

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Medis**

##### **2.1.1 Defenisi**

*Post partum* adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa *post partum* berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Siti Saleha, 2019).

Masa nifas dimulai sejak *plasenta* lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu. *Puerperium* (nifas) berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya alat kandungan pada keadaan yang normal (Wulandari *et al*, 2016).

Masa nifas disebut juga *puerperium* yang berasal dari bahasa latin yaitu dari kata "Puer" yang artinya bayi dan "Parous" berarti melahirkan. Nifas yaitu darah yang keluar dari rahim karena sebab melahirkan atau setelah melahirkan (Werdani *et al*, 2017)

##### **2.1.2 Klasifikasi**

Klasifikasi post partum spontan terbagi menjadi (Wahyuningsih, 2019) :

1. *Immediate post partum* (setelah plasenta lahir-24 jam)

Masa segera setelah plasenta lahir sampai 24 jam, adapun masalah yang sering terjadi pendarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu perlu melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lokia, tekanan darah dan suhu.

2. *Early post partum* (24 jam - 1 minggu)

Harus dipastikan involusi uteri normal, tidak ada perdarahan, lokia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapat makanan dan cairan serta ibu dapat menyusui dengan baik

### 3. *Late post partum* (1 mg - 6 mg)

Tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling/pendidikan kesehatan Keluarga Berencana (KB).

#### 2.1.3 Etiologi

Etiologi pasca persalinan dibagi menjadi dua:

a) Periode Awal Pasca Kelahiran

Masa awal pasca kelahiran meliputi atonia uteri, laserasi jalan lahir, ruptur jalan lahir, dan hematoma.

b) Keterlambatan Pasca Persalinan

Keterlambatan pasca persalinan adalah tertahannya sebagian plasenta dan maldistribusi daerah penyisipan plasenta dari bekas luka operasi caesar (Ny *et al*, 2019)

#### 2.1.4 Manifestasi Klinis

Tanda tanda permulaan persalinan adalah *lightening* atau *settling* atau *dropping* yang merupakan kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada *primigravida*. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun. Perasaan sering-sering atau susah buang air kecil karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin. Perasaan sakit di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah di uterus (fase *labor pains*). Serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah bisa bercampur darah (bloody show) (Hafifah, 2011) Menurut Sofian (2012), tanda dan gejala persalinan antara lain:

- 1) Rasa sakit karena his dating lebih kuat, sering dan teratur.

- 2) Keluarnya lendir bercampur darah (*bloody show*) karena robekan- robekan kecil pada serviks.
- 3) Terkadang ketuban pecah dengan sendirinya.
- 4) Pada pemeriksaan dalam didapati serviks mendatar dan pembukaan telah ada.

### **2.1.5 Patofisiologi**

Berawal pada kehamilan yang umurnya (37 minggu – 42 minggu) dalam usia normal, lalu ketika sudah memasuki tanda-tanda kontraksi melahirkan (in partu) sampai akhir keluarnya bayi beserta plasenta lalu ibu disebut postpartum setelah masa ini terjadi banyak perubahan pada ibu yaitu perubahan fisiologis dan emosional. Pada perubahan fisiologis post partum umumnya akan terjadi trauma di jalan lahir juga kelemahan ligament, fasia dan otot-otot pada ibu sesudah persalinan, hal ini bisa mengakibatkan terganggunya aktivitas sehari-hari karena masih perlu bantuan keluarga serta bisa memunculkan masalah keperawatan intoleransi aktivitas, terganggu aktivitas dapat menurunkan gerakan peristaltik dan otot tonus menurun di usus sehingga mengakibatkan konstipasi.

Ketika pengeluaran janin menggunakan cara episiotomy (irisian bedah) pada perenium untuk memperlebar vagina dalam membantu proses kelahiran, di perineum terjadi putusnya jaringan sehingga area sensorik akan terangsang dengan mengeluarkan hormon bradikinin, histamin serta seritin yang kemudian di medulla spinalis di teruskan ke batang otak, lalu ke thalamus sehingga nyeri di korteks serebral terangsang, memicu munculnya gangguan rasa nyaman yang menyebabkan nyeri akut. Pada proses persalinan pasti terjadi

perdarahan umumnya 300-400 cc yang yang mengakibatkan organ genetalia pada ibu menjadi kotor setelah proses kelahiran juga perlindungan pada luka kurang serta adanya robekan pada perenium.

Persalinan spontan sering kali menyebabkan terjadinya hambatan yang diakibatkan oleh kondisi ibu dan janin. Hambatan yang dialami ibu dan janin sendiri antara lain: gawat janin, persalinan pervaginam dengan penyulit, jaringan parut pada perineum, perineum kaku dan pendek. Kondisi tersebut menyebabkan perlunya tindakan episiotomi yang berguna untuk mencegah robekan perineum yang tidak teratur. Tindakan episiotomi mengakibatkan terputusnya jaringan sehingga menyebabkan penekan pada pembuluh saraf dan luka terbuka.

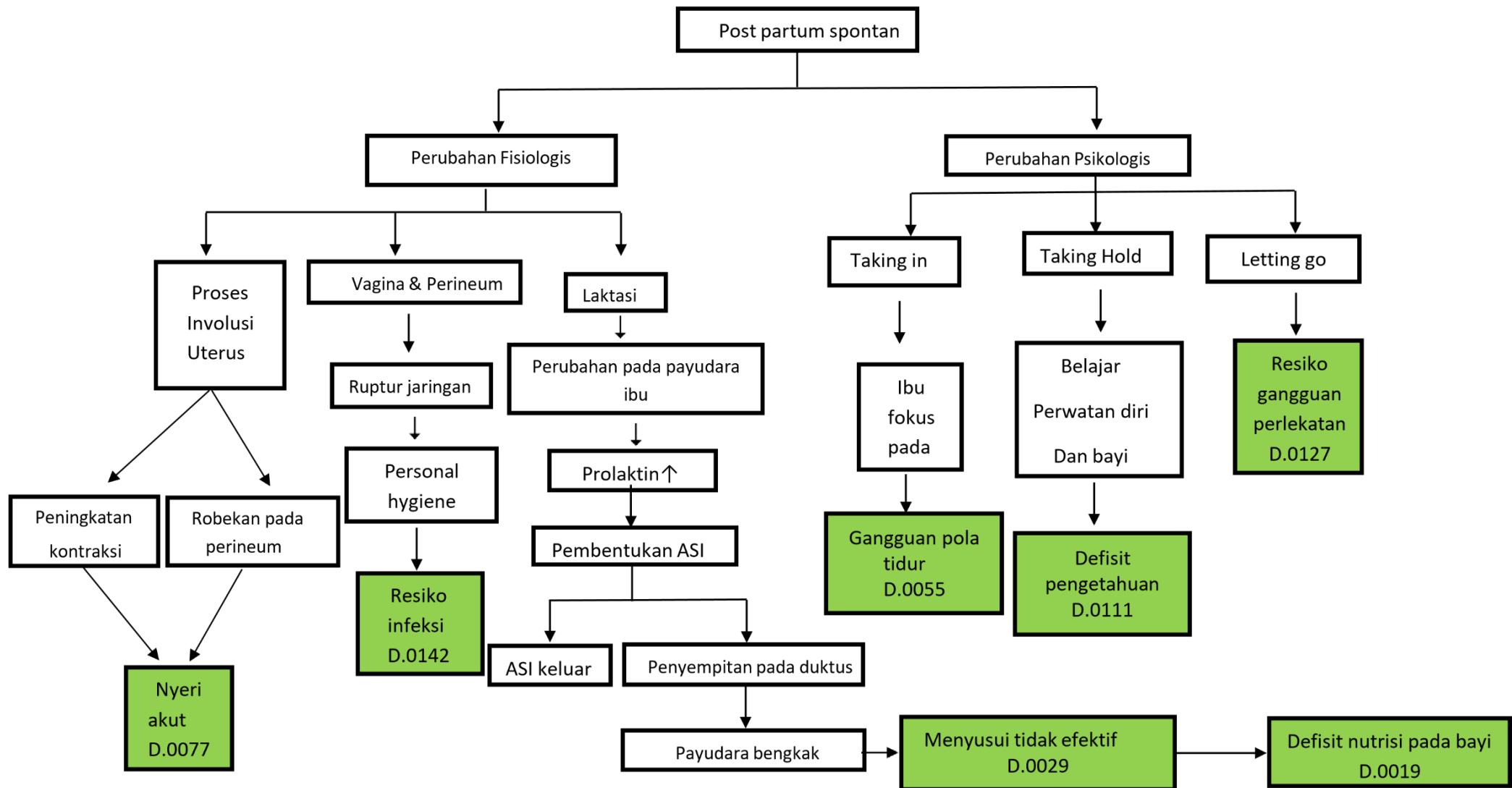
Penekanan pembuluh saraf yang diakibatkan terputusnya jaringan mempengaruhi sensivitas ujung-ujung saraf atau reseptornya terhadap stimulasi atau rangsangan. Reseptor nyeri tersebut menimbulkan respon nyeri akibat stimulasi berupa zat-zat kimiawi yang meliputi histamine, brankinin dan prostaglandin. Hal ini menimbulkan aktivitas listrik direseptornya, yang kemudian penyaluran implus melewati saraf perifer dan melalui jalur jalur saraf desenden sampai terminal di medulla spinalis ke otak. Sehingga otak mempersepsikan sebagai gangguan rasa nyeri. Terjadinya peningkatan aktivitas sistem syaraf yang dapat mengakibatkan perubahan tekanan darah, denyut nadi, pernafasan, warna kulit dan menimbulkan diaphoresis (Wagiyoh & Putrono, 2020).

Jika tidak ditangani dengan baik bisa terjadi invasi bakteri sebagai akibatnya timbul masalah keperawatan resiko infeksi. Trauma kandung kemih terjadi setelah keluarnya janin sebagai akibatnya ibu pasca melahirkan tidak

dapat berkemih ada edema serta memar di uretra karena terjadinya dilatasi, menyebabkan jumlah urin yang keluar menjadi berlebih dan biasanya ada residu pada urin sebagai akibatnya timbul masalah keperawatan gangguan eliminasi urin.

Setelah melahirkan ibu ada merasa cemas karena akan menjadi orang tua dan merawat bayinya hal ini bisa memunculkan ansietas dan kesiapan menjadi orang tua, setelah melahirkan juga biasanya akan terjadi Laktasi alami dipengaruhi oleh hormon estrogen serta peningkatan prolaktin, untuk merangsang pembentukan kolostrum di air susu ibu, namun terkadang dapat terjadi peningkatan suplai darah dipayudara dari uterus yang berinvolusi serta terjadi retensi (kelebihan) darah pada pembuluh payudara sehingga akan bengkak, keras serta terjadi penyempitan di duktus intiverus. Maka akan menyebabkan tidak keluarnya ASI dan timbul masalah keperawatan menyusui tidak efektif (Wahyuningsih, 2019).

## Pathway Post Partum Spontan



### **2.1.6 Penatalaksanaan Medis**

Penatalaksanaan yang diperlukan untuk klien dengan *post partum* adalah sebagai berikut (Masriroh, 2013)

- a) Memperhatikan kondisi fisik ibu dan bayi
- b) Mendorong penggunaan metode-metode yang tepat dalam memberikan makanan pada bayi dan mempromosikan perkembangan hubungan baik antara ibu dan anak.
- c) Mendukung dan memperkuat kepercayaan ibu dan memungkinkannya mengisi peran barunya sebagai seorang ibu, baik dengan orang, keluarga baru, maupun budaya tertentu.

### **2.1.7 Komplikasi**

Komplikasi pada *post partum* menurut Wahyuningsih, (2019) yaitu:

- a. Pada saat melahirkan kehilangan lebih 500 ml darah dalam waktu 24 jam pertama pasca melahirkan.
- b. Infeksi
  - 1) Endometritis (radang pada diding rahim)
  - 2) Miometritis atau metritis (otot-otot uterus yang meradang)
  - 3) Perimetritis (sekitar uterus terdapat radang peritonium) yang merupakan selaput tipis yang membatasi dinding perut
  - 4) Caket breast/ bendungan ASI (terjadinya distensi pada payudara, menyebabkan berbenjol-benjol serta keras)
  - 5) Mastitis (membesarnya mamae sehingga pada suatu bagian terasa terasa nyeri, kulit memerah, dan sedikit membengkak,

dan pada perabaan terasa nyeri, bisa terjadi abses atau benjolan jika tidak diobati)

- 6) Trombophlebitis (pada darah dalam vena varicosesuperficial terjadi pembekuan sehingga mengakibatkan kehamilan dan nifas terjadi stasis dan hiperkoagulasi).
- 7) Luka perineum (terdapat nyeri, disuria, naiknya suhu 38oC, edema, nadi <100x/menit, kemerahan dan peradangan pada tepi, terdapat nanah warna kehijauan, luka bewarna kecoklatan, meluas dengan kondisi lembab).
- 8) Perubahan lochea purulenta, merupakan keluarnya cairan kekuningan seperti nanah dan berbau busuk.

## 2.2 Konsep Nyeri Akut

### 2.2.1 Definisi

Nyeri Akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Nyeri akut adalah pengalaman yang kompleks untuk pasien. The international association for the study of pain mendefenisikan nyeri itu adalah: “pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan actual atau potensial atau kerusakan semisal itu. McCaffery dan Beebe mendefenisikan nyeri sebagai apapun yang dikatakan oleh orang yang mengalami nyeri. Nyeri adalah pengalaman pengalaman tersebut bersifat subjektif dan setiap orang mempersepsikan

nyeri dengan cara yang berbeda ”Dikutip dari buku keperawatan gawat darurat dan bencana Sheehy (2018).

### **2.2.2 Klasifikasi Nyeri**

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua, yakni nyeri akut dan kronis.

- a. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, tidak melebihi enam bulan, serta ditandai dengan adanya peningkatan tegangan otot.
- b. Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama, yaitu lebih dari enam bulan. Yang termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatis (Musrifatul, 2016).

### **2.2.3 Alat Pengkajian Nyeri**

Ada 2 kategori nyeri yaitu akut dan kronis, yang dapat dibagimengjadi 3 jenis: somatic, viseral dan neuropatik. Dalam sumber buku keperawatan gawat darurat dan bencana Sheehy.

Pengkajian nyeri pasien dimulai pada saat pasien tiba di IGD dan berlanjut selama pasien di IGD, frekuensi pengkajian ulang ditentukan oleh kondisi pasien dan intervensi yang diberikan untuk menghilangkan nyeri. Setiap pasien yang datang ke IGD harus dilakukan pengkajian nyeri dan intensitasnya, terlepas dari keluhan utama dan alasan pasien datang ke IGD. Akronim PQRST adalah parameter yang harus dikaji.

Tanda-tanda bahwa pasien mengalami nyeri hebat:

- a. Onset/timbul mendadak
- b. Nyeri hebat saat onset
- c. Pasien terbangun dari tidur Perubahan tanda-tanda vital.
- d. Menggambarkan nyeri seperti perasaan diremas, terus-menerus, tertekan, terbakar

Tabel 2.2.2 Akronim PQRST

P	Palliative or faktor (faktor pencetus)
Q	Quality of pain (kualitas)
R	Region and radation of the pain (lokasi dan penyebaran nyeri)
S	Subject description of pain (use pain rating scale) menjelaskan subjek nyari/gunakan skala nyeri
T	Temporal nature of the pain (karakteristik nyeri)

### a) Jenis-jenis Nyeri

Ada 2 kategori nyeri yaitu akut dan kronis, yang dapat dibagi menjadi 3 jenis: somatic, viseral dan neuropatik. Dalam sumber Buku keperawatan gawat darurat dan bencana Sheehy.

Tabel 2.2.1 jenis jenis nyeri

Jenis nyeri	Lokasi	Karakteristik
Somatic	Kulit dan jaringan subkutan Tulang, otot, pembuluh darah, dan jaringan	Terlokasi Konstan
Visceral	Organ dan lapisan rongga tubuh	Tidak terlokalisasi Menyebar
Neuropatik	System saraf pusat dan perifer	Tidak terlokalisasi Teretembak, terbakar, tajam, mati rasa, kesemutan

### b) Alat Mengukur Nyeri

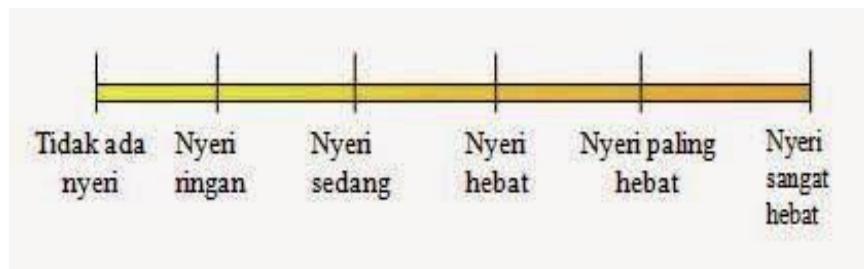
Alat pengukuran nyeri digunakan sebagai acuan dalam mengkaji intensitas nyeri yang dirasakan seseorang. Adapun

beberapa kriteria dari alat pengukuran nyeri yang harus dipenuhi agar dapat bermanfaat, yaitu mudah digunakan, dinilai, dan dimengerti, serta sensitif pada reaksi perubahan kecil selama intensitas nyeri berlangsung. Penilaian terbaik dalam menentukan intensitas nyeri adalah individu yang merasakan nyeri yang dialami sendiri. sehingga diminta untuk membantu pengkajian intensitas dengan menggambarkan nyeri yang dirasakan sesuai tingkatnya nyeri (Diana & Mail, 2019).

Menurut Sari *et al* (2018), ada beberapa alat pengukuran nyeri yang dapat dijadikan acuan dalam mengkaji, yaitu seperti dibawah ini:

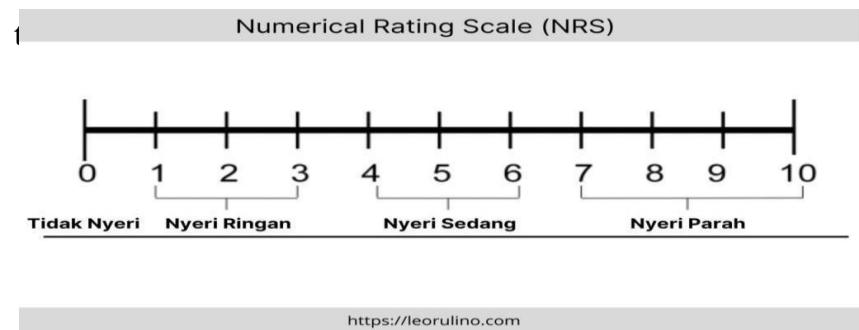
1. Skala Intensitas Nyeri Deskriptif

*Verbal Descriptor Scale* atau skala pendeskripsi verbal adalah instrumen untuk mengukur beratnya nyeri yang dianggap paling bersifat objektif. Skala intensitas nyeri deskriptif yaitu garis horizontal dengan titik nyeri disusun dengan jarak yang sama panjang yang berisi tiga sampai lima deskripsi verbal dalam garis ukur. Deskripsi verbal ini diurutkan dari mula yang tidak nyeri sampai dengan nyeri berat yang tidak terkontrol. Petugas dapat meminta pasien untuk menandai dan memilih skala deskriptif sesuai dengan nyeri yang baru dirasakan. Kemudian, bertanya seberapa ringan nyeri dirasakan paling tidak sakit dan seberapa besar nyeri yang paling sakit dirasakan. Penggunaan *Verbal Descriptor Scale* atau skala intensitas nyeri deskriptif dapat



## 2. Numeric Pain Rating Scale

Skala numerik lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi



<https://leorulino.com>

Keterangan:

1. Skala 0 : Tidak ada atau tidak nyeri
2. Skala 1-3: Nyeri ringan, pasien masih mampu berkomunikasi dengan tenang secara objektif, tindakan non-farmakologis sangat dapat membantu mengatasi nyeri
3. Skala 4-6 : Nyeri sedang, wajah pasien mulai tampak menyerengai, masih mampu menunjuk dan mendeskripsikan daerah nyeri dengan benar secara objektif, mengeluarkan suara desis kesakitan, dan mampu mengikuti arahan petugas secara responsive dan baik saat diberikan tindakan.

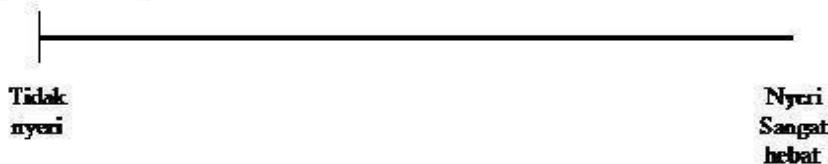
4. Skala 7-9: Nyeri berat, pasien masih mampu menunjuk daerah yang terasa nyeri tapi sudah tidak mampu mendeskripsikannya secara objektif, tidak bisa diatur rileksasi nafas Panjang dan posisinya, dan beberapa kondisi terkadang tidak mampu mengikuti arahan petugas tetapi masih merespon tindakan yang diberikan

5. Skala 10: Nyeri tidak terkontrol atau sangat berat, pasien sudah tidak mampu menunjukkan lokasi nyeri secara objektif, tidak mampu mengikuti arahan petugas keschatan, pasien berteriak histeris, tidak mampu berkomunikasi dengan baik, tangan pasien menarik dan menggenggangan apa saja yang digapainya, terus mengejan tanpa mampu dikendalikan.

### 3. Skala Analog Visual

Skala analog visual merupakan alat ukur intensitas nyeri berupa garis horizontal atau lurus dengan panjang 10 cm yang mengukur nyeri secara menerus dan dideskripsikan secara verbal di ujung ujung garisnya. Dengan menggunakan skala ini pasien dianjurkan untuk menandai letak nyeri secara verbal pada garis yang menggambarkan nyeri yang dirasakan. Sepanjang garis pada skala. Pada ujung sebelah kanan menggambarkan nyeri berat tidak tertahankan dan pada dengan penggaris jarak antara titik ujung kiri atau tidak nyeri sampai titik yang telah ditandai oleh pasien. Mengukur jaraknya dan didokumentasikan ke dalam centimeter pada laporan pasien (Sari *et al*, 2018).

### 3) Skala analog visual



#### 4. Wong-Baker atau Skala Wajah

Skala pengukuran nyeri ini dikembangkan oleh Donna Wong dan Connie Baker yang biasanya digunakan untuk pasien balita dan anak-anak usia tiga tahun ke atas. Alat pengukuran ini paling mudah digunakan yaitu mengobservasi ekspresi pasien seperti wajah dan gerakan tubuh saat bertatap muka tanpa perlu bertanya tentang keluhan yang dirasakan. Alat ukur ini hanya berupa gambaran wajah dari gembira sampai gambar wajah menangis. Petugas kesehatan meminta pasien menunjukkan gambar wajah yang sedang menggambarkan perasaan pasien terhadap nyeri yang dirasakan, Seperti gambar dibawah ini (Utami *et al*, 2019).



**Tabel 2.2.3 Inklusi dan Eklusi Nyeri**

Inklusi	Eklusi
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tangan, lengan, bahu, paha, kaki merupakan keluhan utama cedera ekstremitas.</li> <li>2. Kaji mekanisme cedera yang tidak mengindikasikan adanya cedera sistematik.</li> <li>3. Tidak ada alergi terhadap protocol obat.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepala, dada, abdomen, pelvis merupakan tanda-tanda cedera sistematik.</li> <li>2. Pada pasien dengan perdarahan atau yang sedang mendapatkan terapi antikoagulan jangan berikan ibuprofen.</li> </ol>

#### **2.2.4 Etiologi**

1. Agen pencedera fisiologis (misalnya. inflamasi, iskemia, neoplasma)
2. Agen pencedera kimiawi (misalnya. terbakar, bahan kimia iritan)
3. Agen pencedera fisik, (misalnya. abses, amputasi terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) di kutip dari buku (PPNI SDKI, 2017).

#### **2.2.5 Manifestasi klinis**

Menurut (SDKI DPP PPNI, 2017), data mayor dan data minor pada Nyeri akut antara lain:

**Tabel 2.3 Tanda dan gejala Nyeri Akut berdasarkan SDKI**

Data	Subjektif	Objektif
1	2	3
Mayor	Mengeluh Nyeri	Tampak meringis, bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.
Minor	(Tidak tersedia)	Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

### **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan**

#### **2.3.1 Pengkajian**

Adapun pengkajian pada klien pasca persalinan normal menurut Bobak (2005), meliputi:

##### **1) Pengkajian data dasar klien**

Meninjau ulang catatan prenatal dan intraoperatif dan adanya indikasi untuk kelahiran abnormal. Adapun cara pengumpulan data meliputi observasi, wawancara,

pemeriksaan fisik yaitu mulai inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

a) Identitas klien

- 1) Identitas klien meliputi: nama, usia, status perkawinan, pekerjaan, agama, pendidikan, suku, bahasa yang digunakan, tanggal masuk rumah sakit dan jam, tanggal pengkajian, alamat rumah.
- 2) Identitas suami meliputi: nama suami, usia, pekerjaan, agama, pendidikan, suku.

b) Riwayat keperawatan

1) Riwayat kesehatan

Data yang perlu dikaji antara lain: keluhan utama saat faktor-faktor masuk rumah sakit, yang mungkin mempengaruhi, adapun yang berkaitan dengan diagnosa yang perlu dikaji adalah peningkatan tekanan darah, eliminasi, mual atau muntah, penambahan berat badan, edema, pusing, sakit kepala, diplopia, nyeri epigastrik.

2) Riwayat kehamilan

Informasi yang dibutuhkan adalah para dan gravida, kehamilan yang direncanakan, masalah saat hamil atau ante natal care (ANC) dan imunisasi yang diberikan pada ibu selama hamil.

3) Riwayat melahirkan

Data yang harus dikaji adalah tanggal melahirkan, lamanya persalinan, posisi fetus, tipe melahirkan, analgetik, masalah selama melahirkan, jahitan pada perineum dan perdarahan.

4) Data bayi

Data yang harus dikaji meliputi jenis kelamin, dan berat badan bayi. Kesulitan dalam melahirkan apgar score, untuk menyusui atau pemberian susu formula dan kelainan kongenital yang tampak pada saat dilakukan pengkajian.

5) Pengkajian masa post partum

Post partum pengkajian yang dilakukan meliputi keadaan umum, gambaran lochea, keadaan perineum, abdomen, payudara, episiotomi, kebersihan menyusui dan respon orang terhadap bayi.

c) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada ibu masa post partum atau pasca partum yaitu:

a. Rambut

Mengkaji kekuatan rambut klien karena diet yang baik selama masa hamil akan berpengaruh pada kekuatan dan kesehatan rambut.

b. Muka klasik

Mengkaji adanya edema pada muka yang dimanifestasikan dengan kelopak mata yang bengkak atau lipatan kelopak mata bawah menonjol.

c. Mata

Mengkaji warna konjungtiva bila berwarna merah dan basah berarti normal, sedangkan berwarna pucat berarti ibu mengalami anemia, dan jika konjungtiva kering maka ibu mengalami dehidrasi.

d. Payudara

Mengkaji pembesaran, ukuran, bentuk, konsistensi, wama payudara dan mengkaji kondisi puting, kebersihan puting, inspeksi bentuk perut ibu mengetahui adanya distensi pada perut, palpasi juga tinggi fundus uterus, konsistensi serta kontraksi uterus.

e. Lochea

Mengkaji lochea yang meliputi karakter, jumlah warna, bekuan darah yang keluar dan baunya.

f. Sistem perkemihan

Mengkaji kandung kemih dengan palpasi dan perkusi untuk menentukan adanya distensi pada kandung kemih yang dilakukan pada abdomen bagian bawah.

g. Perineum

Pengkajian dilakukan dengan menempatkan ibu pada posisi senyaman mungkin dan tetap menjaga privasi dengan inspeksi adanya tanda-tanda "REEDA" (Rednes/ kemerahan, Echymosis/ perdarahan bawah kulit, Edeme/ bengkak, Discharge/ perubahan lochea, Approximation/ pertautan jaringan).

h. Ektremitas bawah

Ekstremitas atas dan bawah dapat bergerak bebas, kadang ditemukan edema, varises pada tungkai kaki, ada atau tidaknya tromboflebitis karena penurunan aktivitas dan reflek patela baik.

d) Tanda-tanda vital

Mengkaji tanda-tanda vital meliputi suhu, nadi, pernafasan dan tekanan darah selama 24 jam pertama masa post partum atau pasca partum

e) Pemeriksaan penunjang

a. Jumlah darah lengkap hemoglobin atau hematokrit(Hb / Ht): mengkaji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek dari kehilangan darah pada pembedahan.

b. Urinalis: kultur urine, darah, vaginal, dan lochea, pemeriksaan tambahan didasarkan pada kebutuhan individual

### **2.3.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan (TIM pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosa berdasarkan SDKI adalah:

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan mengeluh nyeri (D.0077)
- 2) Risiko Infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit  
(D.0142)
- 3) Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan mengeluh pola tidur berubah  
(D.0055)
- 4) Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan payudara bengkak  
(D.0029)
- 5) Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurangterpapar informasi (D.0111)
- 6) Risiko Gangguan Perlekatan berhubungan dengan kekhawatiran menjalankan peran sebagai orang tua  
(D.0127)
- 7) Defisit Nutrisi Pada Bayi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0019)

### 2.3.3 Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA	TUJUAN & KRITERIA HASIL	INTERVENSI
1	<b>Nyeri Akut (D.0077)</b>	<p><b>Tingkat Nyeri (L.08066)</b></p> <p>Dengan dilakukannya asuhan keperawatan 3x24 jam, maka diharapkan nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Keluhan nyeri menurun (5)</li> <li>2) Meringis menurun (5)</li> <li>3) Perineum terasa tertekan berkurang (5)</li> <li>4) Pola nafas membaik (5)</li> <li>5) Fungsi berkemih membaik (5)</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri (1.08238)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2) Identifikasi skala nyeri</li> <li>3) Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri</li> <li>5) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya terapi teknik relaksasi nafas dalam)</li> <li>7) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>
2	<b>Risiko Infeksi (D.00142)</b>	<p><b>Tingkat Infeksi (L.14137)</b> Dengan dilakukannya asuhan keperawatan 3x24 jam, maka diharapkan masalah dapat berkurang dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebersihan badan meningkat (5)</li> <li>2) Kemerahan menurun (5)</li> <li>3) Bengkak menurun (5)</li> <li>4) Periode menggigil menurun (5)</li> <li>5) Kultur urine membaik (5)</li> <li>6) Kultur area luka membaik (5)</li> </ol>	<p><b>Pencegahan Infeksi (1.14539)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>3) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</li> </ol>

3	<b>Gangguan Pola Tidur (D.0055)</b>	<b>Pola Tidur (L.05045)</b> Dengan dilakukannya asuhan keperawatan 3x24 jam, maka diharapkan gangguan pola tidur dapat berkurang dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Keluhan pola tidur berubah (5)</li> <li>2) Kemampuan beraktivitas meningkat (5)</li> </ol>	<b>Dukungan Tidur (1.05174)</b> <b>Observasi:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis)</li> <li>3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (misalnya, kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)</li> <li>4) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</li> </ol> <b>Terapeutik:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>5) Modifikasi lingkungan (misalnya: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) Batasi waktu tidur siang jika perlu</li> <li>6) Tetapkan jadwal tidur rutin</li> </ol> <b>Edukasi:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>7) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>8) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>9) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur</li> </ol>
---	-------------------------------------	---	--

### 2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan bagian keempat dari proses keperawatan setelah penyusunan rencana keperawatan. Implementasi merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu klien beralih dari masalah kesehatan yang dihadapinya ke status Kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Secara teori, implementasi dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan proses keperawatan. Asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien selalu didasarkan pada intervensi yang dikembangkan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI PPNI, 2017).

### **2.3.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Yuli *et al*, 2017).