

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Teori Penyakit

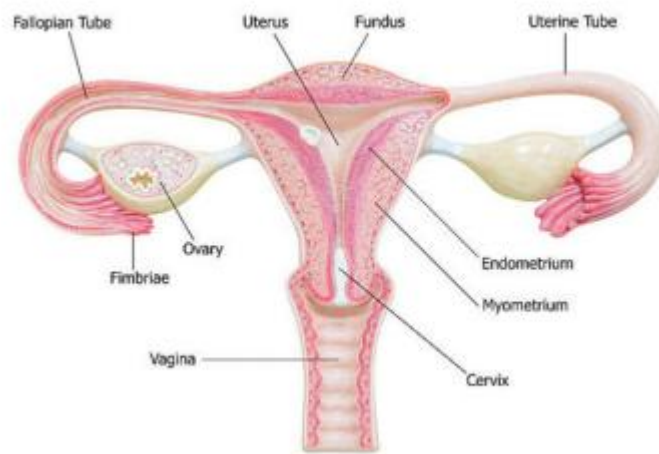
1. Definisi

Post partum atau masa nifas 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. Masa nifas adalah masa kritis bagi ibu dan bayi baru lahir. Seringkali ibu nifas mengalami masalah terhadap dirinya baik yang terjadi baik awal ataupun masa akhir *post partum* (Suprapti *et all*, 2023).

Masa nifas atau *post partum* merupakan periode beberapa minggu pertama setelah persalinan. Durasi masa ini bervariasi, namun umumnya diperkirakan berlangsung antara 4 hingga 6 minggu. Meskipun secara umum dianggap lebih sederhana dibandingkan dengan masa kehamilan, masa nifas tetap melibatkan berbagai perubahan fisiologis. Selain itu, ibu juga mengalami perubahan secara psikologis dan sosiokultural selama periode ini (Kasmiati, 2023).

2. Anatomi Fisiologi

Uterus merupakan organ yang berdinding tebal, muscular, bentuknya seperti buah pir yang sedikit gepeng ke arah depan belakang. Ukurannya sebesar telur ayam dan mempunyai rongga. Dindingnya terdiri dari otot-otot polos. Ukuran panjangnya 7-7,5 cm, lebar di atasnya 5,25 cm tebal 2,5 cm dan tebal dindingnya 1,25 cm. uterus normal memiliki berat kurang lebih 57 gram. Uterus terletak di pelvis minor, antara kandung kencing di depan rektum di bagian belakang. Di tutupi oleh dua lembar peritoneum, yang di sebelah kanan dan kiri membentuk ligamentum latum.



Sumber Hutagaol et al., 2022

Gambar 2. 1 Anatomi Uterus

Uterus berfungsi sebagai tempat perkembangan zigot apabila terjadi fertilisasi. Uterus adalah organ yang tebal dan berotot yang dapat mengembang selama masa kehamilan untuk mengakomodasi fetus seberat 4 kg. Dinding uterus terdiri dari :

- a. Endometrium, merupakan lapisan dalam uterus yang memiliki banyak pembuluh darah. Lapisan endometrium akan menebal pada saat ovulasi dan akan meluruh pada saat menstruasi.
- b. Miometrium (lapisan otot polos) merupakan lapisan yang berfungsi mendorong bayi keluar pada proses persalinan (kontraksi).
- c. Lapisan serosa, terdiri dari lapisan ligamentum yang menguatkan uterus (Hutagaol et al., 2022)

3. Manifestasi Klinis

- a. Perubahan psikologi umum pada ibu post partum

Bayi baru lahir mengalami kelelahan fisik segera setelah melahirkan. Sehingga terjadi perubahan tanda tanda vital seperti denyut nadi meningkat $> 100x/\text{menit}$ karena adanya rasa nyeri dan menjadi normal pada hari kedua. Tekanan darah meningkat karena rasa sakit tetapi umumnya berada dalam kisaran normal. Suhu sedikit meningkat hingga $37,2^{\circ}\text{C}$ disertai menggigil, berkeringat, atau diaforesis dalam 24 jam pertama dan menjadi normal dalam 12 jam berikutnya., hal ini disebabkan oleh penyerapan metabolik sistemik yang terakumulasi akibat kontraksi

otot dan terjadi kenaikan suhu sementara (sebesar 0,5C) pada hari ketiga atau keempat karena pembengkakan payudara. Pernapasan juga mulai turun kembali ke tingkat sebelum hamil dalam waktu 2 hingga 3 hari. Terjadi penurunan berat badan sebanyak 5 sampai 6 kg karena keluarnya produk kehamilan dan disertai kehilangan darah akibat diuresis dapat berlanjut hingga 6 bulan setelah melahirkan. (Gaurav Chauhan & Prasanna Tadi, 2022).

b. Sistem reproduksi

Payudara mengalami hiperplasia dan hipertrofi duktal dan lobuloalveolar terasa keras dan nyeri, adanya sekresi dari payudara keluarnya kolostrum, yang kaya akan protein, vitamin, dan imunoglobulin, laktoferin untuk memberikan imunologis pada bayi baru lahir. Involusi uterus, serviks mengalami pengerutan rahim atau mengalami perubahan dimana rahim kembali ke kondisi semula. vagina dan vulva mengalami peregangan dan penekanan yang sangat besar selama proses melahirkan, perineum terjadi kendur, terdapat lochea rubra yaitu cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, sisa mekonium, sisa-sisa plasenta, rambut lanugo.

c. Sistem kardiovaskuler

Curah jantung banyak mengalami perubahan yang menyebabkan bradikardi (50-70 x/menit) pada hari pertama setelah melahirkan. Sistem Perkemihan, mengalami kesulitan buang air kecil saat 24 jam pertama akibat kakuan pada kandung kemih dan terjadinya edema leher kandung kemih sesudah mengalami tekanan antara kepala janin dengan tulang pubis selama persalinan.

d. Sistem gastrointestinal

Penurunan kekuatan otot dan perubahan traktus gastrointestinal (saluran dari mulut sampai anus) terutama disebabkan oleh relaksasi otot polos. Sistem Endoktrin, kadar estrogen akan menurun dan terjadi peningkatan hormon prolaktin dan oksitosin. Hormon prolaktin berfungsi untuk memproduksi ASI dan oksitosin merangsang pengeluaran dan merangsang kontraksi endometrium.

e. Sistem persyarafan

Bayi baru lahir biasanya sistem persyarafan tidak mengalami gangguan. Sistem Integum, saat kehamilan sering terjadi perubahan warna kecoklatan merata pada kulit wajah yang biasa disebabkan oleh peningkatan produksi pigmen melanin yang sering disebut kloasma atau hiperpigmentasi. Sistem Muskuloskeletal terjadi penurunan kekuatan otot dinding perut dan adanya diastatis rektus abdominalis. Pada dinding perut sering lembek dan kendur, selain itu sensasi pada kaki dapat berkurang selama 24 jam pertama setelah proses persalinan.

f. Sistem perkemihan

Diuresis dapat terjadi setelah 2-3 hari postpartum. Diuresis terjadi karena saluran urinaria mengalami dilatasi. Kondisi ini akan kembali normal setelah 4 minggu postpartum. Pada awal postpartum, kandung kemih mengalami edema, kongesti, dan hipotonik. Hal ini disebabkan oleh adanya overdistensi pada saat kala dua persalinan dan pengeluaran urine yang tertahan selama proses persalinan. Sumbatan pada uretra disebabkan oleh adanya trauma saat persalinan berlangsung dan trauma ini dapat berkurang setelah 24 jam postpartum (Bahiyatun, 2016).

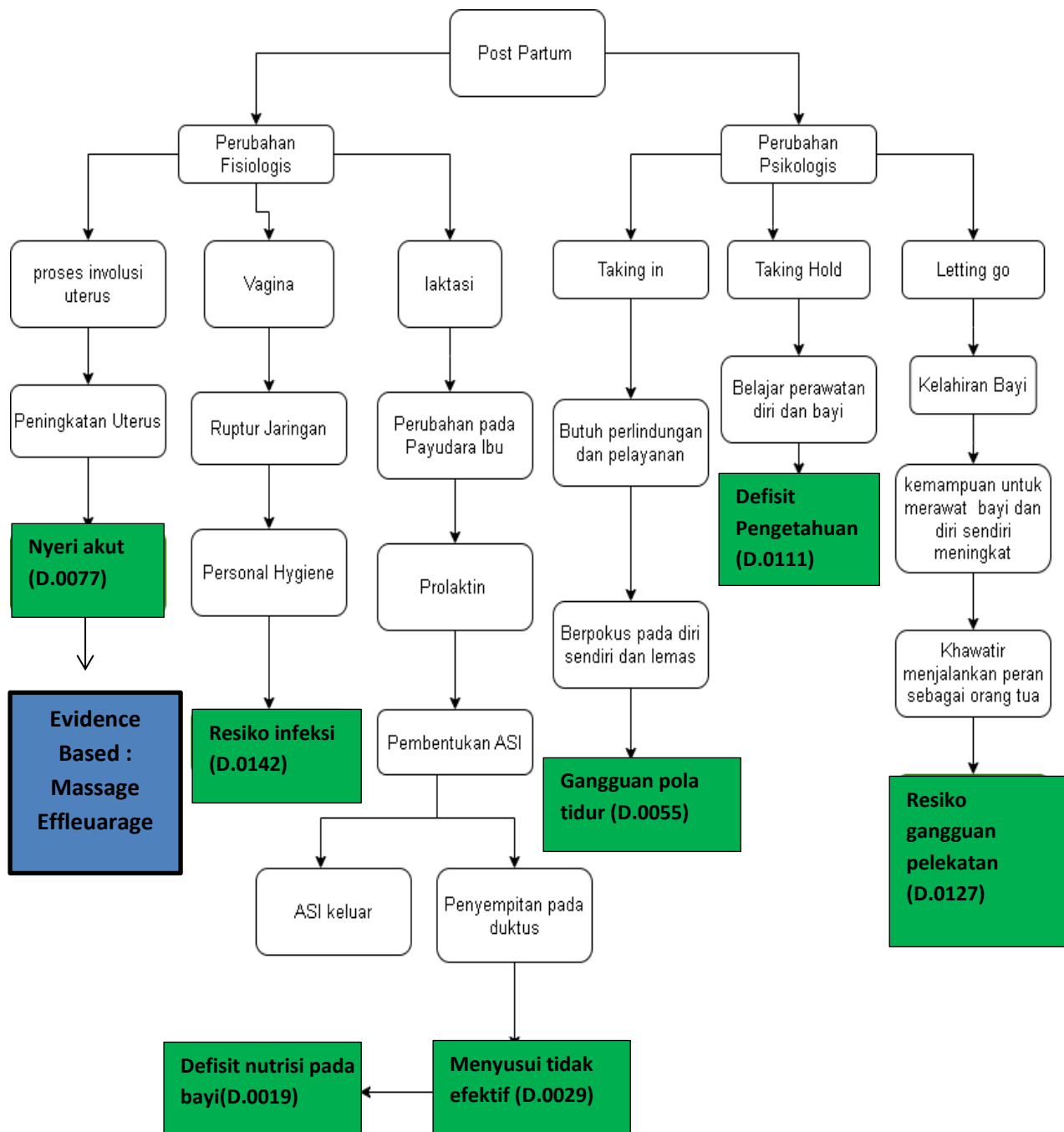
g. Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah persalinan. Pembuluhpembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah placenta dilahirkan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi pulih kembali ke ukuran normal. Pada sebagian kecil kasus uterus menjadi retrofleksi karena ligamentum retundum menjadi kendur. Stabilitas secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Untuk memulihkan kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, dianjurkan untuk melakukan latihan atau senam nifas, bisa dilakukan sejak 2 hari *post partum* (Wahyuni, 2018).

h. Sistem Hematologi

Pada akhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas, dan juga terjadi peningkatan faktor pembekuan darah serta terjadi Leukositosis dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum (Hartati *et all.*, 2024).

4. Pathway



Sumber: (Nova & Zagoto, 2020; Wahyuni, 2018)

5. Patofisiologi

- a. Adaptasi maternal mempunyai tiga fase terjadi pada bayi baru lahir yang disebut Rubin Maternal Phases, yaitu

1) *Taking in* (fase ketergantungan)

Pada fase terjadi antara satu sampai tiga hari setelah persalinan ibu masih berfokus pada diri sendiri, bersikap tidak aktif dan masih ketergantungan.

2) *Taking hold*

Pada fase *taking hold*, secara bergantian timbul kebutuhan ibu untuk mendapatkan perawatan dan penerimaan dari orang lain dan keinginan untuk bisa melakukan segala sesuatu secara mandiri. Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu sudah mulai menunjukkan kepuasan (terfokus pada bayinya). Ibu mulai terbuka untuk menerima pendidikan bagi dirinya dan juga bayinya.

3) *Letting go*

Fase ini merupakan fase penerimaan tanggung jawab akan peran barunya, berlangsung setelah hari ke 10 pasca melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan ibu untuk merawat diri dan bayinya sangat meningkat pada fase ini (Hartati *et al.*, 2024)

- b. Bagi sebagian perempuan, *transition to motherhood* adalah suatu kebahagiaan. 15- 20% perempuan mengalami kecemasan dan depresi pada tahun pertama setelah melahirkan (NICE) 2014. Studi Knigth *et al.*, 2017 melaporkan kematian ibu karena bunuh diri menjadi penyebab utama kematian langsung yang terjadi dalam satu tahun setelah akhir kehamilan. Menjadi seorang ibu berarti melakukan internalisasi dirinya sebagai seorang ibu. Seorang ibu dapat mengalami beberapa tingkat kesulitan yang sangat normal dan umum Ketika dirinya membangun identitas baru sebagai seorang ibu (Nugroho, 2021).

6. Klasifikasi

Tahapan yang dialami oleh wanita selama masa nifas (Ambarwati, 2020). Ada beberapa tahapan yang dialami oleh wanita selama masa nifas, yaitu :

- a. *Immediate puerperium*, waktu 0-24 jam setelah melahirkan. ibu telah diperbolehkan berdiri atau jalan-jalan
- b. *Early puerperium*, waktu 1-7 hari pemulihan setelah melahirkan. pemulihan menyeluruh alat-alat reproduksi berlangsung selama 6-minggu
- c. *Later puerperium*, waktu 1-6 minggu setelah melahirkan, inilah waktu yang diperlukan oleh ibu untuk pulih dan sehat sempurna. Waktu sehat bisa berminggu-minggu, bulan dan tahun.

7. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Pemeriksaan Visual dan Fisik
 - 1) Tanda vital: suhu, tekanan darah, denyut nadi. Periksa demam atau hipotensi (yang dapat disebabkan oleh perdarahan).
 - 2) Pemeriksaan rahim, terutama involusi rahim: tinggi fundus rahim dan apakah rahim terasa keras/berkontraksi dengan baik.
 - 3) Pemeriksaan perineum dan genitalia: sayatan episiotomi, robekan, atau luka operasi caesar; adanya pembengkakan, tanda infeksi (kemerahan, pembengkakan, nyeri), drainase nanah.
 - 4) Pemeriksaan lochia: warna (lochia rubra, lochia serosa, lochia alba), bau, jumlah, apakah darah segar terus keluar, menandakan perdarahan aktif.
 - 5) Pemeriksaan payudara: periksa pembengkakan, mastitis, abses, nyeri saat menyusui, kesulitan menyusui atau mengosongkan payudara
 - 6) Pemeriksaan eliminasi
- b. Pemeriksaan Laboratorium
 - 1) Hitung darah lengkap
 - 2) Tes untuk Infeksi
 - 3) Urinalis
 - 4) Tes fungsi ginjal (Dutta,D.C, 2023)

8. Penatalaksanaan

Perawatan pasca melahirkan pada ibu postpartum menurut WHO. Masa pasca melahirkan atau masa nifas yang dimulai segera setelah bayi lahir dan berlanjut hingga enam minggu (42 hari). Masa ini merupakan waktu kritis dalam kehidupan manusia terutama bagi ibu dan bayi bbaru lahir. Selain itu suami bahkan semua yang terlibat juga dalam perawatan ibu dan bayi seperti orang tua, pengasuh dan keluarga. Selama periode ini, risiko kematian dan kesakitan ibu dan bayi baru lahir masih sangat tinggi. (WHO, 2022).

1) Perawatan *post partum* berdasarkan rekomendasi WHO adalah:

- a) Segera setelah lahir, tubuh bayi harus dikeringkan secara menyeluruh sambil melakukan evaluasi pernapasan. Tindakan segera memjepit dan memotong tali pusat dengan waktu 1-3 menit, kecuali bayi memerlukan resusitasi.
- b) Kontak kulit antara ibu dan bayi agar bayi mendapat kehangatan melalui inisiasi menyusui dini (IMD) harus dilakukan selama satu jam pertama setelah lahir.
- c) Setelah IMD, Pemeriksaan klinis secara lengkap (termasuk berat badan, tanda bahaya, mata, tali pusat) dan tindakan pencegahan lainnya. Perawatan ini mencakup pemberian profilaksis vitamin K dan vaksinasi hepatitis B sesegera mungkin setelah lahir (dalam waktu 24 jam).
- d) Tenaga keperawatan profesional melakukan perawatan dan penanganan bayi baru lahir dengan gangguan pernapasan spontan menggunakan alat resusitasi dasar lengkap termasuk tas dan masker baik di rumah maupun di rumah sakit.

2) Pedoman Perawatan pasca melahirkan sebagai berikut:

- a) Perawatan 24 jam pertama pasca kelahiran dilakukan dengan cara:
 1. Mempertahankan pelayanan perawatan selama 24 jam.
 2. Mengunjungi ibu nifas dan bayi yang melahirkan dirumah 24 jam pertama.
- b) Pemanfaatan fasilitas kesehatan oleh ibu nifas melalui optimalisasi perawatan dan kunjungan pelayanan yang dijadwalkan sebagai berikut:

1. Kunjungan pertama : hari pertama (24 jam)
 2. Kunjungan ke dua : hari ke-3 (48–72 jam)
 3. Kunjungan ke tiga : Antara hari ke 7–14
 4. Kunjungan ke empat : Enam minggu
- c) Secara umum perawatan pasca melahirkan yang diberikan pada ibu nifas meliputi konseling tentang keluarga berencana, kesehatan mental ibu, gizi dan kebersihan, dan kekerasan berbasis gender.
- 3) Evaluasi atau penilaian perawatan pasca melahirkan terhadap ibu nifas antara lain:
- a) 24 jam pertama setelah kelahiran:
1. Evaluasi secara rutin selama 24 jam pertama dimulai dari jam pertama setelah kelahiran adalah pemantauan perdarahan vagina, kontraksi uterus, tinggi fundus, suhu dan denyut jantung (denyut nadi).
 2. Pengukuran tekanan darah harus segera dilakukan setelah bayi lahir.
 3. Jika normal, pengukuran tekanan darah kedua seharusnya diambil dalam waktu 6 jam.
 4. Pengeluaran urine harus didokumentasikan dalam waktu 6 jam.
- b) Lebih dari 24 jam setelah lahir:
1. Setiap kunjungan komunikasikan pada ibu nifas tentang kesejahteraan dan kenyamanan terkait:
 - a. Buang air kecil dan inkontinensia urin.
 - b. Fungsi usus.
 - c. Penyembuhan luka perineum.
 - d. Sakit kepala.
 - e. Kelelahan.
 - f. Nyeri punggung.
 - g. Nyeri perineum dan kebersihan perineum.
 - h. Nyeri payudara dan rahim.
 2. Menyusui juga harus di evaluasi pada setiap kontak pasca kelahiran.
 3. Pada setiap kontak pasce kelahiran, hal-hal yang harus ditanyakan tentang adaptasi psikososial:

- a. Hubungan mereka kesejahteraan emosional.
 - b. Dukungan keluarga dan sosial apa yang mereka miliki dan
 - c. Strategi penanggulangan yang biasa mereka lakukan sehari hari penting.
- 4. Semua wanita dan keluarga/pasangannya harus diberi motivasi atau dorongan untuk menginformasikan kepada petugas kesehatan profesional tentang:
 - a. Perubahan suasana hati,
 - b. Keadaan emosi dan
 - c. Perilaku yang berada di luar dari pola normal wanita yang dirasakan oleh ibu nifas.
- c) Pada 10–14 hari setelah kelahiran,
 - 1. Semua ibu nifas harus diwawancarai tentang:
 - a. Resolusi depresi pasca persalinan yang ringan dan sementara (“maternal biru”).
 - b. Apabila gejalanya belum teratasi, maka harus dilakukan pemantauan kesejahteraan psikologis ibu berupa depresi pasca persalinan dan jika gejalanya menetap perlu ditingkatkan evaluasi
 - 2. Ibu nifas harus mewaspadaai segala risiko, tanda dan gejala kekerasan dalam rumah tangga.
- d) Anjurkan ibu nifas agar dapat menghubungi petugas kesehatan atau orang terdekat yang dapat dipercaya untuk meminta nasihat nasihat dan pengelolaan depresi yang dihadapinya.
- e) Menanyakan pada ibu nifas tentang keluhan aktivitas hubungan seksual misalnya dispareunia yang merupakan salah satu penilaian kesejahteraan anatar 2–6 minggu pasca partum (Telepta,D *et all.*, 2024).

9. Komplikasi

Komplikasi yang sering terjadi pada ibu *post partum* adalah sebagai berikut :

- a. Pendarahan Pendarahan *post partum* (apabila kehilangan darah lebih dari 500 ml selama 24 jam pertama setelah kelahiran bayi

b. Infeksi

- 1) *Endometritis* (radang endometrium)
- 2) *Miometritis* atau *metritis* (radang otot – otot uterus)
- 3) *Perimetritis* (radang peritoneum di sekitar uterus)
- 4) *Mastitis* (Mamae membesar dan nyeri dan pada suatu tempat, membengkak sedikit, kulit memerah, nyeri pada perabaan. Jika tidak ada pengobatan dapat terjadi abses)
- 5) *Caked breast* atau bendungan ASI (payudara mengalami distensi, payudara menjadi keras dan berbenjol – benjol)
- 6) *Trombophlebitis* (terbentuknya pembekuan darah di dalam vena varicose superficial yang menyebabkan stasis dan hiperkoagulasi pada kehamilan dan masa nifas yang ditandai dengan kemerahan atau nyeri)
- 7) Luka perineum (ditandai dengan adanya nyeri lokal, disuria, nadi lebih dari 100 x per menit, suhu tubuh naik menjadi 38,5°C, edema (pembengkakan), peradangan dan kemerahan pada tepi, pus ataupun nanah warna kehijauan, luka kecoklatan atau lembab, serta lukanya meluas)

c. Gangguan psikologis, dimana berupa depresi *post partum*, *post partum* blues, *post partum* psikosa

d. Gangguan involusi uterus Menurut Costance Sinclair (2009), berikut ini merupakan komplikasi yang terjadi pada ibu saat *post partum*, yaitu sebagai berikut :

1) Penurunan berat badan

Untuk sebagian besar pada wanita memiliki berat badan lebih dalam 2 tahun setelah hamil dibanding wanita yang belum pernah hamil, dan penurunan berat badan biasanya bisa terjadi pada dalam beberapa waktu sesudah hamil dan melahirkan.

2) Demam nifas

Demam nifas merupakan demam yang terjadi setelah melahirkan atau saat ibu berada di masa nifas. Demam ini bisa terjadi setelah melahirkan hingga kurang lebih 6 minggu setelah masa persalinan, demam nifas biasanya yang disebabkan oleh perubahan hormon

karena sebagian besar demam nifas ini disebabkan oleh infeksi setelah masa persalinan atau melahirkan.

3) Nyeri pada simfisis pubis

Nyeri ini biasanya disebabkan oleh ibu paska bersalin atau masa nifas, dan nyeri tersebut akan ada setelah kondisi ibu melahirkan bayi melalui vagina, nyeri ini diakibatkan karena adanya lecet pada sekitar area vagina dan bekas luka jahitan pasca melahirkan.

4) Kesulitan berjalan atau kesulitan dalam hubungan seksual

Kesulitan ketika berjalan biasanya dikarenakan adanya latihan duduk dan berjalan paska bersalin pada ibu *post partum*, sedangkan kesulitan dalam hubungan seksual pada ibu *post partum* kemungkinan diakibatkan karena timbulnya rasa sakit disekitar jalan lahir setelah pasca melahirkan.

5) Pendarahan yang luar biasa

Pendarahan pada ibu pasca melahirkan terdapat pendarahan yang hebat yang terjadi dari adanya robekan pada jalan lahir. Apabila ari – ari sudah lahir (keluar dari rahim) biasanya juga mengeluarkan darah yang banyak, sedangkan rahim masih berkontraksi dengan baik sehingga ibu *post partum* merasa mules dengan adanya kontraksi tersebut, sedangkan bisa juga darah yang keluar banyak tentunya kemungkinan terjadi karena adanya robekan pada jalan lahir sehingga bisa terjadinya pendarahan yang luar biasa.

6) Payudara membengkak disertai kemerahan

Paska persalinan setelah dua atau tiga hari terkadang seorang ibu nifas atau *post partum* akan merasakan payudaranya mulai membengkak yang disebabkan oleh adanya bakteri *Staphylococcus* atau *Streptococcus* yang berasal dari saluran air susu yang tersumbat (ASI mengendap dalam saluran susu), selain itu dengan adanya penyumbatan pada sekitar area payudara akan membuat terlihat payudara menjadi bengkak dan kemerahan.

Konsep Dasar Nyeri

1. Definisi

Menurut *International Association for Study of Pain (IASP)*, nyeri adalah pengalaman perasaan emosional yang tidak menyenangkan akibat terjadinya kerusakan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan. Nyeri adalah pengalaman sensorial dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual dan potensial. Nyeri adalah alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan Kesehatan (Judha Mohammad dkk, 2022).

Umumnya nyeri dapat diartikan sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat dari terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut dalam serabut syaraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh adanya reaksi fisik, fisiologis, maupun emosional. Nyeri merupakan hasil interaksi kompleks antara faktor biologis, psikologis, dan sosiologis yang dialami individu, dan tidak ada dua individu yang memiliki pengalaman yang sama (Trachsel et al., 2025)

2. Etiologi Nyeri

Penyebab nyeri dikelompokkan ke dalam dua golongan, yaitu penyebab yang berhubungan dengan fisik dan berhubungan dengan psikis. Nyeri yang disebabkan oleh faktor psikologis merupakan nyeri yang dirasakan bukan karena penyebab fisik melainkan akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik. Sedangkan nyeri somatik disebabkan akibat 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. Manifestasi klinis

- a. Suara meringis, merintih, menarik atau menghembuskan nafas.
- b. Ekspresi wajah meringis
- c. Menggigit bibir, menggigit lidah, mengatupkan gigi, dahi berkerut, tertutup rapat atau membuka mata atau mulut

- d. Pergerakan tubuh tampak gelisah, mondar mandir, Gerakan menggosok atau berirama, bergerak melindungi bagian tubuh, immobilisasi, otot tegang
- e. Interaksi sosial menghindari percakapan dan kontak sosial, berfokus pada aktivitas untuk mengurangi nyeri, disorientasi waktu (Purwoto et al., 2023).

4. Klasifikasi nyeri

Nyeri memiliki karakteristik yang unik pada setiap orang. Adanya rasa takut, marah, cemas, depresi dan kelelahan memengaruhi persepsi nyeri. Subjektivitas nyeri membuat sulit untuk mengklasifikasikan nyeri dan memahami mekanisme nyeri itu sendiri. Menurut *International Association for the Study of Pain (IASP)* Nyeri dapat digolongkan berdasarkan beberapa kelompok, (Wayan et al., 2023). antara lain:

1. Berdasarkan Jenis Nyeri

a. Nyeri Nosiseptif

Ketidaknyamanan akibat rangsangan pada kulit, jaringan subkutan dan selaput lendir. Keluhan yang ditimbulkan seperti rasa panas, tajam dan dapat terlokalisir contoh: pasien pasca operasi dan pasien luka bakar.

b. Nyeri Neurogenik

Nyeri karena disfungsi primer sistem saraf tepi, seperti kerusakan saraf tepi. Umumnya, penderita merasa disengat dengan sensasi rasa panas dan sentuhan yang tidak menyenangkan. Contohnya pada penderita *herpes zoster*.

c. Nyeri Psikogenik

Nyeri yang terkait dengan gangguan kejiwaan manusia, dapat dilihat pada kasus depresi atau ansietas.

2. Berdasarkan Waktu Nyeri

a. Nyeri Akut

Keluhan nyeri yang dirasakan akibat kerusakan jaringan secara mendadak maupun lambat dengan intensitas ringan sampai berat dan dialami ≤ 3 bulan

b. Nyeri Kronis

Keluhan nyeri yang dirasakan akibat kerusakan jaringan secara mendadak maupun lambat dengan intensitas ringan sampai berat dan sudah dialami ≥ 3 bulan.

3. Berdasarkan Lokasi Nyeri

a. Nyeri *Somatic*

Nyeri somatik digambarkan sebagai nyeri yang tajam, menusuk, mudah terlokalisasi dan terbakar yang biasanya berasal otot rangka, tendon, tulang, dan sendi.

b. Nyeri *Supervisial*

Nyeri superfisial adalah nyeri yang disebabkan karena ada stimulus nyeri yang berasal dari kulit, jaringan subkutan, selaput lendir yang bersifat cepat, terlokalisir, dan terasa tajam. Misalnya, cedera tertusuk jarum.

c. Nyeri *Viseral*

Nyeri yang dirasakan akibat suatu penyakit yang menyebabkan fungsi organ-organ dalam terganggu. Bersifat difusi dan menyebar ke area lain. Contohnya rasa terbakar pada penyakit ulkus lambung.

4. Berdasarkan Derajat Nyeri

a. Nyeri ringan

Nyeri dirasakan sewaktu-waktu dan biasanya terjadi saat beraktivitas sehari-hari.

b. Nyeri sedang

Nyeri yang dirasakan menetap dan mengganggu aktivitas dan dapat hilang saat pasien beristirahat.

c. Nyeri hebat

Nyeri dapat terjadi terus menerus sepanjang hari dan menyebabkan penderitanya tidak dapat beristirahat.

5. Berdasarkan Tingkat Keparahan Nyeri

a. Umumnya, angka dari 0 sampai 10 digunakan sebagai dasar penilaian nyeri, dimana 0 diartikan tidak nyeri dan 10 diartikan nyeri berat.

b. Skala wajah *Wong Baker* dengan kategori: tanpa nyeri, nyeri ringan, nyeri sedang, nyeri berat atau ditentukan dengan pengukuran yang lain.

1) Nyeri Ringan

Nyeri ringan adalah nyeri yang muncul dengan intensitas nyeri ringan. Umumnya pasien yang mengalami nyeri ringan diamati secara objektif masih dapat berkomunikasi dengan baik.

2) Nyeri Sedang

Nyeri yang muncul dengan intensitas sedang. Jika diamati secara objektif pasien terlihat meringis, menyeringai, dapat menunjukkan tempat nyeri serta mampu menggambarkan serta masih dapat mengikuti perintah dengan baik.

3) Nyeri Berat

Nyeri berat adalah nyeri yang muncul sangat intens. Secara objektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tetapi masih berespon terkait Tindakan, mampu menunjukkan tempat nyeri namun tidak mampu menjelaskannya, tidak dapat diatasi dengan mengubah posisi atau melakukan nafas dalam.

5. Faktor faktor yang mempengaruhi nyeri

a. Kelemahan

Kelemahan meningkatkan persepsi terhadap nyeri dan menurunkan kemampuan untuk mengatasi masalah. Apabila kelemahan terjadi disepanjang waktu istirahat, persepsi terhadap nyeri akan lebih besar. Nyeri terkadang jarang dialami setelah tidur atau istirahat cukup.

b. Jenis kelamin

Secara umum perempuan dianggap lebih merasakan nyeri dibandingkan laki – laki. Faktor biologis dan faktor psikologis dianggap turut memiliki peran dalam memengaruhi perbedaan persepsi nyeri antara jenis kelamin. Kondisi hormonal pada perempuan juga turut memengaruhi nyeri. Pada perempuan didapatkan bahwa hormon estrogen dan progesterone sangat berperan dalam sensitivitas nyeri, hormon estrogen memiliki *efek pronosiseptif* yang dapat merangsang proses sensitisasi sentral dan perifer. Hormon progesterone berpengaruh dalam penurunan ambang batas nyeri. Hal itu menyebabkan perempuan cenderung lebih merasakan nyeri dibandingkan laki-laki (Novitayanti, 2023).

c. Usia

Usia seseorang akan memengaruhi seseorang tersebut terhadap sensasi nyeri baik persepsi maupun ekspresi. Perkembangan usia, baik anak-anak, dewasa, dan lansia akan sangat berpengaruh terhadap nyeri yang dirasakan.

d. *Genetic*

Informasi *genetic* yang diturunkan dari orang tua memungkinkan adanya peningkatan atau penurunan sensitivitas seseorang terhadap nyeri.

e. Faktor psikologis

Faktor psikologis yang memengaruhi ekspresi tingkah laku juga ikut serta dalam persepsi nyeri. Tingkat depresi dan gangguan kecemasan yang lebih tinggi pada perempuan menunjukkan adanya kontribusi jenis kelamin terhadap skala nyeri

f. Pengalaman sebelumnya

Frekuensi terjadinya nyeri dimana dimasa lampau cukup sering tanpa adanya penanganan atau penderitaan adanya nyeri menyebabkan kecemasan bahkan ketakutan yang timbul secara berulang.

g. Budaya

Etnis dan warisan budaya telah lama dikenal berpengaruh pada nyeri dan manifestasinya. Individu akan belajar dari apa yang diharapkan dan diterima dalam budayanya termasuk dalam merespon rasa sakit.

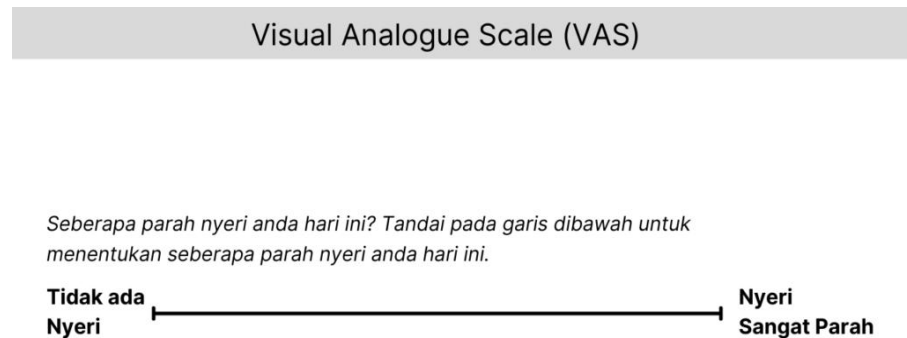
6. Pengukuran skala nyeri

Pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual dan kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda (Andarmoyo, 2017). Menurut Yudiyanta dkk dalam Jannatiah 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.

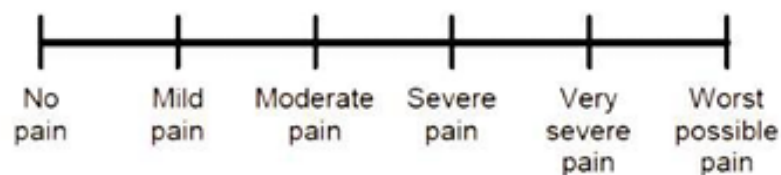
Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala dapat dibuat vertikal atau horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya/ reda rasa nyeri. Digunakan pada pasien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah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



Gambar 2. 2 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 pasca bedah, 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.



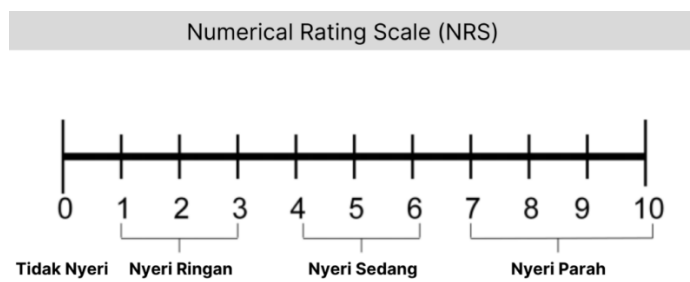
Gambar 2. 3 Skala Nyeri Verbal Rating Scale

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 *Numerik 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 2. 4 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 2. 5 Skala Nyeri *Wong Baker Pain Rating Scale*

B. Konsep Teori Inovasi Penerapan *Massage Effleurage*

1. Definisi

Massage effleurage yaitu suatu metode non farmakologis yang paling efektif untuk menghilangkan rasa nyeri. *Massage effleurage* adalah manipulasi sistematis jaringan lunak terutama otot, kulit, dan tendon

Effleurage massage adalah bentuk masase dengan menggunakan telapak tangan yang memberi tekanan lembut ke atas permukaan tubuh dengan arah sirkular secara berulang. Teknik ini bertujuan untuk meningkatkan sirkulasi darah, memberi tekanan, dan menghangatkan otot punggung serta meningkatkan relaksasi fisik dan mental. Tindakan utama *effleurage massage* merupakan aplikasi dari teori *gate control* yang dapat “menutup gerbang” untuk menghambat perjalanan rangsang nyeri pada pusat yang lebih tinggi pada sistem saraf pusat (Fransisca Netty, Supriadi, 2022).

Massage effleurage merupakan salah satu metode non farmakologis untuk mengurangi nyeri kontraksi uterus hari-I. *massage effleurage* yaitu pijatan ringan dengan menggunakan telapak tangan dan jari tangan, *effleurage* biasanya diaplikasikan pada perut seirama dengan pernapasan. *Effleurage* bisa dilakukan oleh keluarga atau ibu sendiri, hal ini dilakukan untuk mengalihkan perhatian ibu saat nyeri muncul.

2. Manfaat *Massage Effleurage*

- a. *Massage* atau usapan ringan dapat meningkatkan produksi oksitosin endogen, sehingga merangsang kontraksi uterus
- b. *Massage* dapat meningkatkan oksitosin yang bisa menimbulkan kenyamanan dan kepuasan
- c. Sentuhan ringan pada abdomen dapat meningkatkan kekutan dan atau frekuensi kontraksi
- d. *Massage* menurunkan *hormone stress* dan meningkatkan *hormone oksitosin* dan mampu membantu menurunkan kecemasan (Liana,2019).

3. Tujuan *Massage Effleurage* Pada Ibu Post Partum

Tujuan *Massage effleurage* Pada Ibu *Post partum* Menurut Yuliatun (2008) stimulasi kulit dengan teknik *effleurage* dapat menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf besar yang terletak dipermukaan kulit,

serabut saraf besar ini yang akan menutup gerbang sehingga otak tidak menerima pesan nyeri karena sudah diblokir oleh stimulasi kulit dengan teknik *effleurage* ini, maka akibatnya persepsi nyeri akan berubah. Selain dapat meredakan nyeri teknik *effleurage* ini juga bisa mengurangi ketegangan otot serta dapat meningkatkan sirkulasi darah pada area yang terasa nyeri.

Dengan dilakukannya tindakan *massage effleurage* pada ibu *post partum* dapat mengalihkan perhatian ibu terhadap nyeri yang dirasakan sehingga dapat mengurangi nyeri pada ibu.

Namun ada beberapa kondisi yang tidak boleh dilakukan pada tindakan *massage* ini, antara lain ialah terdapat luka pada area yang akan di *massage*, adanya penyakit kulit, jangan melakukan *massage* pada daerah yang mengalami lebam, jangan melakukan *massage* pada area yang mengalami peradangan, kemudian *massage* ini juga tidak diperbolehkan pada kondisi *ruptur* uterus robekan pada dinding rahim (Tappan & Benjamin, 2014).

4. Indikasi

Klien dengan nyeri *afterpain post partum* normal tanpa komplikasi.

5. Kontraindikasi

Beberapa kondisi yang tidak boleh dilakukan pada tindakan *massage* ini menurut (Tappan & Benjamin, 2014) yaitu :

- a. Terdapat luka pada area yang akan di *massage*,
- b. Adanya penyakit kulit
- c. Jangan melakukan *massage* pada daerah yang mengalami lebam
- d. Jangan melakukan *massage* pada area yang mengalami peradangan
- e. *Massage* ini juga tidak diperbolehkan pada kondisi *ruptur* uterus (robekan pada dinding Rahim).

6. Prosedur *Massage Effleurage*

Menurut (Gadysa, 2010) prosedur tindakan stimulasi kulit dengan teknik *effleurage massage* yaitu sebagai berikut :

- a. Fase Orientasi
 - 1) Berikan salam

- 2) Perkenalkan diri
- 3) Identifikasi pasien
- 4) Kontrak waktu
- 5) Jelaskan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan, berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan jawab seluruh pertanyaan pasien, berikan informed consent.

b. Fase kerja

- 1) Langkah pertama: Pilih kata atau ungkapan singkat yang mencerminkan keyakinan pasien. Anjurkan pasien untuk memilih ungkapan yang memiliki arti khusus seperti tenang dan lain-lain.
- 2) Langkah kedua: Atur posisi tidur ibu dengan posisi tidur terlentang. Kemudian minta ibu untuk rileks. Kemudian tindakan dilakukan dengan cara menggunakan 1 atau 2 bantal, kaki dengan kedua lutut fleksi yang membentuk sudut 45°
- 3) Langkah ketiga : Pada waktu timbulnya kontraksi maka kaji respon fisiologis dan psikososial ibu kemudian tanyakan kualitas nyeri yang dirasakan berdasarkan dengan skala nyeri
- 4) Cuci tangan terlebih dahulu sebelum melakukan tindakan, kemudian berikan *baby oil* pada telapak tangan orang yang melakukan *massage*
- 5) Lakukan tindakan dengan cara yaitu letakkan kedua telapak tangan diatas simpisis pubis secara perlahan, lalu usapkan kedua telapak tangan yang sudah diberikan *baby oil* dengan tekanan yang tegas, ringan, dan konstan yang dimulai dari abdomen bagian bawah di atas simpisis pubis kemudian arahkan ke samping area abdomen, lalu menuju ke arah fundus uteri, setelah sampai di fundus uteri seiring dengan ekspirasi pelan–pelan usapkan kedua telapak tangan tersebut kemudian turun ke samping area abdomen yang lain setelah itu kembali lagi ke perut bagian bawah diatas simpisis pubis.
- 6) Tindakan *massage effleurage* ini dilakukan selama ± 5 menit. Lakukan gerakan ini secara berulang – ulang selama kontraksi rasa nyeri muncul setidaknya sebanyak 2 hingga 3 kali
- 7) Sesudah dilakukan tindakan tersebut maka kaji respon psikologis dan fisiologis ibu serta tanyakan kualitas nyeri yang dirasakan berdasarkan skala nyeri setelah tindakan selesai dilakukan

- 8) Setelah tindakan selesai maka atur kembali posisi ibu dengan posisi terlentang, kemudian ambil bantal yang ada pada kaki ibu setelah itu luruskan kembali kaki ibu yang tadi fleksi.

c. Fase Terminasi

- 1) Beritahu pasien bahwa tindakan telah selesai dilakukan
- 2) Evaluasi tindakan
- 3) Beri *reinforcement* positif pada pasien.

C. Konsep Teori Asuhan Keperawatan *Post Partum* Normal

Asuhan keperawatan adalah rangkaian interaksi Perawat dengan Klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian Klien dalam merawat dirinya. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, perawat melakukan proses keperawatan yang meliputi: Pengkajian Keperawatan, Penegakkan diagnose keperawatan, Perencanaan Tindakan keperawatan Implementasi dan evaluasi hasil Tindakan keperawatan (Hartati *et all.*, 2024).

1. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan pada ibu *post partum* meliputi pengkajian fisiologi dan pengkajian psikologis. secara fisiologis difokuskan pada proses involusi organ reproduksi, perubahan biofisik sistim tubuh lainnya dan proses laktasi. Pengkajian khusus kenyamanan dan kesejahteraan ibu termasuk istirahat dan tidur, selera makan, pergerakan, tingkat energi dan status eliminasi.

Pengkajian psikososial diprioritas pada interaksi dan adaptasi ibu, bayi baru lahir dan keluarga. Status emosional dan dan respon ibu terhadap pengalaman melahirkan, interaksi dengan bayi baru lahir, menyusui bayi baru lahir, penyesuaian terhadap peran pemberi perawatan bayi dan hubungan baru dalam keluarganya.

Adapun pengkajian pada masa nifas menurut (Saleha, 2018) meliputi:

a. Identitas Klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register.

b. Keluhan Utama

Alasan utama klien datang ke rumah sakit atau pelayanan kesehatan. Keluhan sangat bervariasi, terlebih jika terdapat penyakit sekunder yang menyertai.

c. Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan dengan cara mengumpulkan data-data tentang respon klien terhadap kelahiran bayinya serta penyesuaian selama masa post partum. Pengkajian awal mulai dengan Review prenatal dan intranatal meliputi:

- 1) Lamanya proses persalinan dan jenis persalinan
- 2) Lamanya ketuban pecah dini
- 3) Adanya episiotomy dan laserasi
- 4) Respon janin pada saat persalinan (APGAR)
- 5) Pemberian anestesi selama proses persalinan dan kelahiran
- 6) Medikasi lain yang diterima selama persalinan atau periode immediate post partum
- 7) Komplikasi yang terjadi pada periode immediate post partum seperti atonia uteri, retensi plasenta, pengkajian ini digunakan untuk mengidentifikasi faktor risiko yang signifikan yang merupakan faktor predisposisi terjadinya komplikasi post partum.

d. Pengkajian Fisiologis

Pengkajian fisiologis awal setelah persalinan meliputi tanda-tanda vital, keadaan uterus, jumlah perdarahan, kandung kemih dan berkemih, perineum, payudara.

1) Tanda-tanda Vital

a) Suhu Tubuh

Secara umum dalam 24 jam pertama ibu *post partum* akan mengalami peningkatan suhu tubuh 38°C yang dipengaruhi oleh perubahan hormonal dan proses laktasi serta penggunaan tenaga pada saat proses melahirkan sehingga menyebabkan kelelahan dan dehidrasi. Pengukuran suhu tubuh dilakukan setiap 4 sampai 8 jam selama 2–4 hari setelah melahirkan. Apabila ditemukan demam yang menetap pada suhu 38°C menunjukkan adanya infeksi.

b) Nadi

Denyut nadi ibu *post partum* mengalami bradikardi selama 6–10 hari *post partum* dengan frekuensi nadi 40 sampai 70 kali/menit termasuk perubahan yang fisiologis. Apabila terjadi tachikardi atau denyut nadi diatas 100 kali/menit dapat menunjukkan adanya infeksi, hemoragi, syok atau emboli.

c) Pernafasan

Setelah melahirkan, terjadi penurunan penekanan pada diafragma disertai dengan kondisi istirahat dan proses pemulihan tubuh ibu *post partum* sehingga secara umum pernafasan menjadi lambat atau normal. Pernafasan walaupun dalam rentang normal namun perlu dilakukan pemeriksaan setiap 4 sampai 8 jam. Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan nadi.

d) Tekanan Darah

Tekanan darah tetap dalam batasan normal selama kehamilan. Wanita *post partum* dapat mengalami hipotensi ortostatik karena diuresis dan diaforosis yang menyebabkan pergeseran volume cairan kardiovaskuler. Hipotensi menetap atau berat dapat merupakan tanda syok atau emboli. Peningkatan tekanan darah menunjukkan hipertensi akibat kehamilan yang dapat muncul pertama kali *post partum*.

2) Keadaan uterus

Uterus

Setelah melahirkan terjadi proses involusi, dimana rahim kembali ke ukuran sebelum hamil karena adanya kontraksi uterus dan Atrofi otot rahim. Pada ibu multipara dan menyusui mungkin akan mengalami afterpain karena otot-otot uterus tidak dapat mempertahankan retraksi yang menetap karena penurunan tonus otot pada persalinan sebelumnya. Pada saat ibu menyusui, kelenjar *hipofisis posterior* melepaskan oksitoksin pada pengisapan bayi sehingga terjadi kontraksi pada saluran lacteal pada payudara untuk mengeluarkan kolostrum dan ASI juga menyebabkan kontraksi otot-otot uterus untuk mengurangi perdarahan.

Endometrium

Endometrium adalah selaput lendir yang melapisi rahim, mengalami regenerasi setelah plasenta lahir, melalui proses nekrosis lapisan superfisial dari residua basalis menjadi jaringan endometrium

Lochia

Lochia merupakan perdarahan akibat perlukaan pada daerah endometrium tempat plasenta terlepas dalam proses persalinan. pengkajian *lochia* selama periode *post partum* perlu diperhatikan:

1. Jumlah *lochia* bervariasi pada setiap individu dan umumnya lebih banyak pada multigravida
2. Jumlah *lochia* dapat meningkat pada ambulasi dini dan peningkatan kontraksi uterus
3. Perdarahan berupa merah segar yang muncul pada saat setelah *lochia* serosa atau alba disertai bau busuk menunjukkan adanya infeksi

Tabel 2. 1 Karakteristik *Lochia*

Lokasi	Waktu	Warna	Ciri
Rubra	1-3 hari	Berwarna merah terang	Terdiri dari darah dan sedikit lendir, partikel desidua dan sisa sel dari plasenta
Sanguinolenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	8-14 hari	Kekuningan kecoklatan	Darah, leukosit, serum dan sisa jaringan
Alba	14 hari	Coklat keputih-putihan	Encer dan lebih transparan, leukosit, sel sel epitel, lendir serum dan desidua

Involusi

Kemajuan involusio yaitu proses uterus kembali ke ukuran dan kondisinya sebelum kehamilan, diukur dengan mengkaji tinggi dan konsistensi uterus. Proses involusio dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Pengkajian involusio uteri dilakukan secara palpasi pada abdomen dengan melakukan perabaan fundus uteri untuk menilai konsistensi uterus dan kemajuan proses involusio uteri.

Tabel 2. 2 TFU Dan Berat Badan Uterus menurut Masa Involusi

Involusi	TFU	Berat Uterus
Placenta lahir	Setinggi pusat	1000 gr
1 minggu (7 hari)	Pertengahan antara umbilicus dan simpisis	500 gr
2 minggu (14 hari)	Tidak teraba diatas simpisis	300 gr
6 minggu	Normal	50 gr
8 minggu	Normal seperti sebelum hamil	30 gr

Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta perenggangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali ke keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.

3) Perdarahan :

Pengkajian perdarahan pada vagina, Perawat harus dapat membedakan antara perdarahan vagina dengan lochia. Perdarahan pada pasca persalinan meliputi:

- a) Perdarahan pasca persalinan primer (*early postpartum Haemorrhage*), atau perdarahan pasca persalinan segera. Perdarahan pasca persalinan primer terjadi dalam 24 jam pertama. Penyebab utama perdarahan pasca persalinan primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, dan robekan jalan lahir. Terbanyak dalam 2 jam pertama.
- b) Perdarahan pasca persalinan sekunder (*late postpartum haemorrhage*), atau perdarahan masa nifas, perdarahan pasca persalinan lambat. Perdarahan pasca persalinan sekunder terjadi setelah 24 jam pertama. Penyebab utama perdarahan pasca persalinan sekunder adalah robekan jalan lahir dan sisa plasenta atau membrane. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015)

4) Kandung kemih

Perawat mengkaji kondisi kandung kemih dengan, palpasi, perkusi dan observasi terhadap abdomen, kontur abdomen, Tinggi dan konsistensi fundus uteri. Ibu nifas dianjurkan berkemih sesegera mungkin setelah melahirkan untuk menghindari distensi pada abdomen.

5) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum melahirkan. (Sarfika *et al.*, 2018) Perawat melakukan pengkajian pada perineum dan anus setiap 4–24 jam pertama pasca melahirkan dan setiap 8–12 jam sampai pasien pulang. Pengkajian penilaian kondisi episiotomi atau laserasi perineum dilakukan dengan (*Redness/* kemerahan, mengobservasi Edema/edema, tanda-tanda REEDA *Eccymosis/ ekimosisi, Discharge/* keluaran dan *approximate/* perlekatan). Perawat juga harus mengobservasi daerah anus untuk mengkaji adanya haemoroid, jika ada haemoroid perlu didiskusikan dengan ibu untuk tindaklanjutnya.

6) Payudara

Pengkajian selama masa pasca partum pada payudara meliputi inspeksi: ukuran, bentuk, warna dan kesimetrisan, Palpasi: adanya konsistensi dan nyeri tekan yang menunjukkan status laktasi. Perubahan pada payudara meliputi:

- a) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan.
- b) Kolostrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari kedua atau hari ketiga setelah persalinan.
- c) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.

7) Eliminasi feses:

Ibu *post partum* biasanya mengalami konstipasi karena kurangnya asupan nutrisi dan dehidrasi selama proses persalinan dan kelahiran bayi serta pengaruh progesterone pada otot-otot polos yang menyebabkan penurunan tonus otot dan motilitas usus.

8) Pengkajian ekstremitas bawah:

Setiap ibu mempunyai faktor *predisposisi tromboflebitis* pada ekstremitas bawah selama kehamilan dan masa pasca partum awal karena penurunan aliran darah balik vena dari tungkai dan kecenderungan meningkatnya pembekuan darah. Pemeriksaan ekstremitas dilakukan dengan menilai tanda homan (untuk mendeteksi adanya tromboplebitis), edema, menilai pembesaran varises, dan mengukur refleksi patela (jika ada komplikasi menuju eklampsia postpartum). Pemeriksaan ekstremitas dilakukan dengan cara berikut.

- a) Dengan posisi kaki lurus lakukan inspeksi adakah terlihat edema, varises, warna kemerahan, tegang.
- b) Palpasi kaki, nilai suhu kaki apakah panas, tekan tulang kering adakah udema dan nilai derajat edema.
- c) Nilai tanda homan dengan menekuk kedua kaki jika terasa nyeri pada betis maka homan positif.

e. Pengkajian Psikologis

Adaptasi psikologis yang perlu dilakukan sesuai dengan fase di bawah ini

1. Fase *taking in*

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri sehingga cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Diperlukan pemahaman terhadap kondisi ibu dengan menjaga komunikasi yang baik antara perawat dan ibu nifas. Secara berulang ibu akan menceritakan pengalaman proses persalinan yang mengakibatkan Ketidaknyaman pasca partum berupa rasa mules. Nyeri pada jalan lahir dan kurang tidur serta kelelahan selain itu kritikan suami dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir dapat menyebabkan ibu mengalami gangguan psikologi. Pada fase ini pemberian ekstra makanan sangat penting diperhatikan untuk proses pemulihan. (Ambarwati R.E, Wulandari D, 2009)

2. Fase *taking hold*

Fase ini berlangsung antara 3–10 hari setelah melahirkan. ini merupakan fase yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri. Pada fase *taking hold*, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Perasaan ibu lebih *sensitive* sehingga mudah tersinggung. Dibutuhkan komunikasi yang baik serta dukungan keluarga terutama orang terdekat suami / saudara sekandung maupun orang tua. Oleh karena itu, saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk memberikan penyuluhan terkait perawatan diri dan bayi sehingga dapat memberikan rasa percaya diri.

3. Fase *letting go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya dan telah siap menjadi pelindung bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat, mulai tumbuh rasa percaya diri ibu terhadap peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosis Keperawatan pada ibu *post partum* normal merujuk pada Diagnosis Keperawatan menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 antara lain adalah sebagai berikut:

- 1) Ketidaknyamanan pasca partum (kode D.0075, halaman, 106)
 - a. Kategori : psikologis
 - b. Sub kategori : nyeri dan kenyamanan
 - c. Definisi : perasaan yang tidak nyaman berhubungan dengan kondisi setelah melahirkan
 - d. Penyebab :
 - a) Trauma perineum selama persalinan dan kelahiran
 - b) Involusi uterus, proses pengembalian ukuran Rahim ke ukuran semula
 - c) Pembengkakan payudara dimana alveoli mulai terisi ASI
 - d) Kekurangan dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan
 - e) Ketidaktepatan posisi duduk
 - f) Faktor budaya
 - e. Gejala dan tanda mayor
 - Subjektif: mengeluh tidak nyaman
 - Objektif:
 - a) Tampak meringis
 - b) Terdapat kontraksi uterus
 - c) Luka episiotomi
 - d) Payudara bengkak
 - f. Gejala dan tanda minor
 - Subjektif: (tidak tersedia)
 - Objektif:
 - a) Tekanan darah meningkat
 - b) Frekuensi nadi meningkat

- c) Berkeringat berlebihan
- d) Menangis/merintih
- e) Haemoroid

g. Kondisi klinis: Kondisi *post partum*

2) Menyusui tidak efektif (kode D.0029 halaman.74)

- a. Kategori: fisiologis.
- b. Subkategori: nutrisi dan cairan.
- c. Definisi: Kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui.
- d. Penyebab:
 - a) Ketidakadekuatan suplai ASI.
 - b) Hambatan pada neonatus (mis. Prematuritas, sumbing).
 - c) Anomali Payudara ibu (mis. Puting yang masuk ke dalam).
 - d) Ketidakadekuatan refleks oksitoksin.
 - e) Ketidakadekuatan refleks menghisap bayi.
 - f) Payudara bengkak.
 - g) Riwayat operasi payudara.
 - h) Kelahiran kembar.
- e. Gejala dan tanda Mayor
 - Subjektif:
 - a) Kelelahan Maternal
 - b) Kecemasan Maternal
 - Objektif:
 - a) Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu
 - b) ASI tidak menetes/memancar
 - c) BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam
 - d) Nyeri dan atau lecet terus menerus setelah minggu ke dua
- f. Gejala dan tanda minor
 - Subjektif: Tidak tersedia
 - Objektif:
 - a) Intake bayi tidak adekuat.
 - b) Bayi mengisap tidak terus menerus.
 - c) Bayi menangis saat disusui.

- d) Bayi rewel dan menangis terus dalam jam-jam pertama setelah menyusui.
- e) Bayi menolak untuk menghisap.
- g. Kondisi klinis terkait
 - a) Abses payudara
 - b) Mastitis
 - c) Carpal tunnel syndrome merupakan salah satu masalah dalam menyusui dimana tangan ibu terasa nyeri dan tidak nyaman, ibu mengalami kesulitan dalam memposisikan bayinya untuk menyusui.

3) Nyeri akut (D.0077)

- a. Kategori : fisiologis
- b. Definisi : Pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.
- c. Penyebab
 - a) Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
 - b) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
 - c) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)
- d. Gejala dan tanda mayor
 - Subjektif : mengeluh nyeri
 - Objektif :
 - a) Tampak meringis
 - b) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
 - c) Gelisah
 - d) Frekuensi nadi meningkat
 - e) Sulit tidur
- e. Gejala dan tanda minor
 - Subjektif : Tidak tersedia
 - Objektif :
 - a) Tekanan darah meningkat

- b) Pola napas berubah
- c) Nafsu makan berubah
- d) Proses berpikir terganggu
- e) Menarik diri
- f) Berfokus pada diri sendiri
- g) Diaforesis
- f. Kondisi klinis terkait
 - a) Kondisi pembedahan
 - b) Cedera traumatis
 - c) Infeksi
 - d) Sindrom coroner akut

4) Inkontinensia urine stress (kode D.0046 halaman 108)

- a. Katagori: Fisiologis
- b. Sub katagori: Eliminasi
- c. Definisi: Kebocoran urine mendadak dan tidak dapat dikendalikan karena aktivitas yang meningkatkan tekanan intra abdominal
- d. Penyebab:
 - a) Kelemahan intrinsik spinter uretra.
 - b) Perubahan degenerasi/non degenerasi otot pelvis.
 - c) Kekurangan estrogen.
 - d) Peningkatan tekanan intra abdomen.
 - e) Kelemahan otot pelvis.
- e. Gejala dan tanda mayor

Subjektif: Mengeluh keluar urine < 50ml saat tekanan abdominal meningkat (misalnya saat berdiri, bersin, tertawa, berlari atau mengangkat beban berat)

Objektif: (tidak tersedia)
- f. Gejala dan tanda minor

Subjektif:

 - a) Pengeluaran urine tidak tuntas.
 - b) Urgensi miksi.
 - c) Frekuensi berkemih meningkat. ``

Objektif: Overdistensi abdomen.

- g. Kondisi klinis terkait:
- a) Obesitas.
 - b) Kehamilan/melahirkan.
 - c) Menopause.
 - d) Infeksi saluran kemih.
 - e) Operasi abdomen.
 - f) Operasi prostat.
 - g) Penyakit alzheimer.
 - h) Cedera medula spinalis.

5) Kesiapan peningkatan menjadi orang tua (kode D.0122, halaman 270)

- a. Katagori: relasional
- b. Sub katagori: interaksi sosial
- c. Definisi: Pola pemberian lingkungan bagi anak atau keluarga yang cukup untuk memfasilitasi pertumbuhan dan perkembangan serta dapat ditingkatkan
- d. Gejala dan tanda mayor
 - Subjektif: Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan peran menjadi orang tua.
 - Objektif: Tampak adanya dukungan emosi dan pengertian pada anak dan anggota keluarga.
- e. Gejala dan tanda minor
 - Subjektif:
 - a) Anak atau anggota keluarga lainnya mengekspresikan kepuasan dengan lingkungan rumah.
 - b) Anak atau anggota keluarga mengungkapkan harapan yang realistis.
 - Objektif: Kebutuhan fisik dan emosi anak/anggota keluarga terpenuhi.
- f. Kondisi klinis Perilaku upaya peningkatan kesehatan.

6) Risiko perdarahan (Kode D. 0012 halaman 42)

- a. Katagori: Fisiologis
- b. Subkatagori: sirkulasi
- c. Definisi: Beresiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh).
- d. Faktor Risiko

- a) Aneurisma.
 - b) Gangguan gastrointestinal (mis. Ulkus lambung, polip, varices).
 - c) Gangguan fungsi hati (mis. Sirosis hepatitis)
 - d) Komplikasi kehamilan (mis. Ketuban pecah dini, placenta previa/abruptio. Kehamilan kembar).
 - e) Komplikasi pasca partum (mis atoni uteri, retensi placenta).
 - f) Gangguan koagulasi (mis. Trombositopenia).
 - g) Efek agen farmakologis.
 - h) Tindakan pembedahan.
 - i) Trauma.
 - j) Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan.
 - k) Proses keganasan
- e. Kondisi Klinik terkait:
- a) Aneurisma.
 - b) Koagulopati intravaskuler diseminata.
 - c) Sirosis hepatitis.
 - d) Ulkus lambung.
 - e) Varices.
 - f) Trombositopenia.
 - g) Ketuban Pecah dini.
 - h) Placenta previa /Abruptio.
 - i) Atonia uteri.
 - j) Retensio placenta.
 - k) Tindakan pembedahan.
 - l) Kanker.
 - m) Trauma.

7) Resiko Infeksi (kode D.142 hal. 304)

- a. Kategori: lingkungan.
- b. Sub kategori: keamanan dan proteksi.
- c. Definisi: Beresiko mengalami peningkatan terinfeksi organisme patogenik.
- d. Faktor resiko:
 - a) Penyakit kronis (mis. diabetes mellitus).
 - b) Efek Prosedur invasif.

- c) Malnutrisi.
- d) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.
- e) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer:
 - 1. Gangguan peristaltik.
 - 2. Kerusakan integritas kulit.
 - 3. Perubahan sekresi Ph.
 - 4. Penurunan kerja siliaris.
 - 5. Ketuban pecah lama.
 - 6. Ketuban pecah sebelum waktunya.
 - 7. Merokok.
 - 8. Statis cairan tubuh.
- f) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder
 - 1. Penurunan haemoglobin.
 - 2. Imunosupresi.
 - 3. Leokopenia.
 - 4. Supresi respon inflamasi.
 - 5. Vaksinasi tidak adekuat.
- e. Kondisi klinis terkait:
 - a) AIDS.
 - b) Luka bakar.
 - c) Penyakit paru obstruksi kronis.
 - d) Diabetes militus.
 - e) Tindakan invasif.
 - f) Kondisi penggunaan terapi steroid.
 - g) Penyalahgunaan obat.
 - h) Katuban pecah dini (KPD).
 - i) Kanker.
 - j) Gagal ginjal.
 - k) Imunosupresi.
 - l) Lymphedema.
 - m) Leokositopenia.
 - n) Gangguan fungsi hati

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan pada ibu postpartum normal menggunakan buku Standar Asuhan Keperawatan Indonesia Persatuan Perawat Nasional Indonesia (SIKI PPNI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia Persatuan Perawat nasional Indonesia (SLKI PPNI). Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga, dan komunitas.

NO	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	Ketidaknyamanan pasca partum b.d kondisi setelah persalinan (kode D.0075)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan kemampuan memperbaiki status kenyamanan pascapartum meningkat (kode L.07061 Hal. 111) dengan kriteria hasil : a. Keluhan tidak nyaman menurun b. Meringis menurun c. Luka episiotomi cukup menurun d. Kontraksi uterus menurun e. Payudara bengkak menurun	Perawatan pasca persalinan (kode 1.07225, hal 335) Definisi: Mengidentifikasi dan merawat ibu segera setelah melahirkan sampai dengan enam minggu. Tindakan: Observasi: 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor keadaan lochia (warna, jumlah, bau dan bekuan) 3. Jelaskan tanda bahaya nifas pada ibu dan keluarga 4. Periksa perineum atau robekan (kemerahan, edema, ekimosis, pengeluaran, penyatuan jahitan) 5. Monitor nyeri 6. Monitor status pencernaan

		f. Tekanan darah dan frekuensi nadi menurun	7. Monitor tanda human 8. Identifikasi kemampuan ibu merawat bayi 9. Identifikasi adanya masalah adaptasi psikologi ibu <i>post partum</i> Teraupetik: 10. Kosongkan kandung kemih sebelum pemeriksaan 11. Massase fundus sampai kontraksi kuat,jika perlu 12. Dukung ibu melakukan ambulasi dini 13. Fasiltasi ibu berkemih secara normal 14. Fasilitasi ikatan tali kasih ibu dan bayi secara optimal 15. Diskusikan kebutuhan aktifitas dan istirahat selama masa <i>post partum</i> 16. Diskusikan seksualitas masa <i>post partum</i> 17. Diskusikan penggunaan alat kontrasepsi Edukasi 18. Jelaskan tanda bahaya nifas pada ibu dan keluarga 19. Jelaskan pemeriksaan pada ibu dan bayi secara rutin
--	--	--	--

			20. Ajarkan cara perawatan perineum yang tepat 21. Ajarkan ibu mengatasi nyeri secara non farmakologis (mis : teknik distraksi dll) Kolaborasi 22. Rujuk ke konselor laktasi, jika perlu
2	Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI (kode D.0029)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan kemampuan memperbaiki status menyusui membaik (kode L.03029 Hal. 119) Dengan kriteria hasil : a. Kelelahan maternal menurun b. Kecemasan Maternal menurun c. Perlengketan bayi pada payudara ibu meningkat d. Tetesan/pancaran ASI meningkat e. Miksi bayi lebih dari 8x/24 jam meningkat f. Intake bayi meningkat	Pijat laktasi (kode .1. 03134 halaman 356) Definisi: meningkatkan produksi Asi dengan memicu hormon oksitoksin melalui pemijatan Tindakan: Observasi : 1. Identifikasi kebutuhan laktasi bagi ibu postnatal Teraupetik: 2. Fasilitasi ibu melakukan IMD (inisiasi menyusu dini) 3. Fasilitasi ibu untuk rawat gabung/rooming in 4. Gunakan sendok dan cangkir jika bayi belum bisa menyusu 5. Dukung ibu menyusui dengan mendampingi ibu selama kegiatan menyusui berlangsung

		g. Hisapan bayi meningkat	6. Diskusikan dengan keluarga tentang ASI eksklusif 7. Siapkan kelas menyusui pada periode pasca partum minimal 4 kali Edukasi: 8. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 9. Jelaskan penting-nya menyusui di malam hari untuk meningkatkan dan mempertahankan dan meningkatkan produksi ASI 10. Jelaskan tanda-tanda bayi cukup ASI (mis.BAK lebih dari 10x/hr, warna urine tidak pekat, BB meningkat) 11. Jelaskan manfaat rawat gabung (rooming in) 12. Anjurkan ibu menyusui sesegera mungkin setelah melahirkan 13. Anjurkan ibu memberikan nutrisi pada bayi hanya dengan ASI 14. Anjurkan ibu menyusui sesering mungkin setelah lahir sesuai kebutuhan bayi
--	--	---------------------------	--

			15. Anjurkan ibu menjaga produksi ASI dengan memerah, walaupun konsisi ibu dan bayi terpisah
3	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan Kriteria Hasil: c. Keluhan nyeri menurun d. Meringis menurun e. Gelisah menurun f. Frekuensi nadi membaik g. Kesulitan tidur menurun h. Tekanan darah membaik i. Pola napas membaik j. Nafsu makan membaik k. Berfokus pada diri sendiri menurun	Manajemen Nyeri Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Monitor efek samping pemberian analgetik Terapeutik : 4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 5. Berikan posisi nyaman Edukasi : 6. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 7. Jelaskan strategi meredakan nyeri 8. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi : 9. Kolaborasi pemberian analgetik perlu

4	Inkontinensia urine stres b.d peningkatan tekanan intra abdominal pada proses kehamilan dan melahirkan (kode D.0046)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan pola kebiasaan buang air kecil membaik (Kode L.04036 halaman 53) dengan kriteria hasil: a. Kemampuan berkemih meningkat b. Frekuensi berkemih membaik c. Sensasi berkemih membaik d. Distensi kandung kemih menurun	Promosi eliminasi urine (kode 1.04169 halaman 363). Definisi : memfasilitasi pengeluaran urine normal Tindakan: Observasi: 1. Identifikasi masalah dan faktor-faktor yang berhubungan dengan eliminasi urine 2. Periksa gejala dan tanda retensi urine atau inkontinensia urine Teraupetik: 3. Fasilitasi berkemih sebelum prosedur tindakan 4. Fasilitasi mengukur intake cairan dan output 5. Berikan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemih (mis. Kegel exercise) 6. Berikan minum air putih 8 gelas/hari, jika tidak ada kontra indikasi Edukasi: 7. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih
5	Kesiapan peningkatan menjadi orang tua	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x 24	Promosi pengasuhan (Kode: 1.13495 halaman 380) Definisi : memfasilitasi orang

	b.d. perilaku upaya peningkatan kesehatan (kode D.0122)	jam diharapkan kemampuan memper-baiki peran menjadi orang tua membaik (kode L.13120 halaman 79) dengan kriteria hasil: a. Bounding attachment meningkat b. Perilaku positif menjadi orang tua meningkat c. Interaksi perawatan bayi meningkat d. Verbalisasi kepuasan memiliki bayi meningkat e. Kebutuhan fisik anak/anggota keluarga terpenuhi meningkat f. Verbalisasi kepuasan dengan lingkungan rumah meningkat	tua anggota keluarga dan /pengasuh dalam memberikan dukungan dan perawa-tan yang komprehensif bagi keluarga yang mrngalami/ beresiko mengalami masalah kesehatan Tindakan: Observasi: 1. Fasilitasi orang tua dalam mendapatkan dukungan dan 2. Identifikasi keluarga resiko tinggi dalam program tindaklanjut 3. Monitor status kesehatan anak dan status imunisasi anak Teraupetik: 4. Dukung ibu menerima dan melakukan perawatan post natal secara teratur 5. Lakukan kunjungan rumah sesuai tingkat resiko 6. Fasilitasi orang tua dalam menerima transisi peran 7. Tingkatkan interaksi orang tua -anak dengan melakukan perawatan sehari-hari (mis. Memandikan bayi, menggantikan popok,
--	--	---	---

			menggendong bayi sambil bercerita, menyusui dan atau memberi makan bayi dll) 8. Fasilitasi orangtua dalam memiliki harapan yang realistis sesuai tingkat kemampuan dan perkembangan anak 9. Fasilitasi orang tua dalam mengidentifikasi temperamen unik bayi berpartisipasi dalam parent group programs 10. Fasilitasi orang tua mengembangkan ketrampilan sosial dan koping Edukasi: 11. Ajarkan orang tua untuk menanggapi isyarat bayi.
6	Risiko perdarahan b.d komplikasi pasca partum (Atonia uteri,retensio placenta) (Kode D. 0012)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x 24 jam diharapkan tingkat perdarahan menurun (Kode L.02017 halaman 147) dengan kriteria: a. Kelembaban membran mukosa meningkat	Managemen perdarahan pervaginam <i>post partum</i> (kode 1.02045 hal.210) Definisi: Mengidentifikasi dan mengelola kehilangan darah pervaginam lebih dari 500 cc dapat terjadi pada proses persalinan (24 jam) dan lebih dari 24 jam setelah persalinan Tindakan: Observasi:

		b. Kelembaban kulit meningkat c. Kontraksi uterus meningkat d. Perdarahan vagina menurun e. Haemaglobin membaik f. Tekanan darah membaik g. Denyut nadi apikal membaik h. Suhu tubuh membaik	1. Periksa uterus (mis. TFU sesuai hari melahirkan, membulat, dan keras/lembek) 2. Identifikasi penyebab kehilangan darah (mis. Atonia uteri atau robekan jalan lahir) 3. Identifikasi keluhan ibu (mis, keluar banyak darah, pusing, pandangan kabur) 4. Identifikasi riwayat perdarahan pada kehamilan lanjut (mis. Abruptio, PIH dan placenta previa) 5. Monitor resiko terjadinya perdarahan 6. Monitor kadar Hb, Ht, PT dan APTT sebelum dan sesudah perdarahan 7. Monitor fungsi neurologis 8. Monitor membran mukosa, bruising dan adanya petechia Teraupetik 9. Lakukan penekanan pada area perdarahan, jika perlu 10. Berikan kompres dingin jika perlu 11. Pasang oksimetri
--	--	--	---

			12. Berikan oksigen nasal 3 L/menit 13. Posisikan supine 14. Pasang IV line dengan selang set tranfusi 15. Pasang kateter untuk mengosongkan kandung kemih 16. Lakukan pijat uterus untuk merangsang kontraksi uterus Kolaborasi: 17. Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu 18. Kolaborasi pemberian uterotonika, antikoagulan, jika perlu
7	Risiko infeksi b.d efek prosedur invasif (episiotomi jalan lahir) (kode D.142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x 24 jam diharapkan; Keutuhan kulit (dermis dan /epidermis) atau jaringan (membran mukosa dan otot) meningkat (kode L.14125 halaman 33) dengan kriteria: a. Elastisitas meningkat b. Perfusi jaringan meningkat	Perawatan perineum (kode 1.07226 halaman 337) Definisi: Melakukan tindakan menjaga integritas kulit perineum dan mengurangi ketidaknyamanan pada perineum Tindakan: Observasi: 1. Inspeksi insisi atau robekan Perineum (mis. Episiotomi) Teraupetik: 2. Fasilitasi dalam membersihkan perineum pertahankan perineum tetap kering

		c. Kerusakan jaringan menurun d. Kerusakan lapisan kulit menurun e. Nyeri menurun f. Kemerahan menurun	3. Berikan posisi nyaman 4. Berikan kompres es jika perlu 5. Bersihkan area perineum secara teratur 6. Berikan pembalut yang menyerap cairan Edukasi: 7. Ajarkan pasien dan keluarga mengobservasi tanda abnormal pada perineum (mis. Infeksi, kemerahan, pengeluaran cairan yang abnormal) Kolaborasi: 8. Kolaborasi pemberian antiinflamasi 9. Kolaborasi pemberian analgesik jika perlu
8	Gangguan pola tidur (D.00055)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pola tidur membaik. Dengan kriteria hasil: Pola tidur (L.05045) : a. Keluhan sulit tidur menurun b. Keluhan pola tidur berubah menurun	Dukungan Tidur (L.05174) Observasi : 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur Teraupetik : 3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan Edukasi :

		c. Keluhan istirahat tidak cukup menurun.	4. jelaskan pentingnya tidur selama proses penyembuhan
--	--	---	--

4. Implementasi Keperawatan

Komponen implementasi dari proses keperawatan mempunyai lima tahap: mengkaji ulang klien, menelaah dan memodifikasi rencana asuhan yang sudah ada, mengidentifikasi area bantuan, mengimplementasikan intervensi keperawatan dan mengomunikasikan intervensi

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi terhadap tujuan asuhan keperawatan postnatal bermanfaat dalam menentukan apakah tujuan ini telah terlaksana atau belum (Telepta,D *et all.*, 2024)