

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP TEORI

1. Konsep post partum

a. Pengertian masa nifas

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu. Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti semula sebelum hamil. Masa nifas ini berlangsung kurang lebih 6 minggu (JHPEIGO, 2002). Masa nifas tidak kurang dari 10 hari dan tidak lebih dari 8 minggu setelah akhir persalinan, dengan pemantauan bidan sesuai kebutuhan ibu dan bayi. (Dewi Puspitaningrum 2020).

b. Adaptasi fisiologis

1) Proses involusi uterus

Kontraksi adalah proses mengembalikan rahim ke keadaan sebelum hamil. Proses ini dimulai segera setelah plasenta terlepas akibat kontraksi otot polos rahim. Pada akhir kala tiga persalinan, rahim berada di garis tengah, sekitar 2 cm dari pusar, pangkalnya berada di atas sakrum. Ukuran rahim ibu hamil sekitar 16 minggu (sekitar 1000 g). Sekitar jam 12, tinggi pangkalnya sekitar 1 cm dari pusar. Perubahan non ovulasi terjadi dengan sangat cepat. Fundusnya mengempis sekitar 1-2 cm setiap 24 jam. Pada hari keenam, perineum biasanya terletak di antara pusar dan sendi kemaluan. Rahim tidak teraba di perut pada hari ke 9 setelah lahir. Rahim yang hamil penuh, yang beratnya 11 kali lipat dari berat sebelum hamil, akan memiliki berat sekitar 500g pada 1 minggu pascapersalinan dan 350g (11-12oz) 2 minggu pasca persalinan seminggu setelah melahirkan, rahim sudah kembali ke panggul aslinya.

Pada minggu ke 6, beratnya akan menjadi 50-60 g. Pada masa nifas, penurunan kadar estrogen dan progesteron menyebabkan autolisis, yaitu kerusakan langsung jaringan hipertrofik. Sel-sel ekstra yang terbentuk selama kehamilan tetap ada. Hal inilah yang menyebabkan ukuran rahim menjadi sedikit lebih besar setelah hamil. Ketidakmampuan rahim untuk kembali ke keadaan tidak hamil disebut kontraksi akibat sisa fragmen plasenta dan infeksi.

2) Kontraksi

intensitas peningkatan kontraksi uterus tajam tepat setelah melahirkan, kemungkinan disebabkan oleh volume rahim berkurang secara signifikan. Hemostasis postpartum diperoleh terutama dengan menekan pembuluh darah intramuskular, daripada agregasi trombosit dan pembentukan bekuan darah. Hormon oksitosin yang dikeluarkan oleh kelenjar pituitari mempunyai efek memperkuat dan mengatur kontraksi rahim, menekan pembuluh darah, dan meningkatkan hemostasis. Dalam waktu 1 hingga 2 jam setelah melahirkan, intensitas kontraksi rahim bisa menurun dan menjadi tidak teratur. Karena penting untuk menjaga kontraksi rahim pada saat ini, oksitosin intravena atau intramuskular (pitocin) biasanya diberikan segera setelah plasenta selesai sampai enam minggu setelah kelahiran.

3) Afterpains

pada hewan primitif, tonus uterus meningkat, sehingga fundus biasanya tetap kokoh. Multipara seringkali dirasakan rileks dan berkontraksi secara berkala sehingga menimbulkan nyeri. Nyeri pascapersalinan lebih terasa setelah melahirkan, ketika rahim terlalu kencang (misalnya pada bayi yang lebih tua, kembar), pemberian asi dan tambahan oksitosin sering kali menambah rasa sakit karena keduanya merangsang kontraksi.

4) Tempat plasenta

Setelah plasenta dan cairan ketuban dikeluarkan, vasospasme dan trombosis akan menyebabkan plasenta menjadi daerah nodular yang tidak beraturan. Pertumbuhan endometrium ke atas yang menyebabkan hilangnya jaringan nekrotik dan mencegah pembentukan jaringan parut yang merupakan ciri penyembuhan luka. Proses penyembuhan unik ini memungkinkan endometrium berfungsi dengan baik dan memungkinkan implantasi dan pembentukan plasenta untuk kehamilan berikutnya. Rekonstruksi endometrium selesai pada akhir minggu ketiga persalinan, kecuali lokasi plasenta lama.

5) Lochia

Lochia adalah keluarnya cairan dari rahim yang muncul setelah bayi lahir. Mula-mula berwarna merah, kemudian berubah menjadi merah tua atau coklat kemerahan. Cairan ini mungkin mengandung gumpalan darah kecil. Selama dua jam pertama setelah melahirkan, jumlah cairan yang keluar dari rahim tidak boleh melebihi jumlah maksimal yang dikeluarkan saat menstruasi. Maka aliran cairan akan berkurang. Lochia rubra terutama mengandung darah dan sisa desimal dan daun. Keluarnya cairan encer dan berubah warna menjadi merah muda atau coklat setelah 3-4 hari (serum lochia). Cairan serosa terdiri dari darah basi, serum, sel darah putih, dan sisa jaringan. Sekitar 10 hari setelah bayi lahir, warna keputihan ini berubah dari kuning menjadi putih (lochia alba). Lochia alba mengandung leukosit, selaput daun, sel epitel, lendir, serum dan bakteri. Lochia alba dapat bertahan selama dua hingga enam minggu setelah bayi lahir.

c. Adaptasi psikologis

1) Fase *taking in* (ketergantungan)

Periode ini berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir. Ibu perlu bicara

tentang dirinya sendiri. Ketidaknyamanan fisik yang dialami ibu pada fase ini seperti rasa mules, nyeri pada jahitan, kurang tidur dan kelelahan merupakan sesuatu yang tidak dapat dihindari. Hal tersebut membuat ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gangguan psikologis yang mungkin dialami, seperti mudah tersinggung, menangis. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif. Pada fase ini petugas kesehatan harus menggunakan pendekatan yang empatik agar ibu dapat melewati fase ini dengan baik.

2) Fase *taking hold* (ketergantungan, kemandirian)

Periode ini berlangsung 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah. Kita perlu berhati-hati menjaga komunikasi dengan ibu. Dukungan moral sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu.

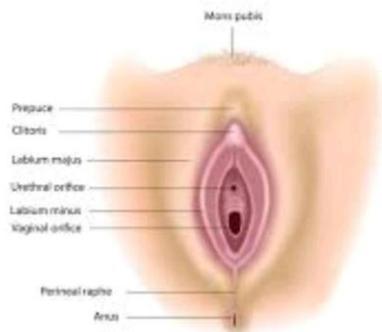
3) Fase *letting go* (kemandirian)

Periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Ibu memahami bahwa bayi butuh disusui sehingga siap terjaga untuk memenuhi kebutuhan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya sudah meningkat pada fase ini. Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya. Pendidikan kesehatan yang kita berikan pada fase sebelumnya akan sangat berguna bagi ibu. Ibu lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya.

d. System reproduksi

Organ reproduksi wanita terbagi atas organ eksterna dan organ interna. Organ eksterna berfungsi dalam kopulsi, sedangkan organ interna berfungsi dalam ovulasi, sebagai tempat fertilitas sel telur dan

perpindahan blastosis, dan sebagai tempat implantasi, dapat dikatakan berfungsi untuk pertumbuhan dan kelahiran janin.



Gambar 2. 1 Organ Eksterna Reproduksi Wanita

➤ Organ eksterna, terdiri atas :

a. Mons pubis

Mons pubis atau mons veneris adalah bantalan berisi lemak yang terletak dipermukaan anterior simphisis pubis. Setelah pubertas kulit mons pubis tertutup rambut ikal

b. Labia mayora

Merupakan dua buah lipatan kulit dengan jaringan lemak dibawahnya yang berlanjut ke bawah sebagai perluasan dan mons pubis dan menyatu menjadi perineum. Pada wanita menjelang dewasa ditumbuhi oleh pubis lanjutan dan mons veneris.

c. Labia minora

Jaringan berwarna kemerahan yang kedua sisinya menyatu pada ujung atas vulva disebut labia minora atau nimfe. Labia minora merupakan dua buah

lipatan tipis kulit yang terletak disebelah dalam labia mayora. Labia mayora adalah lipatan jaringan yang tipis dan bila terbuka terlihat lembab dan kemerahan, menyerupai selaput mukosa. Jaringan ini ditutupi oleh epitel gepeng berlapis dengan banyak tonjolan papilla, tidak ditemukan folikel rambut namun banyak terdapat folikel sebacea dan kadang-kadang terdapat kelenjar keringat

d. Klitoris

Klitoris identik dengan penis pada pria kira-kira sebesar kacang hijau sampai cabai rawit dan ditutupi oleh frenulum klitoris- klitoris terdiri dari :

1) Glans

Glans terdiri dari sel-sel berbentuk fusi tormis

2) Korpus

Terdapat 2 korpora kavernosa, dimana pada dindingnya terdapat serabut otot polos

3) Krura

Bentuknya tipis dan panjang berawal dipermukaan inferior ramus iskiopubis menyatu tepat dibawah pertengahan arkus pubis membentuk korpus klitoris. Panjang klitoris jarang melebihi 2 cm bahkan dalam keadaan ereksi sekalipun dan posisinya sangat berlipat karena tarikan labia minora. Akibatnya ujung klitoris mengarah ke bawah dan menuju liang vaginavestibulum

Merupakan daerah berbentuk buah amandel yang dibatasi labia minora dilateral dan memanjang dari klitoris diatas hingga fourchet dibawah. Vestibulum adalah jaringan fungsional pada wanita yang berasal dan urogenital pada embrio. Pada tahap kematangan terdapat 6 buah lubang uretra, vagina, 2 kelenjar saluran kelenjar bartholini dan kadang kala terdapat duktus dari kelenjar vestibularis mayor yaitu kelenjar bartholini. Kelenjar ini terletak dibawah otot konstriktor

vagina dan kadang kala ditemukan tertutup sebagian oleh bulbus vestibularis.

e. Introitus vagina

Introitus vagina adalah pintu masuk ke vagina. Dilindungi oleh labia minora, dapat dilihat jika bibir kecil dibuka, ditutupi oleh selaput dara (hymen)

f. Selaput dara (hymen)

Merupakan selaput yang menutupi introitus vagina. Biasanya berlubang membentuk semilunaris, anularis, tapisan, septata atau fimbria. Bila tidak berlubang disebut atresia himenalis atau hymen imperforate, hymen akan robek pada koitus apalagi setelah bersalin. Sisanya disebut kuruntula hymen atau sisa hymen

g. Orifisium uretra eksterna (lubang kemih)

2/3 bagian bawah uretra terletak tepat diatas dinding depan vagina dan bermuara pada meatus uretra. Meatus uretra terletak pada garistengah vestibulum 1-1,5 cm dibawah arkus pubis, letaknya dekat dengan bagian atas liang vagina dan biasanya terlihat menonjol berkerut-kerut.

h. Perineum

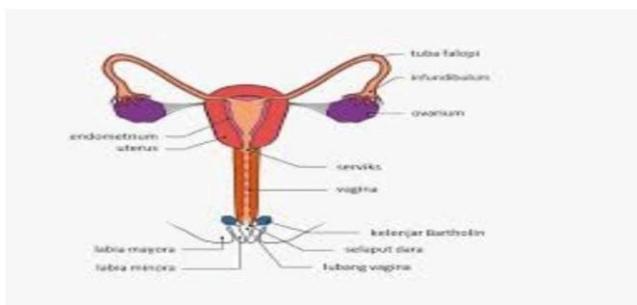
Perineum terletak antara vulva dan anus, panjangnya rata-rata 4 cm. Jaringan yang menopang perineum adalah diafragma peluis dan urogenital. Perineum terdiri dari otot yang dilapisi dengan kulit menjadi penting karena perineum dapat robek selama melahirkan.

➤ Organ internal

a. Vagina

Vagina merupakan saluran fibromuskuler elastis yang membentang keatas dan kebelakang mulut vulva hingga uterus. Dinding anterior vagina memiliki panjang kurang lebih 7,5 cm dan dinding posteriornya 9 cm. Vagina mempunyai banyak fungsi yaitu sebagai saluran keluar dari uterus, dilalui

sekresi uterus, dan kotoran menstruasi, sebagai organ kopulasi dan sebagai jalan lahir saat persalinan.



Gambar 2. 2 Organ Interna System Reproduksi Wanita

Dinding vagina terdiri dari 4 lapisan :

- Lapisan epitel gepeng berlapis, pada lapisan ini tidak terdapat kelenjar tetapi cairan akan merembes melalui epitel untuk memberikan kelembababan.
- Jaringan efektif areoler yang dipasok pembuluh dengan baik.
- Jaringan otot polos berserat longitudinal dan sirkuler.
- Lapisan luar jaringan ikat fibrosa berwarna putih. Fornik berasal dari kata latin yang artinya selokan. Pada tempat servik menjulur kedalam kubah vagina terbentuk sebuah selokan melingkar yang mengelilingi serviks. Fornik ini terbagi menjadi empat bagian. Fornik posterior, anterior, dan dua buah fornix lateral.

b. Uterus

Uterus merupakan organ muskuler yang sebagian tertutup oleh peritoneum atau serosa. Bentuk uterus menyerupai buah pir yang gepeng. Uterus wanita yang tidak hamil terletak pada rongga panggul antara kandung kemih di anterior dan rectum di posterior. Uterus wanita

nullipara panjang 6-8 cm, dibandingkan dengan 9-10 cm pada wanita multipara. Berat uterus wanita yang pernah melahirkan antara 50-70 gram sedangkan wanita yang belum pernah melahirkan beratnya 80 gr atau lebih. Uterus terdiri dari :

1) Fundus uteri

Merupakan bagian uterus proksimal, disitu kedua tuba fallopi berinsersi ke uterus. Didalam klinik penting diketahui sampai dimana fundus uteri berada oleh karena tuanya kehamilan dapat diperkirakan dengan perabaan fundus uteri.

2) Korpus uteri

Merupakan bagian uterus yang terbesar, rongga yang terdapat pada korpus uteri disebut kavum uteri. Dinding korpus uteri terdiri dari 3 lapisan = serosa, muskula, dan mukosa. Mempunyai fungsi utama sebagai janin berkembang.

3) Servik uteri

Servik Merupakan bagian uterus dengan bagian khusus, terletak dibawah istimus. Servik memiliki serabut otot polos, namun terutama terdiri atas jaringan kolagen, ditambah jaringan elastin serta pembuluh darah. Kelenjar ini berfungsi mengeluarkan secret yang kental dan lengket dari kanalis servikalis. Jika saluran kelenjar serviks tersumbat dapat terbentuk kista retensi berdiameter beberapa millimeter yang disebut sebagai folikel nabothian. Secara histolik uterus terdiri atas:

a) Endometrium di corpus uteri dan endoserviks di serviks uteri

Merupakan bagian terdalam dari uterus yaitu lapisan mukosa yang melapisi rongga uterus pada wanita yang tidak hamil. Endometrium terdiri atas epitel kubik, kelenjar-kelenjar dan jaringan dengan banyak pembuluh darah yang berkeluk-keluk. Ukuran endometrium bervariasi yaitu 0,5 mm hingga 5 mm. endometrium terdiri dari epitel permukaan, kelenjar dan jaringan mesenkim antar kelenjar yang ada didalamnya banyak terdapat pembuluh darah.

Epitel permukaan endometrium terdiri dari satu lapisan sel kolumnar tinggi, bersilia dan tersusun rapat. Kelenjar uterine berbentuk tubuler merupakan invaginasi dari epitel, kelenjar ini menghasilkan cairan alkalis encer yang berfungsi menjaga rongga uterus tetap lembab.

b) Miometrium

Merupakan jaringan pembentuk sebagian besar uterus dan terdiri atas kumpulan otot polos yang disatukan jaringan ikat dengan banyak serabut elastis didalamnya. Menurut Schwalm dan Dubnauszky, 1996 banyak serabut otot pada uterus sedikit demi sedikit berkurang kearah kaudal, sehingga pada serviks otot hanya merupakan 10 % dari massa jaringan. Selama masa kehamilan terutama melalui proses hipertrofi, miometrium sangat membesar, namun tidak terjadi perubahan yang berarti pada otot diserviks.

c) Lapisan serosa,

Merupakan peritorium visceral uterus sebenarnya terapung-apung dalam rongga peluis dengan jaringan ikat dan ligamentum yang menyokongnya.

4) Tuba fallopi

Tuba fallopi merupakan saluran ovum yang terentang antara kornu uterina hingga suatu tempat didekat ovarium dan merupakan jalanovum mencapai rongga uterus. Panjang tuba fallopi antara 8-14 cm, tuba tertutup oleh peritoneum dan lumanya dilapisi oleh membran mukosa. Tuba fallopi terdiri atas:

- a) Pars interstialis, Bagian yang terdapat di dinding uterus
- b) Pars ismik Merupakan medial tuba yang sempit seluruhnya
- c) Pars ompularis Bagian yang terbentuk agak lebar tempat konsepsi terjadi
- d) Pars infundibulum Bagian ujung tuba yang terbuka kearah abdomen dan mempunyai fimbria. Fimbria penting artinya bagi tuba untuk menangkap telur untuk kemudian menyalurkan kedalam tuba.

5) Ovarium

Ovarium merupakan organ yang berbentuk seperti buah amandel, fungsinya untuk perkembangan dan pelepasan ovum, serta sintesis dan sekresi hormon steroid. Ukuran ovarium, panjang 2,5-5 cm, lebar 1,5-5 cm, dan tebal 0,6-1 cm. setelah menopause ovarium sangat kecil. Normalnya, ovarium terletak pada bagian atas rongga panggul dan menempel pada lekukan dinding lateral pelvis diantara iliaka eksternal yang divergen dan pembuluh darah hipogastrik fossa ovaroca weldeyer. Ovarium melekat pada ligamentum latum melalui mesovarium. Struktur umum pada ovarium dapat dibedakan menjadi :

a) Korteks

Ketebalannya sesuai dengan usia dan menjadi semakin tipis dengan bertambahnya usia. Dalam lapisan inilah ovarium dan folikel de graaf. Bagian yang paling luar dari korteks yang kusam dan keputih-putihan dikenal sebagai tunika albuginea, dimana permukaannya terdapat lapisan tunggal epitel muboid yaitu epitel germinal dari waldeyer.

b) Medulla

Terdiri atas jaringan penyambung longgar yang berkesinambungan dengan yang dari mesovarium. Terdapat sejumlah besar arteri dan vena dalam medulla dan sejumlah kecil serat otot polos yang berkesinambungan, serat otot berfungsi dalam pergerakan ovarium. Ovarium disuplai oleh saraf simpatis dan saraf parasimpatis. Saraf simpatis berasal dari ovarica yang menyertai pembuluh ovarica, beberapa berasal dari pleksus yang mengelilingi cabang ovarica dari arteri uterina.

e. Sistem kardiovaskuler

Salah satunya pada sistem kardiovaskuler yang akan berlangsung pada ibu hamil. Perubahan pada sistem kardiovaskuler selama kehamilan ditandai

dengan adanya peningkatan volume darah, curah jantung, denyut jantung, isi sekuncup, dan penurunan resistensi vaskuler.

Gangguan Sistem Kardiovaskuler

- 1) Hipertensi 68%
- 2) Preeklamsi 36,2%

Cardiac output meningkat selama persalinan dan peningkatan lebih lanjut setelah kala III, ketika besarnya volume darah dari uterus terjepit di dalam sirkulasi. Penurunan setelah hari pertama puerperium dan kembali normal pada akhir minggu ketiga. Meskipun terjadi penurunan di dalam aliran darah ke organ setelah hari pertama, aliran darah ke payudara meningkat untuk mengadakan laktasi. Merupakan perubahan umum yang penting keadaan normal dari sel darah merah dan putih pada akhir puerperium. Pada beberapa hari pertama setelah kelahiran, fibrinogen, plasminogen, dan factor pembekuan menurun cukup cepat. Akan tetapi darah lebih mampu untuk melakukan koagulasi dengan peningkatan viskositas, dan ini berakibat meningkatkan risiko thrombosis. (Apriza et al. 2020)

f. Sistem pencernaan

Ibu menjadi lapar dan siap untuk makan pada 1-2 jam setelah bersalin. Konstipasi dapat menjadi masalah pada awal puerperium akibat dari kurangnya makanan dan pengendalian diri terhadap BAB. Ibu dapat melakukan pengendalian terhadap BAB karena kurang pengetahuan dan kekhawatiran Iukanya akan terbuka bila BAB. Buang air besar secara spontan bisa tertunda selama dua sampai tiga hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini biasa disebabkan karena tonus otot usus menurun. Selama proses persalinan dan pada awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, kurang makan, atau dehidrasi. Ibu seringkali sudah menduga nyeri saat defekasi karena nyeri yang dirasakannya di perineum akibat episiotomi, laserasi, atau hemoroid.

Kebiasaan buang air yang teratur perlu dicapai kembali setelah tonus usus kembali ke normal. (Ruminem 2021)

g. Sistem perkemihan

Terjadi diuresis yang sangat banyak dalam hari-hari pertama puerperium. Diuresis yang banyak mulai segera setelah persalinan sampai 5 hari postpartum. Empat puluh persen ibu postpartum tidak mempunyai proteinuri yang patologi dari segera setelah lahir sampai hari kedua postpartum, kecuali ada gejala infeksi dan preeklamsi. Dinding saluran kencing memperlihatkan oedema dan hyperanemia. Kadang-kadang oedema dari trigonum, menimbulkan obstruksi dari uretra sehingga terjadi retensio urin. Kandung kencing dalam puerperium kurang sensitif dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kencing penuh atau sesudah kencing masih tinggal urin residual. Sisa urin ini dan trauma pada kandung kencing waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi. Dilatasi ureter dan pyelum, normal kembali dalam waktu 2 minggu. (Ayuni and Yanti 2022)

h. Sistem muskuloskeletal

Adaptasi sistem muskuloskeletal ibu yang terjadi mencakup hal-hal yang dapat membantu relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat berat ibu akibat pembesaran uterus. Stabilisasi sendi lengkap akan terjadi pada minggu ke-6 sampai ke-8 setelah wanita melahirkan. Striae pada abdomen tidak dapat menghilang sempurna tapi berubah menjadi halus/samar, garis putih keperakan. Dinding abdomen menjadi lembek setelah persalinan karena teregang selama kehamilan. Semua ibu puerperium mempunyai tingkatan diastasis yang mana terjadi pemisahan muskulus rektus abdominus. Beratnya diastasis tergantung pada faktor-faktor penting termasuk keadaan umum ibu, tonus otot, aktivitas/pergerakan yang tepat, paritas, jarak kehamilan, kejadian/kehamilan dengan overdistensi. Faktor-faktor tersebut menentukan

lama waktu yang diperlukan untuk mendapatkan kembali tonus otot. (Unit Promosi Kesehatan Masyarakat 2020)

i. Perubahan system endokrin

1) Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh glandula pituitary posterior dan bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Oksitosin di dalam sirkulasi darah menyebabkan kontraksi otot uterus dan pada waktu yang sama membantu proses involusi uterus.

2) Prolaktin

Penurunan estrogen menjadikan prolaktin yang dikeluarkan oleh glandula pituitary anterior bereaksi terhadap alveoli dari payudara sehingga menstimulasi produksi ASI. Pada ibu yang menyusui kadar prolaktin tetap tinggi dan merupakan permulaan stimulasi folikel di dalam ovarium ditekan.

3) HCG, HPL, Estrogen dan Progesterone

Ketika plasenta lepas dari dinding uterus dan lahir, tingkat hormone HCG, HPL, estrogen, dan progesterone di dalam darah ibu menurun dengan cepat, normalnya setelah 7 hari.

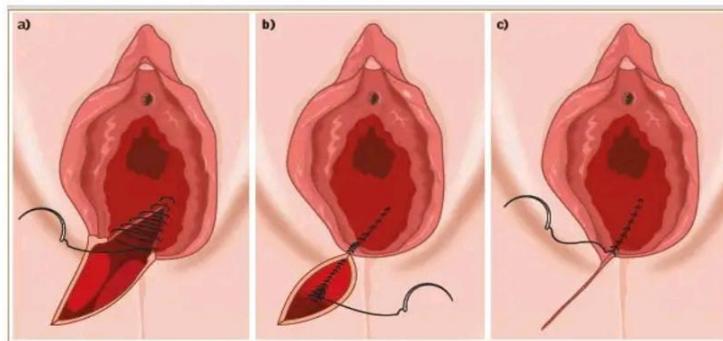
4) Pemulihan Ovulasi dan Menstruasi

Pada ibu yang menyusui bayinya, ovulasi jarang sekali terjadi sebelum 20 minggu, dan tidak terjadi di atas 28 minggu pada ibu yang melanjutkan menyusui untuk 6 bulan. Pada ibu yang tidak menyusui ovulasi dan menstruasi biasanya mulai antara 7-10 minggu

2. Konsep nyeri

Nyeri merupakan stressor dan akan menambah kecemasan, sehingga individu berespon untuk menghilangkan/mengurangi nyeri tersebut. Persepsi nyeri setiap individu tidak sama, tidak ada dua individu mengalami nyeri yang sama dengan respon dan tingkatan nyeri yang sama pula. Rasa nyeri dalam waktu yang lama akan mendukung terjadinya stress yang

membuat ibu menjadi mudah marah, mudah sebal dan kelelahan. Salah satu nyeri yang dimaksud adalah yang disebabkan perlukaan pada jalan lahir. Sebanyak 85% persalinan spontan menimbulkan luka pada perineum. Luka terjadi karena robekan perineum baik secara spontan/alami atau karena indikasi tertentu sehingga harus dilakukan tindakan episiotomi. Angka tindakan episiotomi di Indonesia sebesar 30-63% persalinan dan meningkat hingga 93% pada persalinan pertama. Luka perineum dapat menimbulkan rasa tidak nyaman (nyeri) setelah persalinan 2025/9/13.



Gambar 2. 3 Luka Jahitan Perineum

Nyeri perundingan diakibatkan karena laserasi jalan lahir dan karena tindakan penjahitan setelah persalinan. Laserasi atau robekan jalan lahir terjadi baik secara spontan (ruptur perineum) ataupun karena tindakan pengguntingan (episiotomi). Nyeri perineum apabila tidak ditangani akan mengganggu kondisi fisik dan juga psikologis baik farmakologi dengan pemberian analgesik maupun nonfarmakologi. (Cahyani 2020).

Nyeri perineum adalah gejala umum di antara ibu yang dapat terjadi segera setelah lahir dan bertahan setelah periode pascanatal. Nyeri sangat individual, subjektif dipengaruhi oleh kultur, situasi, perhatian dan berbagai

variabel psikologi. Ada tiga faktor psikologi yang mempengaruhi dimensi nyeri yaitu sensori diskriminasi, motivasi dan evaluasi kognitif yang akan saling berinteraksi untuk menghasilkan informasi, persepsi yang akan mempengaruhi pola kompleks tentang karakter nyeri. Metode pemeriksaan berdasarkan jawaban klien secara langsung merupakan indikator yang paling dipercaya untuk penilaian intensitas nyeri. Untuk menilai nyeri dapat digunakan beberapa metode, yaitu secara subjektif dan objektif. (Istiana, Rahmawati, and Kusumawati 2020).

3. Konsep kompres dingin

Kompres dingin merupakan modalitas terapi fisik yang menggunakan sifat fisik dingin untuk terapi berbagai kondisi, termasuk pada nyeri luka perineum. Kompres dingin bekerja dengan menstimulasi permukaan kulit untuk mengontrol nyeri. Terapi dingin yang diberikan akan mempengaruhi impuls yang dibawa oleh serabut taktil A-Beta untuk lebih mendominasi sehingga “gerbang” akan menutup dan impuls nyeri akan terhalangi. Nyeri yang dirasakan akan berkurang atau hilang untuk sementara waktu. Tujuan dilakukannya kompres dingin yaitu untuk mengurangi inflamasi yang terjadi pada tempat yang terserang nyeri sehingga sensasi nyeri pasien dapat berkurang. (Susilawati and Ilda 2022).

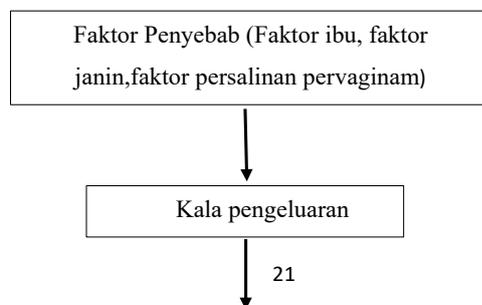
Manfaat kompres dingin diantaranya adalah mengurangi aliran darah ke daerah luka sehingga dapat mengurangi resiko perdarahan dan oedema, kompres dingin menimbulkan efek analgetik dengan memperlambat kecepatan hantaran saraf sehingga impuls nyeri yang mencapai otak akan lebih sedikit. Penelitian Elly Susilawati (2019), menunjukkan hasil nilai rata-rata intensitas nyeri luka perineum sebelum diberikan terapi kompres dingin adalah 4,80 dan setelah diberikan terapi terjadi penurunan intensitas nyeri dengan nilai rata-rata 1,33. Hasil tersebut menunjukkan bahwa terjadi penurunan nilai rata-rata intensitas nyeri luka perineum pada ibu post partum setelah diberikan kompres dingin

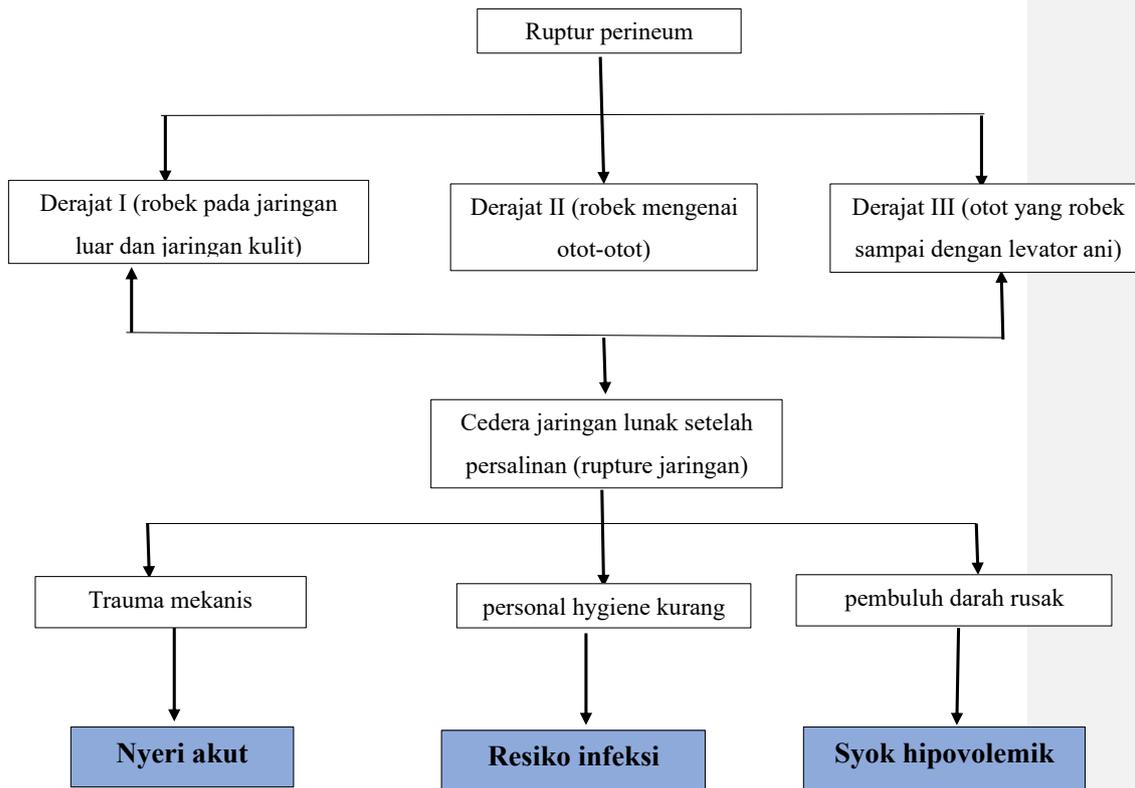
4. Patofisiologi

Patofisiologi nyeri perineum terjadi saat dilatasi serviks, pada corpus rahim distensi, peregangan pada segmen bawah rahim, peregangan pada leher rahim dan nyeri dilanjutkan ke dermaton terdapat pada segmen tulang belakang dengan menerima respons dari rahim dan leher rahim saat proses persalinan. Ketegangan jaringan di perineum dan otot perineum selama persalinan, dan rasa sakit yang disebabkan oleh rangsangan struktur somatik dangkal dan digambarkan sebagai lokal, terutama di daerah saraf pudendus (Az-Zahra 2023).

Nyeri perundingan diakibatkan karena laserasi jalan lahir dan karena tindakan penjahitan setelah persalinan. Laserasi atau robekan jalan lahir terjadi baik secara spontan (ruptur perineum) ataupun karena tindakan pengguntingan (episiotomi). Nyeri perineum apabila tidak ditangani akan mengganggu kondisi fisik dan juga psikologis baik farmakologi dengan pemberian analgesik maupun nonfarmakologi (Cahyani 2020).

5. Pathway





Sumber : (Dona, Afriyanti, and Rahmawati 2024).

6. Manifestasi klinis

Dalam masa pada ibu Postpartum membuat ibu merasakan beberapa hal (Susanto, 2019), dalam (Dan et al., 2021) yaitu:

- a. Rasa keram atau kejang di bagian bawah perut akibat kontraksi atau penciutan rahim (Involusi)
- b. Keluarnya sisa-sisa darah dari vagina (Lochea), seperti:

- 1) Lochea Rubra, yaitu keluaran yang berwarna merah kehitaman dan keluar selama -3 hari
- 2) Lochea Sanginolenta, yaitu keluaran yang berwarna merah kecoklatan dan berlendir keluar selama 4-7 hari
- 3) Lochea Serosa, yaitu keluaran yang berwarna kuning kecoklatan yang keluar selama 7-14 hari
- 4) Lochea Alba, yaitu keluaran berwarna putih keluar selama >14 hari berlangsung 2-6 minggu postpartum
- 5) Lochea Purulenta, keluaran berwarna seperti nanah dan berbau busuk, yang terjadi jika adanya infeksi

7. Komplikasi

Menurut (Lazuarti 2020) komplikasi pada ibu post partum adalah

- a. Perdarahan : Kehilangan darah lebih dari 500 cc setelah kelahiran kriteria perdarahan didasarkan pada satu atau lebih.
- b. Kehilangan darah lebih dai 500 cc
- c. Sistolik atau diastolik tekanan darah menurun sekitar 30 mmHg
- d. Hb turun sampai 3 gram %.

Tiga penyebab utama perdarahan antara lain :

- a. tonia uteri : Pada atonia uteri uterus tidak mengadakan kontraksi dengan baik dan ini merupakan sebab utama dari perdarahan post partum.
- b. laserasi jalan lahir : perlukan serviks, vagina dan perineum dapat menimbulkan perdarahan banyak bila tidak direparasi dengan segera dan terasa nyeri.
- c. Retensio plasenta, hampir sebagian besar gangguan pelepasan plasenta disebabkan oleh gangguan kontraksi uterus.
 - 1) Sisa plasenta atau selaput janin yang menghalangkontraksi uterus sehingga masih ada pembuluh darah yang tetap terbuka
 - 2) Ruptur uteri, robeknya otot uterus yang utuh atau bekas jaringan parut pada uterus setelah jalan lahir hidup.

3) Inversio uteri (Wiknjosastro, 2009 dalam Lazuarti, 2020)

(Di revisi)

- a. Infeksi puerperalis di definisikan sebagai; inveksi saluran reproduksi selama masa post partum. Insiden infeksi puerperalis ini 1 % - 8 %, ditandai adanya kenaikan suhu $> 38^{\circ}\text{C}$ dalam 2 hari selama 10 hari pertama post partum.
- b. Endometritis adalah infeksi dalam uterus paling banyak disebabkan oleh infeksi puerperalis. Bakteri vagina, pembedahan caesaria, ruptur membran memiliki resiko tinggi terjadinya endometritis
- c. Mastitis Yaitu infeksi pada payudara.
- d. Infeksi saluran kemih Insiden mencapai 2-4 % wanita post partum, pembedahan meningkatkan resiko infeksi saluran kemih. Organisme terbanyak adalah *Entamoeba coli* dan bakterigram negatif lainnya.
- e. Tromboplebitis dan thrombosis Semasa hamil dan masa awal post partum, faktor koagulasi dan meningkatnya status vena menyebabkan relaksasi sistem vaskuler, akibatnya terjadi 20 tromboplebitis (pembentukan trombus di pembuluh darah dihasilkan dari dinding pembuluh darah) dan thrombosis (pembentukan trombus) tromboplebitis superfisial terjadi 1 kasus dari 500 – 750 kelahiran pada 3 hari pertama post partum.
- f. Emboli yaitu : partikel berbahaya karena masuk ke pembuluh darah kecil
- g. Post partum depresi : ibu bingung dan merasa takut pada dirinya. Tandanya antara lain, kurang konsentrasi, kesepian tidak aman, perasaan obsesi cemas, kehilangan kontrol, dan lainnya.
- h. Tanda – Tanda Bahaya Post Partum Perdarahan dalam keadaan dimana plasenta telah lahir lengkap dan kontraksi rahim baik, dapat dipastikan bahwa perdarahan tersebut berasal dari perlukaan jalan lahir. Tanda-tanda yang mengancam terjadinya robekan perineum antara lain :
 - 1) Kulit perineum mulai melebar dan tegang.

- 2) Kulit perineum berwarna pucat dan mengkilap.
- 3) Ada perdarahan keluar dari lubang vulva, merupakan indikasi robekan pada mukosa vagina.

8. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis yang dapat diberikan pada ibu dengan post partum yaitu pemberian antibiotika, zat besi, vitamin dan analgetik (Prawirohardjo, S., 2008 dalam Ruang & Rsd, 2022)

b. Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan keperawatan yang bisa diberikan pada ibu nifas terdiri dari:

1) Nutrisi dan Cairan

Ibu yang berada pada masa nifas dan menyusui membutuhkan kalori yang sama dengan wanita dewasa, ditambah 700 kalori pada 6 bulan pertama pasca persalinan untuk memberikan ASI eksklusif dan 500 kalori pada tujuh bulan dan seterusnya. Selain makanan, ibu juga sangat dianjurkan untuk minum setiap kali menyusui, sedikitnya 3 liter setiap hari untuk menjaga tubuh agar tidak dehidrasi.

2) Ambulasi Mobilisasi

Dianjurkan kepada ibu untuk mempercepat pemulihan pasca persalinan. Mobilisasi yang dilakukan harus bertahap, tidak terburu-buru dan tidak berlebihan.

3) Eliminasi

Ibu akan diminta untuk berkemih 6-8 jam post partum yang dimana proses ini akan dipantau karena ada kemungkinan terjadinya kesulitan saat berkemih. Keinginan defekasi akan muncul pada hari pertama hingga hari ketiga post partum. Ibu yang masih takut untuk defekasi dianjurkan mengkonsumsi makanan berserat dan cukup cairan untuk mencegah konstipasi. Bila ibu tidak mampu

melakukan defekasi hingga hari ketiga, maka ibu perlu diberikan obat pencahar.

c. Personal Hygiene

Ibu harus diajarkan bagaimana cara membersihkan vagina setelah BAK dan BAB yang benar, mengganti pembalut setiap selesai membasuh vagina, mengeringkan vagina setelah dibersihkan dan juga bisa mengoleskan salep antiseptik pada luka episiotomi untuk mencegah infeksi.

d. Istirahat dan Tidur

Kebutuhan istirahat ini tidak terpenuhi akan menimbulkan frustrasi, depresi, penurunan produksi ASI dan memperlambat proses involusi uterus sehingga menimbulkan resiko perdarahan.

e. Aktivitas Seksual

Aktivitas seksual boleh dilakukan oleh ibu nifas setelah 6 minggu pasca persalinan karena pada masa ini luka episiotomi atau luka bekas SC telah sembuh dengan baik.

f. Latihan dan Senam Nifas

Senam nifas adalah latihan yang dilakukan untuk memulihkan kembali kondisi dan keadaan ibu baik secara fisiologis maupun psikologis. Senam nifas dianjurkan dilakukan setelah keadaan ibu pulih kembali (Pujiastuti, Yuniyanti, and Kemenkes Semarang 2021).

g. Cara melakukan kompres dingin

Kompres dingin pada perineum dilakukan untuk mengurangi pembengkakan, meredakan rasa sakit, dan membantu pemulihan, terutama setelah melahirkan atau cedera ringan di area tersebut. Berikut adalah langkah-langkah untuk melakukan kompres dingin pada perineum dengan aman:

1) Siapkan Bahan

- a) Gunakan kantong es atau kain bersih yang dibasahi dengan air dingin.

- b) Anda juga bisa membuat kantong es dari es batu yang dibungkus kain atau handuk kecil
- 2) Pastikan Kebersihan
 - a) Cuci tangan sebelum dan setelah mengaplikasikan kompres untuk menghindari infeksi.
 - b) Pastikan area perineum bersih dan kering sebelum menerapkan kompres dingin.
- 3) Pilih Posisi yang Nyaman
 - a) Anda bisa berbaring dengan posisi kaki sedikit terangkat atau duduk dengan posisi yang nyaman.
- 4) Aplikasikan Kompres Dingin
 - a) Tempelkan kantong es atau kain dingin di atas perineum.
 - b) Jangan langsung menempelkan es ke kulit, karena ini bisa menyebabkan iritasi atau kerusakan kulit. Gunakan kain atau handuk sebagai pelapis.
- 5) Durasi Kompres
 - a) Lakukan kompres selama 10–15 menit. Jangan lebih dari itu, karena terlalu lama bisa menyebabkan kulit menjadi terlalu dingin dan memburuknya kondisi.
 - b) Anda bisa mengulanginya setiap 1-2 jam pada hari pertama setelah cedera atau melahirkan.
- 6) Perhatikan Reaksi Tubuh
 - a) Jika merasa tidak nyaman atau kulit menjadi sangat dingin atau kebas, segera hentikan dan beri waktu untuk istirahat sejenak sebelum melanjutkan.
 - b) Jangan menempatkan kompres dingin langsung pada luka terbuka tanpa pelindung.
- 7) Alternatif
 - a) Selain kantong es, Anda juga bisa menggunakan gel perineum atau produk perawatan lainnya yang dirancang khusus untuk perawatan pasca melahirkan atau cedera.

- b) Jika rasa sakit atau pembengkakan tidak berkurang setelah beberapa hari, atau jika ada tanda-tanda infeksi (seperti kemerahan, panas, atau nanah), segera konsultasikan dengan dokter

B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Tujuan pengkajian adalah untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar klien . pengkajian merupakan tahap paling, menentukan bagi tahap berikutnya (Nursalam, 2011 dalam Suhermi, 2022).

a. Anamnesa

1) Identitas

Identitas klien mencakup nama, umur, pendidikan, pekerjaan, agama, sukubangsa, no medical record, alamat, nama suami, umur suami, pendidikan suami, pekerjaan suami, agama suami, alamat suami dan tanggal pengkajian

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama untuk mengetahui alasan keluhan yang dirasakan klien

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Untuk mengetahui keluhan yang sedang dialami pasien berkaitan dengan masa nifas, seperti pasien tidak bisa menyusui bayinya, pasien merasa mulas, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan perineu

c) Riwayat Masuk Rumah Sakit

Terdapat Keluhan utama (saat MRS dan sekarang), Riwayat persalinan sekarang kala (1-IV), Keadaan bayi sekarang, Berat

Badan, Lingkar Kepala, Lingkar Dada

d) Riwayat Kesehatan Dahulu

Ditanyakan apakah pasien pernah mengalami riwayat seperti sekarang ini

e) Riwayat obstetri dan Genekologi

f) Riwayat menstruasi

Pada ibu, yang perlu ditanyakan adalah umur menarche, siklus haid, lama haid, apakah adakeluhan saat haid, hari pertama haid terakhir.

g) Riwayat pernikahan

Pada ibu, yang perlu ditanyakan adalah usia perkawinan, perkawinan beberapa, dan usia pertama kali kawin.

h) Riwayat kelahiran dan persalinan nifas yang lalu

Pada ibu, yang perlu ditanyakan adalah pernah melahirkan berapa kali, dengan persalinan apa, komplikasi nifas, jumlah anak dan jenis kelamin anak.

i) Riwayat keluarga berencana

Tanyakan apakah pernah menggunakan alat kontrasepsi, alat kontrasepsi apa yang pernah digunakan, adakah keluhan saat menggunakan alat kontrasepsi, dan pengetahuan tentang alat kontrasepsi

3) Pola kebutuhan sehari hari

a) Bernafas: apakah mengalami kesulitan saat menarik dan menghembuskan napas.

b) Nutrisi (makan/minum): berapa kali makan sehari dan berapa banyak minum dalam satu hari.

c) Eliminasi: berapa kali BAB dan BAK dalam sehari serta volume, konsistensi, warna, dan bau urine dan feses.

d) Gerak badan: apakah ada gangguan gerak maupun aktifitas dan apa penyebabnya.

e) Istirahat tidur: apakah terjadi gangguan pola tidur dan istirahat

tidur.

- f) Berpakaian: bagaimana cara berpakaian, adakah kesulitan saat berpakaian.
 - g) Rasa aman dan nyaman: apakah sudah merasa aman dan nyaman atau mengalami rasa ketidaknyamanan.
 - h) Kebersihan diri: bagaimana cara membersihkan diri, apakah sudah cukup bersih atau tidak.
 - i) Pola komunikasi/hubungan dengan orang lain: bagaimana komunikasi dan interaksi di lingkungan sekitar dan dengan siapa sering berinteraksi serta bagaimana ketergantungan terhadap orang lain.
 - j) Produktivitas: bagaimana produktivitas dalam melakukan kegiatan sehari-hari, ada atau tidaknya kendala.
 - k) Rekreasi: bagaimana tempat maupun waktu rekreasi, apakah bisa atau tidak melakukan rekreasi.
 - l) Kebutuhan belajar: bagaimana tingkat pengetahuan tentang persiapan persalinan, tanda-tanda persalinan, dan bahaya persalinan.
- 4) Pemeriksaan fisik
- a) Keadaan umum

Keadaan umum ibu yang dikaji yaitu tingkat kesadaran, tinggi badan, berat badan, lingkaran lengan atas, dan tanda-tanda vital antara lain: suhu, tekanan darah, pernapasan, dan nadi.
 - b) Head to toe
 - (1) Pemeriksaan kepala dan wajah: konjungtiva dan sklera mata normal atau tidak, wajah pucat atau tidak, ada atau tidaknya cairan di telinga.
 - (2) Pemeriksaan dada: kondisi payudara yaitu warna areola dan puting menonjol atau tidak, ada tidaknya retraksi, pengeluaran asi, kondisi jantung dan paru.
 - (3) Abdomen: ada atau tidaknya linea (alba/nigra) dan striae

(lividae/albicans), apakah pembesaran sesuai dengan umur kehamilan, adakah gerakan jani, kontraksi, dan luka bekas operasi. Dilengkapi dengan pemeriksaan ballottement, Leopold (I, II, III, IV), penurunan kepala, kontraksi, DJJ, Mcd, TFU, dan bising usus.

- (4) Perineum: kondisi kebersihan, ada tidaknya pengeluaran lender bercampur darah atau air ketuban dan bagaimana karakteristiknya, hasil VT dan ada tidaknya hemoroid
- (5) Genetalia: kondisi kebersihan, tidak ada pengeluaran darah, lender, air ketuban.
- (6) Ekstremitas: ada atau tidaknya oedema dan varises pada ekstremitas atas dan bawah, refleks patella dan CRT.
- (7) Data penunjang Data yang menunjang kondisi kesehatan dan kehamilan seperti hasil laboratorium dan pemeriksaan radiologik

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung maupun potensial (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017)

Jenis-jenis diagnosis keperawatan tersebut dapat diuraikan sebagai berikut (Carpenito, 2013; Potter & Perry, 2013 dalam Tim Pokja SDKI PPNI, 2017):

a. Diagnosis Aktual

Diagnosis ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien.

b. Diagnosis Risiko

Diagnosis ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan. Tidak ditemukan tanda/gejala mayor dan minor pada klien, namun klien memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan.

c. Diagnosis Promosi Kesehatan

Diagnosis ini menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal

Berikut adalah uraian dari masing-masing komponen diagnosa keperawatan tersebut menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI,2017)

Tabel 2. 1 Jenis, Komponen dan Penulisan Diagnosa Keperawatan

| No | Jenis Diagnosa Keperawatan | Komponen dan Penulisan Diagnosa |
|----|-----------------------------|---|
| 1. | Diagnosis Aktual | Masalah b.d. Penyebab d.d. Tanda/Gejala |
| 2. | Diagnosis Resiko | Masalah d.d. Faktor Resiko |
| 3. | Diagnosis Promosi Kesehatan | Masalah d.d. Tanda/Gejala |

SDKI mengelompokan tanda dan gejala menjadi dua kategori, yaitu:

a. Mayor

Tanda dan gejala yang ditemukan dalam rentang 80-100% untuk validasi penegakan diagnosa (Tim Pokja PPNI 2017)

b. Minor

Tanda dan gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat digunakan sebagai pendukung tanda dan gejala mayor dan penegakan diagnosa Masalah yang mungkin terjadi pada Ibu Post Partum dengan nyeri perineum yaitu;

- 1) Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis
- 2) Resiko infeksi b.d efek prosedr infasif
- 3) Syok ihpovolemik b.d evaporasi

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Tindakan Keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Tujuan perawatan berdasarkan SMART yaitu :

- a. S : Spesific (Tidak memberikan makna ganda)
- b. M : Measurable (dapat diukur, dilihat, didengar, diraba, dirasakan ataupun dibantu)
- c. A : Achievable (secara realistis dapat dicapai)
- d. R : Reasonable (dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah)
- e. T : Time (punya batasan waktu yang sesuai dengan kondisi klien)

Tabel 2. 2 Intervensi keperawatan

| Diagnosa keperawatan | Tujuan dan kriteria hasil | Intervensi keperawatan | RASIONAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|-----------------|---------|---------------|---------|---------------------------------|---|---|---|---|---|---------------|---|---|---|---|---|----------|---|---|---|---|---|-----------------|---|---|---|---|---|-----------------|---|---|---|---|---|--------------|---|---|---|---|---|----------------------------|---|---|---|---|---|-------------|---|---|---|---|---|-----------------------------|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|--|--|
| Nyeri akut b.d agen pencedera fisik | Setelah dilakukan tindakan keperawatan di harapkan tingkat nyeri dapat mekeluhan nyeri menurun dengan kriteria hasil : | <p>MANAJEMEN NYERI</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Teraupetik</p> | <p>MANAJEMEN NYERI</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui skala nyeri 3. Untuk mengetahui respon nyeri non verbal 4. Untuk mengetahui pengetahuan dan keyakinan pasien tentang nyeri 5. Untuk mengetahui pengaruh budaya terhadap respon nyeri 6. Untuk mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7. Untuk mengukur keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8. Untuk mengetahui efek samping penggunaan analgetik <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar nyeri yang dirasakan dapat berkurang. 2. Untuk mengetahui lingkungan yang | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Meningkat</th> <th>Cukup meningkat</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup menurun</th> <th>Menurun</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan menuntaskan aktivitas</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Sikap protektif</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kesulitan tidur</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Menarik diri</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Berfokus pada diri sendiri</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Diaphoresis</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perasaan depresi (tertekan)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perasaan takut mengalami cedera berulang</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> | | Meningkat | Cukup meningkat | Sedang | Cukup menurun | Menurun | Kemampuan menuntaskan aktivitas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Keluhan nyeri | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Meringis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Sikap protektif | 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 | Diaphoresis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Perasaan depresi (tertekan) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Perasaan takut mengalami cedera berulang | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| | Meningkat | Cukup meningkat | Sedang | Cukup menurun | Menurun | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kemampuan menuntaskan aktivitas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Keluhan nyeri | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Meringis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sikap protektif | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diaphoresis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Perasaan depresi (tertekan) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Perasaan takut mengalami cedera berulang | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|---|--|
| Anoreksia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <p>1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).</p> <p>3. Agar pasien dapat istirahat dan tidur dengan baik.</p> <p>4. Agar pasien dan perawat dapat mengetahui jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Agar pasien dapat mengetahui penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>2. Agar pasien dapat mengetahui strategi meredakan nyeri</p> <p>3. Agar pasien dapat memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>4. Agar pasien dapat menggunakan analgesik secara tepat</p> <p>5. Agar pasien dapat melakukan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Untuk mengetahui pemberian analgetik, yang tepat jika perlu</p> |
| Perineum terasa tertekan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Uterus teraba membulat | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Ketegangan otot | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Pupil dilatasi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Muntah | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Mual | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Frekuensi nadi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Pola nafas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Tekanan darah | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Proses berfikir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Focus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Fungsi berkemih | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Perilaku | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Nafsu makan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Pola tidur | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

| | | | | | | | | |
|--|---|------------------|------------------------|---------------|----------------------|---|---|----------------|
| | | | | | | <p>4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</p> <p>5. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> | | |
| Resiko infeksi b.d Efek prosedur invasif | Setelah dilakukan tindakan keperawatan, di harapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : | | | | | <p>PENCEGAHAN INFEKSI</p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Teraupetik</p> <p>1. Batasi jumlah pengunjung</p> <p>2. Berikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</p> <p>Edukasi</p> | <p>PENCEGAHAN INFEKSI</p> <p>Observasi</p> <p>1. Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>2. Agar tidak mengganggu proses penyembuhan dengan mengurangi jumlah pengunjung</p> <p>3. Agar tidak infeksi dengan perawatan kulit pada area edema</p> <p>4. Agar tidak terjadi infeksi nosokomial</p> <p>5. Agar tidak terjadi infeksi nosokomial</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Agar pasien dapat mengetahui tanda dan gejala infeksi</p> | |
| | | Meningkat | Cukup meningkat | Sedang | Cukup menurun | | | Menurun |
| | Kebersihan tangan | 1 | 2 | 3 | 4 | | | 5 |
| | Kebersihan badan | 1 | 2 | 3 | 4 | | | 5 |
| | Nafsu makan | 1 | 2 | 3 | 4 | | | 5 |
| | Demam | 1 | 2 | 3 | 4 | | | 5 |
| | Kemerahan | 1 | 2 | 3 | 4 | | | 5 |
| | Nyeri | 1 | 2 | 3 | 4 | | | 5 |
| | Bengkak | 1 | 2 | 3 | 4 | | | 5 |
| | Vesikel | 1 | 2 | 3 | 4 | | | 5 |
| | Cairan berbau busuk | 1 | 2 | 3 | 4 | | | 5 |
| | Sputum berwarna hijau | 1 | 2 | 3 | 4 | | | 5 |
| | Drainase purulen | 1 | 2 | 3 | 4 | | | 5 |
| | Piuria | 1 | 2 | 3 | 4 | | | 5 |
| Periode malaise | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| Periode menggigil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| Letargi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|------------------------|---------------|----------------------|----------------|--|---|-----------------------|---|---|---|---|---|--------------|---|---|---|---|---|--------------|---|---|---|---|---|---------------|---|---|---|---|---|------------------|---|---|---|---|---|--------------|---|---|---|---|---|-----------------------|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|---|
| | <table border="1"> <tr><td>Gangguan kognitif</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>Kadar sel darah putih</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>Kultur darah</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>Kultur urine</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>Kultur sputum</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>Kultur area luka</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>Kultur feses</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>Kadar sel darah putih</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table> | Gangguan kognitif | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Kadar sel darah putih | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Kultur darah | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Kultur urine | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Kultur sputum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Kultur area luka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Kultur feses | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Kadar sel darah putih | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tanda dan gejala infeksi Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar Ajarkan etika batuk Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu | <ol style="list-style-type: none"> Agar terhindar dari infeksi nosokomial Agar pasien dapat melakukan etika batuk Agar pasien dapat cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi Agar pasien dapat meningkatkan asupan nutrisi Agar pasien dapat meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Agar pasien mendapat pemberian imunisasi, jika perlu |
| Gangguan kognitif | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kadar sel darah putih | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kultur darah | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kultur urine | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kultur sputum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kultur area luka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kultur feses | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kadar sel darah putih | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Syok hipovolemik b.d evaporasi | Setelah dilakukan tindakan keperawatan, di harapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil: | | | | | MANAJEMEN SYOK HIPOVOLEMIAK | MANAJEMEN SYOK HIPOVOLEMIAK | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Meningkat | Cukup meningkat | Sedang | Cukup menurun | Menurun | Observasi | Observasi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kekuatan nadi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP) | 1. Untuk mengetahui status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Turgor kulit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 2. Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD) | 2. Untuk mengetahui status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Output urine | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pengisian vena | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ortopnea | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dyspnea | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 3. Monitor status cairan (masuk dan haluaran, turgor kulit, CRT) | 3. Untuk mengetahui status cairan (masuk dan haluaran, turgor kulit, CRT) |
| Edema anasarka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 4. Periksa tingkat kesadaran dan respon pupil | 4. Untuk mengetahui tingkat kesadaran dan respon pupil |
| Edema perifer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 5. Periksa seluruh permukaan tubuh terhadap adanya DOTS |
| Berat badan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5. Periksa seluruh permukaan tubuh terhadap adanya DOTS (deformity/deformitas, open wound/luka terbuka, tenderness/nyeri tekan, swelling/bengkak) | |
| Distensi vena jugularis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | Terapeutik 1. Pertahankan jalan napas paten 2. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94% |
| Suara napas tambahan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 3. Persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu | |
| Kongesti paru | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 4. Lakukan penekanan langsung (direct pressure) pada perdarahan eksternal |
| Perasaan lemah | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5. Berikan posisi syok (modified trendelenberg) | |
| Keluhan haus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Konsentrasi urine | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Frekuensi nadi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Tekanan darah | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Tekanan nadi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Membrane mukosa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Jugular venous pressure | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Kadar Hb | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Kadar Ht | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Central venous pressure | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Refluks hepatojugular | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Berat badan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| hepatomegali | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Oliguria | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Intake cairan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Status mental | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Suhu tubuh | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>6. Pasang jalur IV berukuran besar (mis: nomor 14 atau 16)</p> <p>7. Pasang kateter urin untuk menilai produksi urin</p> <p>8. Pasang selang nasogastrik untuk dekompresi lambung</p> <p>9. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 1 – 2 L pada dewasa</p> <p>2. Kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 20 mL/kgBB pada anak</p> <p>3. Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu</p> | <p>2. untuk pemberian infus cairan kristaloid 20 mL/kgBB pada anak</p> <p>3. untuk pemberian transfusi darah, jika perlu</p> |
|--|--|---|--|

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan salah satu bagian dalam proses keperawatan dengan melakukan tindakan keperawatan yang dilakukan dan disesuaikan dengan intervensi atau perencanaan dan perwujudan dari tahap perencanaan yang telah dibuat tujuannya untuk mencapai tujuan ataupun kriteria hasil yang telah ditentukan.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap yang paling akhir dalam proses keperawatan, dimana perawat melakukan penilaian apakah tujuan ataupun kriteria hasil yang telah ditentukan tercapai atau tidak. Pengisian format yang dipakai adalah SOAP. SOAP adalah yang terdiri dari S (subjective) adalah keluhan pasien saat ini yang didapatkan dari anamnesa, O (objective) adalah hasil pemeriksaan fisik termasuk pemeriksaan tanda-tanda vital, skala nyeri dan hasil pemeriksaan penunjang lainnya, A (assessment) adalah penilaian keadaan tentang diagnosa yang terdapat pada klien dari menggabungkan penilaian subjektif dan objektif, P (planning) berisi tentang rencana selanjutnya terkait diagnosa klien (Suhelmi, 2023)