sebagai bakteri dengan merusak dinding sel bakteri, dengan mengubah permeabilitas sel, menghambat aktivitas enzim, menghambat sintesis asam nukleat dan protein.

c. Saponin

Saponin adalah glikosida, khususnya metabolit sekunder yang banyak terdapat di alam, terdiri dari gugus gula yang terkait dengan aglikon atau sapogenin. Pada tumbuhan, saponin banyak terdapat pada akar dan daun. Saponin menawarkan banyak manfaat karena memiliki sifat antibakteri dan antivirus. Saponin berfungsi sebagai stimulator pembentukan kolagen yang merupakan protein utama pada jaringan ikat dan tulang. Kolagen memberikan kekuatan dan ketahanan pada kulit, berkontribusi pada penyembuhan luka.

d. Alkaloid

Alkaloid jambu biji efektif melawan infeksi bakteri. Mekanisme kerjanya adalah dengan memecah penyusun peptidoglikan pada sel bakteri,

menyebabkan lapisan dinding sel tidak terbentuk sempurna sehingga menyebabkan lapisan dinding sel mati.

e. Steroid

Kandungan steroid pada daun jambu biji mampu mengurangi peradangan (anti inflamasi) sehingga mempercepat proses penyembuhan luka.

9. Jambu Biji Merah

Gambar 2.4 Jambu Biji Merah



Sumber: Setriyani (2017)

Jambu biji merah merupakan jenis buah kaya akan vitamin selain murah, mudah ditemukan, ekonomis, jambu biji merah ini juga dikenal sebagai antioksidan karena mengandung banyak vitamin C juga sebagai penghasil kolagen. Manfaat dari kolagen bekerja dengan elastin untuk mendukung jaringan tubuh membentuk kulit baru, buah yang kaya vitamin C sangat penting untuk penyembuhan luka efisien (almatsier, 2016).

Vitamin C sangat penting dalam sistem imun, mengurangi peradangan, membunuh bakteri pada luka dan membantu dalam proses penyembuhan luka. Buah jambu biji mengandung vitamin C 3-6 kali lipat lebih tinggi dari buah jeruk. Jambu biji juga kaya serat yang larut dalam air, dalam 100gr buah jambu segar mengandung 228 mg vitamin C (Setyarini, 2017).

Jambu biji merah dikonsumsi setiap hari selama 10 hari post partum, dikarenakan luka perineum umumnya membutuhkan waktu penyembuhan 6-7 hari (Gustrini, 2021).

Proses penyembuhan luka membutuhkan zat gizi dan nutrisi tertentu yang berperan penting dalam proses penyembuhan luka salah satunya faktor nutrisi yang paling penting adalah protein dan vitamin C. Vitamin C berperan penting dalam proses penyembuhan luka dan memiliki peran penting dalam sintesis kolagen dengan mengonsumsi buah-buahan dengan kandungan vitamin C yang tinggi seperti buah jambu biji merah (Setyarini, 2020).

C. Konsep Teori Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian Keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Ghofur, 2016).

a. Identitas Pasien

Biodata pasien terdiri dari nama, umur, agama, pendidikan, suku/bangsa, pekerjaan, alamat dan data penanggungjawab pasien.

b. Keluhan utama.

Keluhan paling utama yang dirasakan pasien *post partum* adalah mengeluh nyeri pada luka perineum.

c. Riwayat penyakit sekarang

Kronologis dari awal keluhan sampai sebelum dikaji termasuk keluhan pada saat masuk rumah sakit/puskesmas

d. Riwayat penyakit masa lalu

Data ini diperlukan untuk melihat kemungkinan adanya riwayat penyakit akut atau kronis, pernah/tidaknya dirawat di RS, ada/tidaknya alergi terhadap obat-obatan.

e. Riwayat penyakit keluarga

Riwayat penyakit menurun dari keluarga, fokus pada penyakit genetik dan menular.

- f. Riwayat Obstetrik
 1. Riwayat Menstruasi
Kaji saat pertama kali pasien haid pada umur berapa, berapa hari, siklus haid apakah normal atau abnormal, hari pertama haid terakhir (HPHT).
 2. Riwayat Kehamilan
Kaji jumlah anak, tahun berapa ibu hamil, usia kandungan berapa bulan, ANC dilakukan dimana dan berapa kali, dimana ibu bersalin.
 3. Riwayat Persalinan
Jenis persalinan apakah spontan, buatan dan anjuran, masa gestasi berapa lama, penolong persalinan, bagaimana keadaan warna ketuban, bagaimana keadaan plasenta, ada tidaknya komplikasi selama persalinan.
- g. Pola Persepsi Dan Konsep Diri
Pasien post partum yang mengalami luka perineum mengalami perubahan persepsi dan kurangnya pengetahuan tentang dampak luka perineum, adanya perubahan fungsi struktur tubuh , luka yang sulit sembuh, lamanya perawatan luka.
- h. Pola Kebiasaan Sehari-hari
Polaa kebiasaan sehari-hari meliputi : Makan/nutrisi, pola aktivitas/pola tidur, pola eliminasi, personal hygiene.
- i. Pemeriksaan Fisik
 1. Keadaan Umum
Kaji kesadaran ibu
 2. Tanda-tanda Vital
 - a. Normal : Suhu tubuh ibu post partum tidak akan melebihi 38C, nadi 60-80 kali/menit
 - b. Antropometri : Pemeriksaan Tinggi badan, berat badan sebelum dan sesudah hamil.
 - c. Pemeriksaan Payudara : Pemeriksaan areola, kaji adanya edema, kaji adanya nyeri, kaji pengeluaran ASI.
 - d. Uterus : Observasi posisi TFU, kaji adanya kontraksi, observasi ukuran kandung kemih.

- e. Vulva : Kaji pengeluaran lochea, observasi luka episiotomi, kaji adanya pembengkakan, kaji adanya luka, kaji hemoroid.
- j. Pemeriksaan Diagnostik
Meliputi pemeriksaan darah dan pemeriksaan urin.

2. Diagnosis Keperawatan

Data yang dikelompokkan, dianalisa, dan diprioritaskan masalahnya maka beberapa diagnosis keperawatan pada ibu post partum dengan komplikasi luka perineum. Diagnosi keperawatan yang ditemukan adalah :

- a. Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)
- b. Nyeri akut (D.0077)
- c. Defisit pengetahuan (D.0111)
- d. Gangguan Pola Tidur (D.0055)

3. Intervensi Keperawatan

No	Standar Diagnosis Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
1	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan gangguan integritas kulit dan jaringan dapat diatasi dengan kriteria hasil : Integritas Kulit / jaringan (L.14125) : 1. Tekstur kulit membaik 2. Suhu kulit membaik 3. Sensasi pada kulit membaik 4. Pendarahan menurun	Perawatan Kulit (L.11353) Observasi Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (misalnya perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi dan penurunan mobilitas). Terapeutik 1. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring. 2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan, jika perlu. 3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama saat periode diare. 4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering.

-
5. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif.
 6. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering.

Edukasi

1. Anjurkan menggunakan pelembab.
2. Anjurkan minum air yang cukup.
3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.
4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur.
5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem.
6. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya.

**Perawatan Perineum
(L.07226)**

Observasi

Inspeksi insisi atau robekan perineum

Terapeutik

1. Fasilitasi dalam membersihkan perineum.
2. Pertahankan perineum tetap kering.
3. Berikan posisi nyaman.
4. Berikan kompres es jika perlu.
5. Bersihkan area perineum secara teratur.
6. Berikan pembalut yang menyerap cairan.

Edukasi

Ajarkan pasien dan keluarga mengobservasi tanda abnormal pada perineum.

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian antiinflamasi, jika perlu
-

2. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu

No	Standar Diagnosis Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
2	Nyeri akut (D.0077)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil Tingkat nyeri menurun (L.08066) 1. Pasien mengatakan keluhan nyeri menurun 2. Keluhan nyeri meringis menurun 3. Pasien menunjukkan sikap protektif 4. Pasien tampak tidak gelisah	Manajemen Nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis dan pemicu nyeri. 2. Fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri.

	2. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri. Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
--	--

No	Standar Diagnosis Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
3	Defisit Pengetahuan (D.0111)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan pengetahuan meningkat, dengan kriteria hasil : Pengetahuan Meningkat (L.12111) 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat. 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat. 3. Kemampuan menjelaskan	Edukasi Kesehatan Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. Terapeutik 1. Sediakan materi dan media <i>health promotion</i> .

pengetahuan tentang suatu topik meningkat.	2. Jadwalkan <i>health promotion</i> sesuai kesepakatan.
4. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat.	3. Berikan kesempatan untuk bertanya.
5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan.	Edukasi 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun.	2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.
7. Persepsi yang keliru menurun.	3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

No	Standar Diagnosis Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
4	Resiko Infeksi (D.0142)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil : Tingkat infeksi menurun (L.09097) :	Pencegahan infeksi (L.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematis. Terapeutik

1. Tidak ada tanda-tanda infeksi (Demam, nyeri, kemerahan dan bengkak). 2. Kadar sel darah putih membaik.	1. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan. 2. Pertahankan teknik aseptik pada pasien. Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi. 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar. 3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka. 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. Perawatan Perineum (L.07226) Observasi Inspeksi insisi atau robekan perineum Terapeutik 1. Fasilitasi dalam membersihkan perineum. 2. Pertahankan perineum tetap kering.
--	---

3. Berikan posisi nyaman.
4. Berikan kompres es jika perlu.
5. Bersihkan area perineum secara teratur.
6. Berikan pembalut yang menyerap cairan.

Edukasi

Ajarkan pasien dan keluarga mengobservasi tanda abnormal pada perineum (kemerahan, pengeluaran cairan yang abnormal).

Kolaborasi

1. Kolaborasi dalam pemberian antiinflamasi, jika perlu.
2. Kolaborasi pemberian analgesic, jika perlu.

No	Standar Diagnosis Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
5	Gangguan pola tidur (D.0055)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, pola tidur membaik, dengan kriteria hasil : Pola Tidur (L.05045)	Pencegahan infeksi (L.05174) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur.

1. Keluhan sulit tidur menurun.	2. Identifikasi faktor pengganggu tidur.
2. Keluhan pola tidur berubah menurun.	Terapeutik Lakukan prosedur untuk meningkatkan
3. Keluhan istirahat tidak cukup menurun.	kenyamanan. Edukasi Jelaskan pentingnya tidur cukup selama proses penyembuhan.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah salah satu tahap dari proses keperawatan keluarga dimana perawat mendapatkan kesempatan untuk membangkitkan minat keluarga dalam perbaikan ke arah perilaku yang sehat (Harmoko,2018).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah suatu aktivitas untuk melaksanakan assesment mengenai pelaksanaan keperawatan itu sendiri yang dilaksanakan guna memperoleh sebuah kebutuhan akan hasil perolehan sebuah kebutuhan akan hasil perolehan dilaksanakan sebuah perilaku keperawatan sehingga tindakan yang diberikan efektif kepada klien. Evaluasi metode keperawatan menggunakan metode SOAP antara lain, S (*Subjective*) merupakan pernyataan klien berupa ungkapan perasaan maupun keluhan atau gejala yang dirasakan klien , O (*Objective*) merupakan suatu laporan yang dapat dilihat dan dapat diukur seperti tanda-tanda vital, laboratorium, ekspresi, pemeriksaan fisik, dari masalah yang timbul, A (*Assesment*) merupakan penilaian perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif untuk menjawab masalah klien. Sedangkan klien P (*Planning*) merupakan perencanaan tindakan selanjutnya dalam mengatasi masalah kesehatan (Parellagi, 2018).