

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. KONSEP TEORI *POST PARTUM***

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

*Post partum* adalah masa nifas selama 6 minggu (40 hari) dihitung dari awal masa nifas yang berakhir ketika organ dalam kandungan kembali pada keadaan semula dan setelah keluarnya plasenta (Ridawati et al., 2023).

*Post Partum* merupakan masa setelah persalinan yaitu terhitung dari setelah plasenta keluar, masa nifas disebut juga masa pemulihan, dimana alat-alat kandungan akan kembali pulih seperti semula. *Post Partum* merupakan masa ibu untuk memulihkan kesehatan ibu yang umumnya memerlukan waktu 6-12 minggu. Ketika masa nifas terjadi perubahan-perubahan penting, salah satunya yaitu timbulnya laktasi. Laktasi adalah pembentukan dan pengeluaran air susu ibu (Sulistyawati, 2016 dalam Pradani & Safitri, 2022).

*Post Partum* merupakan masa seorang perempuan mengalami pemulihan atau adaptasi sistem reproduksi seperti kondisi hamil dan membutuhkan waktu 6-8 minggu, mengalami perubahan-perubahan atau adaptasi fisiologis salah satunya terjadi pada payudara adalah dimulainya proses menyusui atau laktasi (Anggorowati et al., 2020).

Berikut ini adalah pengertian masa nifas dari beberapa ahli :

- a. Masa nifas (*Puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti kondisi sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira – kira 6 minggu.
- b. Masa nifas dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu berikutnya.
- c. Masa nifas (*Puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir Ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira – kira 6 minggu.

- d. Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira – kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan (Metasari & Sugandini, 2020)

## 2. Perawatan Pasca Melahirkan

Perawatan pasca melahirkan (masa nifas) merupakan perawatan selama enam minggu atau 40 hari. Pada masa ini, ibu mengalami perubahan fisik dan alat-alat reproduksi yang kembali ke keadaan sebelum hamil, masa laktasi (menyusui), maupun perubahan psikologis menghadapi keluarga baru. Perawatan pasca melahirkan dapat dilakukan sendiri dan sesegera mungkin. (Lubis, 2021)

Beberapa hal yang penting untuk diperhatikan dalam perawatan pasca melahirkan antara lain :

### a. Payudara

Ibu sebaiknya menyusui bayinya sedini mungkin, dan sesering mungkin (tergantung kebutuhan bayi) sehingga tidak terjadi pembengkakan payudara. Gunakan pula bra yang tidak menekan atau sempit. Apabila pembengkakan terjadi, pijat ringan bagian payudara yang menggumpal dengan menggunakan air hangat dan *baby oil*. Kemudian sesegera mungkin menyusui bayi. Pembengkakan yang berkelanjutan dapat menimbulkan demam pada ibu. Bila hal ini terjadi, lakukan pengeluaran ASI baik dengan cara menyusui maupun dipompa keluar

### b. Rahim

Penciutan rahim dapat diketahui dengan meraba bagian bulat agak keras di bawah pusat. Pada hari ke-10 sampai 14, rahim tidak teraba lagi. Penciutan rahim dibantu oleh oksitosin, yaitu hormon yang mengontraksikan otot-otot rahim yang keluar saat menyusui. Penciutan rahim ini terjadi karena lancarnya pengeluaran cairan vagina (*lochea*). Penciutan kandungan yang tidak normal terjadi akibat infeksi lapisan rahim yang rentan infeksi akibat lepasnya plasenta dan kurang mobilisasi. Tanda-tandanya antara lain sedikit demam, agak

sakit pada perut bagian bawah, dan kadang vagina berbau kurang sedap karena keluarnya lochea tidak lancar.

c. Aktivitas

Aktivitas sangat bervariasi, tergantung pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhnya luka (jika ada). Jika tidak ada kelainan, lakukan mobilisasi sedini mungkin, 2 jam setelah persalinan

d. Eliminasi

Buang air kecil (BAK) akan meningkat pada 2 – 4 hari setelah persalinan. Ini terjadi karena volume darah ekstra yang dibutuhkan selama hamil tidak diperlukan lagi. Sebaiknya ibu tidak menahan BAK ketika ada rasa sakit pada jahitan. Sulit buang air besar (BAB) dapat terjadi karena ketakutan yang berlebihan akan jahitan terbuka atau wasir. Untuk itu, konsumsi makanan tinggi serat, dan cukup minum.

e. Hubungan seksual

Pada banyak pasangan, perubahan karena kehamilan dapat mengganggu keseimbangan dalam hubungan seksual, begitu juga setelah persalinan. Beberapa agama melarang untuk melakukan hubungan seksual selama masa nifas. Setelah itu, pada prinsipnya adalah tidak bermasalah. Hanya saja, terkadang istri kurang percaya diri untuk melakukan hal tersebut. Untuk itu diperlukan pengertian dan pemahaman suami atas kondisi psikologi istri. (Lubis, 2021)

## B. KONSEP PEMBENGKAKAN PAYUDARA (*BREAST ENGORGEMENT*)

### 1. Definisi Pembengkakan Payudara

Menurut Ana Rahmawati pada tahun 2017 defenisi dari *breast engorgement* adalah suatu kondisi pembengkakan payudara yang disebabkan karena adanya peningkatan aliran vena dan limfe sehingga menyebabkan bendungan air susu ibu (ASI) dan rasa nyeri disertai adanya peningkatan suhu tubuh. Kondisi pembendungan air susu karena adanya penyempitan ductus-ductus laktiferi atau kelenjar-kelenjar pada payudara yang tidak dikosongkan dengan sempurna atau adanya kelainan pada area putting susu (Anggorowati et al., 2020)

Menurut Bobak dalam Anggorowati pada tahun 2020 *breast engorgement* adalah respon payudara terhadap hormon-hormon

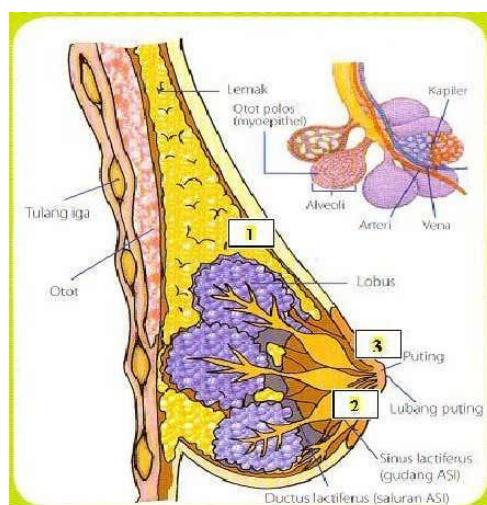
laktasi dan adanya air susu. Payudara yang membengkak dan menekan saluran air susu akan mengakibatkan bayi tidak mendapatkan air susu (Anggorowati et al., 2020)

## 2. Anatomi Fisiologi Payudara

Payudara (mammae, susu) adalah kelenjar yang terletak di bawah kulit, diatas otot dada. Fungsi dari payudara adalah memproduksi susu untuk nutrisi bayi. Manusia mempunyai sepasang kelenjar payudara, yang beratnya  $\pm$  200 gram, saat hamil 600 gram dan saat menyusui 800 gram.

Pada payudara terdapat tiga bagian utama, yaitu :

- a. Korpus (badan), yaitu bagian yang membesar.
- b. Areola, yaitu bagian yang kehitaman di tengah.
- c. Papilla atau putting, yaitu bagian yang menonjol di puncak payudara.



Gambar 1. Anatomi Payudara

### a. Korpus (Badan)

Korpus (badan), yaitu bagian yang membesar. Di dalam korpus mammae terdapat alveolus yaitu unit terkecil yang memproduksi susu. Alveolus terdiri dari beberapa sel aciner, jaringan lemak, sel plasma, sel otot polos dan pembuluh darah.

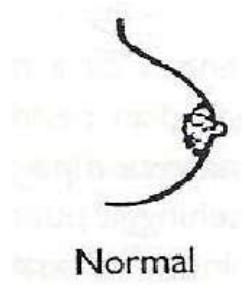
Beberapa lobulus berkumpul menjadi 15 – 20 lobus pada tiap payudara.

b. Areola

Areola yaitu bagian yang kehitaman ditengah. Letaknya mengelilingi putting susu dan berwarna kegelapan yang disebabkan oleh penipisan dan penimbunan pigmen pada kulitnya. Perubahan warna ini tergantung dari corak kulit dan adanya kehamilan. Pada daerah ini akan didapatkan kelenjar keringat, kelenjar lemak dari montgometry yang membentuk tuberkel dan akan membesar selama kehamilan. Kelenjar lemak ini akan menghasilkan suatu bahan yang melicinkan kalang payudara selama menyusui. Dibawah ini kalang payudara terdapat *ductus laktiferus* yang merupakan tempat penampungan air susu. Luasnya kalang payudara bisa 1/3-1/2 dari payudara.

c. Papilla

Papilla/putting yaitu bagian yang menonjol di puncak payudara. Terletak setinggi interkosta IV, tetapi berhubungan dengan adanya variasi bentuk dan ukuran payudara maka letaknya pun bervariasi pula. Pada tempat ini terdapat lubang-lubang kecil yang merupakan muara *ductus* dari *laktiferus*, ujung-ujung serat saraf, pembuluh darah, pembuluh getah bening, serat-serat otot polos yang tersusun secara sirkuler sehingga bila ada kontraksi maka *ductus laktiferus* akan memadat dan menyebabkan putting susu ereksi sedangkan serat-serat otot yang longitudinal akan menrik kembali putting susu tersebut. Bentuk putting ada empat, yaitu bentuk normal, pendek/datar, panjang dan terbenam (*inverted*). (Anggorowati et al., 2020)



Normal



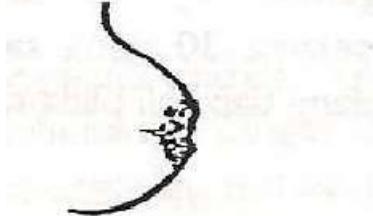
Pendek

Gambar 2. Bentuk puting susu normal

Gambar 3. Bentuk puting susu pendek



Panjang



Terbenam / terbalik

Gambar 4.Bentuk puting susu panjang

Gambar 5.Bentuk puting susu terbenam

### 3. Etiologi Pembengkakan Payudara

Penyebab breast engorgement antara lain :

- a. Pengosongan payudara yang tidak sempurna. Pada ibu *post partum* selama masa menyusui, secara fisiologis akan mengalami peningkatan produksi ASI. Produksi ASI berlebihan, ketika bayi merasa kenyang selesai menyusui dan payudara ibu tidak dikosongkan secara sempurna, maka masih ada sisa ASI di payudara ibu. Kondisi sisa ASI yang ada di payudara tersebut jika tidak dikeluarkan dapat menimbulkan bendungan ASI.
- b. Posisi menyusui bayi yang tidak tepat. Metode atau teknik menyusui bayi yang tidak tepat atau salah dalam menyusui dapat mengakibatkan rasa nyeri pada payudara ibu saat menyusui. Hal tersebut mengakibatkan ibu tidak mau menyusui bayinya dan terjadi pembengkakan payudara. Posisi yang efektif saat laktasi adalah posisi duduk bersandar dan kaki tidak menggantung sesuai dengan gaya gravitasi sehingga aliran susu ke mulut bayi efektif.

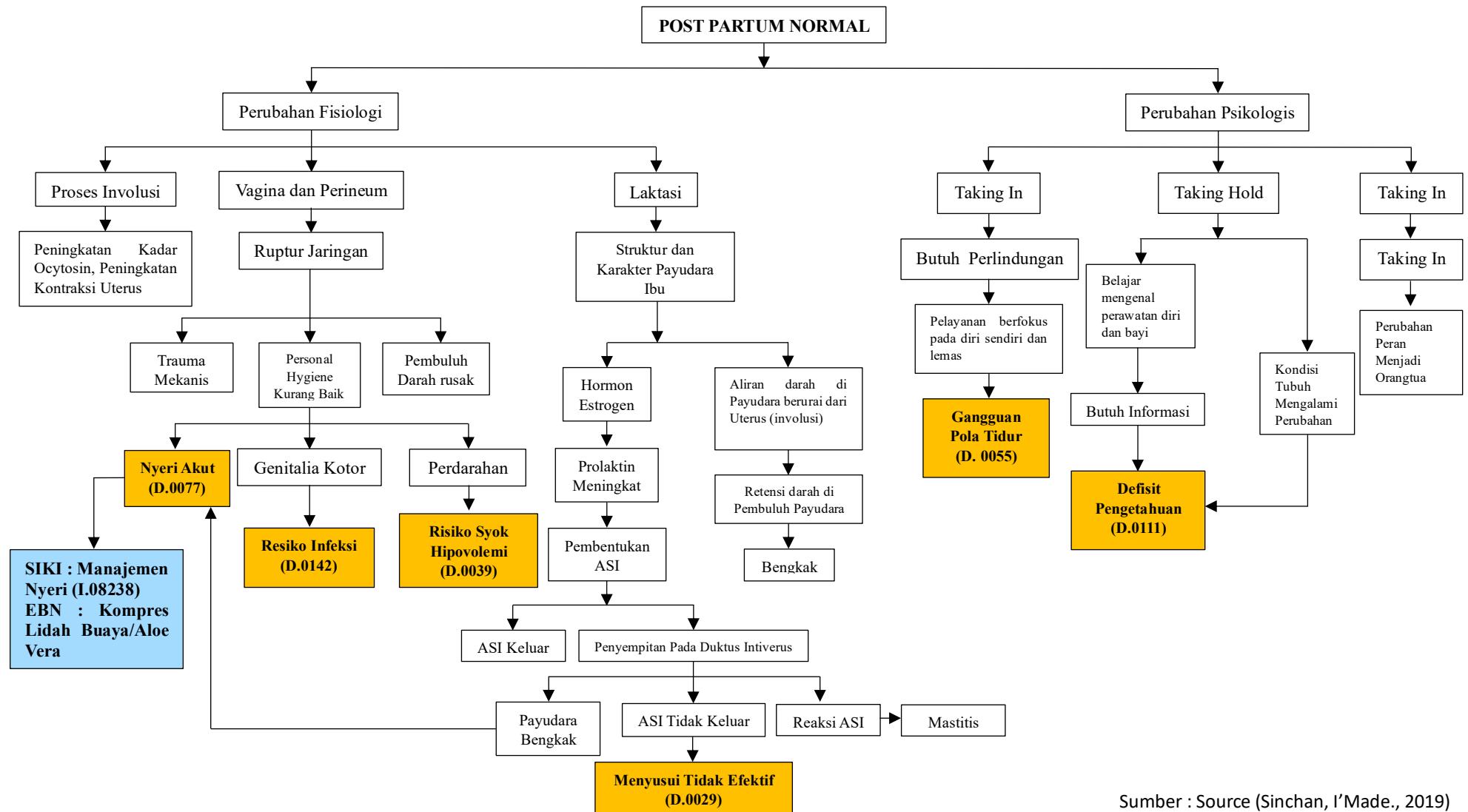
- c. Anatomi putting payudara yang terbenam. Putting susu yang terbenam akan membuat bayi kesulitan dalam melakukan hisapan saat menyusui pada ibu, karena mulut bayi tidak bisa menangkap bagian putting dan areola payudara ibu. Bayi akan megalami rewel karena tidak mampu memperoleh ASI yang cukup, bayi akan tidak mau manyusu. Akibatnya akan terjadi pembengkakan payudara pada ibu.
- d. Anatomi putting yang terlalu panjang. Putting susu yang panjang akan menimbulkan kesulitan pada bayi dalam menyusui atau menghisap. Akibatnya akan terjadi pembengkakan payudara pada ibu. (Anggorowati et al., 2020)

#### 4. Manifestasi Klinis *Breast Engorgement*

Tanda dan gejala dari *Breast Engorgement* antara lain :

- a. Payudara membengkak
  - b. Payudara teraba keras, tegang
  - c. Payudara teraba panas
  - d. Payudara berwarna kemerahan
  - e. Muncul rasa nyeri, nyeri bertambah ketika ditekan pada payudara.  
Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional akibat kerusakan jaringan dan menimbulkan perasaan tidak menyenangkan.
  - f. Payudara terlihat mengkilap dan putting susu rata akibat teregang.
- (Anggorowati et al., 2020)

## 5. Pathway



Sumber : Source (Sinchan, I'Made., 2019)

## **6. Patofisiologi *Breast Engorgement***

Kolostrum mulai diproduksi mulai pertengahan kehamilan dan akan terus keluar sampai hari kedua *post partum*. Pada hari ketiga sampai keempat *post partum*, payudara mulai penuh dan mengalami ketegangan, nyeri saat susu mulai terbentuk dalam saluran atau duktus payudara. Pada beberapa perempuan, kondisi pembesaran payudara menjadi jelas dan ini seringkali disertai dengan rasa panas atau nyeri yang berdenyut-deniyut. ASI terbentuk sebagai respon terhadap penurunan *estrogen* dan *progesteron*.

Setelah bayi lahir dan plasenta keluar, kadar estrogen dan progesteron menurun dalam 2-3 hari. Pengaruh penurunan kadar estrogen akan memicu pengeluaran prolaktin oleh *hipofise anterior*. Hormon tersebut menyebabkan *alveolus-alveolus* kelenjar mammae terisi air susu, tetapi untuk mengeluarkannya dibutuhkan reflek yang menyebabkan kontraksi sel-sel mioepitel yang mengelilingi alveolus dan duktus kecil kelenjar-kelenjar tersebut.

Kondisi ini timbul jika bayi menyusu (stimulasi hisapan bayi) sebagai respon *let-down*. Kegagalan proses menyusui berpengaruh terhadap produksi air susu ibu *post partum* dengan tindakan operasi karena ibu tidak dilakukan inisiasi menyusui diri serta mengalami keterlambatan pemberian air susu akibat nyeri, kelelahan dan proses persalinan yang panjang sehingga menyebabkan pembengkakan payudara (*breast engorgement*).

Pengosongan payudara yang tidak optimal dapat menimbulkan terbentuknya bendungan (*engorgement*) air susu akibat teknik menyusui yang tidak benar, posisi yang kurang tepat, serta frekuensi pemberian yang tidak efektif. Stress pada ibu menyusui menjadi faktor dalam pembentukan air susu sehingga mengakibatkan ketidakefektifan pengeluaran air susu dan menyebabkan pembengkakan payudara.

Stress pasca persalinan lebih sering dialami pada persalinan pertama karena kurangnya informasi serta kekhawatiran ibu pada kondisi yang dialami. Stress mempengaruhi hormon yang memproduksi air susu sehingga menghambat proses produksi air susu.

Pemberian informasi tentang pencegahan pembengkakan payudara pada ibu postpartum dilakukan sejak awal setelah melahirkan sehingga ibu dapat mengelola secara dini apabila terdapat tanda-tanda adanya ketidaknyamanan payudara (Anggorowati et al., 2020).

## 7. Komplikasi Pembengkakan Payudara

### a. Mastitis

Mastitis adalah proses peradangan pada payudara, bisa disertai infeksi atau tidak yang disebabkan oleh mikroorganisme terutama bakteri *Staphylococcus aureus*. Bakteri tersebut bisa invasi melalui luka lecet yang terdapat pada payudara terutama area puting susu atau bisa melalui sistem peredaran darah. Penyebab terjadinya mastitis adalah adanya statis ASI dan proses infeksi pada payudara. Statis ASI bisa terjadi karena ASI tidak dikeluarkan dengan maksimal dan baik. Kondisi tersebut terjadi ketika payudara terbendung atau terjadi breast *engorgement* segera setelah melahiran dan tidak dilakukan perawatan atau penatalaksanaan yang baik.

### b. Abses payudara

Abses payudara (*breast abscess*) merupakan akumulasi atau penumpukan eksudat berupa nanah lokal didalam payudara, merupakan komplikasi kondisi mastitis yang sering muncul pada minggu kedua *post partum* akibat adanya pembengkakan dan lecet pada payudara khususnya area puting susu. Mikroorganisme yang sering ditemukan pada penyakit abses payudara adalah mikroorganisme koagulase positif antara lain: *Staphylococcus aureus* dan *Staphylococcus albus* sedangkan kasus yang kadang ditemukan organisme *Escherichia coli* dan *Streptococcus*. Bakteri tersebut masuk apabila ada luka lecet payudara terutama area puting susu. Manifestasi klinis abses payudara antara lain: nyeri pada payudara, payudara mengkilap dan berwarna merah, benjolan terasa lunak karena terisi nanah, kadang keluar nanah dari puting susu, teraba masa yang *fluktatif* atau lunak, adanya sensasi panas pada area payudara, demam disertai menggigil, malaise,

adanya *limfadenopati pectoralis*, *axillar*, *parasternalis* dan *subclavia*. (Anggorowati et al., 2020).

## **8. Cara Mengatasi Pembengkakan Payudara**

Cara menanggulangi payudara bengkak antara lain :

- a. Membiarkan bayi menyusu pada payudara yang bengkak karena hisapan bayi yang paling efektif mengurangi bengkak
- b. Payudara dikompres dengan air hangat untuk membantu memperlancar aliran ASI dan setelah menyusui di kompres dengan air dingin untuk mengurangi bengkaknya
- c. Lakukan teknik Reverse Pressure Softening, yaitu dengan menggunakan 4-5 jari ibu mengitari putting dan menekan-nekananya kearah dada.
- d. Payudara harus sering dikosongkan dengan efektif karena jika tidak, selain bisa membuat bengkak juga bisa menurunkan produksinya. Kalau sedang jauh dari bayi sebaiknya diperah atau dipompa. (Riyanti, Eka., dkk 2020).

## **9. Perawatan Payudara**

Perawatan payudara adalah suatu kegiatan yang dilakukan secara teratur untuk memelihara kesehatan payudara dengan tujuan mempersiapkan laktasi setelah melahirkan. Perawatan payudara dilakukan selama hamil dan sesudah melahirkan.

Perawatan payudara merupakan tindakan tindakan perawatan payudara yang dibantu oleh ibu atau masa nifas lainnya, dimulai di hari pertama atau kedua sehabis melahirkan, menjaga payudara permanen bersih serta terawatt setiap waktu (Riza, 2022).

### **a. Tujuan Perawatan Payudara**

1. Memelihara kebersihan payudara
2. Melenturkan dan menguatkan putting susu
3. Produksi ASI cukup untuk kebutuhan bayi
4. Bentuk payudaranya tetap menarik
5. Putting susu tidak akan lecet sewaktu dihisap oleh bayi
6. Melancarkan aliran ASI

7. Mengatasi putting susu yang datar atau masuk supaya dapat dikeluarkan sehingga siap untuk disusunkan kepada bayinya
  - b. Manfaat Perawatan Payudara
    1. Merangsang kelenjar susu untuk membuat produksi ASI cukup dan lancar
    2. Menjaga kebersihan payudara, terutama putting
    3. Tekuk dan menguatkan putting untuk memudahkan bayi menghisap
    4. Mempersiapkan mental ibu untuk menyusui (Riza, 2022)
  - c. Langkah-langkah Perawatan Payudara
    1. Persiapkan alat untuk perawatan payudara
      - a. Handuk 2 buah
      - b. Washlap 2 buah
      - c. Baskom berisi air dingin 1 buah
      - d. Baskom berisi air hangat 1 buah
      - e. Minyak kepala/baby oil
      - f. Waskom kecil 1 buah berisi kapas/kasa secukupnya
      - g. Baki, alas dan penutup
    2. Pelaksanaan
      - a. Mengatur lingkungan yang aman dan nyaman
      - b. Mengatur posisi ibu dan peralatan agar mudah dijangkau oleh ibu
      - c. Mencuci tangan sebelum melaksanakan perawatan payudara
    3. Teknik Perawatan Payudara
      - a. Mengompres putting susu dengan kapas yang dibasahi minyak hangat selama 2 – 3 menit
      - b. Mengangkat kapas sambil membersihkan putting susu dengan Gerakan memutar dari dalam ke luar
      - c. Membasahi kedua telapak tangan dengan minyak kelapa
      - d. Melakukan pengurutan
- Gerakan I :
- Telapak tangan berada di Tengah-tengah diantara kedua payudara, kemudian melakukan Gerakan melingkar dari atas,

samping, bawah sambil dihentakkan kemudian kembali ketengah dan dilakukan berulang-ulang sampai 20-30 kali.

**Gerakan II :**

Tangan kiri menopang payudara kiri dan tangan kanan dengan sisi telapak tangan melakukan pengurutan dari pangkal payudara ke arah putting, dilakukan secara bergantian dengan tangan kanan. Gerakan ini dilakukan sebanyak 20-30 kali

**Gerakan III :**

Gerakan sama dengan teknik Gerakan dua hanya tangan tidak mengurut terapi membuat lingkaran kecil dari pangkal payudara ke arah putting, dilakukan secara bergantian dengan tangan kanan

**Gerakan IV :**

Memegang kedua payudara kemudian menggoyangkan-goyangkan secara Bersama-sama sebanyak 5 kali.

- e. Mengguyurkan payudara kanan menggunakan air hangat dengan washlap, kemudian dingin dan hangat lagi, sebanyak 5 kali demikian juga pada payudara kiri
- f. Mengeringkan payudara dengan handuk yang ada di bahu sambil menggosok-gosok putting
- g. Pakailah BH yang terbuka bagian depannya (untuk ibu menyusui) dan yang menyangga buah dada atau susui bayi.



Gambar 6. Gerakan Perawatan Payudara

## C. KONSEP TEORI NYERI

### 1. Defenisi

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang *actual* dan potensial. Nyeri adalah alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan Kesehatan (Judha Mohammad dkk, 2022).

Menurut Smeltzer & Bare, dalam buku Teori Pengukuran Nyeri & Nyeri Persalinan (Judha Mohammad dkk, 2022) *International Association for the Study of Pain* (IASP) mendefenisikan nyeri sebagai suatu sensori subyektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian di mana terjadi kerusakan.

*Caffery* sebagaimana dikutip oleh Potter & Perry dalam Judha Mohammad dkk, (2022) menyatakan nyeri adalah segala sesuatu yang dikatakan individu tentang nyeri dan terjadi kapan saja ketika seseorang mengatakan bahwa ia merasa nyeri (kesakitan). Nyeri merupakan sensasi tidak menyenangkan yang terlokasikan pada suatu bagian tubuh.

### 2. Etiologi

Penyebab nyeri dapat dikelompokkan ke dalam dua golongan, yaitu penyebab yang berhubungan dengan fisik dan berhubungan dengan psikis. Nyeri yang disebabkan ole faktor psikologis merupakan nyeri yang dirasakan bukan karena penyebab fisik, melainkan akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik. Sedangkan nyeri secara fisik disebabkan akibat trauma baik trauma mekanik, termal, maupun kimia.

Pada nyeri akut, terdapat tiga penyebab utama yaitu:

- a. Agen pencedera fisiologis yaitu seperti inflamasi, iskemia, neoplasma.
- b. Agen pencedera kimiawi yaitu seperti, terbakar, bahan kimia iritan.

- c. Agen pencedera fisik yaitu seperti, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan.

### 3. Pengukuran Skala Nyeri

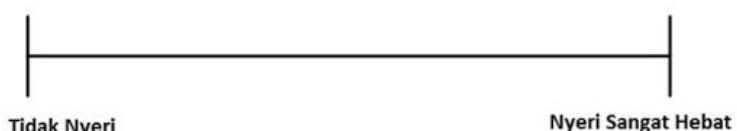
Pengukuran nyeri ini adalah elemen yang sangat penting untuk menentukan terapi nyeri yang efektif untuk dilakukan *Numerical Rating Scale* (NRS)/Scala Numerik angka. Pasien menyebutkan intensitas nyeri berdasarkan angka 0-10. Titik 0 berarti tidak nyeri, 5 sedang, dan 10 nyeri berat yang tidak tertahankan. *Numerical Rating Scale* (NRS) digunakan jika ingin menentukan berbagai perubahan pada skala nyeri dan juga menilai respon turunnya nyeri pasien terhadap terapi yang diberikan (Mubarak dkk, 2015 dalam Jannatiyah Shella, 2020).

Menurut Yudiyanta dkk dalam Jannatiyah Shella (2020), ada beberapa cara untuk membantu mengetahui akibat nyeri menggunakan skala berikut ini yaitu:

#### a. *Visual Analog Scale (VAS)*

*Visual Analog Scale (VAS)* adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Skala linier ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter. Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif.

Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala dapat dibuat vertikal atau horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya/reda rasa nyeri. Digunakan pada pasien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaannya sangat mudah dan sederhana.

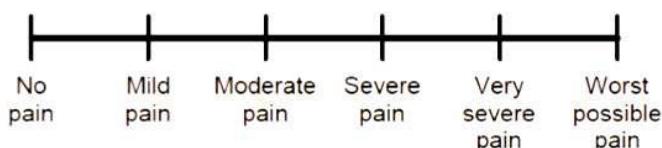


Gambar 7. Skala Nyeri *Visual Analog Scale*

b. *Verbal Rating Scale (VRS)*

Skala ini menggunakan angka-angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala numerik verbal ini lebih bermanfaat pada periode pascabedah, karena secara alami verbal/visual dan motorik. Skala verbal menggunakan kata-kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri.

Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik nyeri hilang sama sekali.



Gambar 8. Skala Nyeri *Verbal Rating Scale*

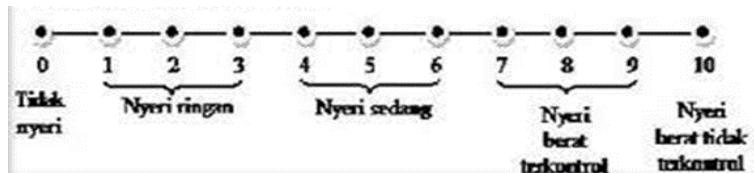
c. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. *Numeric Rating Scale* lebih digunakan sebagai alat pendeskripsi kata. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik.

Ketika menggunakan *Numeric Rating Scale*, skala 0 mengindikasikan tidak ada nyeri, skala 1 – 3 mengindikasikan nyeri ringan dengan keterangan dapat berkomunikasi dengan baik. Skala 4 – 6 mengindikasikan nyeri sedang dengan keterangan mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri dan dapat mendeskripsikannya serta dapat mengikuti perintah dengan baik.

Skala 7 – 8 mengindikasikan nyeri berat terkontrol dengan keterangan terkadang tidak dapat mengikuti perintah tetapi masih merespon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya. Skala 10 mengindikasikan nyeri berat tidak terkontrol dengan keterangan tidak dapat mengikuti perintah terkadang tidak dapat merespon terhadap tindakan, dapat

menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya (Jannatiyah Shella, 2020).



Gambar 9. Skala Nyeri *Numeric Rating Scale*

d. *Wong Baker Pain Rating Scale*

Digunakan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka.



Gambar 10. Skala Nyeri *Wong Baker Pain Rating Scale*

## D. KONSEP TEORI LIDAH BUAYA/ALOE VERA

### 1. Defenisi

Lidah buaya atau aloe vera merupakan tanaman asli dari negara Afrika tepatnya dari Ethiopia yang termasuk dalam keluarga *liliaceae*. Lidah buaya dianggap sebagai obat sudah digunakan sejak ribuan tahun sehingga disebut *the wonder plant* (Suriati, 2022).



Gambar 11. *Aloe Vera/Lidah Buaya*

Tanaman lidah buaya memiliki berbagai manfaat salah satunya yaitu gel lidah buaya. Gel lidah buaya mengandung sifat antijamur dan antibakteri yang merangsang goitroblas, yaitu sel kulit yang

menyembuhkan luka. Lidah buaya juga mengandung salisilat, yang merupakan pereda nyeri dan agen anti inflamasi yang juga ditemukan dalam sapirin. Selain itu, lignin yang terkandung dalam gel lidah buaya dapat menjaga kelembapan kulit, membuat kulit tidak terlalu kering berkerut, dan mengelupas (Mulianingsih, 2021 dalam Suriati, 2022)

Senyawa bioaktif lainnya yang terkandung di dalam gel aloe vera adalah glucomannan dan sapoin yang dapat berperan sebagai antimikroba dan mampu menyembuhkan luka pada jaringan buah. Gel aloe vera juga mengandung lignin, sapoin, tanin dan *aloctin*. Tanin memiliki sifat antibakteri dengan cara mempresipitasi protein. Tanin memiliki aktivitas antioksidan menghambat pertumbuhan tumor dan enzim.

Tanin juga mempunyai antiseptic yang dapat mencegah kerusakan yang diakibatkan oleh bakteri atau jamur. Lignin berfungsi untuk memudahkan peresapan gel ke kulit sehingga mampu melindungi kulit dari dehidrasi dan melembapkan kulit. Sapoin berfungsi sebagai antiseptic dan bahan pencuci yang baik seperti sabun.

Aloe vera memiliki beberapa kandungan, salah satunya yaitu *athraquinone* yang dapat berfungsi sebagai analgesic. Analgesik berfungsi sebagai pereda nyeri, atau obat untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri pada tubuh. Proses aktivasi pengurangan pembengkakan payudara terjadi melalui stimulasi sistem kekebalan tubuh dan penurunan prostaglandin yang bertanggung jawab untuk mengurangi rasa sakit. Prosesnya dimulai saat kita mengoleskan gel aloe vera pada kulit atau area payudara yang Bengkak kemudian kandungan *athraquinone* dalam aloe vera terstimulasi pada sistem kekebalan tubuh sehingga kandungan tersebut menyerap ke dalam tubuh hingga akhirnya *athraquinone* dapat bereaksi atau bekerja untuk meredakan nyeri payudara.

## 2. Prosedur Kompres Lidah Buaya/Aloe Vera

- a. Cuci tangan (Sesuai SPO)
- b. Identifikasi pasien (Sesuai SPO)

- c. Jelaskan pada klien/keluarga tindakan yang akan dilakukan dan diberikan *informed consent*
- d. Siapkan alat-alat secara lengkap, bawa alat ke samping tempat tidur klien
- e. Tutup pintu atau pasang skrem/korden pada samping tempat tidur klien
- f. Melakukan pemeriksaan pembengkakan pada daerah yang bengkak/memar (payudara) sebelum diberikan intervensi keperawatan kompres *aloe vera*
- g. Atur posisi klien senyaman mungkin
- h. Meletakkan underpad dibawah daerah klien yang akan dikukuhkan pengompresan
- i. Kompreskan *aloe vera* pada daerah yang bengkak/memar (payudara) dengan menggunakan kassa steril
- j. Lakukan kegiatan selama 30 menit sekali sehari, kegiatan ini dilakukan sampai mencapai tujuan yang diinginkan/diharapkan
- k. Rapikan klien dan bereskan alat-alat
- l. Cuci tangan (Sesuai SPO)
- m. Dokumentasikan tindakan pada berkas rekam medik.

## **E. Konsep Asuhan Keperawatan Post Partum**

### **1. Pengkajian**

#### a. Identitas

##### 1. Identitas Klien

Berisi nama pasien, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, suku, alamat, no. RM, tanggal masuk, tanggal pengkajian dan diagnosa medis.

##### 2. Identitas Penanggung Jawab

Berisi nama penanggung jawab pasien dan hubungan dengan pasien.

#### b. Status Kesehatan

##### 1. Status Kesehatan Saat Ini

###### a. Keluhan utama saat masuk RS/Klinik dan saat ini)

Keluhan yang paling dasar atau utama yang pasien katakan

- b. Alasan masuk RS dan Perjalanan Penyakit Saat ini  
Perjalanan penyakit dan alasan saat pasien masuk Rumah Sakit yang dimulai dari pasien masuk IGD, kemudian masuk bangsal sampai saat dilakukan pengkajian.
2. Riwayat Haid  
Umur Menarche pertama kali, lama haid, jumlah darah yang keluar, konsistensi, siklus haid, perkiraan tanggal partus.
3. Riwayat Perkawinan  
Kehamilan
4. Riwayat Obstetri
- a. Riwayat Kehamilan  
Berapa kali dilakukan pemeriksaan ANC, hasil laboratorium : USG, darah, urine, keluhan selama kehamilan termasuk situasi emosional dan impresi, upaya mengatasi keluhan, tindakan, dan pengobatan yang diperoleh.
- b. Riwayat Persalinan
1. Riwayat persalinan lalu : jumlah gravid, jumlah patal, dan jumlah abortus, umur kehamilan saat bersalin, jenis persalinan, penolong persalinan, BB bayi, kelainan fisik, kondisi anak saat ini.
  2. Riwayat nifas pada persalinan lalu : pernah mengalami demam, keadaan lochea, kondisi perdarahan selama nifas, tingkat aktivitas setelah melahirkan, keadaan perineal, abdominal, nyeri pada payudara, kesulitan eliminasi, keberhasilan pemberian ASI, respon, dan support keluarga.
  3. Riwayat persalinan saat ini : kapan timbul his, pembukaan, *bloody show*, kondisi ketuban, lama persalinan, dengan *episiotomy* atau tidak, kondisi perineum dan jaringan sekitar vagina, dilakukan anastesi atau tidak, panjang tali pusat, lama pengeluaran plasenta, kelengkapan plasenta, jumlah perdarahan.
  4. Riwayat *new born* : apakah bayi lahir spontan atau dengan induksi/tindakan khusus, kondisi bayi saat lahir (langsung menangis atau tidak), apakah membutuhkan resusitasi, nilai

APGAR, jenis kelamin bayi, BB, panjang badan, kelainan konginetal, apakah dilakukan *bonding attachment* secara dini dengan ibunya, apakah langsung diberikan ASI atau susu formula

5. Riwayat KB dan Perencanaan Keluarga

Kaji pengetahuan klien dan pasangannya tentang kontrasepsi, jenis kontrasepsi yang pernah digunakan, kebutuhan kontrasepsi yang akan datang atau rencana penambahan anggota keluarga di masa mendatang.

6. Status Kesehatan Masa Lalu

Berisikan riwayat kesehatan pasien, apakah sebelumnya pasien pernah dirawat di RS atau tidak, dan riwayat alergi terhadap makanan atau obat-obatan. Serta kebiasaan merokok, kopi, alkohol dan lain sebagainya.

7. Riwayat Kesehatan Keluarga

Adakah anggota keluarga yang menderita penyakit yang diturunkan secara genetic, menular, konginetal, atau gangguan kejiwaan yang pernah diderita oleh keluarga.

c. Pola Kebutuhan Dasar (Data Bio-Psiko-Sosio-Kultural-Spiritual)

1. Aktivitas

Kemampuan mobilisasi beberapa saat setelah melahirkan, kemampuan merawat diri, dan melakukan eliminasi, serta pola berpakaian.

2. Istirahat dan Tidur

Waktu (lama, kapan), nyaman atau tidak, penggunaan lampu atau tidak.

3. Nutrisi

Menu makan yang dikonsumsi, jumlah, jenis makanan (kalori, protein, vitamin, tinggi serat), frekuensi, nafsu makan, pola minum, jumlah, frekuensi.

4. Eliminasi

Apakah terjadi dieresis, adakah inkontinensia atau retensi urine karena takut luka episiotomy, apakah perlu bantuan saat BAK. Pola BAB, frekuensi, konsistensi, rasa takut BAB karena luka perineum.

5. Personal Hygiene

Pola mandi, kebersihan mulut dan gigi, penggunaan pembalut dan kebersihan genetalia, pola berpakaian.

6. Persepsi-sensori (nyeri ketidaknyamanan)

Ketidaknyamanan berkenaan dengan pembesaran payudara, episiotomi, trauma perineal, hemoroid, kontraksi kuat (*afterpain*) kuat dan teratur dalam periode 24 jam pertama dan akan berkurang setiap hari.

d. Pemeriksaan Fisik

Status Generalis dan *Head to toe*

1. Tanda-tanda Vital

Kaji tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu pada Ibu. Periksa tanda-tanda vital tersebut setiap 15 menit selama satu jam pertama setelah melahirkan atau sampai stabil, kemudian periksa setiap 30 menit untuk jam-jam berikutnya. Nadi dan suhu diatas normal dapat menunjukkan kemungkinan adanya infeksi. Tekanan darah mungkin sedikit meningkat karena upaya untuk persalinan dan keletihan. Tekanan darah yang menurun perlu diwaspadai kemungkinan adanya perdarahan *post partum*.

- a. Tekanan darah, normal yaitu  $< 140/90$  mmHg. Tekanan darah tersebut bisa meningkat dari pra persalinan pada 1-3 hari *post partum*.
- b. Suhu. Suhu tubuh normal yaitu kurang dari 38 C. Pada hari ke 4 setelah persalinan suhu Ibu bisa naik sedikit kemungkinan disebabkan dari aktivitas payudara. Bila kenaikan mencapai lebih dari 38°C pada hari kedua sampai hari-hari berikutnya, harus diwaspadai adanya infeksi atau sepsis nifas.
- c. Nadi. Nadi normal pada Ibu nifas adalah 60-100. Denyut Nadi Ibu akan melambat sampai sekitar 60 x/menit yakni pada waktu habis persalinan karena ibu dalam keadaan istirahat penuh. Ini terjadi utamanya pada minggu pertama *post partum*. Pada ibu yang nervus nadinya bisa cepat, kira kira 110x/mnt. Bisa juga terjadi gejala shock karena infeksi khususnya bila disertai peningkatan suhu tubuh.

- d. Pernafasan. Pernafasan normal yaitu 20-30 x/menit. Pada umumnya respirasi lambat atau bahkan normal. Mengapa demikian, tidak lain karena Ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Bila ada respirasi cepat *post partum* (> 30 x/mnt) mungkin karena adanya ikutan dari tanda-tanda syok.
2. Kepala dan Wajah
- Rambut, melihat kebersihan rambut, warna rambut, dan kerontokan rambut.
  - Wajah, adanya edema pada wajah atau tidak. Kaji adanya flek hitam.
  - Mata, konjungtiva yang anemis menunjukkan adanya anemia kerena perdarahan saat persalinan.
  - Hidung, kaji dan tanyakan pada ibu, apakah ibu menderita pilek atau sinusitis.
  - Mulut dan gigi, tanyakan pada ibu apakah ibu mengalami stomatitis, atau gigi yang berlubang. Gigi yang berlubang dapat menjadi pintu masuk bagi mikroorganisme dan bisa beredar secara sistemik.
  - Leher, kaji adanya pembesaran kelenjar limfe dan pembesaran kelenjar tiroid. Kelenjar limfe yang membesar dapat menunjukkan adanya infeksi, ditunjang dengan adanya data yang lain seperti hipertermi, nyeri, dan bengkak.
  - Telinga, kaji apakah ibu menderita infeksi atau ada peradangan pada telinga.
3. Pemeriksaan Thoraks
- Inspeksi Payudara

Kaji ukuran dan bentuk tidak berpengaruh terhadap produksi ASI, perlu diperhatikan bila ada kelainan, seperti pembesaran pasif, gerakan yang tidak simetris pada perubahan posisi kontur atau permukaan.

Kaji kondisi permukaan, permukaan yang tidak rata seperti adanya retraksi atau ada luka pada kulit payudara perlu dipikirkan kemungkinan adanya tumor. Warna kulit, kaji adanya

kemerahan pada kulit yang dapat menunjukkan adanya peradangan.

b. Palpasi Payudara

Pengkajian payudara selama masa *postpartum* meliputi inspeksi ukuran, bentuk, warna dan kesimetrisan serta palpasi apakah ada nyeri tekan guna menentukan status laktasi. Pada 1 sampai 2 hari pertama *postpartum*, payudara tidak banyak berubah kecil kecuali sekresi kolostrum yang banyak.

Ketika menyusui, perawat mengamati perubahan payudara, menginspeksi puting dan areola apakah ada tanda tanda kemerahan dan pecah, serta menanyakan ke ibu apakah ada nyeri tekan. Payudara yang penuh dan bengkak akan menjadi lembut dan lebih nyaman setelah menyusui.

4. Pemeriksaan Abdomen

a. Inspeksi Abdomen

Kaji adakah striae dan linea alba. Kaji keadaan abdomen, apakah lembek atau keras. Abdomen yang keras menunjukkan kontraksi uterus bagus sehingga perdarahan dapat diminimalkan. Abdomen yang lembek menunjukkan sebaliknya dan dapat dimasase untuk merangsang kontraksi.

b. Palpasi Abdomen

1. Fundus Uteri Tinggu : segera setelah persalinan TFU 2 cm dibawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm diatas pusat dan menurun kira-kira 1 cm setiap hari.

Hari kedua *postpartum* TFU 1 cm dibawah pusat.

Hari ke 3 – 4 *postpartum* TFU 2 cm dibawah pusat.

Hari ke 5 – 7 *postpartum* TFU pertengahan pusat-symfisis.

Hari ke 10 *postpartum* TFU tidak teraba lagi.

2. Kontraksi, kontraksi lemah atau perut teraba lunak menunjukkan kontraksi uterus kurang maksimal sehingga memungkinkan terjadinya perdarahan.
3. Posisi, posisi fundus apakah sentral atau lateral. Posisi lateral biasanya terdorong oleh bladder yang penuh.

4. Uterus, setelah kelahiran plasenta, uterus menjadi massa jaringan yang hampir padat. Dinding belakang dan depan uterus yang tebal saling menutup, yang menyebabkan rongga bagian tengah merata. Ukuran uterus akan tetap sama selama 2 hari pertama setelah pelahiran, namun kemudian secara cepat ukurannya berkurang oleh involusi..
  5. Diastasis rektus abdominis adalah regangan pada otot rektus abdominis akibat pembesaran uterus jika dipalpasi.
- c. Ekstremitas atas dan bawah
1. Varises, melihat apakah ibu mengalami varises atau tidak. Pemeriksaan varises sangat penting karena ibu setelah melahirkan mempunyai kecenderungan untuk mengalami varises pada beberapa pembuluh darahnya. Hal ini disebabkan oleh perubahan hormonal.
  2. Edema, Tanda homan positif menunjukan adanya tromboflebitis sehingga dapat menghambat sirkulasi ke organ distal.
  3. Perineum, kebersihan Perhatikan kebersihan perineum ibu. Kebersihan perineum menunjang penyembuhan luka.  
*REEDA (red, edema, echymosis, discharge, loss of approximation)*  
*Lochia*. Kaji jumlah, warna, konsistensi dan bau *lokhia* pada ibu *postpartum*. Perubahan warna harus sesuai. Misalnya Ibu postpartum hari ke tujuh harus memiliki *lokhia* yang sudah berwarna merah muda atau keputihan. Jika warna *lokhia* masih merah maka ibu mengalami komplikasi postpartum. *Lokhia* yang berbau busuk yang dinamakan *Lokhia purulenta* menunjukan adanya infeksi disaluran reproduksi dan harus segera ditangani.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada resiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosa keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai Kesehatan yang optimal (PPNI dalam SDKI, 2018).

Berdasarkan SDKI (2018) masalah yang mungkin muncul, sebagai berikut:

- a. Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka episiotomy *post partum* spontan) ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, sulit tidur, bersikap protektif, dll.
- b. Gangguan eliminasi urine (disuria) (D.0040) berhubungan dengan trauma perineum (luka episiotomi) ditandai dengan desakan berkemih, berkemih tidak tuntas (*hesitancy*), dll.
- c. Gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan jadwal pemantauan bayi pasca *partum* ditandai dengan mengeluh sulit tidur, mengeluh pola tidur berubah, dll.
- d. Menyusui tidak efektif (D.0029) berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI/payudara bengkak ditandai dengan nyeri, dll.
- e. Resiko ketidakseimbangan cairan (D.0036) berhubungan dengan trauma/perdarahan.
- f. Resiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan efek prosedur invasif (luka episiotomy *post partum* spontan).
- g. Resiko gangguan perlekatan (D.0127) berhubungan dengan kekhawatiran menjalankan peran sebagai orang tua.
- h. Resiko proses pengasuhan tidak efektif (D.0128) berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang proses persalinan/pengasuhan.

### 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI dalam SIKI 2018).

**Tabel 1. Intervensi Keperawatan Teoritis**

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	Nyeri Akut (D.0077)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Tingkat Nyeri menurun (L.08066) dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun (5)</li> <li>2. Meringis menurun (5)</li> <li>3. Geilisah menurun (5)</li> <li>4. Kesulitan tidur menurun (5)</li> <li>5. Frekuensi nadi membaik (5)</li> </ul>	<p><b>MANAJEMEN NYERI : (I.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 respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Monitor efek samping penggunaan analgetic</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Kompres Aloe Vera)</li> </ol>

		<p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Anjurkan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu</li> </ol>	
2	Gangguan Eliminasi Urine (Dysuria) (D.0040)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Eliminasi Urine membaik (L.04034) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sensai berkemih meningkat (5)</li> <li>2. Desakan berkemih (urgensi) menurun (5)</li> <li>3. Distensi kandung kemih menurun (5)</li> </ol>	<p><b>MANAJEMEN ELIMINASI URINE : (I.04152)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine</li> <li>2. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine</li> <li>3. Monitor eliminasi urine (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna)</li> </ol>

		<p>4. Berkemih tidak tuntas (hesitancy) menurun (5)</p> <p>5. Volume residu urine menurun (5)</p> <p>6. Fekuensi BAK membaik (5)</p>	<p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catat waktu-waktu dan haluanan berkemih</li> <li>2. Batasi asupan cairan, jika perlu</li> <li>3. Ambil sampel urine Tengah (midstream) atau kultur</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih</li> <li>2. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluanan urine</li> <li>3. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih</li> <li>4. Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian obat suppositoria uretra, jika perlu</li> </ol>
3	Gangguan Pola Tidur (D.0055)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Pola Tidur membaik (L.05045) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan sulit tidur menurun (5)</li> <li>2. Keluhan sering terjaga menurun (5)</li> </ol>	<p><b>DUKUNGAN TIDUR : (I.05174)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis)</li> </ol>

		<p>3. Keluhan tidak puas tidur menurun (5)</p> <p>4. Keluhan pola tidur berubah menurun (5)</p> <p>5. Keluhan pola tidur berubah menurun (5)</p> <p>6. Keluhan istirahat tidak cukup menurun (5)</p>	<p>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, the, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)</p> <p>4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)</li> <li>2. Batasi waktu tidur siang, <i>jika perlu</i></li> <li>3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</li> <li>4. Tetapkan jadwal tidur rutin</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya tidur yang cukup selama sakit</li> <li>2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur</li> <li>4. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologis lainnya</li> </ol>
4	Menyusui Tidak Efektif (D.0029)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Status	<p><b>KONSELING LAKTASI : (I.03093)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p>

	<p>Menyusui membaik (L.03029) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pelekatan bayi pada payudara ibu meningkat (5)</li> <li>2. Kemampuan ibu memosisikan bayi dengan benar meningkat (5)</li> <li>3. Tetesan/pancaran ASI meningkat (5)</li> <li>4. Suplai ASI adekuat meningkat (5)</li> <li>5. Kepercayaan diri ibu meningkat (5)</li> <li>6. Lecet pada putting menurun (5)</li> <li>7. Kelelahan maternal menurun (5)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui</li> <li>2. Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui</li> <li>3. Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan teknik mendengarkan aktif</li> <li>2. Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu</li> </ol> <p><b>PROMOSI ASI EKSLUSIF (I.03135)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kebutuhan laktasi bagi ibu pada antenatal, intranatal, dan postnatal</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi ibu melakukan IMD (Inisiasi Menyusu Dini)</li> <li>2. Dukung ibu menyusui dengan mendampingi ibu selama kegiatan menyusui berlangsung</li> </ol>
--	--	---

			<p>3. Diskusikan dengan keluarga tentang ASI Ekslusif</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</li> <li>2. Jelaskan pentingnya menyusui di malam hari untuk mempertahankan dan meningkatkan produksi ASI</li> <li>3. Jelaskan tanda-tanda bayi cukup ASI (mis. berat badan meningkat, dll)</li> <li>4. Anjurkan ibu menyusui sesegera mungkin setelah melahirkan</li> <li>5. Anjurkan ibu memberikan nutrisi kepada bayi hanya dengan ASI</li> </ol>
5	Resiko Ketidakseimbangan Cairan (D.0036)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Keseimbangan Cairan meningkat (L.03020) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membrane mukosa lembap meningkat (5)</li> <li>2. Edema menurun (5)</li> <li>3. Dehidrasi menurun (5)</li> <li>4. Intake cairan membaik (5)</li> </ol>	<p><b>MANAJEMEN CAIRAN : (I.03098)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor status hidrasi (mis. frekuensi naid, akral, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah)</li> <li>2. Monitor berat badan harian</li> <li>3. Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialysis</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catat <i>intake-output</i> dan hitung balance cairan 24 jam</li> </ol>

		<p>5. Output urine membaik (5)</p>	<p>2. Berikan asupan cairan, <i>sesuai kebutuhan</i>      3. Berikan cairan intravena, <i>jika perlu</i></p> <p><b>Kolaborasi :</b>      Kolaborasi pemberian diuretic, <i>jika perlu</i></p>
6	Resiko Infeksi (D.0142)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Tingkat Infeksi menurun (L.14137) dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Kebersihan tangan meningkat (5)</li> <li>2. Kebersihan badan meningkat (5)</li> <li>3. Demam menurun (5)</li> <li>4. Kemerahan menurun (5)</li> <li>5. Nyeri menurun (5)</li> <li>6. Bengkak menurun (5)</li> </ul>	<p><b>PENCEGAHAN INFEKSI : (I.14539)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>2. Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4. Pertahankan teknik aseptic pada pasien berisiko tinggi</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul 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 etika batuk</li> <li>4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> </ul>

			<p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</li> </ol>
7	Resiko Gangguan Perlekatan (D.0127)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Perlekatan meningkat (L.13122) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi perasaan positif terhadap bayi meningkat (5)</li> <li>2. Mencium bayi meningkat (5)</li> <li>3. Tersenyum kepada bayi meningkat (5)</li> <li>4. Berbicara kepada bayi meningkat (5)</li> <li>5. Kekhawatiran menjalankan peran orangtua menurun (5)</li> <li>6. Konflik hubungan orangtua dan bayi/anak menurun (5)</li> </ol>	<p><b>PROMOSI PERLEKATAN : (I.10342)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kegiatan menyusui</li> <li>2. Identifikasi kemampuan bayi menghisap dan menelan ASI</li> <li>3. Identifikasi payudara ibu (mis. bengkak, putting lecet, nyeri pada payudara)</li> <li>4. Monitor perlekatan saat menyusui (mis. bibir bayi terbuka lebar, dll)</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hindari memegang kepala bayi</li> <li>2. Diskusikan dengan ibu masalah selama proses menyusui</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan ibu menopang seluruh tubuh bayi</li> <li>2. Anjurkan melepas pakaian bagian atas agar bayi dapat menyentuh payudara ibu</li> </ol>

		<p>3. Anjurkan ibu untuk memegang payudara menggunakan jarinya seperti huruf "C" pada posisi jam 12 – 6 atau 3 – 9 saat mengarahkan ke mulut bayi</p> <p>4. Anjurkan ibu untuk menyusui menunggu mulut bayi terbuka lebar</p> <p>5. Ajarkan ibu mengenali tanda bayi siap menyusu</p> <p><b>EDUKASI ORANGTUA : FASE BAYI (I.12400)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pengetahuan dan kesiapan orangtua belajar tentang perawatan bayi</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan panduan tentang perubahan pola tidur bayi selama tahun pertama</li> <li>2. Motivasi orangtua untuk berbicara dan membaca untuk bayi</li> <li>3. Lakukan kunjungan rumah sebagai program pemantauan dan pendampingan pada orangtua</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p>
--	--	---

			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan kebutuhan nutrisi bayi</li> <li>2. Jelaskan keamanan dan pengelihatan cedera pada bayi</li> <li>3. Ajarkan keterampilan merawat bayi baru lahir</li> </ol>
8	Resiko Proses Pengasuhan Tidak Efektif ( D.0128)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Proses Pengasuhan membaik (L.13124) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terpapar informasi tentang proses persalinan/pengasuhan meningkat (5)</li> <li>2. Kekerasan dalam rumah tangga menurun (5)</li> <li>3. Stress psikologis menurun (5)</li> </ol>	<p><b>PERAWATAN PASCAPERSALINAN : (I.07225)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda-tanda vital</li> <li>2. Periksa perineum atau robekan (kemerahan, edema, pengeluaran, penyatuhan jahitan)</li> <li>3. Monitor nyeri</li> <li>4. Monitor status pencernaan</li> <li>5. Identifikasi kemampuan ibu merawat bayi</li> <li>6. Identifikasi adanya masalah adaptasi psikologis ibu <i>post partum</i></li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Masase fundus sampai kontraksi kuat, <i>jika perlu</i></li> <li>2. Dukung ibu untuk melakukan ambulans dini</li> <li>3. Berikan kenyamanan pada ibu</li> <li>4. Diskusikan tentang perubahan fisik dan psikologis ibu <i>post partum</i></li> </ol>

			<p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Jelaskan tanda bahaya nifas pada ibu dan keluarga</li><li>2. Jelaskan pemeriksaan pada ibu dan bayi secara rutin</li><li>3. Ajarkan cara perawatan perineum yang tepat</li></ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Rujuk ke konselor laktasi, <i>jika perlu</i></li></ol>
--	--	--	--

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Pelaksanaan/implementasi keperawatan adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (PPNI, 2017).

#### **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (PPNI, 2017). Pada tahap evaluasi ini terdiri dari dua kegiatan yaitu kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi selama proses keperawatan berlangsung atau menilai dari respon pasien disebut evaluasi proses dan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan disebut evaluasi hasil. Terdapat dua jenis evaluasi yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif.

Evaluasi formatif merupakan evaluasi yang dilakukan pada saat memberikan intervensi dengan respon segera. Sedangkan evaluasi sumatif merupakan rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan. Dilakukan setiap berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan.

Dilakukan setiap hari dan meliputi 4 komponen, yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif (respon verbal pasien terhadap tindakan), obyektif (respon nonverbal hasil dari tindakan dan data hasil pemeriksaan), analisis data (menyimpulkan masalah, masih tetap ada, berkurang atau muncul masalah baru) dan perencanaan (perencanaan atau tindak lanjut tindakan yang akan dilakukan selanjutnya berdasarkan hasil analisa).