

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP DASAR POST PARTUM

1. Pengertian Post Partum

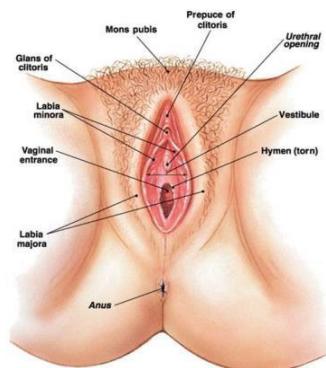
Masa *post partum* adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika organ kandungan kembali seperti saat hamil. Ini berlangsung selama enam minggu. (Siti Saleha, 2013 dalam Wahyuningsih, 2019).

Masa nifas, juga dikenal sebagai "*masa puerperium*", adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, dan selaput yang diperlukan untuk memperbaiki organ kandungan seperti sebelum hamil selama enam minggu. Masa nifas adalah sekitar enam hingga delapan minggu setelah persalinan. Proses ini dimulai setelah persalinan selesai dan berakhir setelah alat reproduksi kembali berfungsi, menghasilkan perubahan fisiologi dan psikologis karena proses persalinan. (Saleha, 2009, dalam Purwanto et al., 2018).

2. Anatomi Sistem Reproduksi Pada Wanita

Sistem reproduksi wanita terdiri dari organ interna, yang terletak di dalam rongga pelvis dan ditopang oleh pelvis, dan genetalia eksterna, yang terletak di perineum. Dengan merangsang hormon estrogen dan progesteron, struktur reproduksi interna dan eksterna berkembang menjadi matang. (Arma, N. et al., 2015).

a. Struktur Eksterna



Gambar 2.1 Anatomi Sistem Reproduksi pada Wanita Eksterna

Sumber: (Arma, N. et al., 2015)

1. Mons Veneris (Mons Pubis)

Mons pubis adalah jaringan lemak subkutan yang lunak dan padat dengan banyak kelenjar sebasea (minyak). Ditumbuhi rambut hitam, kasar, dan ikal pada masa pubertas, mons berfungsi untuk meningkatkan sensualitas dan melindungi simfisis pubis selama koitus.

2. Labia Mayora

Labia mayora adalah dua lipatan kulit panjang dan melengkung yang menyatu dengan mons pubis. Labia mayoritas sensitif terhadap sentuhan, nyeri, dan suhu tinggi karena jaringan sarafnya yang tersebar luas yang juga berfungsi selama rangsangan seksual. Wanita yang belum pernah melahirkan anak pervaginam memiliki kedua labia mayora yang berdekatan di garis tengah dan menutupi struktur di bawahnya. Setelah melahirkan anak, labia sedikit terpisah dan introitus vagina terbuka.

3. Labia Minora

Labia minora adalah lipatan kulit yang panjang, sempit, dan tidak berambut yang memanjang ke arah bawah klitoris dan menyatu dengan *fourchette*. Terdapat banyak pembuluh darah di sana, sehingga tampak kemerahan dan membengkak saat distimulasi secara fisik atau emosional. Kelenjar vulva juga melumasi labia minora karena ada banyak saraf yang membuat labia minora sensitif, yang meningkatkan fungsi erotiknya.

4. Klitoris

Klitoris adalah organ pendek berbentuk silinder dan erektil yang sangat sensitif. Fungsi utamanya adalah menstimulasi dan meningkatkan ketegangan seksual.

5. Vestibulum

Vestibulum adalah rongga yang dibatasi oleh klitoris dan perinium di antara bibir kecil (labia minora). Vestibulum terdiri dari vagina, kelenjar paravagina, muara uretra, dan kelenjar parauretra. Bahan kimia dapat menyebabkan iritasi pada permukaan vestibulum yang tipis dan agak berlendir. Di dasar

labia majora, ada dua kelenjar vestibulum majora, satu di setiap sisi orifisium vagina.

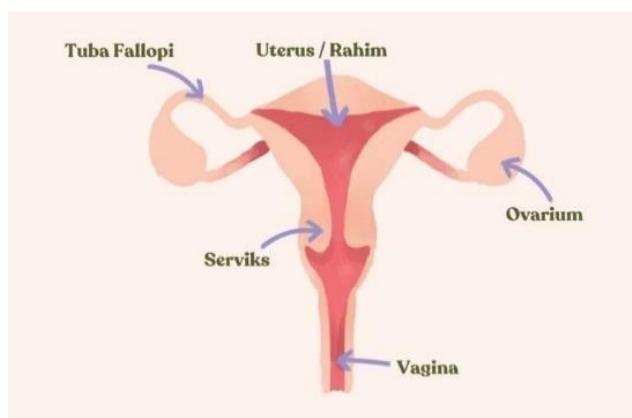
6. *Fourchette*

Fourchette adalah lipatan jaringan transversal yang tipis dan pipih yang terletak pada pertemuan ujung bawah labia majora dan minora di garis tengah di bawah orifisium vagina.

7. Perineum

Perineum adalah area muskular yang panjangnya kurang lebih 4 cm yang ditutupi kulit antara introitus vagina dan anus.

b. Struktur Interna



Gambar 2.2 Anatomi Sistem Reproduksi pada Wanita Interna

Sumber: (Arma, N. et al., 2015)

1. Vagina

Tuba berdinding tipis yang dapat melipat dan meregang secara luas disebut vagina. Stimulasi estrogen dan progesteron mempengaruhi mukosa vagina dengan cepat. Sel-sel mukosa tanggal sebagian besar selama siklus menstruasi wanita dan selama kehamilan. Caian vagina berasal dari traktus genitalis atas ataum bawah. Interaksi antara glikogen dan laktobasilus vagina menjaga cairan sedikit asam. Jumlah infeksi vagina meningkat ketika pH lebih dari lima. Vagina tetap bersih karena cairan yang terus mengalir darinya.

2. Uterus

Uterus adalah organ yang berdinding tebal, muskular, pipih, dan cekung dengan bentuk seperti buah pir yang terbalik. Bentuk uterus normal adalah simetris, licin, dan padat saat ditekan. Uterus terdiri dari tiga bagian: fundus, yang merupakan tonjolan bulat di bagian atas; insersituba fallopi, yang merupakan bagian utama yang mengelilingi cavum uteri; dan istmus, yang merupakan bagian sedikit konstriksi yang menghubungkan korpus dengan serviks dan disebut sebagai sekmen uterus bagian bawah selama kehamilan. Siklus menstruasi dengan peremajaan endometrium, kehamilan, dan persalinan adalah tiga fungsi uterus.

3. Tuba Falopi

Fundus rahim terdiri dari dua tuba falopi. Tuba ini memanjang ke arah lateral hingga mencapai ujung legamen bebas yang lebar, dan setiap ovarium dibungkus dengan lekukan. Tuba ini berdiameter 0,6 cm dan panjangnya kira-kira 10 cm. Ovum melewati tuba falopi.

4. Ovarium

Di bawah dan di belakang tuba falopi, ada ovarium di setiap sisi rahim. Ovari diikat ke uterus oleh dua ligamen. Bagian mesovarium ligamen lebar uterus, yang memisahkan ovarium dari sisi dinding pelvis lateral kira-kira setinggi krista iliaka antero superior, dan ligamentum ovari proprium. Ovarium bertanggung jawab untuk mengatur ovulasi dan memproduksi hormon.

3. Tahapan Masa Post Partum

a. *Immediate Post Partum* (Setelah plasenta lahir-24 jam)

Perdarahan akibat atonia uteri terjadi segera setelah plasenta lahir hingga 24 jam. Oleh karena itu, tekanan darah, suhu, pengeluaran lokia, dan kontraksi uterus harus diperiksa.

b. *Early Post Partum* (24 jam-1 Minggu)

Harus dipastikan involusi uteri normal, tidak ada perdarahan, lokia tidak bau atau demam, ibu menerima cukup makanan dan cairan, dan ibu dapat menyusui dengan baik.

c. *Late Post Partum* (1 Minggu-6 Minggu)

Terus mendapatkan perawatan dan pemeriksaan rutin, serta berpartisipasi dalam koseling dan pelatihan kesehatan untuk keluarga berencana (KB). (Wahyuningsih, 2019).

4. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Pada Masa Post Partum

a. Perubahan Fisiologis

1. Sistem Reproduksi

a. Uterus

Setelah plasenta lahir, otot-otot uterus akan mulai mengeras karena kontraksi dan retraksi. Sampai ukuran sebelum hamil, uterus mengecil secara bertahap.

Tabel 2.1 Perubahan Uterus

Involusio	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gr
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gr
1 Minggu	Pertengahan pusat - Simpisis	500 gr
2 Minggu	Tak teraba diatas Simpisis	350 gr
6 Minggu	Bertambah kecil	50 gr
8 Minggu	Sebesar Normal	30 gr

Sumber: (Savita et al., 2022)

b. *Lochea*

Lochea adalah aliran keluar cairan uterus selama masa nifas. *Lochea* memiliki bau amis atau busuk yang berbeda-beda tergantung pada wanitanya, tetapi bau yang buruk menandakan infeksi. Proses involusi menyebabkan warna dan volume *lochea*

berubah. Berdasarkan warna dan waktu keluarnya, *Lochea* dibagi menjadi empat kategori:

1. *Lochea rubra*

Lochea muncul pada hari pertama dan keempat setelah melahirkan. Cairan yang keluar berwarna merah karena mengandung mekonium, lemak bayi, sisa jaringan plasenta, jaringan dinding rahim, darah segar, dan lanugo (rambut bayi).

2. *Lochea sanguenolenta*

Lochea ini berlendir berwarna coklat kemerahan yang berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 setelah melahirkan.

3. *Lochea serosa*

Lochea berwarna kuning-cokelat ini mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Anda akan keluar dari tujuh hingga empat belas hari.

4. *Lochea alba*

Lochea terdiri dari leukosit, sel desidua, sel epitel, lendir serviks, dan jaringan yang memperbaiki mati. Setelah melahirkan, *Lochea alba* ini tetap hidup selama dua hingga enam minggu.

5. *Lochea purulenta*

Keluarnya cairan seperti nanah yang berbau busuk adalah tanda infeksi uterus.

6. *Lochiotosis*

Lochea yang keluar tidak lancar. (Savita et al., 2022).

c. Endometrium

Di tempat implantasi plasenta, yang terkontraksi sehingga menonjol ke kavum uteri pada hari pertama, endometrium tebal 2,5 mm, dan setelah hari ketiga, endometrium akan rata.

d. Serviks

Setelah persalinan serviks yang menganga, dapat dilakukan dalam satu hari setelah tujuh hari. Setelah empat minggu, rongga bagian luar kembali normal.

e. *Vagina dan Perineum*

Hymen berubah menjadi karunkula mitiformis dan vagina semakin luas, tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran nullipara. Rugae di vagina muncul kembali pada minggu ketiga. Perineum dengan jahitan atau laserasi serta udem akan sembuh berangsur-angsur dalam waktu enam hingga tujuh hari tanpa infeksi. Oleh karena itu, sanitasi vulva harus dilakukan.

f. *Mammae/Payudara*

Proses laktasi terjadi secara alami pada setiap wanita yang telah melahirkan. Ada dua cara untuk menghasilkan susu: produksi susu, sekresi susu, atau *let down*. Jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan diri untuk menyiapkan makanan untuk bayi selama kehamilan. Sel acini yang menghasilkan ASI mulai berfungsi pada hari ketiga setelah melahirkan, dan efek prolaktin pada payudara mulai dirasakan. Ketika bayi menghisap putting, oksitosin merangsang ensit *let down*, atau mengalir, yang menyebabkan ASI mulai keluar.

2. Sistem Pencernaan

Karena perut meregang selama kehamilan, dinding perut menjadi lunak setelah persalinan. Diastasis recti, yang disebabkan oleh peregangan otot abdomen selama kehamilan, akan terjadi pada ibu nifas pada tingkat tertentu. Tingkat keparahan ini bergantung pada kondisi umum wanita dan kekuatan ototnya, serta apakah ibu berusaha secara konsisten untuk memperbaiki kesamaan otot abdominalnya.

Nafsu makan ibu meningkat setelah persalinan. Saat melahirkan, organ pencernaan mengalami tekanan, pengeluaran cairan yang berlebihan, kurang makan, hipertensi, laserasi jalan lahir, dan pembengkakan perineal adalah semua faktor yang dapat menyebabkan obstipasi pada ibu. Diet yang kaya serat, mengonsumsi lebih banyak cairan, dan mulai berjalan kaki dapat membantu buang air besar kembali normal. Jika tidak berhasil, obat laksansia dapat diberikan dalam waktu dua hingga tiga hari.

3. Sistem perkemihan

Selama masa nifas, kantong kencing kurang sensitif dan kapasitasnya akan meningkat hingga 3000 mililiter per hari pada 2-5 hari setelah persalinan. Ini akan menyebabkan kandung kencing menjadi penuh. Infeksi lebih mudah muncul karena sisa urin dan trauma pada dinding kandung kencing selama persalinan. Inkontinensia urin terjadi pada 30–60% wanita setelah melahirkan. Anestesi dapat meningkatkan rasa penuh pada kandung kemih dan nyeri perineum setelah trauma kehamilan dan persalinan. Mobilisasi awal dapat mengurangi keluhan sebelumnya.

Pada minggu keempat setelah persalinan, dilatasi ureter dan pyelum normal kembali. Sekitar 40% wanita pasca bersalin akan mengalami proteinuria nonpatologis dari hari kedua setelah bersalin. Urin yang tidak terkontaminasi *lochea* harus diperoleh dari kateterisasi.

4. Sistem Muskuloskeletal

Setelah partus, pembuluh darah terjepit di antara otot uterus. Setelah plasenta diberikan, proses ini akan mencegah perdarahan. Wanita yang berdiri di hari pertama setelah melahirkan mungkin memiliki perut menonjol, yang membuatnya terlihat seperti mereka masih hamil. Dinding perut wanita akan rileks dalam dua minggu setelah melahirkan. Dibutuhkan enam minggu untuk kembali ke kondisi sebelum hamil. Meskipun sebagian kecil stria menetap, kulit kembali elastis.

5. Sistem Endokrin

Hormon-hormon ini termasuk yang berikut:

- a. Oksitosin, yang membantu mencegah perdarahan dan membantu kontraksi uterus. Jika ibu tidak menyusui selama 14 hingga 21 hari setelah persalinan, isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin.
- b. Prolaktin, yang dikeluarkan oleh kelenjar yang terhubung dengan pituitrin, dikeluarkan untuk meningkatkan produksi ASI.

c. Estrogen dan progesteron, estrogen menurun dan progesteron meningkat setelah melahirkan.

6. Sistem Kardiovaskuler

Perubahan volume darah setelah melahirkan dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti kehilangan darah, curah jantung yang meningkat, dan perubahan hematologi, seperti penurunan kadar fibrinogen dan plasma. Selama minggu-minggu kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma, leukositosis, dan faktor pembekuan darah meningkat, dan pada hari-hari setelah partum, kadar fibrinogen dan plasma sedikit menurun.

7. Perubahan Tanda-Tanda Vital

- a. Suhu tubuh mungkin naik sekitar $0,5^{\circ}\text{C}$ setelah persalinan selama dua jam, dan itu normal.
- b. Nadi dan pernapasan dapat bradikardi jika takikardi waspada mungkin menyebabkan perdarahan.
- c. Tekanan darah kadang-kadang naik dan kembali normal setelah beberapa hari asalkan tidak ada penyakit yang menyertai persalinan. BB turun sekitar 4,5 kg.

8. Sistem Hematologi

Jumlah sel darah putih meningkat hingga 15.000 selama proses persalinan karena leukositosis, yang tetap meningkat untuk sepasang hari pertama setelah partum. Jika wanita mengalami proses persalinan yang diperlama, jumlah sel darah putih dapat meningkat hingga 25.000 atau 30.000 tanpa mengalami patologis. Namun, temuan tersebut mungkin menghilangkan berbagai jenis infeksi.

Kehilangan darah normal selama persalinan pervaginam adalah 500 mililiter, *sectio caesarea* adalah 1000 mililiter, dan histerektomi secara adalah 1500 mililiter. Jumlah total darah yang hilang hingga akhir masa *post partum* adalah 1500 mililiter, yaitu 200-500 mililiter selama persalinan dan 500-800 mililiter selama minggu pertama postpartum (plus atau minus 500 mililiter) setelah puerperium. Dalam tiga minggu setelah partum, volume darah total kembali normal. Pada

4-6 minggu setelah persalinan, hemoglobin normal akan kembali. (Sukma et al., 2021).

b. Perubahan Psikologis

Ada tiga tahap dalam adaptasi psikologis selama masa nifas:

1. *Taking In*

Fase perubahan psikologis yang paling penting harus diperhatikan karena dapat menyebabkan blues postpartum atau depresi postpartum. Berlangsung dari satu hingga dua minggu setelah persalinan, saat ibu masih dalam ketergantungan dan cenderung pasif, menceritakan kembali pengalaman persalinan dan lebih berkonsentrasi pada dirinya sendiri. Mendengarkan dan berempati dengan kondisi emosional ibu adalah cara terbaik untuk mengambil tindakan pada tahap ini.

2. *Taking Hold*

Fase transisi dari keadaan ketergantungan ke keadaan independen Berlangsung dari tiga hingga sepuluh hari setelah persalinan. Ibu lebih memahami bagaimana menjadi orang tua dan lebih bertanggung jawab untuk menjaga bayinya. Pada saat ini, ibu sangat sensitif dan rentan, sehingga mereka membutuhkan komunikasi dan dukungan moral yang kuat. Kegagalan dalam fase pengambilan kendali seringkali menyebabkan ibu mengalami depresi pascapartum, yang menunjukkan bahwa mereka merasa tidak mampu merawat bayi mereka. Pada tahap ini, ibu lebih siap untuk menerima nasehat dan bimbingan, sehingga profesional kesehatan memiliki kesempatan yang baik untuk memberikan pendidikan kesehatan yang berbeda untuk meningkatkan kepercayaan diri ibu. Ibu yang menggunakan perawat gabung memiliki kepercayaan diri yang lebih besar dan lebih percaya diri dalam merawat bayi mereka di rumah.

3. *Letting Go*

Periode ini biasanya dimulai setelah ibu dan bayi kembali ke rumah. Secara mandiri, ibu menerima pekerjaan barunya dan tanggung jawabnya sebagai ibu. Pada fase ini, keinginan untuk

merawat diri dan bayinya sudah meningkat. Sehingga ibu tidak merasa terbebani, dukungan dari suami dan keluarga sangat penting. (Sukma et al., 2021).

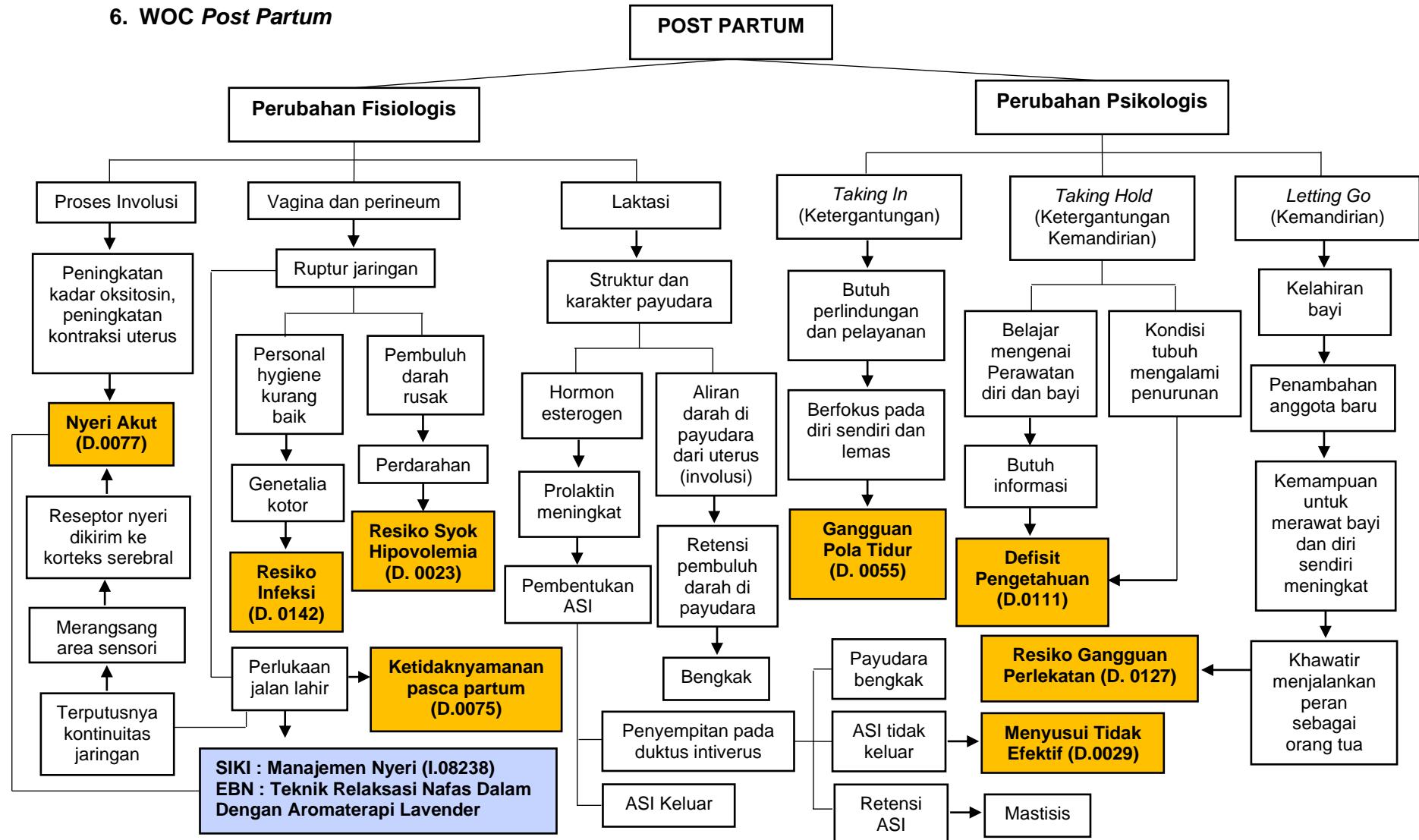
5. Patofisiologi Post Partum

Setelah persalinan, alat gen internal dan eksternal akan berangsur-angsur pulih sesuai dengan kondisi sebelum hamil dan perubahan fisiologis dan mental. Ini adalah perubahan fisiologis yang disebut involusi uterus. Involusi uterus adalah proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan, yang dimulai setelah plasenta keluar karena kontraksi otot polos uterus.

Semua perubahan yang terjadi pada alat genetalia ini disebut "involusi". Saat involusi terjadi, perubahan penting terjadi, seperti konsentrasi dan timbulnya laktasi yang terakhir, yang disebabkan oleh pengaruh hormon laktogen dari kelenjar hipofisis terhadap kelenjar mamae. Pembuluh darah yang ada di antara otot uterus yang nyaman berkontraksi segera setelah persalinan. Setelah plasenta lahir, proses ini akan menghentikan pendarahan. Postpartum, serviks mengalami perubahan dengan bentuk yang agak menganga seperti corong karena bentuk korpus uteri yang berbentuk cincin.

Pada hari pertama implantasi plasenta, endometrium setebal kira-kira 2-5 milimeter dan mengalami trombosis, degenerasi, dan nekrosis. Permukaannya kasar karena pelepasan desidua dan selaput janin, dan ini mengalami regenerasi selama dua hingga tiga minggu. Diafragma pelvis, ligamen, dan fasia merenggang selama kehamilan dan harus kembali seperti semula setelah janin lahir. (Aspiani, 2017).

6. WOC Post Partum



Gambar 2.3 WOC Post Partum

Sumber: (Wayan, 2017, dalam Veronika, F., 2022)

7. Komplikasi Pada Masa Post Partum

Menurut (Walyani, S. & Purwoastuti, E., 2017) terdapat komplikasi dan penyakit yang terjadi pada ibu masa nifas, sebagai berikut:

a. Infeksi Nifas

Semua peradangan alat-alat genetelia selama kehamilan dikenal sebagai infeksi nifas. Kuman dapat masuk ke janin selama kehamilan, selama persalinan, dan selama kehamilan nifas. Demam nifas adalah demam yang terjadi selama kehamilan karena alasan apa pun. Suhu badan meningkat hingga 38°C atau lebih selama dua hari, mulai dari sepuluh hari setelah partum, dikenal sebagai morbiditas puerpuralis. Dengan pengecualian hari pertama.

b. Infeksi saluran kemih

Sensitivitas kandung kemih terhadap tegangan air kemih di dalam vesika sering menurun selama masa nifas dini karena trauma saat persalinan, analgesia epidural atau spinal. Rasa tidak nyaman yang disebabkan oleh episiotomi yang lebar, laserasi periuretra, atau hematoma dinding vagina juga dapat mengurangi sensasi peregangan kandung kemih. Setelah melahirkan, terutama saat infus oksitosis dihentikan, terjadi diuresis yang disertai dengan peningkatan produksi urin dan distensi kandung kemih. Overdistensi kandung kemih bersamaan dengan katerisasi untuk mengeluarkan air kemih sering menyebabkan infeksi saluran kemih.

c. Metritis

Salah satu alasan utama kematian ibu adalah pemeriksaan uterus setelah persalinan, yang dikenal sebagai metritis. Abses pelvic yang menahun, peritonitis, syok septik, trombosis yang dalam, emboli pulmonal, infeksi felvik yang menahan dispareunia, penyumbatan tuba, dan infertilitas adalah hasil dari pengobatan yang terlambat atau tidak cukup.

d. Bendungan payudara

Peningkatan aliran vena dan limfe pada payudara karena mempersiapkan diri untuk laktasi menyebabkan bendungan payudara. Menyusui yang tidak kontinu menyebabkan sisa ASI terkumpul di daerah *ductus*, yang menyebabkan bengkak pada payudara. Ini dapat terjadi

dalam tiga hari setelah melahirkan. Sumbatan pada *ductus* dapat terjadi karena penggunaan bra yang keras dan kondisi puting susu yang tidak bersih.

e. Infeksi Payudara

Salah satu infeksi payudara adalah mastitis, yang merupakan peradangan pada payudara yang dapat disertai infeksi atau tidak. Ini disebabkan oleh kuman, terutama *Staphylococcus Aureus*, yang masuk melalui luka pada puting susu atau melalui darah.

f. Abses Payudara

Peradangan dan mastitis yang menyebabkan pembengkakan payudara karena tidak menyusui dan lecet pada puting susu sering menyebabkan abses payudara. Komplikasi ini sering terjadi pada minggu ke dua setelah melahirkan.

g. Abses pelvis

Penyakit ini merupakan komplikasi yang umum terjadi pada penyakit meluar seksual, terutama yang disebabkan oleh *chlamydia* dan *gonorrhea*.

h. Peritonitis

Peradangan pada peritoneum, yang merupakan pembungkusan visera dalam rongga perut, dikenal sebagai peritonitis. Peritoneum adalah selaput tipis dan jernih yang menutupi organ perut serta dinding perut sebelah dalam.

i. Infeksi Luka Perineum dan Luka Abdominal

Rupture perineum adalah robekan jalan lahir yang terjadi selama persalinan, apakah itu robekan karena operasi atau episiotomi.

j. Perdarahan Pervagina

Kehilangan darah sebanyak 500 mililiter atau lebih dari traktus genitalia setelah melahirkan disebut perdarahan pervagina atau perdarahan post partum. Semua perdarahan yang terjadi dalam 24 jam setelah kelahiran disebut perdarahan *post partum* primer.

8. Kebutuhan Masa Post Partum

a. Nutrisi dan Cairan

Nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan mempengaruhi susunan air susu, jadi masalah nutrisi harus diperhatikan.

Makanan berikut harus dikonsumsi oleh ibu yang menyusui:

1. Konsumsi tambahan kalori 500 kalori tiap hari
2. Diet berimbang, protein, mineral, dan vitamin
3. Minum sedikitnya 2 liter tiap hari (± 8 gelas)
4. Fe/tablet tambah darah sampai 40 hari pasca persalinan
5. Kapsul Vit. A 200.000 unit

b. Ambulasi

Jika ibu yang baru melahirkan bangun dari tempat tidur dan dibantu oleh tenaga medis untuk berjalan, ini disebut ambulasi dini. Dalam 24 hingga 48 jam setelah persalinan, ibu dapat bangun dari tempat tidur. Ini dilakukan secara bertahap. Pada ibu yang telah melahirkan bayi dengan komplikasi seperti anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, atau demam, ambulasi dini tidak dibenarkan.

Salah satu manfaat ambulasi dini adalah sebagai berikut:

1. Ibu merasa lebih sehat
2. Fungsi usus dan kandung kemih lebih baik
3. Memungkinkan kita mengajarkan ibu untuk merawat bayinya
4. Tidak berdampak negatif pada proses pasca persalinan, penyembuhan luka, perdarahan, atau risiko prolapsus atau *retrotecto uteri*.

c. Eliminasi

Setelah enam jam setelah persalinan, jika ibu belum berkemih selama lebih dari delapan jam, disarankan untuk melakukan kateterisasi. Faktor-faktor berikut dapat menyebabkan masalah berkemih (retensio urine) setelah persalinan:

1. Otot-otot perut masih lemah
2. Edema dan uretra
3. Dinding kandung kemih kurang sensitif

4. Ibu post partum diharapkan bisa defekasi atau buang air besar setelah hari kedua post partum, jika hari ketiga belum defekasi bisa diberi obat pencahar oral atau rektal
- d. Kebersihan diri

Infeksi sangat mudah menyerang ibu pascapartum. Oleh karena itu, penting untuk menjaga kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan untuk tetap terjaga. Berikut adalah tindakan yang diambil:

 1. Anjurkan kebersihan seluruh tubuh terutama perineum
 2. Mengajarkan ibu cara membersihkan alat kelamin dengan sabun dan air dari depan ke belakang
 3. Sarankan ibu ganti pembalut setidaknya dua kali sehari
 4. Membersihkan tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan alat kelamin
 5. Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi/luka jahit pada alat kelamin, menyarankan untuk tidak menyentuh daerah tersebut
- e. Istirahat dan Tidur

Rekomendasikan agar ibu dapat melakukan kegiatan rumah tangga secara bertahap dan mendapatkan jumlah istirahat yang cukup. Kurang istirahat dapat mengurangi produksi ASI, memperlambat involusi, dan depresi pasca persalinan. Alat-alat internal dan eksternal berangsur-angsur kembali ke kondisi sebelum hamil selama masa postpartum. (Wahyuningsih, 2019).

B. KONSEP RELAKSASI NAFAS DALAM

1. Pengertian Relaksasi Nafas Dalam

Teknik relaksasi nafas dalam adalah jenis terapi yang mengajarkan klien untuk melakukan nafas dalam, nafas lambat (untuk meningkatkan inspirasi) dan menghembuskan nafas secara perlahan. Teknik relaksasi nafas dalam tidak hanya dapat menurunkan intensitas nyeri tetapi juga dapat meningkatkan ventilasi paru-paru dan meningkatkan oksigenasi darah. Tujuan teknik ini adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, mempertahankan pertukaran gas, mencegah atelektasis paru-paru, meningkatkan efisiensi batuk, dan mengurangi stres, baik fisik maupun

emosional, yaitu menurunkan intensitas nyeri dan kecemasan. (Kemenkes, 2022).

2. Mekanisme Kerja

Teknik relaksasi nafas dalam dianggap dapat merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen (endorphin dan enkefali) dengan merelaksasi otot skeletal yang mengalami spasme akibat trauma jaringan saat pembedahan. Relaksasi otot skeletal juga meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami trauma, yang mempercepat proses penyembuhan dan menurunkan (menghilangkan) intensitas nyeri. Teknik relaksasi napas dalam dapat meningkatkan suplai oksigen ke jaringan dan memungkinkan otak untuk rileks. Ketika otak rileks, tubuh menghasilkan hormon endorfin, yang berfungsi untuk mencegah impuls nyeri sampai ke otak, yang dapat menurunkan intensitas nyeri. (Widiatie, 2015, dalam Saputri, 2022).

3. Teknik Pemberian

Menurut SIKI, (2018) teknik napas dalam dilakukan sebagai berikut:

- a. Menganjurkan pasien memposisikan tubuh senyaman mungkin (mis. duduk, baring)
- b. Menganjurkan pasien menutup mata dan berkonsentrasi penuh
- c. Mengajarkan pasien melakukan inspirasi selama 4 detik dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan
- d. Kemudian menahan napas selama 2 detik
- e. Dan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara melalui mulut dengan mencuci secara perlahan selama 8 detik

C. KONSEP AROMATERAPI LAVENDER

1. Pengertian Aromaterapi Lavender

Aromaterapi adalah metode pengobatan alternatif yang menggunakan minyak esensial tanaman volatil untuk memberikan efek relaksasi dan penyembuhan. Ini memiliki sifat terapeutik dan mengontrol fungsi kognitif, mood, dan kesehatan. Tanaman yang digunakan sebagai ekstrak juga beragam. Ini termasuk *sandalwood*, *jasmine*, *orange*, *ginger*, *lemon*, *tea tree*, *lavender*, *rosemary*, dan banyak lagi. Menggunakan minyak esensial untuk meningkatkan kesehatan fisik, emosi, dan mental, aromaterapi adalah teknik relaksasi. Manfaat utama minyak esensial adalah mengurangi nyeri. (Sugito et al., 2023).



Gambar 2.4 Aromaterapi Lavender

Aromaterapi lavender adalah aromaterapi yang menggunakan minyak esensial dari bunga lavender yang memiliki komponen utama berupa *linalool* dan *linalyl asetat* yang dapat memberikan efek relaksasi. *Linalool* dan *linalyl asetat* yang merupakan bahan aktif utama pada minyak lavender dapat menunjukkan efek relaksasi, sehingga tidak ada kontraindikasi dan efek samping dalam penggunaannya. (Sugito et al., 2023).

Tubuh dapat menyerap minyak esensial melalui dua cara, yaitu melalui indra penciuman dan melalui penyerapan melalui kulit. Penyerapan aromaterapi melalui jalur nasal merupakan metode penciuman yang paling efektif untuk mengobati nyeri kepala dan depresi. Ini terjadi karena hidung memiliki hubungan langsung dengan otak, yang mengaktifkan efek minyak esensial yang dihirup. Untuk penyerapan aromaterapi melalui kulit, minyak

esensial diabsorpsi oleh kulit dan didistribusikan ke seluruh tubuh melalui pembuluh darah dalam waktu dua puluh menit. Aplikasi topikal memiliki keuntungan karena memiliki efek langsung pada bagian tubuh yang diinginkan. Namun, terlalu banyak dapat menyebabkan efek samping karena tingkat minyak esensial yang tinggi dapat menyebabkan iritasi. (Sugito et al., 2023)

2. Mekanisme Kerja Aromaterapi

Bahan aromaterapi berfungsi melalui sistem sirkulasi tubuh dan sistem penciuman. Indera perasa organ penciuman berhubungan langsung dengan otak dan dunia luar melalui reseptor saraf. Sekitar empat puluh ujung saraf harus dirangsang untuk menginterpretasikan bau, tetapi hanya delapan molekul yang dapat memicu impuls elektrik pada ujung saraf.

Molekul bau mudah menguap di udara. Jika seseorang menghirup minyak esensial, molekul yang menguap akan membawa bahan aromatik yang terkandung dalam minyak ke puncak hidung. Rambut getar (silia) berfungsi sebagai reseptor untuk pesan elektrokimia yang dikirim ke pusat emosi dan daya ingat seseorang. Pusat ini kemudian mengirimkan pesan balik ke seluruh tubuh melalui sistem sirkulasi, yang menghasilkan perasaan senang, santai, atau tenang. Molekul arimatik yang masuk ke dalam paru-paru diserap oleh lapisan mukosa di saluran pernafasan, yang terletak di bronkus dan cabang bronkioli. Kemudian, selama proses pertukaran gas di alveoli, molekul tersebut diangkut ke sirkulasi darah di dalam paru-paru. Pernafasan dalam akan membantu

Bau yang dihasilkan akan mendorong sel neurokimia di otak untuk bekerja. Sebagai contoh, bau akan mendorong thalamus untuk mengeluarkan enfekalin, sebuah obat alami yang mengurangi rasa sakit dan menenangkan. (Sugito et al., 2023).

3. Teknik Pemberian

Teknik pemberian aromaterapi lavender dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:

1. Memastikan berada pada lingkungan tidak terbuka/ruangan tertutup serta tidak ada gangguan

2. Mengatur posisi pasien senyaman mungkin (mis. duduk, baring)
3. Meneteskan 5-10 tetes aromaterapi lavender pada alat *diffuser* yang telah berisi air (200 cc)
4. Menyambungkan kabel *diffuser* ke stop kontak lalu hidupkan *diffuser*
5. Menganjurkan pasien untuk menghirup aromaterapi lavender selama 10-15 menit
6. Memastikan aromaterapi terhirup dengan baik
7. Mengobservasi selama 30 menit setelah pemberian aromaterapi
8. Melakukan evaluasi pada pasien setelah diberikan aromaterapi lavender.

D. KONSEP DASAR NYERI

1. Pengertian Nyeri

Pengalaman nyeri mencakup banyak sensasi. Intensitas (ringan, sedang, berat), kualitas (tumpul, terbakar, tajam), durasi (sementara, intermittent, persisten), dan penyebaran (dangkal atau dalam, lokal, atau menyebar) fenomena ini dapat berbeda. Meskipun rasa sakit adalah sensasi, ia memiliki aspek kognitif dan emosional, yang ditunjukkan oleh rasa sakit. Selain itu, nyeri terkait dengan refleks penghindaran dan perubahan output otonom. Nyeri adalah suatu keadaan yang tidak menyenangkan yang disebabkan oleh rangsangan fisik atau dari serabut saraf tubuh ke otak, yang menyebabkan reaksi fisik, fisiologis, dan emosional. (Ayudita, *et al.*, 2023).

Setiap orang memiliki toleransi yang berbeda terhadap nyeri, termasuk nyeri selama kehamilan. Nyeri perineum adalah hal fisiologis bagi ibu yang baru melahirkan, tetapi tidak dapat mengatasi nyeri tersebut dapat mengganggu aktivitas sehari-hari ibu dan mengganggu mobilitasnya, yang dapat menyebabkan komplikasi seperti infeksi nifas dan perdarahan. Nyeri perineum adalah nyeri yang disebabkan oleh robekan pada perineum, vagina, serviks, atau uterus. Ini dapat terjadi secara spontan atau sebagai akibat dari tindakan manipulatif yang dilakukan selama persalinan. (Prawirohardjo, 2014).

2. Etiologi Nyeri

Nyeri dapat dikategorikan ke dalam dua kategori: nyeri fisik dan psikis. Nyeri fisik disebabkan oleh trauma mekanik, termal, atau kimiawi, sedangkan nyeri yang disebabkan oleh faktor psikologis adalah nyeri yang disebabkan oleh faktor psikologis.

Ada tiga penyebab utama nyeri akut, 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. (Nurhanifah & Sari, 2022).

3. Klasifikasi Nyeri

Nyeri biasanya dibagi menjadi dua kategori: nyeri akut dan kronis.

a. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri yang muncul secara tiba-tiba, cepat menghilang, dan ditandai dengan peningkatan tegangan otot, yang menunjukkan bahwa cedera atau kerusakan telah terjadi. Jika kerusakan tidak berlangsung lama atau tidak ada penyakit sistemik, nyeri akut biasanya akan berkurang seiring dengan penyembuhan. Mereka biasanya hilang dalam waktu kurang dari enam bulan dan biasanya hilang dalam waktu kurang dari satu bulan.

b. Nyeri Kronis

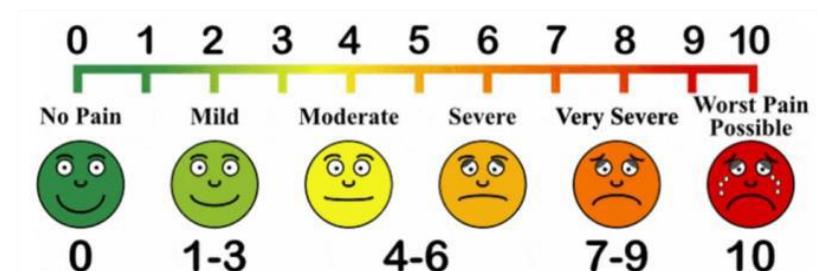
Nyeri yang muncul secara bertahap disebut nyeri kronis. Nyeri yang tidak hilang atau berulang selama beberapa waktu disebut nyeri kronis. Nyeri ini tidak segera sembuh dan seringkali tidak terkait dengan sumber atau cedera tertentu. Biasanya berlangsung cukup lama, biasanya lebih dari enam bulan. Nyeri terminal, syndroma nyeri kronis, dan nyeri psikosomatik adalah contoh nyeri kronis. (Nurhanifah & Sari, 2022).

4. Penilaian Nyeri

Menurut Nuraisyah (2017), penilaian nyeri adalah:

a. *Wong-Baker Faces*

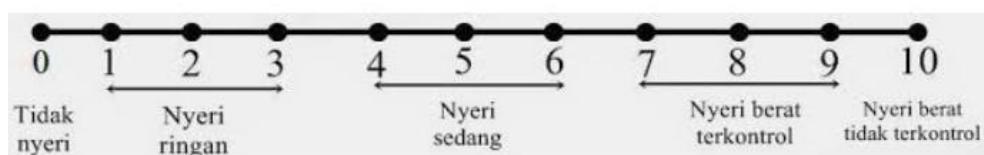
Untuk menjelaskan lokasi nyeri, *Wong-baker faces* membuat skala wajah. Skala ini dapat digunakan untuk anak-anak dan pasien dengan gangguan kognitif ringan hingga sedang. Penderita gangguan bisu bahasa juga dapat digunakan.



Gambar 2.5 Skala nyeri *Wong-Baker Faces*

b. *Numeric rating scale (NRS)*

Untuk menilai derajat nyeri, skala numerik sering digunakan, yang berkisar dari 0-10. Skala numerik yang paling efektif digunakan untuk menilai intenitas nyeri baik sebelum maupun sesudah pengobatan. 0 adalah tidak nyeri, 1-3 adalah nyeri ringan, dan 4-6 adalah nyeri sedang. Pasien menyeringai, mendesis, dapat mendeskripsikan, mengikuti perintah, dan menunjukkan area nyeri. Skala 7-9 menunjukkan nyeri yang berat, dan skala 10 menunjukkan nyeri yang sangat berat.



Gambar 2.6 Skala nyeri *Numeric rating scale (NRS)*

c. *Verbal Rating Scale (VRS)*

Untuk menentukan intensitas nyeri yang dialami, skala verbal ini menggunakan kalimat yang selalu digunakan seperti nyeri ringan, sedang, dan berat.

d. *Visual Analog Scale (VAS)*

Ini adalah skala garis lurus tanpa angka. Bisa menyatakan nyeri secara bebas: ke kiri menuju tidak sakit, ke kanan tak tertahan, dan di tengah kira-kira sedang.

5. Karakteristik Nyeri

Menurut (Handayani, S., 2015), nyeri dibagi menjadi tiga karakteristik:

- a. Faktor pencetus (P: *Propokatif*): mempelajari apa yang menyebabkan nyeri dan bertanya tentang apa yang membuat nyeri terjadi.
- b. Kualitas (Q: *Quality*): Nyeri yang digambarkan dengan kata-kata seperti tajam, tumpul, berdenyut, perih, berputar, atau seperti tertusuk.
- c. Lokasi (R: *Region*) Untuk mengakjti lokasi nyeri, beritahu klien tentang semua area di mana dia merasa tidak nyaman.
- d. Keparahan (S: *Severity*) Dalam penelitian ini, klien diminta untuk menandai nyeri mereka sebagai ringan, sedang, atau berat menggunakan skala nyeri numerik 0-10.
- e. Durasi (T: *Time*): Tanyakan pada pasien tentang kualitas, durasi, dan rangkaian nyeri. Pertanyaan seperti "Kapan nyeri mulai dirasakan?" dan "Sudah berapa lama nyeri dirasakan?" dapat digunakan untuk menentukan kualitas dan durasi nyeri.

6. Penatalaksanaan Nyeri

a. Terapi farmakologi

Obat antinyeri seperti ketorolac, ibuprofen, asam mefenamat, diklofenak, indometasin, naproxen, dan aspirin juga dapat membantu mengurangi nyeri. Obat golongan opioid, seperti morfin, dapat diberikan untuk mengurangi rasa nyeri yang sangat berat. (Saputri, 2022).

b. Terapi nonfarmakologi

Massage, kompres, relaksasi, terapi musik, murottal, dan aromaterapi adalah beberapa contoh terapi nonfarmakologi yang dapat membantu mengurangi rasa sakit. (Smeltzer, 2002, dalam Maryani & Himalaya, 2020).

E. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian

a. Identitas pasien

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

b. Keluhan utama

Keluhan paling utama yang dirasakan pasien *post partum* adalah nyeri seperti ditusuk-tusuk, perih, mules, panas dan sakit pada jahitan perineum. Biasanya ibu mengeluh sakit pada luka jahitan, perdarahan nyeri pada luka jahitan, dan takut bergerak.

c. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Penyakit Sekarang

Kapan timbulnya masalah, apa penyebabnya apabila ibu merasakan nyeri pada luka jahitan perineum. Kaji nyeri menggunakan metode PQRST. (Handayani, S., 2015).

a. Faktor pencetus (P: *Propokatif*): mempelajari apa yang menyebabkan nyeri dan bertanya tentang apa yang membuat nyeri terjadi.

b. Kualitas (Q: *Quality*): Nyeri yang digambarkan dengan kata-kata seperti tajam, tumpul, berdenyut, perih, berputar, atau seperti tertusuk.

c. Lokasi (R: *Region*) Untuk mengakjii lokasi nyeri, beritahu klien tentang semua area di mana dia merasa tidak nyaman.

d. Keparahan (S: *Severity*) Dalam penelitian ini, klien diminta untuk menandai nyeri mereka sebagai ringan, sedang, atau berat menggunakan skala nyeri numerik 0-10.

e. Durasi (T: *Time*): Tanyakan pada pasien tentang kualitas, durasi, dan rangkaian nyeri. Pertanyaan seperti "Kapan nyeri mulai dirasakan?" dan "Sudah berapa lama nyeri dirasakan?" dapat digunakan untuk menentukan kualitas dan durasi nyeri.

2. Riwayat kesehatan dahulu

Apakah pasien pernah dirawat sebelumnya atau pernah bersalin di Rumah Sakit dan dirawat.

3. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat penyakit menurun dari keluarga seperti penyakit jantung, diabetes melitus, asma, hipertensi dan tidak mempunyai penyakit menular seperti hepatitis B, TBC, cacar, HIV/AIDS dan lain-lain.

d. Riwayat obstetrik

1. Riwayat menstruasi

Kali saat pertama kali pasien haid pada saat umur berapa, saat haid berapa hari dan siklus haid apakah normal atau abnormal, hari pertama haid terakhir (HTHP).

2. Riwayat perkawinan

Kali pernah kawin berapa kali, lama usia perkawinan, usia saat kawin.

3. Riwayat kehamilan

Hamil ke berapa, usia kehamilan cukup bulan, berapa kali mengandung, keluhan saat hamil, obat-obatan yang dikonsumsi selama hamil, imunisasi hamil.

4. Riwayat persalinan

Riwayat persalinan yang dilakukan pasien, kali jam muncul keluhan, keluhan yang dirasakan mules-mules atau keluar air-air, keluar darah bercampur lendir, lama persalinan, jam bayi lahir.

5. Riwayat kehamilan dan persalinan yang lain

Riwayat kehamilan dan persalinan terdahulu sebelum persalinan anak yang sekarang.

6. Riwayat KB

Kontrasepsi yang digunakan, efek samping selama penggunaan kontrasepsi tersebut, selanjutnya setelah bersalin ingin memakai kontrasepsi apa.

e. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum

Menunjukkan kondisi pasien secara umum akibat penyakit atau keadaan yang dirasakan pasien. Perhatikan ekspresi wajah klien dengan nyeri apakah tampak meringis, posisi menghindari nyeri, gelisah, sulit tidur, menarik diri dan berfokus pada diri sendiri, serta diaphoresis.

2. Tanda-tanda Vital

Cek tanda vital tiap 15 menit selama 1 jam pertama, kemudian tiap 30 menit jam berikutnya. Lihat saat nyeri muncul apakah frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, pola napas berubah menandakan adanya gejala syok.

3. *Head to toe*

Kepala dan wajah : Amati bagaimana raut wajah ibu ketika nyeri dirasakan saat ibu melakukan perpindahan posisi tidur atau sewaktu melakukan aktifitas lainnya.

Mata : Inspeksi konjungtiva yang anemis menunjukkan adanya anemia kerena perdarahan saat persalinan dan lihat apakah ada perubahan pada pupil ibu akibat bersalin.

Payudara : ukuran, bentuk, warna, dan kesimetrisan, amati warna *mammae*, ada atau tidaknya pembengkakan *mammae*, *papilla mammae* menonjol/datar/kedalam, bagaimana kolostrum ibu dan perhatikan juga kebersihan *mammae*. Kaji apakah kolostrum sudah keluar atau belum, kaji apakah terasa keras atau tidak, nyeri pada payudara.

Abdomen : apa ada nyeri tekan yang dirasakan ibu, lokasi massa, lingkar abdomen, bising usus, kontraksi uterus, abdomen ibu lunak/keras/kenyal.

Genitalia dan perineum : Periksa jahitan luka perineum meliputi kondisi luka, kering atau basah adanya nanah atau tidak, dan bagaimana kondisi jahitan (membuka atau menutup) adanya tanda-tanda infeksi serta warna kemerahan pada area jahitan luka perineum. Amati juga kebersihan dari genitalia ibu, adanya lesi atau nodul, kaji juga keadaan *lochia* ibu. Kaji luka dengan REEDA: (*Redness*/ kemerahan, *Edema*, *Ecchymosis*/*ekimosis*, *Discharge*/ keluaran, dan *Approximate*/ perlekatan) pada luka episiotomi.

Lochia : Kaji jumlah, warna, konsistensi dan bau *lochia* pada ibu *post partum*. Perubahan warna harus sesuai. Misalnya ibu *post partum* hari ke tujuh harus memiliki *lochia* yang sudah berwarna merah muda atau keputihan. Jika warna *lochia* masih merah

maka ibu mengalami komplikasi *post partum*. *Lochea* yang berbau busuk yang dinamakan *Lochea purulenta* menunjukan adanya infeksi disaluran reproduksi dan harus segera ditangani. (Savita et al., 2022).

Anus : Kebersihan anus, ada atau tidaknya pembesaran hemoroid.

f. Pola fungsional kesehatan

1. Pola Nutrisi

Ibu yang menyusui harus dianjurkan untuk mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari, setidaknya 40 hari pasca persalinan ibu minum pil zat besi untuk menambah zat gizi ibu, makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup, disarankan ibu mengonsumsi kapsul vitamin A 200.000 unit, agar mampu memberikan vitamin A kepada bayinya lewat ASI serta makan sayuran untuk memenuhi kebutuhan vitamin dan serat yang dibutuhkan bayinya. (Wahyuningsih, 2019).

2. Pola Eliminasi

Pada klien sering ditemukan ibu mengalami kesulitan buang air besar (konstipasi) kondisi tersebut dikarenakan ibu masih takutakan rasa sakit pada daerah jahitan atau khawatir jahitannya bias robek.

3. Pola aktivitas dan latihan

Kegiatan yang dilakukan saat dirumah seperti bersih-bersih rumah, memasak, mencuci, senam hamil, dan lain-lain dan saat dirumah sakit seperti menyusui bayinya.

4. Pola tidur dan istirahat

Kebiasaan tidur dirumah jam tidur, lama tidur malam dan siang.

5. Keluhan ketidaknyamanan

Keluhan seperti nyeri dan ketidaknyamanan akibat adanya luka perineum, kaji nyeri dengan menggunakan PQRST (*propokatif, quality, region, severity, time*).

g. Pemeriksaan penunjang

Pada pemeriksaan ini tujuannya untuk mengetahui apakah ada anemia, pemeriksaan darah lengkap, hematokrit atau hemoglobin yang

dilakukan 2 hingga 48 jam pasca persalinan. Biasanya ibu mengalami perubahan pada nilai darah setelah melahirkan hal tersebut dikarenakan adaptasi fisiologis ibu, dengan rata-rata kehilangan darah 400-500ml, dengan penurunan 1 kg kadar hemoglobin atau 30% nilai hematokrit masih dalam kisaran yang diharapkan, jika terjadi penurunan nilai darah yang besar disebabkan perdarahan hebat saat ibu melahirkan, hemoragi, atau anemia prenatal.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah bagian penting dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien guna untuk mencapai kesehatan yang optimal. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

- a. Menyusui Tidak Efektif (D.0029)
- b. Resiko Hipovolemia (D.0034)
- c. Gangguan Pola Tidur (D. 0055)
- d. Ketidaknyamanan Pasca Partum (D.0075)
- e. Nyeri Akut (D.0077)
- f. Defisit Pengetahuan (D. 0111)
- g. Resiko Gangguan Perlekatan (D.0127)
- h. Resiko Infeksi (D. 0142)

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Menyusui Tidak Efektif (D. 0029)	<p>Status Menyusui (L.03029)</p> <p>Diharapkan status menyusui membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu membaik 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar membaik 3. Berat badan bayi membaik 4. Tetesan/pancaran ASI membaik 5. Suplai ASI adekuat 6. Putting tidak lecet setelah 2 minggu membaik 7. Kepercayaan ibu membaik 	<p>Edukasi Menyusui (I.12393)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Dukung ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 3. Libatkan sistem pendukung <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan konseling menyusui 2. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (<i>latch on</i>) dengan benar 3. Ajarkan perawatan payudara <i>post partum</i>

2.	Resiko Hipovolemia (D.0023)	<p>Status Cairan (L.03028)</p> <p>Diharapkan status cairan membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Tugor kulit meningkat 3. Frekuensi nadi membaik 4. Tekanan darah membaik 5. Tekanan nadi membaik 6. Membran mukosa membaik 7. Kadar HB membaik 8. Kadar HT membaik 9. Intake cairan membaik 10. Suhu tubuh membaik 	<p>Pemantauan cairan (I.03121)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi 2. Monitor frekuensi napas 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor berat badan 5. Monitor waktu pengisian kapiler 6. Monitor elastisitas atau tugor kulit 7. Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine 8. Monitor kadar albumin dan protein total 9. Monitor hasil pemeriksaan serum (mis. osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, BUN) 10. Monitor intake dan output cairan 11. Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, tugor kulit menurun, membran mukosa lering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah, konsentrasi urine meningkat, volume urine menurun dalam waktu singkat)
----	-----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
3.	<p>Gangguan Pola Tidur (D.0055)</p>	<p>Pola Tidur (L.05045)</p> <p>Diharapkan kualitas tidur membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesulitan sulit tidur membaik 2. Keluhan sering terjaga membaik 3. Keluhan tidak puas tidur membaik 4. Keluhan istirahat tidak cukup membaik 	<p>Edukasi aktivitas/istirahat (I.12362)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat 2. Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik/olahraga secara rutin 2. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok, aktivitas bermain atau

			<p>aktivitas lainnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat 4. Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis. kelelahan, sesak nafas saat aktivitas) 5. Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan
4.	Ketidaknyamanan pasca partum (D. 0029)	<p>Status kenyamanan pasca partum (L.07061)</p> <p>Diharapkan perasaan nyaman setelah melahirkan meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meringis meningkat 2. Kontraksi uterus meningkat 3. Tekanan darah menurun 4. Frekuensi nadi menurun 	<p>Terapi Relaksasi (I.09326)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Periksa ketegangan otot, frekuensi 4. Monitor respon terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan tenang tanpa dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang, jika memungkinkan 2. Gunakan pakaian longgar 3. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama

			<p>4. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgesik atau tindakan medis yang lain, jika sesuai</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia 2. Anjurkan memilih posisi nyaman 3. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 4. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih 5. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi
5.	Nyeri Akut (D. 0077)	<p>Tingkat nyeri (L. 08066)</p> <p>Diharapkan nyeri menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Perasaan depresi menurun 	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

			<p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Anjurkan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>
6.	Defisit Pengetahuan (D. 0111)	<p>Tingkat Pengetahuan (L.12111)</p> <p>Diharapkan kecukupan informasi kognitif membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran 	<p>Edukasi kesehatan (I.12383)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

		<p>meningkat</p> <p>2. Kemampun menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat</p> <p>3. Perilaku sesuai dengan kemampuan meningkat</p> <p>4. Perilaku membaik</p>	<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
7.	Resiko gangguan perlekatan (D. 0127)	<p>Perlekatan (L.13122)</p> <p>Diharapkan interaksi antara ibu dan anak meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempraktikkan perilaku sehat selama hamil meningkat 2. Menyiapkan perlengkapan bayi sebelum kelahiran meningkat 	<p>Promosi perlekatan (I. 10342)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kegiatan menyusui 2. Identifikasi kemampuan bayi menghisap dan menelan ASI 3. Identifikasi payudara ibu (mis. bengkak, puting lecet, mastitis, nyeri pada payudara) 4. Monitor perlekatan saat menyusui (mis. aerola bagian bawah lebih kecil dari pada aerola bagian atas, mulut bayi terbuka lebar, bibir bayi terputar keluar dan dagu bayi menempel pada payudara ibu)

		<p>3. Verbalisasi perasaan positif terhadap bayi meningkat</p> <p>4. Mencium bayi meningkat</p> <p>5. Tersenyum kepada bayi meningkat</p> <p>6. Melakukan kontak mata dengan bayi meningkat</p> <p>7. Berbicara dengan baik meningkat</p> <p>8. Bermain dengan bayi meningkat</p> <p>9. Berespon dengan isyarat bayi meningkat</p> <p>10. Kekhawatiran menjalankan peran orang tua menurun</p> <p>11. Konflik hubungan orang tua dengan bayi/anak menurun</p>	<p>Terapeutik :</p> <p>1. Hindari memegang kepala bayi</p> <p>2. Diskusikan dengan ibu masalah selama proses menyusui</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Ajarkan ibu menopang seluruh tubuh bayi</p> <p>2. Anjurkan ibu melepas pakaian bagian atas agar bayi dapat menyentuh payudara ibu</p> <p>3. Anjurkan bayi yang mendekati kearah payudara ibu dari bagian bawah</p> <p>4. Anjurkan ibu memegang payudara menggunakan jarinya seperti huruf "C" pada posisi jam 12-6 atau 3-9 saat mengarahkan ke mulut bayi</p> <p>5. Anjurkan ibu untuk menyusui menunggu mulut bayi terbuka lebar sehingga aerola bagian bawah dapat masuk sempurna</p> <p>6. Anjurkan ibu mengenali tanda bayi siap menyusu</p>
8.	Resiko infeksi (D. 0142)	<p>Tingkat Infeksi (L.14137)</p> <p>Diharapkan tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil:</p>	<p>Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p>

		<p>1. Kebersihan tangan meningkat</p> <p>2. Kebersihan badan meningkat</p> <p>3. Demam menurun</p> <p>4. Kemerahan menurun</p> <p>5. Nyeri menurun</p> <p>6. Bengkak menurun</p> <p>7. Kadar sel darah putih membaik</p> <p>8. Kadar sel darah merah membaik</p>	<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter, 2011, dalam Saputri, 2022).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap terakhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai hasil akhir dari seluruh tindakan keperawatan yang telah dilakukan (Bararah, 2013, Saputri, D., 2022). Rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan. Ditulis pada catatan perkembangan dengan pendekatan SOAP.

- a. S : Subjektif, yaitu data yang diutarakan klien dan pandangannya terhadap data tersebut
- b. O : Data objektif, yaitu data yang di dapat dari hasil observasi perawat, termasuk tanda-tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan penyakit pasien (meliputi data fisiologis, informasi, dan pemeriksaan tenaga kesehatan).
- c. A : Assement adalah analisa ataupun kesimpulan dari data subjektif dan objektif.
- d. P : *Planning* adalah pengembangan rencana segera atau yang akan datang untuk mencapai status kesehatan klien yang optimal. (Saputri, 2022).