

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar

1. Konsep post partum

a. Definisi Post partum

Masa nifas, juga disebut sebagai "masa pasca persalinan," adalah periode yang dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika organ reproduksi kembali ke kondisi seperti sebelum hamil. Masa ini berlangsung selama enam minggu, atau sekitar 42 hari (Astut Kusuma Dwi Aprilia, 2020).

Masa postpartum adalah periode setelah lahirnya plasenta dan berakhir ketika organ kandungan kembali ke keadaan sebelum kehamilan. Periode ini berlangsung selama enam minggu (Eneng Sulastri Meti, 2020).

Masa nifas, atau puerperium, dimulai dua jam setelah lahirnya plasenta dan berakhir ketika organ reproduksi kembali ke kondisi normal sebelum hamil. Masa ini juga berlangsung selama enam minggu, atau 42 hari (daryanti Vira, 2020).

b. Etiologi

Beberapa faktor yang diduga menjadi penyebab persalinan namun belum diketahui dengan pasti adalah faktor hormonal, struktur rahim, sirkulasi rahim, tekanan pada saraf, dan nutrisi (Resma Noviani, 2023). Berikut adalah beberapa teori tentang penyebab persalinan: Berikut adalah beberapa teori tentang penyebab persalinan:

1. Penurunan Hormon

Sekitar 1-2 minggu sebelum persalinan, kadar hormon progesteron dan estrogen menurun. Progesteron berfungsi untuk

menenangkan otot rahim. Ketika kadarnya menurun, pembuluh darah di rahim menjadi kaku, yang menyebabkan kontraksi (his).

2. **Teori Penuaan Plasenta**

Ketika plasenta menua, terjadi kekejangan pembuluh darah akibat penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron.

3. **Teori Distensi Rahim**

Peregangan rahim menyebabkan otot rahim menjadi kekurangan oksigen (iskemia), yang dapat mengganggu sirkulasi antara rahim dan plasenta.

4. **Teori Iritasi Mekanik**

Di belakang leher rahim (serviks) terdapat pleksus saraf yang disebut ganglion servikale. Ketika saraf ini tergeser atau tertekan oleh kepala janin, rahim akan berkontraksi.

5. **Induksi Persalinan**

Persalinan juga dapat dipicu dengan metode induksi, seperti memasukkan gagang laminaria ke dalam saluran serviks untuk merangsang saraf, melakukan amniotomi (memecah kantung ketuban), atau menggunakan infus oksitosin (oksitosin drip) untuk memicu kontraksi.

c. Perubahan Fisiologis masa nifas

1) Perubahan fisiologis sistem reproduksi

a) Penguncian uterus dan pergerakannya ke bawah fundus uteri

Penguncian mengurangi ukuran uterus setelah melahirkan dan mengembalikannya ke bentuk sebelum kehamilan. Ketika urat otot uterin berkontraksi, proses involusi dimulai segera setelah kelahiran plasenta:

(1) Kontraksi otot uterin menekan pembuluh darah dan mengontrol pendarahan.

(2) Untuk memperkuat dan mengatur kontraksi uterin, kelenjar pituitary melepaskan oksitosin.

- (3) Oksitosin eksogenus, juga dikenal sebagai pitocin, diberikan melalui pembuluh otot atau darah segera setelah plasenta keluar untuk memastikan bahwa uterus tetap kuat dan berkontraksi dengan baik selama 1-2 jam pasca melahirkan.
 - (4) Sangat penting untuk memantau ibu selama 1-2 jam setelah melahirkan untuk mengetahui tanda-tanda pendarahan dan menghindari syok hipovolemik.
- b) Nyeri kram yang disebabkan oleh kontraksi uterus yang tidak berhenti dikenal sebagai afterpains. Terkait dengan pengulangan penarikan serat otot, nyeri ini lebih kuat pada ibu yang pernah melahirkan sebelumnya. Pengobatan oxytocic eksogen dan menyusui akan memperparah nyeri karena kontraksi uterus meningkat.

Penilaian dan intervensi yang diperlukan mencakup :

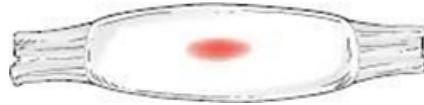
- (1) Mengukur rasa sakit menggunakan skala standar (serangai pada wajah atau numerik)
 - (2) Memberikan analgesik yang direkomendasikan
 - (3) Menjunjung tinggi pasien dengan bantal kecil di bawah perutnya untuk membantu kontraksi uterus, yang membantu meredakan nyeri
- c) Lochea

Selama puerperium, vagina mengeluarkan darah, jaringan, dan lendir yang disebut lochea. Ini awalnya merah terang, tetapi kemudian berubah menjadi merah muda-kemerahan atau merah kecoklatan. Lochea kemungkinan besar terdiri dari gumpalan kecil. Pengeluaran uterin sebanding dengan periode menstruasi berat dalam 1-2 jam pertama pasca kelahiran. Warna kemerahan dan jumlah lochea berkurang selama pasca melahirkan. Ini biasanya berkurang antara minggu keempat dan enam pasca melahirkan. Pada kelahiran sesar, aliran lochea hanya sedikit di pasca melahirkan. Keluaran lochea meningkat saat berjalan dan

menyusui. Keluaran lochea meningkat ketika ibu bangkit dari tempat tidur karena darah dari vagina terkumpul selama periode beristirahat.

Kaji lochea setiap kali memeriksa tinggi fundus uteri.

- 1) Lihat pembalut yang digunakan dan tentukan jumlah lochea yang keluar.



- 2) Sangat sedikit : noda darah berukuran 2,5–5 cm = 10 ml.



- 3) Sedikit : noda darah berukuran ≤ 10 cm = 10–25 ml.



- 4) Sedang : noda darah < 15 cm = 25–25 ml.



- 5) Banyak : Pembalut penuh = 50–80 ml.

Gambar 2.1 pengkajian lochea

d) Vagina dan perineum

Vagina biasanya terlihat tertarik, membusung, dan memar, dan pembukaan vagina seringkali terbuka di mana tekanan intra abdominal meningkat. Selaput membran vagina mulai pulih pada minggu ketiga pasca melahirkan. Penurunan perineum pasca melahirkan akan terjadi. Saat melahirkan, perineum mungkin robek atau ibu mungkin mengalami episiotomi, sayatan bedah pada perineum. Sayatan di area ini dapat sangat sakit, bahkan jika itu kecil. Selama kehamilan dan saat melahirkan, wasir dapat terjadi.

d. Tahap -Tahapan Post Partum

Masa post partum dibagi dalam tiga tahap sebagai berikut (Oktafirnanda Yuka, 2023) :

1) **Segera Setelah Persalinan (0-24 jam setelah lahirnya plasenta)**

Ini adalah periode kritis yang berlangsung hingga 24 jam setelah lahirnya plasenta. Pada fase ini, penting untuk memeriksa kontraksi rahim, keluarnya lochea (darah nifas), tekanan darah ibu, dan suhu tubuh untuk mendeteksi masalah seperti atonia uteri (rahim yang tidak berkontraksi dengan baik).

2) **Segera Setelah Persalinan (24 jam hingga 1 minggu)**

Fase ini bertujuan memastikan rahim mengalami involusi (penyusutan) dengan normal, tidak ada perdarahan berlebih, lochea tidak berbau busuk, dan ibu tidak mengalami demam. Selain itu, ibu harus mendapatkan cukup makanan dan cairan serta mampu menyusui dengan baik.

3) **Setelah Persalinan (1 minggu hingga 6 minggu)**

Ini adalah periode pemulihan yang dibutuhkan ibu untuk pulih sepenuhnya, terutama jika ada komplikasi selama kehamilan atau persalinan. Proses pemulihan ini bisa memakan waktu berminggu-minggu, berbulan-bulan, atau bahkan lebih lama tergantung kondisinya.

e. Patofisiologi

Setelah melahirkan, rahim akan kembali ke ukuran dan kondisi sebelum hamil melalui proses yang disebut involusi. Proses ini dimulai ketika plasenta keluar karena kontraksi otot rahim. Pada akhir tahap ketiga persalinan, rahim biasanya berada di garis tengah tubuh, sekitar 2 cm di bawah pusar, dengan bagian atas (fundus) rahim menempel pada tulang belakang. Dalam 12 jam, fundus akan naik sedikit di atas pusar, dan kemudian turun 1-2 cm setiap 24 jam. Pada hari keenam setelah melahirkan, fundus biasanya berada di antara pusar dan tulang

kemaluan, dengan berat rahim yang 11 kali lebih besar dari sebelum hamil.

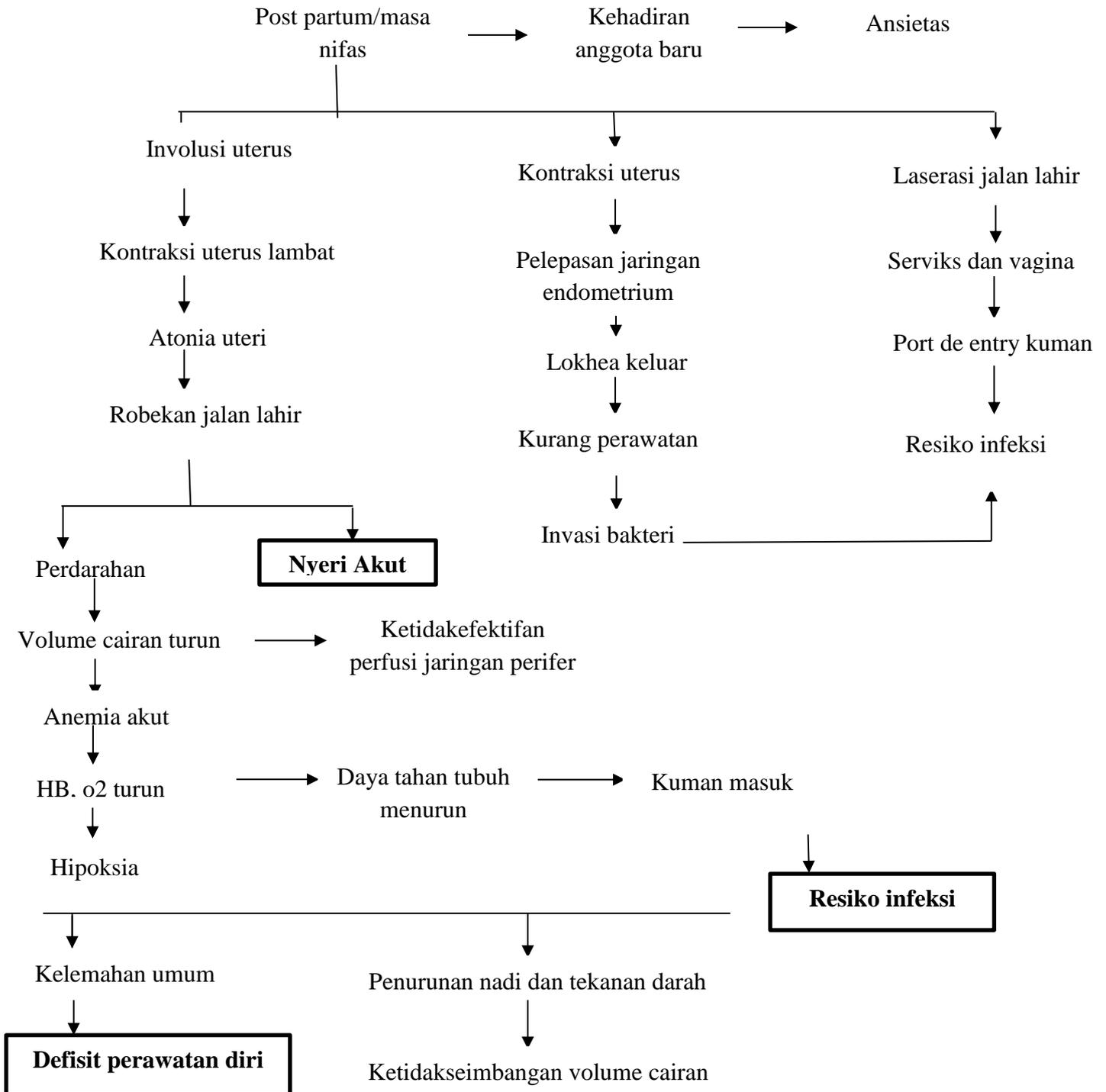
Setelah plasenta keluar, rahim berkontraksi dan mulai menyusut. Seminggu setelah melahirkan, berat rahim sekitar 500 gram, dan dua minggu setelahnya menjadi 350 gram. Pada minggu keenam, berat rahim turun menjadi 50-60 gram, kembali seperti sebelum hamil. Proses ini terjadi karena hormon estrogen dan progesteron, yang menyebabkan rahim membesar selama kehamilan, menurun setelah melahirkan, memicu autolisis (proses di mana jaringan rahim yang berlebihan dihancurkan).

Setelah bayi lahir, otot rahim berkontraksi kuat karena rahim yang sudah lebih kecil. Di tempat di mana plasenta menempel di rahim, terjadi trombosis (pembentukan bekuan darah), degenerasi, dan nekrosis (kematian jaringan).

Pada hari pertama setelah melahirkan, permukaan rahim masih kasar karena pelepasan jaringan desidua (jaringan yang terbentuk selama kehamilan) dan membran janin, dengan ketebalan sekitar 2-5 mm. Regenerasi jaringan rahim berlangsung selama 2-3 minggu, saat jaringan desidua yang tersisa mulai dikeluarkan.

Setelah melahirkan, hormon-hormon seperti hormon plasental lactogen, estrogen, dan kortisol berkurang drastis, yang juga membantu menurunkan kadar gula darah. Penurunan estrogen juga menyebabkan pembengkakan payudara dan pengeluaran cairan yang berlebih dari tubuh. Pada wanita yang menyusui, peningkatan hormon prolaktin menekan ovulasi, sehingga mereka tidak mengalami menstruasi selama masa menyusui (Yunia Renny Adhikantias, 2023).

f. Pathway



Gambar 2.2 : Pathway

Sumber: (Arma, 2020) (Tim Pokjo SDKI, 2016)

g. Manifestasi Klinik

1) Sistem reproduksi

a) Proses involusi

Involusi adalah proses kembalinya rahim ke ukuran sebelum hamil setelah melahirkan. Proses ini dimulai ketika plasenta keluar, dibantu oleh kontraksi otot rahim. Selama kehamilan, berat rahim meningkat menjadi dua kali lipat dari berat sebelum hamil. Setelah melahirkan, berat rahim menjadi sekitar 500 gram, dan dalam dua minggu berikutnya, menurun menjadi 350 gram. Pada minggu keenam, berat rahim kembali ke sekitar 50-60 gram. Meskipun rahim kembali mengecil, ukurannya sedikit lebih besar dibandingkan sebelum hamil karena penurunan hormon menyebabkan autolisis, yang menghancurkan jaringan berlebih yang terbentuk selama kehamilan.

b) Kontraksi

Setelah bayi lahir, hormon oksitosin yang diproduksi oleh kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi rahim. Kontraksi ini membantu menghentikan pendarahan dan menjaga kestabilan. Dalam 1-2 jam pertama setelah persalinan, intensitas kontraksi mungkin menurun dan menjadi tidak teratur. Untuk menjaga agar rahim tetap berkontraksi dengan baik, oksitosin biasanya diberikan melalui suntikan intravena atau intramuskuler.

c) Tempat Plasenta

Setelah plasenta dan ketuban keluar, kontraksi pembuluh darah dan trombosit bekerja untuk menyegel lokasi tempat plasenta menempel, yang berubah menjadi area berbenjol-benjol. Proses pertumbuhan kembali lapisan rahim (endometrium) membantu menghilangkan jaringan yang rusak tanpa membentuk jaringan parut, yang penting untuk penyembuhan. Kecuali pada lokasi

bekas plasenta, regenerasi endometrium selesai pada akhir minggu ketiga setelah persalinan.

d) Lochea

Lochea adalah cairan sekret yang merupakan darah yang dibuang dari rahim. Lochea memiliki aroma tertentu. Baunya tidak sama dengan bau menstruasi. Berdasarkan jumlah dan warnanya, lochea dibagi menjadi empat jenis: lochea rubra mengeluarkan sisa darah merah dan hitam dari hari pertama hingga hari ketiga; lochea sangiolenta mengeluarkan sisa darah putih dan merah dari hari ketiga hingga hari ketujuh; lochea serosa mengeluarkan sisa darah kuning dari hari ketujuh hingga hari keempat belas; dan lochea alba mengeluarkan sisa darah putih setelah hari keempat belas.

e) Vagina

Antara 6-8 minggu setelah bayi lahir, vagina mengecil dan ragae (lipatan-lipatan atau kerutan) muncul kembali ke ukuran normal. Perineum Luka episiotomi terasa nyeri, mengalami edema dan menjadi kebiruan pada awalnya.

f) Endometrium dan serviks

Pada hari pertama, endometrium memiliki ketebalan 2,5 mm. Setelah tiga hari, permukaan mulai rata, sehingga tidak ada jaringan parut. Perubahan serviks secara bertahap dimulai pada kala I dan berakhir dengan pembukaan serviks lengkap.

g) Sistem Pencernaan

Ibu yang melahirkan dapat mengalami konstipasi setelah persalinan jika mereka kekurangan makanan berserat. Luka pada perineum dan rasa takut ketika buang air besar adalah penyebab tambahan.

h) Sistem Perkemihan

Dalam waktu dua hingga delapan minggu setelah melahirkan, saluran kencing biasanya akan kembali normal. Pada minggu

keempat, pelvis ginjal dan ureter yang meregang selama kehamilan akan kembali normal.

2) Tanda-Tanda Vital

a) Nadi dan Pernafasan

Selama persalinan, denyut nadi ibu cenderung meningkat. Bisa terjadi dua kondisi, yaitu bradikardi (nadi melambat hingga 50-70 kali per menit) atau takikardi (nadi cepat). Karena proses mengejan, ibu membutuhkan lebih banyak pernapasan untuk mendukung tenaga yang dikeluarkan. Tekanan Darah Jika tekanan darah ibu naik lebih dari 30 mmHg pada sistole (tekanan saat jantung berkontraksi) dan 15 mmHg pada diastole (tekanan saat jantung beristirahat), ada kemungkinan ibu mengalami pre-eklampsia. Selain itu, ibu bisa mengalami hipotensi ortostatik (penurunan tekanan darah hingga 20 mmHg) beberapa jam setelah persalinan, yang ditandai dengan rasa pusing saat berdiri.

b) Suhu Tubuh

Suhu tubuh pasca melahirkan dapat meningkat sekitar 0,5 derajat celsius dari keadaan normal (36 derajat Celcius hingga 37,5 derajat Celcius), tetapi tidak lebih dari 38 derajat Celcius. Jika suhu tubuh tidak kembali normal atau meningkat setelah dua

c) Sistem Endokrin

Selama periode postpartum, terjadi perubahan hormonal yang signifikan, terutama pada produksi hormon estrogen dan progesteron. Kadar kedua hormon ini berubah, yang menunjukkan bahwa tubuh ibu sedang beradaptasi secara hormonal. Selain itu, kadar hormon kortisol, yang berfungsi sebagai respons terhadap stres, juga meningkat pada ibu, mendekati tingkat yang sering terlihat pada orang yang mengalami depresi.

d) Berat Badan

Selama kehamilan, ibu bisa mengalami penambahan berat badan antara 10 hingga 15 kilogram. Setelah melahirkan, sebagian besar ibu akan kembali ke ukuran tubuh mereka dalam waktu tujuh hingga delapan minggu. Namun, beberapa ibu mungkin memerlukan waktu lebih lama untuk mencapai berat badan yang diinginkan. belas jam setelah partum, itu menandakan infeksi.

e) Perubahan Psikologis

Ada beberapa perubahan yang akan dilalui oleh ibu nifas, di antaranya:

(1) *Perubahan Taking In*

Merupakan masa setelah satu hingga dua hari dari persalinan, di mana ayah, ibu, dan bayi berkomunikasi dan berinteraksi selama berjam-jam.

(2) *Periode Taking Hold*

Selama tiga hingga empat hari setelah persalinan, ibu mencoba menguasai perawatan bayinya.

(3) *Periode Letting Go*

Ini terjadi setelah ibu pulang ke rumah, saat ibu hamil bertanggung jawab atas bayinya (Widya, 2022).

h. Penataksanaan Ibu Post Partum

Penanganan ruptur perineum, yaitu robekan di area antara vagina dan anus, dilakukan dengan beberapa cara. Salah satunya adalah menjahit luka secara lapis demi lapis. Hal ini bertujuan untuk mencegah terbentuknya ruang terbuka di sekitar vagina yang bisa terisi bekuan darah dan menghambat proses penyembuhan. Selain itu, pemberian antibiotik yang cukup juga penting dalam penanganan ini.

Berikut adalah beberapa prinsip yang harus diperhatikan dalam pengobatan ruptur perineum:

1) Periksa Penyebab Pendarahan

Jika seorang ibu mengalami perdarahan setelah melahirkan, segera periksa apakah pendarahan tersebut disebabkan oleh retensi plasenta (plasenta yang tertinggal) atau plasenta yang lahir tidak lengkap.

2) Identifikasi Sumber Pendarahan

Jika plasenta telah lahir sepenuhnya dan kontraksi rahim berjalan baik, maka pendarahan tersebut mungkin berasal dari luka di jalan lahir. Dalam hal ini, penjahitan perlu dilakukan.

Dalam memberikan perawatan kepada ibu pascapersalinan, terdapat beberapa langkah yang perlu diambil:

a. Monitoring Tanda Vital

Periksa tekanan darah. Jika tekanan darah melebihi 140/90, ini bisa menjadi tanda preeklampsia. Selain itu, suhu tubuh yang meningkat bisa menunjukkan adanya infeksi, stres, atau dehidrasi.

b. Pemberian Cairan Intravena

Memberikan cairan intravena sangat penting untuk mencegah dehidrasi, meningkatkan volume darah, dan mencegah terjadinya syok.

c. Pemberian Oksitosin

Oksitosin diberikan bersama cairan infus atau secara intramuskuler segera setelah plasenta dilahirkan untuk membantu kontraksi rahim dan mengurangi pendarahan pascapersalinan.

d. Obat Penghilang Nyeri

Berbagai jenis obat dapat digunakan untuk mengurangi rasa sakit, termasuk sedatif, analgesik, narkotik, dan antagonis narkotik. Obat anestesi juga dapat diberikan secara regional atau umum untuk mengurangi rasa sakit secara efektif.

i. Pemeriksaan penunjang

Berikut adalah teks yang lebih mudah dipahami mengenai pemeriksaan darah dan urin pada periode pascapersalinan:

1) Pemeriksaan Darah

Setelah melahirkan, beberapa tes darah rutin dilakukan untuk memantau kondisi ibu. Pada hari pertama pascapersalinan, tes untuk mengukur kadar hemoglobin dan hematokrit biasanya dilakukan. Ini penting untuk mengevaluasi seberapa banyak darah yang hilang selama proses persalinan.

2) Pemeriksaan Urin

Untuk pemeriksaan urin, sampel diambil menggunakan kateter atau teknik pengambilan bersih (clean-catch). Sampel ini kemudian dikirim ke laboratorium untuk dianalisis, termasuk kultur dan tes sensitivitas. Pemeriksaan ini sangat penting, terutama jika kateter indwelling (kateter yang dipasang untuk waktu yang lebih lama) digunakan selama masa pascapersalinan. Selain itu, catatan prenatal ibu perlu diperiksa untuk mengetahui status rubella, rhesus, dan kemungkinan terapi yang diperlukan (Nurul Wakia, 2020).

2. Konsep Perawatan Luka Perineum

a. Pengertian Luka Perineum

Ruptur perineum adalah robekan jalan lahir yang terjadi selama persalinan, seperti ruptur atau episiotomi. Luka atau robekan jaringan yang tidak teratur disebut robekan jalan lahir (Tulas Prety Divini verbi, 2020).

b. Macam-Macam Luka Perineum

Luka perineum dibedakan menjadi 2 yaitu:

1) Episiotomi

Tindakan insisi yang dikenal sebagai episiotomi melibatkan pemotongan selaput lendir vagina cincin selaput darah, jaringan

pada septum rektovaginal, otot dan fascia perineum, dan kulit sebelah depan perineum.

2) Ruptur

Ruptur adalah luka yang terjadi pada perineum, yaitu area antara vagina dan anus, akibat kerusakan jaringan yang terjadi secara alami saat proses persalinan. Kerusakan ini biasanya disebabkan oleh tekanan kepala atau bahu bayi saat lahir.

Banyak luka ruptur yang tidak teratur, sehingga jaringan yang sobek perlu dijahit agar bisa sembuh dengan baik. Penjahitan ini penting untuk mencegah komplikasi dan membantu proses penyembuhan.

c. Klasifikasi Luka perineum

Robekan perineum dapat diklasifikasikan berdasarkan tingkat keparahannya, sebagai berikut (Rina Kundrei, 2020):

1. **Derajat I**

Robekan derajat satu hanya terjadi pada jaringan mukosa vagina, bagian depan vulva, dan kulit perineum. Ini adalah jenis robekan yang paling ringan.

2. **Derajat II**

Robekan derajat dua lebih dalam, mencakup jaringan mukosa vagina, bagian depan vulva, kulit perineum, dan juga melibatkan otot-otot perineum.

3. **Derajat III**

Robekan derajat tiga mencakup semua yang ada di derajat dua, tetapi juga melibatkan sfingter ani eksternal. Ini berarti ada kerusakan pada otot yang mengontrol keluarnya tinja.

4. **Derajat IV**

Robekan derajat empat adalah yang paling serius, melibatkan seluruh jaringan perineum dan sfingter ani, hingga mencapai mukosa rektum. Ini adalah kerusakan yang sangat luas dan memerlukan penanganan yang lebih intensif.

Klasifikasi ini membantu tenaga medis dalam menentukan pengobatan yang tepat dan perawatan yang diperlukan untuk ibu setelah melahirkan.

d. Tindakan pada Luka Perineum

1) Derajat I

Tidak perlu dijahit jika tidak ada perdarahan dan posisi luka baik

2) Derajat II

Jahit dan kemudian luka pada vagina dan kulit perineum ditutup dengan mengikut sertakan jaringan – jaringan dibawahnya

3) Derajat III/IV

Penolong persalinan tidak dibekali keterampilan untuk reparasi laserasi perineum. Maka hendaknya segera merujuk kefasilitas rujukan (Walyani dan Purwoastuti, 2020).

e. Penyembuhan Luka

Fase penyembuhan luka adalah sebagai berikut :

1) Fase Inflamasi

Fase inflamasi terjadi dari hari pertama hingga hari kelima setelah luka. Ketika pembuluh darah terluka, tubuh berusaha menghentikan perdarahan dengan cara berikut:

1. **Vasokonstriksi:** Pembuluh darah yang putus akan menyempit untuk mengurangi aliran darah.
2. **Pengerutan ujung pembuluh:** Ujung pembuluh darah yang terluka akan berkontraksi untuk mencegah perdarahan lebih lanjut.
3. **Reaksi hemostatis:** Proses yang membantu menghentikan perdarahan.

Selama fase ini, Anda dapat melihat tanda-tanda peradangan, seperti:

- **Kemerahan:** Area di sekitar luka menjadi merah (rubor).
- **Panas:** Area tersebut terasa hangat (kalor).
- **Nyeri:** Rasa sakit di sekitar luka (dolor).
- **Pembengkakan:** Bagian yang terluka membengkak (tumor).

2) Fase proliferasi

Dikenal sebagai fase fibroplasia karena fokusnya adalah proliferasi fibroblast - berlangsung dari akhir fase inflamasi hingga akhir 29 minggu ketiga. Fibroplasia berasal dari sel mesenkim yang belum berdiferensiasi dan menghasilkan mukopolisakarida, asam aminoglisin, dan prolin, yang merupakan bahan dasar kolagen serat yang akan mempertautkan tepi luka.

Pada fase fibroplasia, sel radang, fibroblast, dan kolagen mengelilingi luka, membentuk jaringan berwarna kemerahan dengan permukaan yang berbenjol halus yang disebut jaringan granulasi.

3) Fase maturasi

Fase pematangan terdiri dari penyerapan kembali jaringan yang berlebihan, pengerutan sesuai gaya gravitasi, dan pembuatan kembali jaringan yang baru terbentuk.

Fase ini dapat berlangsung berbulan-bulan sebelum akhirnya ditandai dengan hilangnya semua gejala radang, Karena proses penyembuhan, tubuh berusaha menormalkan kembali semua yang tidak normal, sel radang dan edema diserap, sel muda menjadi matang, kapiler baru menutup dan diserap kembali, kolagen berlebih diserap, dan sisanya mengerut sesuai dengan regangan yang ada.

Menurut (Walyani dan Purwoastuti), Dalam penatalaksanaan bedah penyembuhan luka dibagi menjadi tiga bagian:

Jenis Penyembuhan Luka

a) Penyembuhan Melalui Intensi Pertama (Penyatuan Primer)

- Luka dibuat dengan cara yang bersih (aseptik) dan kerusakan jaringan yang minimal.
- Luka ditutup dengan baik, sehingga proses penyembuhannya cepat.

b) Penyembuhan Melalui Intensi Kedua (Granulasi)

- Pada luka ini, bisa terjadi pembentukan nanah (pus) atau tepi luka tidak saling menempel.
- Proses penyembuhannya lebih rumit dan memakan waktu lebih lama

c) Penyembuhan Melalui Intensi Ketiga (Sutura Sekunder)

- Jika luka dalam tidak dijahit (sutura) atau terlepas, akan terbentuk jaringan parut yang lebih dalam dan luas.

f. Perawatan Luka Perineum

Perawatan Luka

Merawat luka adalah langkah penting yang dilakukan untuk menangani luka. Proses ini mencakup membersihkan luka, menutup, dan membalutnya. Tujuan utamanya adalah untuk mempercepat penyembuhan jaringan dan mencegah infeksi (Fatimah dan Lestari, 2020).

Tujuan Perawatan Luka:

1. **Melindungi luka dari trauma:** Menghindari cedera tambahan pada luka.
2. **Mengontrol luka:** Mencegah luka semakin parah atau berdarah.
3. **Membunuh mikroorganisme:** Menghambat pertumbuhan bakteri yang bisa menyebabkan infeksi.
4. **Memberikan lingkungan penyembuhan yang baik:** Menciptakan kondisi yang tepat untuk luka agar dapat sembuh.

5. **Mencegah pendarahan:** Menghentikan perdarahan agar tidak semakin parah.
6. **Meningkatkan kenyamanan pasien:** Membantu pasien merasa lebih nyaman secara fisik dan mental.

g. Penatalaksanaan Perawatan Luka Perineum

Perawatan luka perineum setelah melahirkan sangat penting untuk kenyamanan dan kesehatan ibu. Berikut adalah langkah-langkah yang perlu dilakukan:

1. Persiapan

- **Posisi Ibu:** Ibu sebaiknya melakukan perawatan di kamar mandi, dengan posisi jongkok jika sudah mampu, atau berdiri dengan kedua kaki terbuka.
- **Alat dan Bahan:**
 - **Alat:** Botol, baskom, gayung atau shower, air hangat, dan handuk bersih.
 - **Bahan:** Air hangat, pembalut nifas baru, dan antiseptik.

2. Penatalaksanaan

Perawatan perineal setelah melahirkan bertujuan untuk mengurangi ketidaknyamanan, menjaga kebersihan, mencegah infeksi, dan mempercepat penyembuhan. Langkah-langkahnya adalah sebagai berikut (Fatimah dan Lestari, 2020):

- a) Mencuci tangan terlebih dahulu.
- b) Mengisi botol plastik dengan air hangat.
- c) Mengganti pembalut yang penuh dengan cara membuangnya ke bawah, menggerakkan ke arah rektum, dan memasukkan ke dalam

kantung plastik.

d) Berkemih dan BAB di toilet.

e) Menyemprotkan air hangat ke seluruh area perineum.

f) Mengeringkan perineum dengan tisu dari depan ke belakang.

g) Memasang pembalut baru dari depan ke belakang.

h) Mencuci tangan kembali setelah selesai.

3. *Evaluasi*

Setelah perawatan, evaluasi hasil dilakukan dengan melihat parameter berikut:

- Perineum tidak lembab.
- Posisi pembalut sudah tepat.
- Ibu merasa nyaman.

h. Waktu Perawatan Luka Perineum

Waktu perawatan luka perineum, yakni:

1) Saat Mandi

Saat ibu mandi setelah melahirkan, mereka harus melepas pembalut mereka. Jika pembalut terbuka, cairan yang tertampung di dalamnya dapat kontaminasi bakteri, jadi pembalut harus diganti, dan perineum ibu juga harus dibersihkan.

2) Setelah Buang Air Kecil

Kontaminasi air seni di rectum saat buang air kecil dapat menyebabkan perkembangan bakteri di perineum, yang memerlukan pembersihan perineum.

3) Setelah Buang Air Besar

Untuk mencegah bakteri menyebar dari anus ke perineum yang bersebelahan, sisa-sisa kotoran di sekitar anus harus dibersihkan.

3. Konsep Resiko Infeksi

a. Pengertian Resiko Infeksi

Risiko menular adalah suatu kondisi dimana seseorang berisiko terserang agen patogen dan oportunistik (virus, jamur, bakteri, protozoa atau parasit) yang berasal dari sumber eksternal, eksogen, dan endogen.. (Anandita dkk, 2020).

b. Tanda dan Gejala Infeksi

Tanda dan gejala infeksi meliputi :

1. **Rubor (Kemerahan)**

Area yang terinfeksi akan menunjukkan warna kemerahan. Ini terjadi karena aliran darah ke daerah tersebut meningkat.

2. **Kalor (Panas)**

Daerah yang terinfeksi akan terasa panas. Ini disebabkan oleh tubuh yang meningkatkan aliran darah ke area tersebut untuk mengirimkan antibodi guna melawan penyebab infeksi.

3. **Tumor (Bengkak)**

Area yang terinfeksi akan mengalami pembengkakan. Ini terjadi karena peningkatan permeabilitas sel dan aliran darah yang lebih banyak ke daerah tersebut.

4. **Dolor (Nyeri)**

Nyeri akan terasa di area yang terinfeksi. Ini terjadi karena sel-sel yang terinfeksi mengeluarkan zat tertentu yang menyebabkan rasa sakit.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Post Partum

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah langkah awal dan dasar dalam proses keperawatan. Tahap ini mencakup dua hal utama: mengumpulkan data dan merumuskan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi:

- **Data Biologis:** Informasi tentang kondisi fisik dan kesehatan klien.
- **Data Psikologis:** Informasi tentang keadaan mental dan emosional klien.
- **Data Sosial:** Informasi tentang interaksi klien dengan lingkungan sosialnya.
- **Data Spiritual:** Informasi tentang keyakinan dan nilai-nilai yang diyakini klien.

Perawat yang melakukan pengkajian diharapkan memiliki kemampuan sebagai berikut:

- **Kesadaran Diri:** Memahami diri sendiri dan pengaruhnya terhadap klien.
- **Kemampuan Berkomunikasi Terapeutik:** Mampu berkomunikasi dengan baik untuk membangun hubungan yang positif dengan klien.
- **Respons Efektif:** Mampu merespons dengan baik terhadap kebutuhan dan masalah klien.

Tujuan utama dari pengkajian adalah untuk mengumpulkan data yang objektif (berdasarkan fakta) dan subjektif (berdasarkan pengalaman klien) sehingga perawat dapat merencanakan perawatan yang tepat. (Yolanda Bataha., 2020)

Identitas Pasien

Biodata pasien mencakup informasi berikut:

- Nama
- Umur
- Pendidikan
- Pekerjaan
- Status perkawinan
- Agama
- Suku/bangsa
- Alamat
- Nomor rekam medis (No. RM)
- Tanggal masuk rumah sakit
- Tanggal pemeriksaan
- Tanggal pengkajian

b. Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan mencakup informasi seperti:

- Tempat pemeriksaan kehamilan
- Frekuensi pemeriksaan
- Imunisasi yang diterima
- Keluhan yang dialami selama kehamilan
- Pendidikan kesehatan yang diperoleh

c. Riwayat Kesehatan Dulu

Riwayat kesehatan sebelumnya termasuk:

- Penyakit kronis atau menular seperti jantung, hipertensi, diabetes (DM), tuberkulosis (TBC), hepatitis, penyakit kelamin, atau abortus.
- Apakah pasien pernah mengalami kelahiran prematur sebelumnya.

d. Riwayat Kesehatan Sekarang

Informasi saat ini termasuk kejadian sebelum persalinan, seperti keluarnya cairan ketuban dari vagina secara spontan tanpa tanda-tanda persalinan.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga mencakup adanya penyakit keturunan, seperti jantung, diabetes, hipertensi, TBC, atau penyakit kelamin, yang mungkin diturunkan kepada pasien.

f. Riwayat Psikososial

Klien yang baru melahirkan sering kali merasa cemas tentang cara merawat bayinya dan mungkin merasa harga diri mereka rendah karena berat badan yang meningkat.

g. Riwayat Persalinan

Riwayat persalinan mencakup:

- Tempat persalinan
- Penolong persalinan
- Jalannya persalinan

h. Riwayat Jenis Kelamin Bayi

Riwayat jenis kelamin bayi mencakup perbedaan biologis antara bayi perempuan dan laki-laki sejak lahir.

i. Riwayat Berat Badan (BB) Anak Saat Lahir

Bayi baru lahir dengan kondisi kelahiran penuh (38–40 minggu) memiliki berat badan ideal berkisar antara 2,7 kg hingga 4 kg.

- a Pola – pola fungsi Kesehatan
 - 1) Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Pada pola persepsi ini klien merasa menghargai dirinya dan bersyukur akan karunia yang dimiliki, tidak memiliki masalah dalam hidupnya saat hamil dan selalu menjaga kebersihannya.

2) Pola nutrisi dan metabolisme

Pada klien nifas (ibu yang baru melahirkan), biasanya terjadi peningkatan nafsu makan. Hal ini disebabkan oleh keinginan untuk menyusui bayinya. Ibu membutuhkan asupan nutrisi yang lebih banyak untuk mendukung proses menyusui dan menjaga kesehatan dirinya serta bayinya

3) Pola Aktivitas

Pada pasien postpartum (ibu yang baru melahirkan), klien dapat melakukan aktivitas sehari-hari, tetapi terbatas pada aktivitas ringan. Ibu mungkin merasa cepat lelah dan mengalami keterbatasan aktivitas akibat kelemahan dan nyeri.

4) Pola Eliminasi

Pasien postpartum sering merasakan kesulitan atau frekuensi berkemih yang tinggi. Hal ini bisa disebabkan oleh pembengkakan di area panggul yang mempengaruhi kandung kemih, serta bisa menyebabkan infeksi. Selain itu, ibu mungkin mengalami konstipasi karena takut untuk buang air besar (BAB).

5) Pola Istirahat dan Tidur

Klien nifas mengalami perubahan dalam pola istirahat dan tidur. Kehadiran bayi dan nyeri di area jahitan setelah persalinan dapat mengganggu tidur mereka.

6) Pola Hubungan dan Peran

Klien memahami perannya sebagai istri dan ibu yang baik. Mereka juga berusaha menjaga hubungan yang baik dengan keluarga, lingkungan, dan teman-teman.

7) Pola Pengelolaan Stres

Klien sering merasa cemas dan terkadang melamun, yang menunjukkan adanya stres akibat perubahan setelah melahirkan.

8) Pola Sensorik dan Kognitif

Klien merasakan nyeri pada perineum akibat luka jahitan dan nyeri perut karena involusi rahim. Pada klien primipara (ibu yang baru pertama kali melahirkan), ada juga kekurangan pengetahuan tentang cara merawat bayinya.

9) Pola Reproduksi dan Sosial

Setelah melahirkan, klien mungkin mengalami disfungsi seksual, yaitu perubahan dalam hubungan seksual atau fungsi seksual yang tidak optimal akibat proses persalinan dan masa nifas.

10) Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Saat menjelang dan setelah persalinan, klien mungkin mengalami gangguan dalam ibadah karena harus beristirahat total setelah melahirkan. Aktivitas mereka biasanya dibantu oleh anggota keluarga.

b Pemeriksaan keadaan umum

Menunjukkan keadaan umum pasien seringkali dapat menilai apakah keadaan pasien dalam keadaan darurat atau tidak. Umumnya pada pasien ibu post partum biasanya keadaan umumnya *composmentis* yaitu pasien sadar sepenuhnya.

a Tanda – tanda Vital

Mengukur tekanan darah, suhu, respirasi, nadi dan apabila terjadi perdarahan pada post partum tekanan darah turun, nadi cepat, pernafasan meningkat, suhu tubuh menurun.

b Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

Pemeriksaan kepala meliputi:

- **Bentuk kepala:** Apakah ada kelainan pada bentuknya.
- **Kebersihan kepala:** Memastikan kepala bersih.
- **Cloasma gravidarum:** Kadang muncul bercak kecokelatan pada kulit wajah selama kehamilan.
- **Benjolan:** Memeriksa apakah ada benjolan di kepala.

2) Mata

Pemeriksaan mata meliputi:

- **Pembengkakan:** Memeriksa apakah ada pembengkakan pada kelopak mata.
- **Konjungtiva:** Memastikan tidak ada kemerahan.
- **Selaput mata pucat:** Memeriksa apakah ada tanda anemia akibat perdarahan saat persalinan.

3) Hidung

Pemeriksaan hidung meliputi:

- **Polip:** Memeriksa adanya polip hidung.
- **Pernapasan:** Setelah melahirkan, kadang ditemukan kesulitan bernapas melalui hidung.

4) Telinga

Pemeriksaan telinga meliputi:

- **Simetris:** Memeriksa apakah bentuk telinga simetris.
- **Kebersihan:** Memastikan telinga bersih.
- **Cairan:** Memeriksa apakah ada cairan yang keluar dari telinga.

5) Leher

Pemeriksaan leher meliputi:

- **Pembesaran kelenjar tiroid:** Memeriksa adanya pembesaran kelenjar tiroid, yang bisa terjadi akibat kesalahan proses penyusuan.

6) Dada/Payudara

Pemeriksaan payudara meliputi:

- **Pembesaran:** Memeriksa apakah payudara membesar.
- **Hiperpigmentasi:** Memeriksa adanya perubahan warna pada areola dan puting susu.
- **Kemerahan dan ketidaksimetrisan:** Memastikan tidak ada kemerahan atau pembengkakan yang tidak normal.
- **Palpasi:** Menyentuh payudara untuk mendeteksi tanda-tanda infeksi, serta memeriksa areola dan puting susu.

7) Abdomen

Pemeriksaan abdomen meliputi:

- **Striae:** Memeriksa apakah ada garis-garis peregangan yang masih terasa nyeri.

- **Fundus uteri:** Memeriksa posisi fundus uteri, yang seharusnya berada tiga jari di bawah pusat.

8) Lochea

Pada klien nifas lochea terjadi karena cairan secret yang berasal dari ovumuteri dan vagina dalam masa nifas.

9) Genetalia

Inspeksi genitalia vulva atau uretra dalam batas normal.

10) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina: melihat apakah vulva bersih atau tidak, adanya tanda-tanda infeksi.

11) Ekstremitas

Pemeriksaan edema untuk melihat kelainan – kelainan karena membesarnya uterus, karena prekmasia atau karena penyakit ataupun ginjal.

12) Musculoskeletal

Pada klien post partum biasanya terjadi karena keterbatasan gerak karena adanya luka epilepsi.

Pemeriksaan perineum dan rectum Memposisikan klien dan kaji keutuhan perineum, akankah utuh, apakah ada luka episiotomy atau luka laserasi/rupture.

a Identifikasi luka episiotomy serta kondisi jahitan, kaji tanda-tanda *REEDA* (*Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge, Approximation*)

- 1) *Redness: kemerahan*
- 2) *Edema: bengkak*
- 3) *Ecchymosis : kebiruan*
- 4) *Discharge : nanah*
- 5) *Approximation : penyatuan*

- b Identifikasi ada atau tidaknya hemoroid, hemoroid derajat 1 normal terhadap ibu post partum.

2. **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap proses kehidupan atau masalah kesehatan. Menurut Tim Pokja (SDKI, 2017), diagnosa keperawatan yang akan muncul pada ibu post partum adalah:

- a) Defisit perawatan diri (D.0109) b.d kelemahan d.d minat melakukan perawatan diri kurang
- b) Nyeri akut (D.0077) b.d agen pencedera fisik d.d mengeluh nyeri
- c) Resiko infeksi (0142) d.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit

3. Intervensi keperawatan

Tabel 2.1 Diagnosa, Luaran, dan Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan						
		Luaran Keperawatan (SLKI)					Intervensi Keperawatan (SIKI)	
1.	Defisit Perawatan Diri (D.0109) Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri Defisit perawatan Diri (D.0109) b.d. Kelemahan d.d. minat melakukan perawatan diri kurang Gejala dan Tanda Mayor Subjektif	Perawatan Diri (L.11103) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat, dengan kriteria hasil sebagai berikut :					Perawatan Perineum (I.07226) Observasi 1.1 Inspeksi insisi atau robekan perineum (mis. Episiotomi) Terapeutik 1.2 Fasilitasi dalam membersihkan perineum pertahankan perineum tetap kering 1.3 Berikan posisi nyaman berikan kompres es, <i>jika perlu</i> 1.4 Bersihkan area perineum secara teratur 1.5 Berikan pembalut yang menyerap cairan Edukasi 1.6 Ajarkan pasien dan keluarga mengobservasi tanda abnormal pada perineum (mis. Infeksi,	
		Kriteria Hasil						
			Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat		Meningkat
		Kemampuan mandi	1	2	3	4		5
		Kemampuan mengenakan pakaian	1	2	3	4		5
		Kemampuan makan	1	2	3	4		5
		Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)	1	2	3	4		5
Verbalisasi keinginan	1	2	3	4	5			

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan					Intervensi Keperawatan (SIKI)	
		Luaran Keperawatan (SLKI)						
	1. Menolak melakukan perawatan diri Objektif 1. Tidak mampu mandi/menggunakan pakaian/makan/ke toilet/ berhias secara mandiri 3. Minat melakukan perawatan diri kurang Gejala dan Tanda Minor Subjektif <i>(Tidak tersedia)</i> Objektif <i>(Tidak tersedia)</i>	melakukan perawatan diri						kemerahan, pengeluaran cairan yang abnormal) Kolaborasi 1.7 Kolaborasi pemberian antiinflamasi, <i>jika perlu</i> 1.8 Kolaborasi pemberian analgesik, <i>jika perlu</i>
		Minat melakukan perawatan diri	1	2	3	4	5	
		Mempertahankan kebersihan diri	1	2	3	4		
		Mempertahankan kebersihan mulut	1	2	3	4		
2.	Nyeri Akut (D.0077) Definisi :	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil sebagai berikut :					Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi	

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan					Intervensi Keperawatan (SIKI)	
		Luaran Keperawatan (SLKI)						
	Pengalaman sensorik 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 Nyeri akut (D.0077) b.d. agen pencedera fisik d.d. Gejala dan Tanda Mayor Subjektif 1. Mengeluh nyeri Objektif 1. Tampak meringis	Kriteria Hasil					2.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2.2 Identifikasi skala nyeri 2.3 Identifikasi respon nyeri non verbal 2.4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 2.5 Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 2.6 Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 2.7 Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 2.8 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 2.9 Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 2.10 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	
			Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup meningkat		Meningkat
		Kemampuan menuntaskan aktivitas	1	2	3	4		5
			Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun		Menurun
		Keluhan nyeri	1	2	3	4		5
		Meringis	1	2	3	4		5
		Gelisah	1	2	3	4		5
		Kesulitan tidur	1	2	3	4		5
		Menarik diri	1	2	3	4		5
		Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4		5
		Diaforesis	1	2	3	4		5
		Perasaan depresi	1	2	3	4		5
		Anoreksia	1	2	3	4		5
		Perineum terasa tertekan	1	2	3	4		5
		Muntah	1	2	3	4		5

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan					Intervensi Keperawatan (SIKI)
		Luaran Keperawatan (SLKI)					
2. Bersikap protektif 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur Gejala dan Tanda Minor Subjektif (Tidak tersedia) Objektif	Mual						2.11 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 2.12 Fasilitas istirahat tidur 2.13 Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 2.14 Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2.15 Jelaskan strategi meredakan nyeri 2.16 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 2.17 Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 2.18 Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 2.19 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
		Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik	
	Frekuensi nadi	1	2	3	4	5	
	Pola napas	1	2	3	4	5	
	Tekanan darah	1	2	3	4	5	
	Proses berfikir	1	2	3	4	5	
	Fungsi berkemih	1	2	3	4	5	
	Nafsu makan	1	2	3	4	5	
	1 Tekanan darah meningkat						
	2 Pola napas berubah						
3 Nafsu makan berubah							
4 Proses berpikir terganggu							
5 Menarik diri							

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan						
		Luaran Keperawatan (SLKI)			Intervensi Keperawatan (SIKI)			
6	Berfokus pada diri sendiri							
7	Diaforesis							
3.	Resiko Infeksi (0142) Definisi Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik	Tingkat Infeksi (L.14137) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat infeksi Menurun, dengan kriteria hasil sebagai berikut :					Pencegahan Infeksi (1.14539) Observasi 3.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 3.2 Batasi jumlah pengunjung 3.3 Berikan perawatan kulit pada area edema 3.4 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3.5 Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi 3.6 Jelaskan tanda dan gejala infeksi 3.7 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar	
		Kriteria Hasil						
			Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat		Meningkat
		Kebersihan tangan	1	2	3	4		5
		Kebersihan badan	1	2	3	4		5
		Nafsu makan	1	2	3	4		5
			Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun		Menurun
		Demam	1	2	3	4		5
		Kemerahan	1	2	3	4		5
		Nyeri	1	2	3	4		5

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan					Intervensi Keperawatan (SIKI)
		Luaran Keperawatan (SLKI)					
	Bengkak	1	2	3	4	5	3.8 Ajarkan etika batuk 3.9 Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 3.10 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 3.11 Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 3.12 Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
	Vesikel	1	2	3	4	5	
	Cairan berbau busuk	1	2	3	4	5	
	Drainase purulen	1	2	3	4	5	
	Periode malaise	1	2	3	4	5	
	Periode menggigil	1	2	3	4	5	
	Gangguan kognitif	1	2	3	4	5	
		Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik	
	Kadar sel darah putih	1	2	3	4	5	
	Kultur darah	1	2	3	4	5	
	Kultur urine	1	2	3	4	5	

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah langkah di mana perawat melakukan tindakan yang sudah direncanakan sebelumnya. Tindakan ini mencakup dua jenis:

1. **Tindakan Mandiri:** Tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan analisis atau kesimpulan sendiri, tanpa petunjuk dari tenaga kesehatan lain.
2. **Tindakan Kolaborasi:** Tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya.

Setelah rencana keperawatan disusun, langkah selanjutnya adalah menerapkan tindakan nyata dengan tujuan mengurangi atau mengatasi masalah klien.

Tahap implementasi melibatkan beberapa kegiatan, seperti:

- **Validasi:** Memastikan bahwa rencana perawatan sudah tepat.
- **Dokumentasi:** Menulis dan mencatat rencana perawatan.
- **Pengumpulan data lanjutan:** Mengumpulkan informasi tambahan selama tindakan dilakukan.

Agar implementasi berjalan lancar, tindakan harus dijelaskan dengan detail dan jelas, sehingga semua tenaga perawat bisa melakukannya sesuai waktu yang ditentukan. Implementasi ini membantu klien bergerak dari kondisi kesehatan yang kurang baik menuju kondisi yang lebih baik, sesuai dengan hasil yang diharapkan. (Ratnawati, 2020).

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Suarni & Apriyani (2020), evaluasi dalam keperawatan adalah proses menilai tindakan yang telah dilakukan untuk mengetahui apakah

kebutuhan klien terpenuhi secara optimal dan untuk mengukur hasil dari proses keperawatan.

Untuk memudahkan evaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen **SOAP**, yaitu:

- a S : Data subjektif adalah informasi yang didapat dari klien melalui ungkapan mereka setelah tindakan dilakukan. Misalnya, klien mengatakan bahwa nyeri sudah berkurang..
- b O : Data objektif adalah informasi yang diperoleh dari hasil pengamatan atau pengukuran. Misalnya, hasil pemeriksaan tekanan darah atau pengamatan kondisi luka setelah perawatan.
- c A : Analisa dilakukan dengan membandingkan data subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan. Dari sini, diambil kesimpulan apakah masalah klien sudah teratasi, teratasi sebagian, atau belum teratasi.
- d P : Planning adalah rencana tindakan selanjutnya berdasarkan hasil analisa. Jika masalah belum teratasi, maka perencanaan baru akan disusun.