

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar *Postpartum*

1. Defenisi *Postpartum*

Masa nifas, yang juga dikenal sebagai *postpartum* atau *puerperium*, berasal dari kata Latin "*puer*" yang berarti bayi dan "*parous*" yang artinya melahirkan. Ini adalah periode yang dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir saat organ-organ reproduksi wanita kembali ke kondisi semula, biasanya berlangsung selama enam minggu. Selama waktu ini, ibu butuh perawatan menyeluruh, mulai dari saat masih dirawat di rumah sakit atau fasilitas kesehatan pasca persalinan, hingga ia pulang ke rumah. Ada banyak perubahan yang terjadi pada masa nifas, seperti perubahan fisik, proses involusi uterus, dan produksi ASI (Kasmianti. 2023).

2. Adaptasi Fisikologi *Postpartum*

Masa *postpartum* merupakan periode yang sangat menguras tenaga karena aktivitas mengasuh bayi meliputi menyusui, mengganti popok, memandikan, dan menimang bayi sepanjang hari, bahkan ibu sering kali harus bangun di tengah malam, terutama apabila tidak mendapatkan bantuan dari suami atau anggota keluarga lainnya. Setelah proses kelahiran, kelelahan ini biasanya mencapai puncaknya dalam dua minggu pertama (Satriani, G. 2021). Perubahan fisiologis pada ibu *postpartum* menurut Tarigan, R. L. (2020) antara lain:

a. Suhu tubuh

Pada saat proses persalinan (inpartu), suhu tubuh ibu melahirkan mengalami peningkatan.

b. Tekanan Darah

Setelah persalinan, dapat mengalami sedikit penurunan ketika menjadi berdiri selama masa *postpartum*.

c. Nadi

Peningkatan denyut nadi selama persalinan umumnya kembali normal beberapa jam setelah melahirkan. Pada masa nifas, denyut nadi cenderung tidak stabil dengan kisaran sekitar 60–80 kali per menit.

d. Pernapasan

Frekuensi pernapasan ibu dapat meningkat setelah persalinan, namun akan kembali normal secara bertahap seperti sebelum melahirkan.

3. Adaptasi Psikologis *Postpartum*

Pada masa *postpartum*, orang tua akan mengalami masa transisi yang memerlukan perhatian khusus dari tenaga perawat. Selain itu, ibu juga harus melewati proses adaptasi terhadap perubahan yang dialaminya. Menurut Tiananda & Desmawati proses adaptasi ibu terhadap perubahan tersebut terdiri dari fase *taking-in*, dan *taking-hold*.

1. *Taking-in*

Fase *taking-in* terjadi pada satu hingga dua hari pertama setelah persalinan. Pada tahap ini, perhatian ibu masih lebih terpusat pada dirinya sendiri serta kebutuhan dasar seperti makan, minum, istirahat, dan tidur. Ibu cenderung masih bergantung pada bantuan orang lain dan berharap kebutuhan dirinya dapat dipenuhi. Oleh sebab itu, peran serta dan dukungan dari keluarga sangat diperlukan untuk membantu proses pemulihan dan penyesuaian ibu selama masa awal *postpartum*.

2. *Taking-hold*

Fase *taking-hold* adalah masa transisi dari keadaan yang masih bergantung menjadi lebih mandiri. Pada tahap ini, ibu mulai lebih fokus pada bayinya serta berupaya mempelajari cara merawat dan memenuhi kebutuhan bayi.

4. Klasifikasi *Postpartum*

Klasifikasi *postpartum* menurut Yanti & Fatmasari (2023) masa ibu *postpartum* dibagi menjadi 3 bagian yaitu:

- a. Masa nifas dini adalah kondisi kepulihan dimana seorang ibu sudah diperbolehkan berdiri dan berjalan
- b. *Puerperium* intermedial adalah kondisi keputihan organ genital secara menyeluruh dengan lebih kurang 6-8 minggu
- c. *Remote puerperium* waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila saat hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi. Waktu

yang diperlukan untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan, ataupun tahunan.

5. Komplikasi *Postpartum*

Menurut Rohmah, M., Anggraieni, S., & Istighosah, N., (2023) komplikasi yang terjadi pada ibu saat *postpartum*, yaitu:

- a. 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.
- b. 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.
- c. Nyeri pada simfisi 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.

6. Asuhan Keperawatan *Postpartum*

a. Pengkajian Keperawatan Pada Ibu *Postpartum*

1) Identitas

Nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, perkawinan, riwayat, partus.

2) Keluhan utama

Ibu melaporkan nyeri, selaput selaput ketuban pecah, terdapat keluarnya lendir dan darah, kontraksi menjadi lebih sering, serta timbul sensasi seperti ingin mengejan.

3) Riwayat Menstruasi

Perlu dilakukan pengkajian mengenai usia *menarche* ibu, pola dan keteraturan siklus menstruasi, volume perdarahan menstruasi, keluhan yang dialami selama kehamilan, serta jumlah *flour albus*. Edukasi mengenai kebersihan vagina juga perlu diberikan untuk mencegah pertumbuhan

mikroorganisme penyebab infeksi. Selain itu, lama menstruasi dan hari pertama haid terakhir (HPHT) juga harus dicatat.

4) Riwayat Obstetri

Dilakukan pengkajian riwayat kehamilan pada Ibu yang sebelumnya telah melahirkan. Kaji saat ini kehamilan yang beberapa, jumlah anak yang hidup, jenis persalinan yang dijalani, riwayat abortus, persalinan prematur, imatur, atau serotinus dan siapa penolong persalinan sebelumnya. Pada Ibu yang pertama kali hamil, maka bisa dituliskan kehamilan saat ini.

5) Riwayat sakit dan kesehatan

Kaji penyakit yang dideritanya, penyakit menular dan keturunan, seperti pernah menderita penyakit diabetes melitus, penyakit jantung, paru, ginjal, tiroid, anemia, tifus, hepatitis, HIV, sifilis, herpes genitalia, rubella, Ibu perokok atau tidak, alkoholisme, konsumsi obat-obatan seperti narkoba. Ditanya penyakit-penyakit dan masalah kesehatan dalam keluarganya seperti penyakit keturunan, diabetes melitus, penyakit menular, Hipertensi, dan lain-lain.

6) Riwayat kontrasepsi

Dilakukan pengkajian mengenai riwayat penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan sebelumnya, atau jika ini merupakan kehamilan pertama, ibu belum pernah menggunakan kontrasepsi. Hal yang dikaji mencakup metode kontrasepsi, jenis, lama pemakaian, serta efek samping yang mungkin dialami.

7) Pola kebutuhan sehari-hari

- a) Istirahat/tidur: pola tidur ibu dapat berubah karena his/kontraksi, membuat ibu sulit tidur, kelelahan dapat dialami ibu karena adanya his/kontraksi, pola tidur berubah.
- b) Nutrisi dan cairan: kaji status hidrasi pasien, jumlah makan, nafsu makan, mual, nafsu makan menurun.
- c) *Personal hygiene*: kaji kebersihan genitalian pasien
- d) Aktivitas gerak: Ibu dapat mengalami kelelahan sehingga aktivitas berkurang

- e) Eliminasi: dikaji eliminasi fekal pasien sebelum proses persalinan, eliminasi *urine* sebelum persalinan apakah sudah BAK atau belum.
- 8) Pemeriksaan Fisik
 - a) Kepala: chloasma gravidarus, anemia, Icterus, oedema wajah, stomatitis, mulut/bibir kering, karies gigi, gingivitis, kandidiasis.
 - b) Dada dan aksila: areola *mamma* gelap, puting *mammæ retracted*, ada kolostrum, irama nafas, suara nafas penggunaan otot bantu nafas irama jantung.
 - c) Perut: dilakukan inspeksi terhadap adanya bekas luka operasi, keberadaan linea nigra, serta striae gravidarum. Dilakukan auskultasi untuk menilai denyut jantung janin (DJJ), Palpasi untuk menentukan tinggi fundus uteri (TFU), penentuan letak janin, pemeriksaan kontraksi, serta evaluasi isi kandung kemih.
 - d) Vulva: *vaginal discharge*, *varises*, *oedema*.
 - e) Ekstremitas: oedema, varies, kelainan bentuk tungkai, *reflex pattela*
 - f) Anus: hemoroid (Silalahi & Widjayanti. 2022).
- b. Perumusan Diagnosa Kepetrawatan
 - 1) Nyeri berhubungan dengan kontraksi uterus, episiotomi, laserasi.
 - 2) Risiko infeksi berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang cara perawatan vulva
 - 3) Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan peregangan perineum, luka episiotomi, involusi uteri hemaroid, pembengkakan payudara.
 - 4) Gangguan pemenuhan ADL berhubungan dengan imobilisasi.
 - 5) Risiko infeksi berhubungan dengan trauma jalan lahir.
 - 6) Risiko gangguan proses parenting berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang cara merawat bayi (Zubaidah, Rusdiana, Nortfitri, R., & Pusparina, I. 2021).
- c. Intervensi Keperawatan
 - 1) Manajemen Nyeri (I. 08238)

Defenisi: Manajemen nyeri adalah intervensi yang dilakukan untuk mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi manajemen nyeri yaitu sebagai berikut:

Observasi

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi respon nyeri non verbal
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- f) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan nyeri
- g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- i) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Teraupetik

- a) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Misalnya, terapi pijat, aromaterapi, akupressur, terapi musik, kompres hangat/dingin, terapi bermain).
- b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).
- c) Fasilitas istirahat dan tidur
- d) Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Anjurkan monitor nyeri secara mandiri
- d) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu (PPNI 2019).

B. Konsep Dasar Nyeri Luka Jahitan Perineum

1. Defenisi Masalah Nyeri Luka Jahitan Perineum

Nyeri perineum adalah rasa nyeri yang muncul pada area badan perineum, yaitu jaringan otot dan fibrosa yang membentang dari simfisis pubis hingga tulang coccyx, akibat robekan perineum baik karena tindakan episiotomi maupun ruptur spontan saat persalinan. Nyeri ini memiliki karakteristik yang berbeda dibandingkan jenis nyeri lainnya yang dirasakan ibu *postpartum* (Harsa, P. A., Ningrum, P. N., & Aritonang, R. P. 2022).

2. Klasifikasi Masalah Nyeri Luka Jahitan Perineum

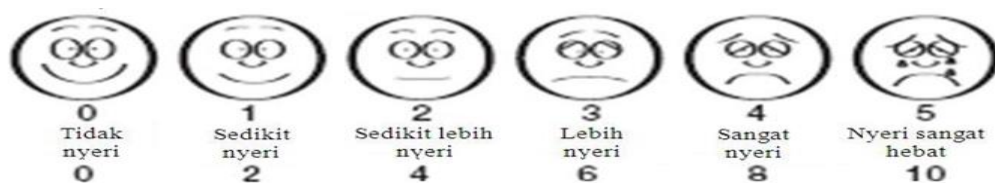
Robekan jalan lahir dapat terjadi pada saat proses persalinan secara tidak sengaja (spontan) atau sengaja atas dasar indikasi (episiotomi). Derajat laserasi berdasarkan luasnya robekan menurut JNPK-KR, 2017 (Ariani, P *et al.*, 2023) adalah sebagai berikut:

- 1) Luka robekan hanya mukosa vagina, komisura, dan kulit perineum.
- 2) Derajat Dua: robekan meliputi mukosa vagina, komisuraposterior dan kulit perineum sampai otot perineum.
- 3) Derajat Tiga: robekan meliputi mukosa vagina, komisuraposterior dan kulit perineum, otot perineum sampai otot spingter ani.
- 4) Derajat Empat: robekan meliputi mukosa vagina, komisuraposterior dan kulit perineum, otot perineum, otot spingter ani sampai dinding depan rektum.

Intensitas nyeri dapat diukur menggunakan *Wong Baker scale*, dan *Numeric Rating Scale (NRS)* (Wardani, K. N. D., *et al.*, 2022).

1) *Wong Baker Faces Scale* (Skala wajah)

Skala Wajah digunakan untuk mendeteksi intensitas nyeri pada anak-anak. Skala wajah dapat menggambarkan intensitas nyeri seseorang menggunakan 6 wajah dengan skala 0-10. Nilai skala untuk 6 wajah tersebut 0-2-4-6-8-10



Gambar 1 *Wong Baker Faces Scale* (Wardani, K. N. D., *et al.*, 2022)

2) Skala Penilaian Numerik / *Numeric Rating Scale* (NRS)

Skala NRS merupakan Versi angka dari VAS yang menggambarkan 0-10 dalam skala nyeri. Nilai NRS diperoleh dalam waktu kurang dari 1 menit Nilai NRS dapat disampaikan secara verbal maupun dalam bentuk gambar. Klasifikasi nilai NRS yaitu 1-3 nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang dan 7-10 nyeri hebat



Gambar 2 *Numeric Rating Scale* (Wardani, K . N. D., Wardani, K. N. D *et al.*, 2022)

Klasifikasi nyeri secara umum menurut Uliyah, 2021 dalam (Ariani, P., R *et al.*, 2023) dibagi menjadi dua, yakni:

1. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melebihi 6 bulan dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot.
2. Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan.

3. Penyebab Masalah Nyeri Luka Jahitan Perineum

- a. Faktor Maternal: Partus precipitatus yang tidak dikendalikan dari tidak ditolong pasien tidak mampu berhenti mengejan partus diselesaikan secara tergesa-gesa dengan dorongan fundus yang berlebihan.
- b. Edema dan kerapuhan pada perineum.
- c. Faktor Janin seperti: Bayi besar, posisi kepala yang abnormal, kelahiran bokong, ekstraksi forseps yang sukar, dan distonia bahu dalam (Alim, M. 2021).

4. Tanda dan Gejala Masalah Nyeri Luka Jahitan Perineum

Tanda dan Gejala Masalah Nyeri Luka Jahitan Perineum nyeri menurut Potter, P. A., & Perry, A. G. (2020) antara lain:

- a. Ekspresi wajah meringis atau tegang.
- b. Gelisah atau tidak dapat beristirahat dengan tenang.

- c. Perubahan Tanda-Tanda Vital seperti: Peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi nadi, dan peningkatan frekuensi pernapasan.
- d. Keringat berlebihan (diaphoresis).
- e. Nyeri terasa panas atau berdenyut-denyut
- f. Wajah Pucat.
- g. Menunjukkan perilaku menggigit bibir
- h. Nyeri bertambah sakit saat bergerak.

5. Penanganan Masalah Nyeri Luka Jahitan Perineum

Kompres dingin merupakan tindakan yang dapat digunakan untuk mengurangi nyeri dan peradangan. Terapi dingin memberikan efek menurunkan aliran darah ke daerah tubuh yang mengalami cedera, mengurangi nyeri lokal, mengurangi kebutuhan oksigen pada jaringan, meningkatkan koagulasi darah pada tempat cedera, dan menghilangkan nyeri. Kompres dingin dapat dilakukan di dekat lokasi nyeri atau di sisi tubuh yang berlawanan tetapi berhubungan (Fitria, N. 2021).

C. Konsep Dasar Kompres Dingin

1. Defenisi Kompres Dingin

Kompres dingin merupakan tindakan yang dapat digunakan untuk mengurangi nyeri dan peradangan. Terapi dingin memberikan efek menurunkan aliran darah ke daerah tubuh yang mengalami cedera, mengurangi nyeri lokal, mengurangi kebutuhan oksigen pada jaringan, meningkatkan koagulasi darah pada tempat cedera, dan menghilangkan nyeri. Kompres dingin dapat dilakukan di dekat lokasi nyeri atau di sisi tubuh yang berlawanan tetapi berhubungan (Fitria, N. 2021).

2. Manfaat Kompres Dingin

Kompres dingin menggunakan kain atau handuk yang direndam dalam air dingin atau air es, kemudian ditempatkan pada area tubuh yang terkena nyeri atau cedera. Dingin dari kompres tersebut membantu meredakan peradangan dengan menyempitkan pembuluh darah dan mengurangi aliran darah ke area yang terkena. Ini dapat mengurangi pembengkakan, nyeri, dan kekakuan otot. Kompres dingin juga sering digunakan setelah aktivitas fisik intensif untuk membantu mengurangi risiko cedera dan mempercepat pemulihan otot (Saras, T. 2024).

Manfaat Kompres Dingin lainnya yaitu:

1. Kompres dingin dilakukan dapat mengurangi nyeri sama halnya dari sensasi dingin dapat memperlambat hantaran sinyal nyeri ke otak, memberikan efek pereda nyeri secara lokal.
2. Dapat mengurangi pembengkakan, kompres dingin mengontraksikan pembuluh darah di area perineum serta mengurangi aliran darah dan oedema.
3. Kompres dingin juga dapat meningkatkan kenyamanan serta memberikan rasa nyaman.

3. Faktor Penyebab Keterbatasan Kompres Dingin

- a. Sirkulasi darah yang menurun akibat suhu dingin Suhu rendah menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah, sehingga aliran darah ke area luka menurun. Hal ini dapat menghambat suplai oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan untuk proses penyembuhan luka.
- b. Lama dan frekuensi pemberian yang tidak tepat. Jika kompres dilakukan terlalu lama atau terlalu sering, dapat menyebabkan kerusakan jaringan, mati rasa, bahkan frostbite ringan, sehingga mengurangi efektivitas terapi.
- c. Perbedaan sensitivitas individu terhadap suhu dingin Setiap individu memiliki toleransi suhu yang berbeda. Ibu dengan kulit sensitif mungkin mengalami iritasi, rasa tidak nyaman, atau reaksi alergi terhadap dingin, sehingga tidak dapat menerima terapi dengan baik.
- d. Kebersihan alat atau bahan kompres yang kurang terjaga. Bila kain atau bahan kompres tidak steril, maka dapat menjadi media pertumbuhan bakteri dan meningkatkan risiko infeksi pada luka perineum.
- e. Kurangnya pengetahuan dan keterampilan perawat/pasien. Pelaksanaan kompres dingin yang tidak sesuai prosedur (misalnya suhu terlalu dingin atau waktu terlalu lama) dapat mengurangi efektivitas dan menimbulkan risiko komplikasi.
- f. Keterbatasan fasilitas atau alat bantu di tempat pelayanan kesehatan di beberapa fasilitas (Kusumawati, N., & Hartati, E. 2022).

4. Standar Operasional Prosedur

- a. Definisi: Melakukan stimulasi kulit dan jaringan untuk mengurangi nyeri, peradangan dan mendapatkan efek terapeutik lainnya melalui paparan dingin.
- b. Diagnosa Keperawatan: Hipertermia, nyeri akut, resiko perdarahan, dan resiko cedera.
- c. Prosedur
 - 1) Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan /atau nomor rekam medis)
 - 2) Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
 - 3) Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:
 - a) Sarung tangan bersih
 - b) Alat kompres dingin
 - c) Kain penutup kompres
 - 4) Pilih alat kompres yang nyaman dan mudah didapat (seperti kemasan gel beku, kain atau handuk).
 - 5) Periksa suhu alat kompres untuk memastikan aman digunakan.
 - 6) Lakukan kebersihan tangan dengan metode enam langkah.
 - 7) Kenakan sarung tangan bersih.
 - 8) Tentukan lokasi yang akan diberikan kompres.
 - 9) Balut alat kompres dingin dengan kain pelindung jika diperlukan.
 - 10) Tempelkan kompres dingin pada area yang telah dipilih.
 - 11) Hindari pemberian kompres pada jaringan yang sedang menjalani terapi radiasi.
 - 12) Rapiakan posisi pasien dan alat-alat yang digunakan.
 - 13) Lepaskan sarung tangan
 - 14) Lakukan kebersihan tangan dengan metode enam langkah.
 - 15) Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan beserta respon pasien terhadap terapi.