

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Teori Medis**

##### **1. Definisi Post Partum**

Post Partum merupakan masa dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali semula seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari ( Yuliana & Hakim, 2020)

Post Partum (persalinan normal) adalah suatu proses pengeluaran hasil konsep yang bisa hidup dari dalam uterus melalui vagina menuju ke dunia luar yang terjadi pada kehamilan dengan cukup bulan (27-42 minggu) yang ditandai dengan adanya kontraksi uterus sehingga menyebabkan terjadinya dilatasi serviks, penipisan, serta mendorong janin keluar melalui jalan lahir dengan persentase belakang kepala tanpa alat atau tanpa bantuan (lahir spontan ) dan juga tidak ada komplikasi pada ibu dan janin (Puspita, 2014)

Puerperium disebut juga masa setelah persalinan selesai yang bermula dari lahirnya janin beserta plasentanya yang biasanya masa nifas ini berakhir dalam waktu 6 minggu atau 40 hari hingga organ-organ kandungan kondisinya kembali seperti sebelum hamil seperti penurunan tinggi fundus uteri berada 3 jari dibawah pusat, involus uteri dimana uterus kondisinya kembali seperti sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram (Anggraini,2019)

##### **2. Klasifikasi**

Menurut Maritalia (2017) klasifikasi pada ibu post partum dibagi menjadi 3 yaitu:

a. Puerperium dini

Merupakan masa pemulihan awal dimana ibu yang melahirkan tanpa komplikasi dalam waktu jam pertama setelah kala IV dianjurkan untuk mobilisasi dini atau segera. Ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan (40 hari)

b. Puerperium intermedial

Merupakan masa pemulihan yang berlangsung selama kurang lebih 6 minggu atau 42 hari, dimana organ-organ reproduksi secara berangsur-angsur akan kembali ke keadaan saat sebelum hamil

c. Remote Puerperineum

Merupakan waktu yang diperbolehkan ibu dapat pulih kembali terutama saat hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi. Pada tahap ini rentang waktu yang dialami setiap ibu akan berbeda tergantung dari berat ringannya komplikasi yang dialami selama hamil ataupun persalinan

### **3. Manifestasi Klinis**

Menurut Khasanah & Sulistyawati 2017 dalam (Sulfianti, dkk, 2021) mengatakan masa nifas adalah masa yang relative tidak kompleks dibandingkan masa kehamilan, karena pada masa nifas banyak sekali ditandai perubahan fisiologis. Pada masa nifas terdapat perubahan fisiologis menurut (Bobak, 2005 & Wahyuningsih, 2019) yang meliputi:

1. Sistem Reproduksi

a. Uterus

Uterus biasanya secara perlahan ukurannya akan mengecil atau menyusut (involusi) sesuai dengan jumlah hari masa nifas sehingga akhirnya ukuran dan beratnya kembali seperti sebelum hamil yaitu seperti:

- a) Setelah bayi lahir biasanya fundus uteri akan setinggi pusat dengan berat uterus mencapai 1000 gr
- b) Setelah lahirnya plasenta persalinan tinggi fundus uteri biasanya akan teraba 2 jari di bawah pusat dengan berat uterus mencapai 750 gr
- c) Pada 1 minggu setelah post partum tinggi fundus uteri akan teraba di pertengahan pusat simpisi dengan berat uterus mencapai 500 gr
- d) Pada 2 minggu setelah post partum tinggi fundus uteri tidak akan teraba diatas simpisis dengan berat uterus mencapai 350 gr Pada 6 minggu setelah post partum maka fundus uteri akan bertambah kecil dengan berat uterus biasanya 50-60 gr

b. Lochea

Lochea merupakan cairan berupa secret yang berupa berasal dari kavum uteri ( dalam lahir) dan vagina, yang biasanya akan keluar pada saat ibu dalam masa nifas, menurut Wahyuningsih, (2019) berdasarkan warna dan waktunya pengeluaran lochea dibagi menjadi 4 jenis yaitu:

- a) Lochea rubra: Munculnya pada hari pertama hingga hari ke 3 setelah melahirkan berwarna merah karena berisi darah segar dari jaringan sisa-sisa plasenta
- b) Lochea sanguinolenta: lochea ini berwarna merah kecoklatan munculnya di hari ke 4 hingga hari ke 7 setelah post partum yang berisi darah dan lendir
- c) Lochea serosa : lochea ini munculnya hari ke 7 sampai hari ke 14 setelah post partum dan warna nya kuning kecoklatan
- d) Lochea alba: lochea ini berwarna putih dan berlangsung 2-6 minggu setelah post partum

c. Payudara/mamae

Pada perempuan yang sudah melahirkan maka akan terjadi laktasi secara alami, biasa ukuran payudara sekitar 800 gr, keras dan menghitam pada sekitar areola mammae hal ini karena terjadi peningkatan suplai darah yang dibawah dampak aktivitas hormone maka jaringan payudara akan membesar serta putting menjadi lebih efektif walaupun Hal ini terjadi pada saat menjelang persalinan Hormon estrogen mengakibatkan pertumbuhan tubulus lacitoferus serta ductus mengakibatkan tumbuhnya lobus dan prolactin merangsang produksi kolostrum di air susu ibu, melalui proses inisiasi menyusui dini (IMD) saat bayi mulai menghisap putting susu, maka terjadi reflek saraf merangsang lobus posterior pituitary untuk menyekresi hormone oksitosin (Wahyuningsih, 2019)

d. Serviks (mulut Rahim)

Setelah melahirkan, serviks akan menjadi lunak, rileks, bentuknya seperti corong dan berwarna merah. Hal ini karena badan Rahim yang berkontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi yang akan berdilatasi 10 cm. Setelah bayi lahir akan menutup secara bertahap kemungkinan

2-3 hari pemeriksa dapat dimasukkan dalam serviks dan pasca seminggu hanya 1 jari yang dapat dimasukkan (Wahyuningsih, 2019).

e. Perubahan vulva, vagina, dan perineum

Pada saat persalinan terjadi penekanan dan perenggangan vulva dan vagina, bagian ini setelah beberapa hari masa nifas ukurannya lebih besar dan tetap kendor dibandingkan sebelum persalinan pada perineum akan terjadi robekan saat proses pengeluaran bayi (Wahyuningsih, 2019)

1. Perubahan pada system pencernaan

Pasca melahirkan terjadi konstipasi karena penurunan produksi progesterone yang disebabkan terdapat tekanan pada organ pencernaan yang akan membuat kosong pada kolon, biasanya saat waktu persalinan ibu mengeluarkan cairan yang berlebih yang akan menyebabkan dehidrasi, pada waktu 3-4 hari biasanya faal usu kembali normal (Bahiyatun, 2016)

2. Perubahan pada system perkemihan

Pada awal post partum biasa terjadi edema, kongesti dan akan terjadi diuresis setelah post partum 2-3 hari pada kandung kemih, hal ini karena saluran perkemihan sedang terjadi dilatasi biasanya setelah 4 minggu setelah post partum akan normal kembali (Bahiyatun, 2016) Dalam waktu 2-8 minggu pasca persalinan ureter yang berdilatasi kondisinya akan kembali normal. Pada saat itu wajib terus di waspadai sebab biasa terjadi infeksi saluran kemih karena disebabkan terdapat residu urin dan bacteriuria di kandung kemih ibu yang sedang trauma jadi sangat rawan dilatasi (Bahiyatun, 2016)

Menurut Wahyuningsih (2019) ketika terjadinya dilatasi ureter biasanya jumlah urin yang keluar berlebih yang disebabkan kelebihan retensi air pada masa kehamilan, hematuria terjadi akibat dari proses katalitik involus, asetinuri pada persalinan yang sulit serta memakan waktu yang lama disebabkan oleh terpecahnya lemak dan karbohidrat pada ibu untuk menghasilkan energi menyebabkan aktivitas meningkat pada otot-otot Rahim

3. Perubahan pada system muskulosketal

Pada saat persalinan setelah lahirnya bayi diafragma pelvis, fasia serta ligament akan merenggang dan akan mencuat secara perlahan sampai kembali pulih, biasanya kandungan ibu juga menjadi turun. Proses stabilisasi secara sempurna membutuhkan waktu selama 6-8 minggu secara persalinan (Wahyuningsih, 2019)

#### 4. Perubahan tanda-tanda vital

Perubahan yang sering terjadi pada tanda-tanda vital pada ibu post partum (Nurjanah,dkk, 2013) meliputi:

- a. Suhu tubuh: Setelah 24 jam pasca melahirkan biasanya suhu tubuh akan sedikit naik .Kenaikan suhu tubuh ini karena kerja waktu ibu dalam proses melahirkan akan kehilangan banyak cairan dan merasa kelelahan. Pada hari ke 3 atau ke 4 mengalami kenaikan suhu karena ada pembendungan ASI
- b. Denyut nadi: Denyut nadi akan lebih cepat setelah persalinan biasanya melebihi 100 kali per menit
- c. Tekanan darah: Tekanan darah pada kasus normal tidak ada perubahan, bisa berubah menjadi rendah jika terjadi perdarahan yang banyak dan sebaliknya jika tinggi maka tanda pre eclampsia
- d. Pernafasan : Pada ibu setelah melahirkan biasanya nafasnya akan lambat atau bisa saja normal kisaran 12-16 kali permenit, bila pernafasannya cepat kemungkinan bisa ada tanda-tanda syok

#### 5. Perubahan psikologi masa nifas

Menurut Reva Rubin (1997, dalam Viva, 2020) membagi periode ini menjadi 3 bagian yaitu:

##### a. Periode *fase taking in*

Fase *taking in* atau fase sibuk dengan diri sendiri berlangsung 1-2 hari sesudah melahirkan, ibu bersikap pasif dan dependen atau bergantung pada orang lain dengan mengarahkan energinya kepada diri sendiri dan bukan kepada bayinya

##### b. Fase *taking hold*

Fase *taking hold* berlangsung sekitar 2-7 hari melahirkan, atau fase memegang erat, maka ibu mulai memiliki lebih banyak energi dan bekerja tanpa bergantung orang lain serta memulai aktivitas merawat dirinya sendiri

c. Fase *letting go*

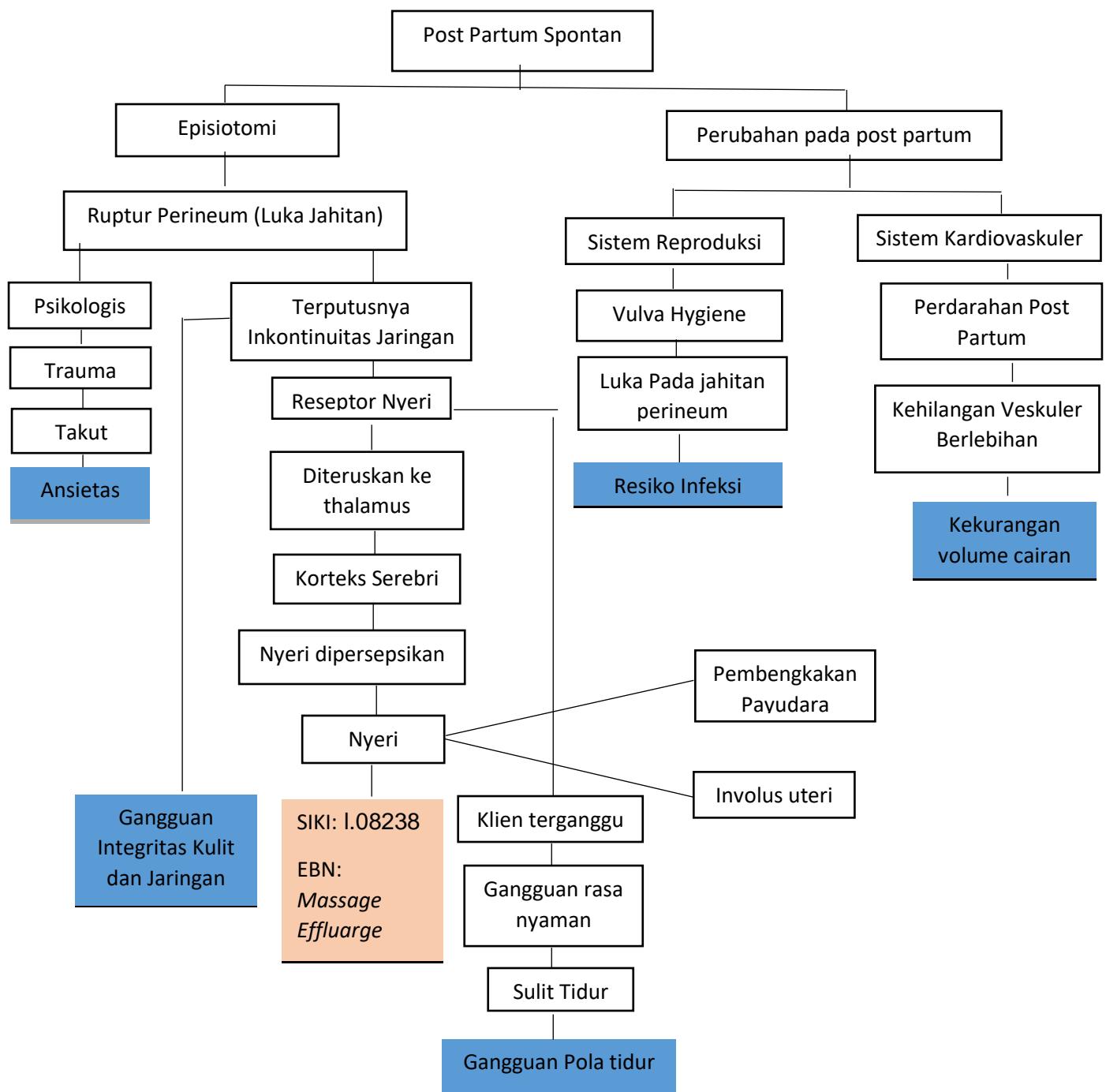
Fase *letting go* atau fase mengambil peranan berlangsung sekitar 7 hari sesudah melahirkan, ibu mulai menyesuaikan diri dengan anggota keluarga lainnya dengan mengambil peranan ibu dan tanggung jawab yang menyertai peranan tersebut

#### **4. Patofisiologi**

Berawal pada kehamilan yang umurnya (37-42) dalam usia normal, lalu ketika sudah memasuki tanda-tanda kontraksi melahirkan (inpartu) sampai akhirnya keluarnya bayi beserta plasenta lalu ibu disebut post partum 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 bias mengakibatkan terganggunya aktivitas sehari-hari karena masih perlu bantuan keluarga serta bias memunculkan masalah keperwatan intoleransi aktivitas, terganggu aktivitas dapat menurunkan gerakan peristaltic dan otot tonus menurun di usus sehingga mengakibatkan konstipasi. Ketika pengeluaran janin menggunakan cara episiotomy pada perineum untuk memperlebar vagina dalam membantu proses kelahiran, di perineum terjadi putusnya jaringan sehingga area sensorik akan terangsang dengan mengeluarkan hormone bradykinin, histamin serta sertinus yang kemudian di medulla spinalis di teruskan ke batang otak, lalu ke thalamus sehingga nyeri di korteks serebri terangsang, memicu munculnya gangguan rasa nyaman yang menyebabkan nyeri akut

## 5. Pathway



Gambar 2.1

Sumber: (Karjatin, A, 2016)

## **6. Komplikasi**

Komplikasi pada post partum menurut Wahyuningsih (2019) yaitu:

- a. Pada saat melahirkan kehilangan 500 ml darah dalam waktu 24 jam pertama pasca melahirkan
- b. Infeksi
  1. Endometritis (radang pada dinding 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. Cakey breast bendungan ASI (Terjadinya distensi pada payudara, menyebabkan berbenjol-benjol serta keras)
  5. Mastitis (membesarnya mamae sehingga pada suatu bagian terasa nyeri, kulit memerah, dan sedikit membengkak, dan pada perabaan terasa nyeri, bisa terjadi abses atau benjolan jika tidak diobati)
  6. Luka perineum (terdapat nyeri, dysuria, naiknya suhu 38C, edema, nadi <100xmenit, kemerahan dan peradangan pada tepi, terdapat nanah warna kehijauan, luka berwarna kecoklatan, meluas dengan kondisi lembab)

## **7. Penatalaksanaan**

Menurut Wahyuningsih, (2019) yaitu:

- a. 2 jam post partum harus dilakukan observasi secara ketat (memungkinkan terjadi pendarahan dan komplikasi), yang dibagi dalam 1 jam pertama 4 kali observasi setiap 15 menit dan 1 jam kedua 2 kali setiap 30 menit
- b. 6-8 jam setelah persalinan: usahakan untuk miring kanan dan kiri serta fasilitasi istirahat dan tidur yang tenang
- c. Hari ke 1-2 : memberikan penkes mengenai kesiapan menjadi orang tua, cara menyusui yang benar dan perawatan payudara, perubahan-perubahan yang terjadi pada masa nifas
- d. Hari ke 2 : Mulai latihan duduk
- e. Hari ke 3 : diperbolehkan latihan berdiri dan berjalan

## **B. Konsep Nyeri**

### **1. Definisi Nyeri**

Menurut *International Association for the Study of Pain* (IASP) Nyeri adalah suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang bersifat subjektif. Nyeri merupakan pengalaman personal dan subjektif dan tidak ada dua individu yang merasakan nyeri dalam pola yang indentik (sama) (Wati,dkk,2022)

Nyeri merupakan sensasi ketidaknyamanan yang sering dikeluhkan ibu post partum. Nyeri post partum dapat terjadi karena berbagai macam sebab, antara lain: kontraksi uterus selama periode involus uterus, pembengkakan payudara karena proses laktasi yang belum adekuat, perlukaan jalan lahir, dan perlukaan insisi bedah pada ibu post *section ceasarea* (SC)

Nyeri dapat dirasakan pada berbagai macam *attachment*, perasaan Lelah, kecemasan, kecewa karena ketidaknyamanan, gangguan pola tidur dan bahkan bila nyeri berkepanjangan akan meningkatkan resiko post partum *blues*.

### **2. Etiologi**

Nyeri terjadi karena adanya stimulus nyeri, antara lain :

- a. Fisik (termal, mekanik, elektrik)
- b. Kimia apabila ada kerusakan pada jaringan akibat adanya kontinuitas jaringan yang terputus, maka histamine, bradykinin, serotonin, dan prostaglandin akan diproduksi oleh tubuh, Zat-zat kimia ini akan menimbulkan rasa nyeri. Nyeri merupakan yang dapat memicu stress, dan stress dapat memicu kejadian nyeri sehingga kejadian nyeri dapat memicu kesejahteraan psikologis (Abarca, 2021)

### **3. Klasifikasi**

Berdasarkan klasifikasi, nyeri terbagi menjadi :

#### **a. Nyeri Akut**

Nyeri akut adalah nyeri dengan durasi sensasi nyeri pendek dan bertahan kurang dari 3 hingga 6 bulan. Nyeri akut memiliki fungsi peringatan pada tiap individu akan adanya penyakit maupun rangsangan yang akan membahayakan dan mengakibatkan kerusakan jaringan (Le Bars *et al*, 2001)

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronis sering didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung selama 6 bulan atau lebih. Nyeri kronis bersifat konstan atau intermiten yang menetap sepanjang satu periode waktu. Nyeri kronis dapat tidak mempunyai awitan yang ditetapkan dan sering sulit untuk dibati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya

**4. Faktor yang mempengaruhi nyeri**

Menurut Manurung (2011), Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri saat melahirkan:

1. Usia

Usia dewasa menggambarkan kematangan dalam pola berfikir dan bertindak. Respon fisiologis yang ditampilkan oleh ibu melahirkan tergantung dari tingkat nyeri. Gambaran tersebut menyebabkan ada perbedaan pemahaman nyeri selama bersalin. Ibu melahirkan di usia dewasa kadang melaporkan nyeri jika sudah patologis dan mengalami kerusakan fungsi. Ibu melahirkan di usia muda akan mengungkapkan nyeri sebagai sensasi yang sangat menyakitkan di setiap fase persalinan

2. Kultur

Orang belajar dari budaya nya, bagaimana seharusnya mereka berespon terhadap nyeri misalnya suatu daerah menganut kepercayaan bahwa nyeri akibat yang harus diterima sebagai seorang wanita yang harus menjalani fisiologi reproduksinya sehingga wajar menerima apapun yang terjadi selama hamil dan melahirkan

3. Perhatian

Klien yang memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi hipersepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun

4. Ansietas

Hubungan cemas dengan nyeri adalah hubungan timbal balik. Cemas meningkatkan persepsi terhadap nyeri dan nyeri bisa menyebabkan seseorang cemas. Dampak dari cemas sendiri terhadap implus syaraf

parasimpatis yang merangsang kelenjar adrenal bagian medulla mensekresi hormone katekolamin. Katekolamin menyebabkan vasokonstriksi vaskuler. Sehingga sirkulasi menjadi terganggu dan asupan oksigen ke jaringan berkurang menimbulkan sensasi nyeri semakin kuat

## 5. Mekanisme Nyeri

Menurut Taylor (2011) adanya 4 proses yang terlibat dalam mekanisme nyeri, antara lain yaitu transmisi, transduksi, persepsi dan modulasi

### a. Transmisi

Impuls nyeri berjalan dari serabut syarad tepi menuju ke medulla spinalis bertindak sebagai neurotransmitter yang meningkatkan pergerakan impuls menyebrangi setiap sinaps saraf dari neuron aferen primer menuju neuron ordo kedua di kornu dorsalis medulla spinalis. Transmisi dari medulla spinalis dan asendens melalui traktus spinotalamikus ke batang otak juga thalamus. Kemudian melibatkan transmisi sinyal antara thalamus ke korteks sensorik somatic dimana tempat terjadinya persepsi nyeri

### b. Transduksi

Aktivasi reseptor nyeri terjadi selama proses transduksi. Transduksi adalah proses stimulus nyeri yang diubah ke bentuk yang bisa diakses oleh otak. Proses transduksi dimulai saat nociceptor, yaitu reseptor yang berfungsi sebagai menerima rangsang nyeri. Aktivasi reseptor merupakan sebagai bentuk respon terhadap stimulus yang dating misalnya kerusakan jaringan

### c. Persepsi

Persepsi nyeri melibatkan suatu proses sensori bahwa akan dating persepsi nyeri. Persepsi nyeri ialah titik kesadaran seseorang terhadap nyeri

## 6. Pengukuran Skala Nyeri Persalinan

Klien merupakan penilai terbaik dari nyeri yang dirasakannya. Oleh karena itu klien harus diminta untuk menggambarkan dan membuat tingkatan dari nyeri. Ada beberapa cara yang digunakan untuk menggambarkan nyeri diantara nya menggunakan skala verbal atau *Visual Analog Scale (VAS)*. Skala intensitas

nyeri numeris atau *Numeric Rating Scale (NRS)* dan menggunakan skala *Faces Pain Rating Scale (FPRS)*

a. *Visual Analog Scale (VAS)*

Skala ini berbentuk garis horizontal sepanjang 10 cm. ujung kiri skala mengidentifikasi tidak ad anyeri dan ujung kanan menandakan nyeri yang berat. Pada skala ini, garis dibuat memanjang tanpa ada suatu tanda angka, kecuali 0 dan angka 10. Skala ini dapat dipersepsikan sebagai berikut:

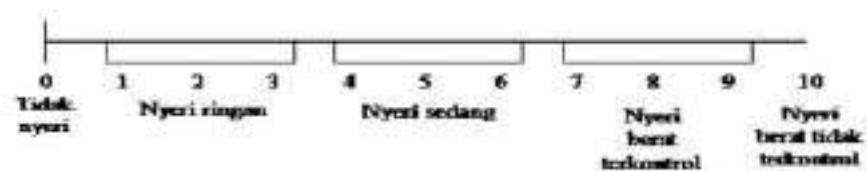
- 0 = Tidak ada nyeri
- 1-2 = Nyeri ringan
- 3-4 = Nyeri sedang
- 5-6 = Nyeri berat
- 7-8 = Nyeri sangat berat
- 9-10 = Nyeri buruk sampai tidak tertahankan



**Gambar 2.2** Skala VAS

b. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Penilaian nyeri menggunakan skala penilaian *Numeric Rating Scale (NRS)* lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini pasien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala ini efektif untuk digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik (Abarca, 2021)



**Gambar 2.3** Skala Nyeri Neumerik

Keterangan :

- 0 : Tidak Nyeri
- 1-3 : Nyeri ringan (secara objektif pasien mampu berkomunikasi dengan baik )
- 4-6 : Nyeri sedang secara objektif pasien mendesis, menyerengai dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya dan dapat mengikuti perintah dengan baik
- 7-9 : Nyeri hebat secara objektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikan, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas Panjang dan distraksi
- 10 : Nyeri sangat hebat, pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi

### C. Konsep *Massage Effluarge*

#### 1. Definisi

Massage atau pijatan selama proses persalinan dapat menimbulkan relaksasi. relaksasi yang dialami ibu merangsang ke otak untuk menurunkan kadar hormon adrenalin dan meningkatkan produksi oksitosin yang merupakan faktor penting timbulnya kontraksi yang adekuat. Terdapat banyak Teknik dalam mengurangi nyeri persalinan salah satunya dengan menggunakan Teknik *massage*. Teknik *massage* merupakan aspek nalariah manusia Ketika merasa kesakitan pada beberapa bagian tubuh serta Teknik ini menimbulkan reaksi pertama kali adalah mengelus bagian tubuh yang sakit dengan tangan untuk mengurangi sakit (Rohmah, 2010)

*Effluarge* adalah Teknik pemijatan berupa usapan lembut, lambat dan Panjang atau tidak terputus. *Effluarge* massage pada punggung selama 3-10 menit yang dapat menurunkan tekanan darah, memperlambat denyut jantung, meningkatkan pernapasan dan produksi hormon endorphin yang menghilangkan sakit secara alamiah (Judha, 2012).

*Effluarge* massage mempunyai distraksi yang dapat meningkatkan pembentukan endorphin dalam system kontrol desenden sehingga dapat membuat lebih nyaman karena relaksasi otot (Rahmawati dan Sarwinanti, 2016). Menurut (Ellysusilawati, 2018) bentuk massage dengan menggunakan telapak

tangan yang memberi tekanan lembut ke atas permukaan tubuh dengan arah sirkular secara berulang menggosok bagian tubuh apapun bahkan diantara kontraksi, mungkin dapat berperan untuk meredakan nyeri. Ini tidak hanya mendorong relaksasi tetapi percobaan dengan stimulasi kutaneus memperlihatkan bahwa Tindakan ini dapat bermanfaat dalam waktu lama setelah penggunaannya

## 2. Manfaat *Massage Effluarge*

- a. Mengurangi stress dan kecemasan pada masa kehamilan
- b. Mengurangi ketidaknyamanan fisik

Serta manfaat *massage effluarge* adalah memberikan rasa nyaman dan dapat meningkatkan sirkulasi darah, menghangatkan otot, membuat relaksasi fisik dan mental, serta merangsang pengeluaran hormon endorphin yang dapat menghilangkan rasa nyeri secara fisiologis (Wulan, 2019)

## 3. Teknik *Massage Effluarge*

*Massage Effluarge* adalah Teknik pijatan yang dialakukan untuk membantu mempercepat proses pemulihan nyeri dengan menggunakan sentuhan tangan untuk menimbulkan nyeri dengan menggunakan sentuhan tangan untuk menimbulkan efek relaksasi. *Effluarge* merupakan manipulasi gosokan yang halus dengan tekanan relative ringan sampai kuat, gosokan ini mempergunakan seluruh permukaan tangan satu atau permukaan kedua belah tangan, sentuhan yang sempurna dan arah gosokan selalu menuju ke jantung atau searah dengan jalannya aliran pembuluh darah balik, maka mempunyai pengaruh terhadap peredaran darah atau membantu mengalirnya pembuluh darah balik ke jantung karena adanya tekanan dan dorongan gosokan tersebut. *Effluarge* adalah suatu pergerakan stroking dalam atau dangkal, effluarge pada umumnya digunakan untuk membantu pengembalian kandungan getah bening dan pembuluh darah di dalam ekstremitas tersebut. *Effluarge* juga digunakan untuk memeriksa dan mengevaluasi area nyeri dan ketidakteraturan jaringan lunak atau peregangan kelompok otot yang spesifik (Alimah, 2012)

## **D. Konsep Asuhan Keperawatan Teoritis**

### **1. Pengkajian keperawatan**

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan pada tahap ini semua data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan Kesehatan klien pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, social maupun spiritual klien. Tujuan pengkajian adalah untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar klien

#### **1.1 Identitas Klien**

Mengkaji identitas klien yang meliputi: nama, umur, agama, suku bangsa,

Pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, lamanya perkawinan, dan Alamat

#### **1.2 Identitas Penanggung Jawab**

Mengkaji identitas penanggung jawab meliputi: nama, umur, agama, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, lamanya perkawinan, dan alamat

#### **1.3 Keluhan Utama**

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas, misal pasien mengalami nyeri pada jalan lahir karena adanya jahitan perineum

##### **a. Riwayat penyakit sekarang**

Apa yang menyebabkan klien mengalami gangguan nyeri. Hal tersebut dapat diuraikan dengan metode PQRST:

P: Paliatif/propokatif yaitu segala sesuatu yang memperberat dan memperingan keluhan pada post partum spontan biasanya klien mengeluh nyeri dirasakan bertambah apabila klien banyak bergerak dana dirasakan berkurang apabila klien istirahat atau berbaring

Q: Quality/quantity yaitu dengan memperhatikan bagaimana rasanya dan kelihatannya. Pada post partum spontan dengan episiotomy biasanya klien mengeluh nyeri pada luka jahitan yang sangat perih seperti diiris iris pisau

R: Region/radiasi yaitu menunjukkan Lokasi nyeri, dan penyebarannya. Pada post partum spontan dengan episiotomu biasanya klien mengeluh nyeri pada daerah luka jahitan pada daerah perineum biasanya tidak ada penyebaran ke daerah lain

S: Severity, scale yaitu menunjukkan dampak dari keluhan nyeri yang dirasakan klien dan besar gangguannya yang diukur dengan skala nyeri 0-10

T: Time, menunjukkan pada saat apa keluhan nyeri timbul

b. Riwayat penyakit keluarga

Perlu dikaji adanya Riwayat penyakit dalam keluarga yang dapat memperburuk kondisi klien

1.4 Riwayat penyakit dahulu

a.Riwayat pembedahan

Kaji adanya pembedahan yang pernah dialami oleh klien, jenis pembedahan, kapan, oleh siapa, dan Dimana Tindakan tersebut berlangsung

b. Riwayat penyakit yang pernah dialami

Kaji adanya penyakit yang pernah dialami oleh klien misalnya: DM, jantung, hipertensi, masalah ginekologi atau urinary, penyakit endokrin dan penyakit - penyakit lainnya

1.5 Riwayat keluarga berencana

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa,berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah masa nifas ini (Yuli R, 2017)

1.6 Riwayat obstetric

a.Keadaan haid

Yang perlu diketahui pada keadaan haid adalah tentang menarche, siklus haid, hari pertama haid terakhir, jumlah dan warna darah keluar, lamanya haid, nyeri atau tidak, bau

b.Perkawinan

Yang perlu ditanyakan berapa kali kawin dan sudah berapa lama

c. Riwayat kehamilan

Riwayat kehamilan yang perlu diketahui adalah berapa kali melakukan ANC (Ante Natal Care ), selama kehamilan periksa Dimana, perlu diukur berat badan dan tinggi badan.

### 1.7 Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang perlu dikaji untuk mengetahui apakah ibu resti atau tidak, meliputi:

- a. Hari pertama Haid Terakhir (HPHT) : Digunakan untuk mengetahui umur kehamilan
- b. Hari Perkiraan Lahir (HPL): Untuk mengetahui perkiraan lahir
- c. Keluhan-keluhan: Untuk mengetahui apakah ada keluhan keluhan pada trimester I,II dan III
- d. Ante Natal Care (ANC): Mengetahui Riwayat ANC, teratur tidak, tempat ANC, dan saat kehamilan berapa (Wiknjosastro, 2010)

### 1.8 Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

- a. Kehamilan; Untuk mengetahui berapa umur kehamilan ibu dan hasil pemeriksaan kehamilan
- b. Persalinan: Spontan atau buatan, lahir aterm atau premature, ada perdarahan atau tidak, waktu persalinan ditolong oleh siapa, Dimana tempat melahirkan
- c. Nifas: Untuk mengetahui hasil akhir persalinan (lahir hidup, apakah dalam kesehatan yang baik) apakah terdapat komplikasi atau intervensi pada masa nifas . (Wiknjosastro, 2010)

### 1.9 Pola kebiasaan sehari-hari menurut virginia handerson

- a) Respirasi: Biasanya pola nafas pada pasien post partum normal
- b) Nutrisi: Biasanya klien mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi seperti mual/muntah, masukan protein kalori kurang
- c) Eliminasi: Biasanya klien mengalami gangguan BAK (Oliguria) (Kurang dari 400ml/24 jam )
- d) Gerak dan keseimbangan tubuh: Biasanya pada ibu post partum sering mengalami keterbatasan gerak karena nyeri
- e) Istirahat atau tidur: Klien mengalami kesulitan dalam istirahat dan tidurnya
- f) Mempertahankan daya tahan tubuh dan sirkulasi: Biasanya temperature tubuh meningkat dan sirkulasi meningkat
- g) Kebutuhan personal hygiene: Ibu post partum akan mengalami gangguan molalitas sehingga terjadi kelemahan fisik dan susah melakukan personal hygiene

- h) Aktivitas: Pada klien post partum biasanya aktivitasnya terganggu karena kebiasaan sehari-hari tidak dapat dilakukan atau tidak dapat terpenuhi dengan baik
- i) Mempertahankan temperature tubuh dan sirkulasi: Klien dengan post partum biasanya mengalami gangguan dalam hal temperature tubuh berupa peningkatan suhu tubuh dan sirkulasi berupa penurunan tekanan darah
- k. Kebutuhan spiritual: Pada umumnya tidak ada masalah pada kebutuhan spiritualnya (Yuli R, 2017)

## 2. Pemeriksaan Fisik

### 2.1. Keadaan umum

Meliputi tentang kesadaran, nilai glasgow coma scale (GCS) yang berisi penilaian eye, movement, verbal. Mencakup juga penampilan ibu seperti baik, kotor, lusuh

### 2.2. Tanda-tanda vital

Meliputi pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu, dan respirasi

### 2.3. Antropometri

Meliputi tinggi badan, serta badan sebelum hamil, berat badan saat hamil dan berat badan setelah melahirkan

### 2.4. Pemeriksaan Fisik Head to Toe

#### a. Kepala

Observasi bentuk kepala, apakah terdapat lesi atau tidak, persebaran pertumbuhan, rambut, apakah terdapat pembengkakan abnormal, warna rambut dan nyeri tekan

#### b. Wajah

Pada wajah ibu post partum biasanya terdapat cloasma gravidarium sebagai ciri khas Perempuan yang pernah mengandung, apakah terdapat lesi atau tidak, nyeri pada sinus, terdapat edema atau tidak

#### c. Mata

Observasi apakah pada konjungtiva merah muda atau pucat, ibu baru mengalami persalinan biasanya banyak kehilangan cairan,

bentuk mata kiri dan kanan apakah simetris, warna sklera, warna pupil dan fungsi penglihatan

d. Telinga

Dilihat apakah ada serumen, lesi, nyeri tekan pada tulang mastoid dan tes pendengaran

e. Hidung

Observasi apakah ada pernafasan cuping hidung, terdapat secret atau tidak, nyeri tekan pada tulang hidung, tes penciuman

f. Mulut

Dilihat apakah ada perdarahan pada gusi, jumlah gigi ada berapa, terdapat lesi atau tidak, warna bibir dan tes pengecapan

g. Leher

Pada leher dilihat apakah bentuknya proporsional, apakah terdapat pembengkakan kelejar getah bening atau pembengkakan kelenjar tiroid

h. Dada

Observasi apakah bentuk dada simteris atau tidak, auskultasi suara nafas pada paru-paru dan frekuensi pernafasan, auskultasi suara jantung apakah ada suara jantung tambahan dan observasi pada payudara, biasanya pada ibu post partum payudara akan mengalami pembesaran dan aerola menghitam serta normalnya ASI akan keluar

i. Abdomen

Pada abdomen observasi bentuk abdomen apakah cembung, cekung atau datar. Observasi celah pada diastasis recti, tinggi fundus uteri pasca persalinan, pada ibu yang mengalami kehamilan tanda khas pada abdomen terdapat linia nigra, observasi juga pada blas apakah teraba penuh atau tidak

j. Punggung atau bokong

Dilihat apakah ada kelainan pada tulang belakang, apakah terdapat nyeri tekan

k. Genitalia

Observasi perdarahan pervaginam, apakah terpasang dower cateter, observasi apakah terdapat luka rupture, episiotomy bagaimana keadaan luka, bersih atau tidak

l. Anus

Observasi apakah ada pembengkakan, terdapat lesi atau tidak, apakah terdapat hemoroid

m. Ekstremitas

Atas: Pada ekstremitas atau dilihat tangan kiri dan kanan simetris atau tidak, terdapat lesi atau tidak, edema, observasi juga apakah ada nyeri tekan serta ROM

Bawah: Pada ekstremitas bawah diobservasi apakah terdapat varises, edema, pergerakan kaki serta ROM

2.5. Data Psikologis

1. Adaptasi psikologis post partum

Klien telah berada pada tahap taking in, fase dimana yang berlangsung pada hari pertama dan kedua setelah melahirkan, periode ketergantungan dimana klien masih membutuhkan bantuan keluarga atau perawat untuk mendekatkan bayinya saat klien ingin menyusui

2. Konsep diri

Gambaran diri dari klien bagaimana dengan perubahan badannya selama kehamilan dan setelah persalinan

2.6. Pengetahuan tentang perawatan diri

Mengidentifikasi pengetahuan tentang perawatan diri: breast care, perawatan luka perineum, perawatan luka dirumah, senam nifas, KB dan lain-lain

2.7. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Urine

b. Pemeriksaan GDA, Hemoglobin dan Hematokrit 12-24 jam post partum (jika Hb<10g% dibutuhkan suplemen Fe), Eritrosit, Leukosit, Trombosit, dan dilakukan juga pemeriksaan golongan darah, protein dan kadar glukosa pada urin

### 3. Diagnosis Keperawatan

- a. Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan involus uteri ditandai dengan proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula (D. 0075)
- b. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan mobilitas ditandai dengan adanya kerusakan jaringan dan terdapat luka jahitan pada area perineum (D. 0129)
- c. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan kecemasan (D.0080)
- d. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit (D.0142)
- e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan adanya rasa nyeri ditandai dengan sulit tidur (D.0055)

### 4. Rencana Keperawatan

**Tabel 2.1**

No Dx	Diagnosa	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Ketidaknyamanan Pasca Partum berhubungan dengan involus uteri ditandai dengan proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula (D.0075)	Tujuan :  Setelah di lakukan asuhan keperawatan 3 x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : (SLKI L.08066)Tingkat nyeri 1. Kontraksi uterus menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Perasaan takut	SIKI,Manajemen Nyeri (I.08238)  Observasi  1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memberatkan dan memperingan nyeri

		menurun	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri misalnya kompres hangat, terapi musik</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri misalnya suhu, pencahayaan</li> <li>3. Fasilitas istirahat dan tidur</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>2. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dalam pemberian analgetik jika perlu</li> </ol>
2	Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan	Tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit	<p>Perawatan Integritas Kulit (SIKI I.11353)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi TTV</li> </ol>

	<p>dengan penurunan mobilitas ditandai dengan adanya kerusakan jaringan dan terdapat luka jahitan pada area perineum (D.0129)</p>	<p>dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: (SLKI L.14125)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perfusi jaringan meningkat</li> <li>2. Kerusakan jaringan menurun</li> <li>3. Kerusakan lapisan kulit menurun</li> <li>4. Nyeri menurun</li> </ol>	<p>2. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan perawatan luka</li> <li>2. Bersihkan dengan menggunakan air hangat</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan minum air yang cukup</li> <li>2. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</li> </ol>
3	<p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan kecemasan (D.0080)</p>	<p>Tujuan Setelah dilakukan Tindakan keperawatan Tingkat Ansietas menurun dengan kriteria hasil: (SLKI L.09093)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perilaku gelisah menurun</li> <li>2. Perilaku tegang menurun</li> <li>3. Pola berkemih membaik</li> </ol>	<p>Redukasi Ansietas (I.09314)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah</li> <li>2. Monitor tanda-tanda Ansietas</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan suasana Terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>2. Temani pasien untuk</li> </ol>

			<p>mengurangi kecemasan</p> <p>3. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin di alami</li> <li>2. Latih teknik Relaksasi</li> </ol>
4	Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit (D.0142)	<p>Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan kriteria hasil:</p> <p>(SLKI L.14137) Tingkat infeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebersihan badan meningkat</li> <li>2. Nyeri menurun</li> <li>3. Kultur area luka membaik</li> </ol>	<p>Pencegahan Infeksi (L.14539)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan</li> </ol>

			<p>lingkungan pasien</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka</li> </ol>
5	<p>Gangguan Pola tidur berhubungan dengan rasa nyeri ditandai dengan sulit tidur (D.0055)</p>	<p>Tujuan Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>(SLKI L.05045)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>2. Keluhan pola tidur berubah menurun</li> <li>3. Keluhan istirahat tidak cukup menurun</li> </ol>	<p>Dukungan Tidur (SIKI I.05174)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama</li> </ol>

			proses penyembuhan
--	--	--	--------------------

## 5. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan atau implementasi keperawatan merupakan komponen dari proses keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Sifat nyeri dan sejauh mana nyeri tersebut mempengaruhi kesejahteraan individu menentukan pilihan berfokus pada pengobatan terapi non farmakologi terapi nyeri membutuhkan pendekatan yang individual, yang memungkinkan lebih dibandingkan dengan masalah klien lain. Perawat memberi dan memantau terapi non farmakologi agar kondisi pasien cepat membaik diharapkan bekerja sama dengan keluarga pasien dalam melakukan pelaksanaan agar tercapainya tujuan dan kriteria hasil yang sudah dibuat dalam intervensi (Abarca, 2021)

Ada beberapa tahap dalam tindakan keperawatan yaitu:

- a. Tahap persiapan menurut perawatan mempersiapkan segala sesuatu yang diperlukan dalam tindakan
- b. Tahap intervensi adalah kegiatan pelaksanaan dari rencana yang meliputi kegiatan independent, dependen dan interdependen
- c. Tahap implementasi adalah pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kegiatan dalam proses keperawatan

## 6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah suatu yang direncanakan dan perbandingan yang sistematis pada sistem kesehatan klien, tipe pernyataan evaluasi ada dua yaitu formatif dan sumatif. Pernyataan formatif merefleksi observasi perawatan dan analisa terhadap klien terhadap respon langsung dari intervensi keperawatan. Pernyataan sumatif adalah merefleksi rekapitulasi dan synopsis observasi dan analisa mengenai status kesehatan klien terhadap waktu. Pernyataan ini menguraikan kemajuan terhadap pencapaian kondisi yang dijelaskan dalam hasil yang diharapkan perawatan untuk klien yang dirawatnya (Nursalam, 2017)