

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Post Partum

2.1.1 Definisi Post Partum

Post partum adalah masa plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa post partum berlangsung dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu 42 hari (Saputri, 2022). Saat masa post partum berlangsung menyebabkan ketidaknyamanan ibu akan banyak mengalami perubahan secara fisik, psikologis dan spiritual dalam menghadapi masa ini akan membuat ibu mengalami permasalahan terkait involusi dan nyeri post partum (Saputri, 2022).

2.1.2 Tahapan Post Partum

Menurut Saputri (2022) masa post partum dibagi dalam tiga tahap yaitu antara lain :

- 1) *Immediate* Post Partum (setelah plasenta lahir 24 jam)

Masa segera setelah plasenta lahir sampai 24 jam, adapun masalah yang sering terjadi misalnya atonia uteri oleh karena itu perlu melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah ibu dan suhu.

- 2) *Early* Post Partum (24 jam-1 minggu)

Pada fase ini memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak

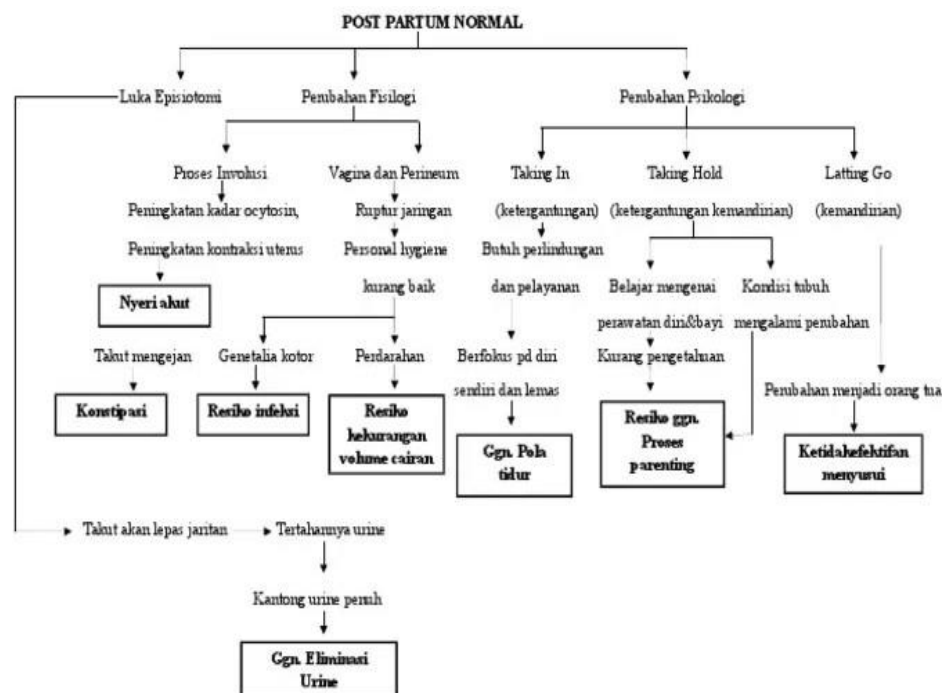
ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) *Late Post Partum* (1 minggu- 6 minggu)

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama selamahamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi, waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu minggu, bulanan atau tahunan.

2.1.3 Pathway Post Partum

Bagan 2. 1 Patofisiologi Post Partum (Zahroh, 2021).



2.1.4 Klasifikasi Ibu Post Partum

Menurut (Zahroh, 2021) masa ibu post partum dibagi menjadi 3 bagian yaitu :

- a. Pueriperium dini adalah kondisi kepulihan dimana seorang ibu sudah diperbolehkan berdiri dan berjalan.
- b. Pueriperium intermedial adalah kondisi kepulihan organ genital secara menyeluruh dengan lama 6-8 minggu.
- c. Remote pueriperium waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila saat hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi. Waktu yang diperlukan untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan ataupun tahunan.

2.2 Konsep Episiotomi

2.2.1 Definisi Episiotomi

Episiotomi adalah pengguntingan kulit dan otot antara vagina dan anus. Tujuannya untuk melebarkan jalan lahir. Biasanya dokter akan memberikan anastesi local untuk menghilangkan nyeri. Namun, dalam keadaan darurat episiotomy dilakukan tanpa anastesi local episiotomy dilakukan untuk melebarkan jalan lahir (Dhirah et al., 2021). Istilah episiotomy mengacu kepada insisi intensional pada bukan vagina untuk mempercepat kelahiran atau untuk menghindari atau mengurangi potensi terjadinya robekan (Agusti, 2021). Jadi, luka episiotomi itu merupakan sayatan yang dibuat secara sengaja pada saat melahirkan di bagian perineum untuk melebarkan jalan lahir.

2.2.2 Etiologi Episiotomi

Menurut Damayanti (2022) mengatakan bahwa etiologi dari luka *episiotomi* sebagai berikut :

- a. Janin *Premature*.
- b. Janin letak sungsang, letak defleksi.
- c. Bayi yang besar, berat seorang bayi normal 2.500-4.000 gram. Bayi besar (makrosomia) adalah bayi dengan berat badan diatas 4 kg.

Menurut Mutmainah dkk, 2017 berpendapat juga bahwa etiologi dari luka *episiotomi* adalah sebagai berikut :

- 1) Primagravida, untuk keamanan dan memudahkan menjahit laserisasi kembali dilakukan episiotomi. *Episiotomi* dipertimbangkan pada multigravida dengan introitus vaginae yang sempit.
- 2) Ada bekas *episiotomi* yang sudah diperbaiki.
- 3) Perineum kaku dan riwayat robekan perineum pada persalinan lalu.
- 4) Terjadi peregangan perineum yang berlebihan misalnya persalinan sungsang, persalinan cunam dan ekstrasi vakum.

2.2.3 Patofisiologi Episiotomi

Ibu dengan persalinan *Episiotomi* disebabkan adanya persalinan yang lama karena ditemukan janin yang prematur, letak sungsang, janin dengan ukuran besar. Selain itu tindakan ini dilakukan karena kondisi ibu dengan perineum dimasa lalu. *Episiotomi* mengakibatkan terputusnya jaringan yang dapat menyebabkan penekanan pembuluh syaraf. Sehingga timbul rasa nyeri. Pada kondisi seperti ini ibu pasti akan merasa cemas

bahkan untuk BAB pun takut, kondisi seperti ini menyebabkan resti kontipasi. Selain itu terputusnya jaringan juga menyebabkan rusaknya pembuluh darah dan timbul risiko defisit volume cairan, apabila tidak dirawat dengan baik ibu akan mengalami risiko infeksi pada *Episiotomi* karena kuman akan mudah berkembang.

2.2.4 Jenis-Jenis Episiotomi

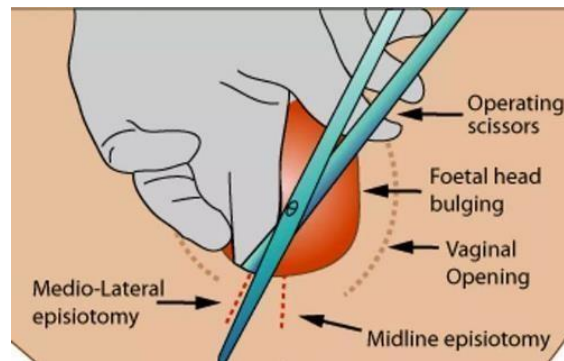
Menurut Navilia (2021) ada 2 jenis *episiotomi* antara lain :

a. *Episiotomi Median*

Episiotomi median merupakan jenis *episiotomi* yang paling mudah dilakukan dan diperbaiki. *Episiotomi* ini hampir tidak mengeluarkan darah. Setelah melahirkan terasa tidak sakit ketimbang jenis lainnya. Caranya dengan melakukan insisi rafe median perineum hampir mencapai sfingter ani dan panjang insisi ini paling sedikit 2-3 cm diatas septum rektovagina. Namun, terkadang bisa terdapat robekan tingkat tiga bahkan sampai tingkat empat.

b. *Episiotomi Medilateral*

Insisi mediolateral digunakan secara luas pada obstetri operatif dikarenakan aman. Dengan cara melakukan insisi ke bawah dan ke luar, ke arah batas lateral sfingter ani dan paling sedikit separuh jarak ke dalam vagina namun, insisi ini dapat menimbulkan banyak perdarahan dan akan terasa nyeri meskipun setelah masa nifas.



Gambar 2. 1 Luka Episiotomi Median dan Luka Episiotomi Materal (Zahroh, 2021)

2.2.5 Indikasi dan Kontra Indikasi *Episiotomi*

Menurut Jannah (2020) indikasi dan kontra indikasi dilakukannya *Episiotomi* adalah sebagai berikut :

a. Indikasi *Episiotomi*

1. Gawat janin, untuk menolong keselamatan janin, maka persalinan harus segera diakhiri.
2. Persalinan pervaginium dengan penyulit, misalnya *presbo*, *distokiabahu*, akan dilakukan *ekstrasi forcep*, *ekstrasi vacum*.
3. Jaringan parut dan perineum ataupun pada vagina.
4. Perineum kaku dan pendek.
5. Adanya rupture yang membakat pada perineum.

b. Kontra Indikasi *Episiotomi*

1. Bila persalinan tidak berlangsung pervaginium.
2. Bila terdapat kondisi untuk terjadinya perdarahan yang banyak seperti penyakit kelainan darah maupun terdapatnya varises yang luas pada vulva dan vagina.

2.2.6 Komplikasi *Episiotomi*

Menurut (Astuti, 2017) komplikasi luka episiotomy adalah sebagai berikut:

a. Perdarahan

Karena tindakan episiotomi mengakibatkan terputusnya jaringan sehingga merusak pembuluh darah maka akan terjadi perdarahan selain itu juga bisa disebabkan karena tindakan *episiotomi* terlalu dini, sedangkan persalinan masih jauh, jika perdarahan merembes yang tidak diketahui akan menimbulkan hematoma lokal.

b. *Dispareunia*

Mungkin hanya bersifat sementara, karena takut tetapi sekitar 5% dapat menjadi permanen.

c. Infeksi

Terputusnya jaringan pada tindakan *episiotomi* jika tidak dilakukan perawatan luka yang benar maka akan menyebabkan kuman mudah berkembang, selain itu risiko infeksi juga berhubungan dengan ketidaksterilan alat-alat yang digunakan dan adanya jahitan terbuka kembali.

d. Gangguan Psikososial

Ibu pasca lahiran akan mengalami perubahan psikososial yang dapat berpengaruh pada integritas keluarga dan menghambat ikatan emosional antara bayi dan ibu, beberapa kondisi menunjukan

keamanan dan kesejahteraan ibu terancam.

2.3 Konsep Ketuban Pecah Dini

2.3.1 Definisi Ketuban Pecah Dini

Ketuban Pecah *Premature* pada *Preterm* yaitu pecahnya membran *chorioamniotik* sebelum onset persalinan pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu atau disebut juga *Preterm Premature Rupture Of Membranes/ Preterm Prelabor Rupture Of Membrane / PPRM* (Izzaty, 2021). Sedangkan menurut Navilia (2021) berpendapat bahwa ketuban pecah dini ini ditandai dengan keluarnya cairan berupa air-air dari vagina setelah kehamilan berusia 22 minggu dan dapat dikatakan pecah dini terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Cairan keluar melalui selaput ketuban yang mengalami robekan, muncul setelah usia kehamilan 28 minggu dan setidaknya satu jam sebelum waktu kehamilan yang sebenarnya. Jadi, ketuban pecah dini itu merupakan pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya tiba melahirkan.

2.3.2 Etiologi Ketuban Pecah Dini

Menurut Auwaluwiyanti (2018) Penyebab KPD masih belum diketahui secara pasti. Namun ada beberapa faktor yang berhubungan dengan kejadian Ketuban Pecah Dini. Kemungkinan faktor prediposisinya antara lain :

1. Infeksi dapat terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun assenden dan vagina atau infeksi pada cairan ketuban sehingga bisa

menyebabkan ketuban pecah dini.

2. Servik yang inkompetensia, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada servik uteri (akibat persalinan, curretage).
3. Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus) misalnya trauma, hidramnion, gameli.
4. Kelainan letak, misalnya sungsang sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah.

Norma (2013), mengemukakan bahwa ada beberapa faktor penyebab lainnya antara lain :

- a) Faktor golongan darah, akibat golongan darah ibu dan anak yang tidak sesuai dapat menimbulkan kelemahan bawaan termasuk kelemahan jaringan kulit ketuban.
- b) Faktor disproporsi antar kepala janin dan pangggul ibu.
- c) Faktor multi graviditas, merokok dan perdarahan antepartum.
- d) Defisiensi gizi dari tembaga atau asam askorbat (Vitamin C).

2.3.3 Patofisiologi Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini dapat terjadi karena berkurangnya kekuatan membran atau penambahan tekanan intrauteri atau disebabkan keduanya. Penyebab independen dari ketuban pecah dini karena tekanan intrauteri yang kuat sedangkan selaput ketuban yang tidak kuat disebabkan kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi sehingga mudah

rapuh dan mudah mengeluarkan air ketuban (Auwaluwiyanti, 2018). Selaput ketuban dapat pecah disebabkan adanya kontraksi dari uterus dan peregangan berulang yang menyebabkan selaput ketuban inferior mudah rapuh sehingga ketuban menjadi pecah. Salah satu faktor risiko dari ketuban pecah dini adalah kurangnya asam karbonat yang merupakan komponen dari kolagen. Pada ibu hamil dengan trimester awal selaput ketuban masih kuat. Pada trimester selanjutnya terutama trimester ketiga selaput ketuban menjadi mudah rapuh dan dapat pecah, disebabkan karena berkaitan dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim dan gerakan janin. Ketuban pecah dini pada kehamilan prematur disebabkan karena infeksi dari vagina, polihidramnion, inkompeten serviks, dan penyebab lainnya (Auwaluwiyanti, 2018).

2.3.4 Komplikasi Ketuban Pecah Dini

Menurut Sukmarani (2018) mengemukakan pendapatnya bahwa ada 2 komplikasi antara lain :

1. Komplikasi yang dapat disebabkan ketuban pecah dini pada ibu yaitu infeksi intrapatal dalam persalinan, infeksi puerperalis/ masa nifas, dry labour/ partus lama, perdarahan post partum, meningkatkan tindakan operatif obstetric (khususnya SC), morbiditas dan mortalitas maternal.
2. Prognosis Janin.
3. Komplikasi yang dapat disebabkan ketuban pecah dini pada janin yaitu prematuritas (sindrom distes pernapasan, hipotermia,

masalah pemberian makanan neonatal), retinopati prematurit, perdarahan intraventikular, enterocolitis netrotizing, gangguan otak dan resiko cerebral palsy, hyperbilirubinemia, anemia, sepsis, prolapse funiculi atau penurunan tali pusat, hipoksia dan afiksia sekunder pusat, prolapse uteri, persalinan lama, skor APGAR rendah, ensefalopati, cerebral palsy, perdarahan intracranial, gagal ginjal, distress pernafasan dan oligohidromnion (sindrom deformitas janin, hypoplasia paru, deformitas ekstremitas dan pertumbuhan janin terhambat), morbiditas dan mortalitas perinatal.

2.3.5 Pemeriksaan Penunjang Ketuban Pecah Dini

Pemeriksaan penunjang yang digunakan untuk mendeteksi Ketuban Pecah Dini adalah tes lakmus atau nitrazin (jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban). Selain dengan kertas lakmus dapat dilakukan dengan pemeriksaan Ultrasonografi (USG). Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri.

Menurut Pitri (2013) pada kasus Ketuban Pecah Dini terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun, sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidramnion. Walaupun pendekatan diagnosis ketuban pecah dini cukup banyak macam dan caranya, namun pada umumnya KPD sudah bisa terdiagnosis dengan anamnesa dan pemeriksaan sederhana.

Menurut Ningsih et al. (2021) telah ditemukan satu tes

diagnostik yang baik di Amerika Serikat oleh *Food and Drug Administration* (FDA) untuk diagnosis adalah PROM-ROM AmniSure tes (AmniSure International LLC, Cambridge, MA). Tes ini mengidentifikasi jumlah jejak PAMG-1, 34; kDa plasenta glikoprotein yang banyak terdapat dalam cairan ketuban (2000-25000 ng/ mL). Protein dalam konsentrasi antara air ketuban dan sekresi cervicovaginal membuat PAMG- 1 dapat digunakan untuk mendeteksi adanya KPD. Minimum ambang deteksi AmniSure Immunoassay adalah 5 mg/ mL, yang harus cukup sensitif untuk mendeteksi KPD dengan akurasi sekitar 99%.

2.3.6 Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini

Menurut Auwaluwiyanti (2018) mengemukakan perihal penatalaksanaan yang dilakukan sebagai langkah untuk penilaian awal pada ibu hamil dan janin yaitu :

- a. Memastikan diagnosis.
- b. Menentukan usia kehamilan.
- c. Evaluasi infeksi maternal atau janin, pertimbangkan apakah butuh antibiotik atau tidak terutama jika ketuban pecah sudah lama.
- d. Dalam kondisi inpartu, apakah ada gawat janin atau tidak.

Norma (2013) berpendapat tentang penatalaksanaan KPD tergantung pada umur kehamilan yaitu :

1. Penatalaksanaan KPD pada kehamilan aterm (> 37 minggu)

Pada umur kehamilan 34 minggu atau lebih biasanya paru-paru sudah matang, chorioamnionitis yang diikuti dengan sepsis pada janin merupakan penyebab meningkatnya morbiditas dan mortalitas janin. Penatalaksanaan yang dapat dilakukan dengan pemberian antibiotik profilaksis bertujuan untuk pencegahan terhadap chorioamnionitis.

2. Penatalaksanaan KPD pada kehamilan preterm (< 37 minggu).
Infeksi janin pada kehamilan cukup bulan berhubungan langsung dengan lama pecahnya selaput ketuban atau lamanya periode laten.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Partum

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien Shiddiqiyah et al. (2022). Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Pengkajian dilakukan sebelum mendapatkan data lengkap. Data ini di prioritaskan untuk menentukan kondisi ibu dan janin.

Menurut Auwaluwiyanti (2018) pengkajian yang dilakukan pada ibu post partum meliputi biodata klien, riwayat obstetrik, riwayat haid, riwayat perkawinan, riwayat KB dan pemeriksaan fisik.

a. Biodata klien

Biodata yang mencakup identitas klien tentang : nama, umur,

pendidikan, pekerjaan, suku/ bangsa, agama, alamat, no medical record, nama suami, umur suami, pendidikan suami, pekerjaan suami, suku/ bangsa, alamat dan tanggal pengkajian.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama diperlukan untuk mengetahui masalah yang berkaitan dengan masa nifas, misalnya klien merasa mulas, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum.

c. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat kesehatan yang lalu

Data yang diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut, kronis seperti : jantung, hipertensi, asma yang dapat mempengaruhi pada masa nifas ibu.

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Data-data kesehatan sekarang pada ibu nifas diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinya.

3. Riwayat haid

Umur *menarche* pertama kali, lama haid, jumlah darah yang keluar, siklus haid, hari pertama haid terakhir, perkiraan tanggal partus.

4. Riwayat perkawinan

Status menikah sah atau tidak.

5. Riwayat Obstetric

a) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu.

b) Riwayat Persalinan sekarang

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi panjang badan, berat badan, penolong persalinan

c) Riwayat KB

Kaji pengetahuan klien dan pasangannya tentang kontrasepsi, jenis kontrasepsi yang pernah digunakan, keluhan yang dirasakan ketika menggunakan kontrasepsi, kebutuhan kontrasepsi yang akan datang atau rencana penambahan anggota keluarga dimasa mendatang.

d) Data Pengetahuan

Untuk mengetahui seberapa jauh pengetahuan ibu tentang perawatan setelah melahirkan sehingga akan menguntungkan selama masa nifas.

e) Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

1) Nutrisi

Menggambarkan tentang pola makan dan minum yang meliputi nafsu makan, frekuensi, banyak, jenis makanan,

pantangan

2) Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar dan kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi, warna dan bau, apakah terjadi diuresis setelah melahirkan, apakah terjadi retensi urine karena takut luka episiotomi, apakah perlu bantuan, dan kebiasaan penggunaan toilet.

3) Istirahat

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur, kebiasaan sebelum tidur misalnya membaca, kebiasaan tidur siang, penggunaan waktu luang.

4) Personal Hygiene

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah genitalia, karena pada masa nifas masih mengeluarkan *lochea*.

5) Aktivitas

Pada pola ini dikaji pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya. Apakah ibu melakukan ambulasi, seberapa sering, apakah kesulitan dengan bantuan atau sendiri.

6) Pemeriksaan Fisik

(a) Keadaan umum : tingkat kesadaran.

(b) BB, TB, LLA, tanda vital normal (RR konsisten, nadi

cenderung bradikardi, suhu 36,5-37,5 derajat celcius, respirasi 16-24x/menit.

(c) Rambut, wajah, mata (conjungtiva), hidung, mulut, fungsi pengecap, pendengaran, dan leher.

(d) Payudara : Pembesaran, simetris, pigmentasi, warna kulit, keadaan areola dan puting susu, stimulation neeple erexi, kepenuhan atau pembengkakan, benjolan, nyeri produksi, atau kolostrum, perabaan pembesaran kelenjar getah bening di ketiak.

(e) Abdomen : teraba lembut, kenyal, musculus rektus abdominal untuh atau terdapat diastasis, distensi, striae, tinggi fundus uteri, konsistensi, lokasi, kontraksi uterus, nyeri, perabaan distensi blas.

(f) Anogenital

Lihat struktur, regangan, udem vagina, keadaan liang vagina (licin, kencur), adalah hematom, nyeri, tegang.

Perineum : keadaan luka episiotomy, ekimosis, edema, kemerahan, eritema, drainage. Lochea (warna, jumlah, bau, bekuan darah atau konsistensi), anus : hemoroid dan thrombosis pada anus.

(g) Muskuloskeletal : tanda human, edema, tekstur kulit, nyeri bila dipalpasi, dan kekuatan otot.

(h) Perineum

Pengkajian pada daerah perineum dimaksudkan untuk mengidentifikasi ada tidaknya hematoma, memar (ekimosis), edema, kemerahan (eritema), dan nyeri tekan. Bila ada jahitan luka, kaji keutuhan, perdarahan dan tanda-tanda infeksi (kemerahan, nyeri tekan dan bengkak). Perineum dikaji tiap satu jam sampai dengan 24 jam setelah persalinan.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnose keperawatan adalah keputusan klinis tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan sesuai dengan kewenangan.

Diagnose keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau risiko perdarahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akontabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah (Ayu Putri, 2019).

Perumusan diagnosa keperawatan :

- a. Actual : Menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai dengan data klinis yang ditemukan.
- b. Risiko : Menjelaskan masalah kesehatan nyata akan terjadi jika tidak dilakukan intervensi.
- c. Kemungkinan : Menjelaskan bahwa perlu adanya data tambahan untuk memastikan masalah keperawatan kemungkinan.

- d. Wellnes : Keputusan klinik tentang keadaan individu, keluarga, atau masyarakat dalam transisi dari tingkat sejahtera tertentu ketingkat sejahtera yang lebih tinggi.
- e. Syndrome : Diagnosa yang terdiri dari kelompok diagnose keperawatan actual dan risiko tinggi yang diperkirakan muncul atau timbul karena suatu kejadian atau situasi tertentu.

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2016), adapun diagnose keperawatan yang sering muncul pada pasien dengan post partum adalah sebagai berikut:

- a. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan mengeluh lemah, frekuensi nadi meningkat dan lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, volume urine menurun, hematokrit meningkat.
- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan CRT > 3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, kulit pucat.
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma laserasijalan lahir) ditandai dengan mengeluh nyeri pada jalan lahir, tampak meringis, bersikap protektif (posisi menghindari nyeri).
- d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan pada neonates, ketidakadekuatan reflex menghisap bayi, payudara

bengkak ditandai dengan bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu, ASI tidak menetas/ memancar, bayi menolak untuk menghisap, nyeri atau lecet terus menerus setelah minggu kedua.

- e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran (ibu tidak mengetahui tentang perawatan perineum).
- f. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal ditandai dengan defekasi kurang dari 2 kali seminggu, feses keras, kelemahan umum.
- g. Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum.
- h. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi) ditandai dengan suhu tubuh diatas normal, kulit kemerahan dan teraba hangat.
- i. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Menurut Budiyan (2021), tahapan perencanaan dilakukan setelah diagnosis dirumuskan. Adapun kegiatan yang dilakukan pada tahap ini adalah menyusun prioritas masalah, merumuskan tujuan dan kriteria hasil, memilih strategi asuhan keperawatan, konsultasi dengan tenaga kesehatan lain dan menuliskan atau mendokumentasikan

rencana asuhan keperawatan. Berikut intervensi yang dapat dilakukan menurut standar intervensi keperawatan Indonesia, pada ibu post partum adalah sebagai berikut :

Tabel 2. 1 Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada ibu post partum
(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018)

Diagnosis Keperawatan (1)	SLKI (2)	SIKI (3)
Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan mengeluh lemah, frekuensi nadi meningkat dan lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, volume urine menurun hematokrit meningkat.	Setelah diberikan intervensi keperawatan selama ... x... jam diharapkan bahwa status cairan membaik dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi meningkat. 2. Turgor kulit menurun. 3. Output urine meningkat (output urine normal : 0,5-1 cc/ kg/ BB/jam). 4. Dyspnea menurun. 5. Frekuensi nadi membaik (dewasa normal: 60-100x/ menit). 6. Tekanan darah membaik (dewasa normal: 100-140/ < 85 mmHg). 7. Membrane mukosa membaik. 8. Kadar hemoglobin dan hematocrit membaik (perempuan : Hb normal 120 16 g/ dL; Hematocrit normal 37-43%).	Manajemen Hipovolemia Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urine menurun, hematocrit meningkat, lemah) 2. Monitor intake dan output cairan. Terapeutik 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan posisi modified trendelenburg 3. Berikan asupan cairan oral Edukasi 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral. Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (NaCl, RL). 2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (glukosa 2,5%, NaCl 0,4%). 3. Kolaborasi pemberian cairan koloid (albumin plasmanate). 4. Kolaborasi pemberian produk darah.
Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan CRT >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, kulit pucat.	Setelah diberikan intervensi keperawatan selama ...x... jam, diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Pengisian kapiler (CRT) membaik (CRT normal: <3 detik. 4. Akral membaik	Perawatan Sirkulasi Observasi 1. Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index) 2. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas. Terapeutik 1. Hindari pengukuran tekanan darah ekstremitas dengan

	5. Turgor kulit membaik.	keterbatasan perfusi. 2. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi. 3. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera. Edukasi 1. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur. 2. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat 3. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat)
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma laserasi jalan lahir) ditandai dengan mengeluh nyeri pada jalan lahir, tampak meringis, bersikap protektif (posisi menghindari nyeri).	Setelah diberikan intervensi keperawatan selama ...x... jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dan Penyembuhan luka meningkat dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis, sikap protektif menurun 3. Frekuensi nadi, nafas dan tekanan darah membaik 4. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 5. Penyatuan kulit dan tepi luka meningkat 6. Edema pada sisi luka menurun 7. Peradangan luka, peningkatan suhu kulit menurun	Manajemen Nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri. 2. Identifikasi respon nyeri non verbal. 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan mempelajari nyeri 4. Monitor efek samping penggunaan analgetik. Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (aromaterapi, terapi music, akupresur, teknik imajinasi terbimbing) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri. 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan pada neonatus, ketidakadekuatan refleks menghisap bayi, payudara bengkak ditandai dengan bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu, ASI tidak menetas/memancar, bayi menolak untuk menghisap, nyeri atau lecet terus menerus setelah minggu kedua.	Setelah diberikan intervensi keperawatan selama ...x... jam, diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil : 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat. 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat. 3. Miksi bayi lebih dari 8x24 jam. 4. Tetesan atau pancaran ASI meningkat. 5. Suplai ASI adekuat. 6. Puting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan. 7. Payudara ibu kosong setelah menyusui.	Konseling laktasi Observasi 1. Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui. 2. Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui. 3. Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui. Terapeutik 1. Gunakan terapeutik terapeutik mendengarkan aktif (duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan ibu). 2. Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar Edukasi 1. Ajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu.
Defisit pengetahuan tentang perawatan perineum berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran (ibu tidak mengetahui tentang perawatan perineum yang benar).	Setelah diberikan intervensi keperawatan selama ...x... jam, diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat. 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi meningkat.	Edukasi Perawatan Perineum Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. 2. Identifikasi tujuan. Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan jadwalkan pendidikan kesehatan. 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai dengan kesepakatan. 3. Berikan kesempatan untuk bertanya. 4. Dukung ibu dalam meningkatkan kepercayaan diri dalam merawat luka perineum. 5. Libatkan sistem pendukung : Suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat. Edukasi 1. Berikan konseling perawatan perineum. 2. Jelaskan manfaat perawatan perineum. 3. Ajarkan prosedur perawatan perineum yang baik dan benar.

Konstipasi	Setelah diberikan intervensi keperawatan selama ...x... jam diharapkan eliminasi fektal membaik dengan kriteria hasil : 1. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun. 2. Distensi abdomen menurun. 3. Konsistensi feses membaik. 4. Frekuensi defekasi membaik (normal : 5-30x/ menit).	Manajemen eliminasi fekal Observasi 1. Monitor buang air besar (warna, frekuensi, konsistensi, volume feses). 2. Monitor tanda dan gejala konstipasi atau impaksi. Terapeutik 1. Berikan air hangat setelah makan. 2. Sediakan makanan tinggi serat. Edukasi 1. Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltic usus 2. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat supositoria anal jika perlu.
Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi) ditandai dengan suhu tubuh diatas nilai normal, kulit kemerahan,dan teraba hangat.	Setelah diberikan intervensi keperawatan selama ...x... jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil : 1. Suhu tubuh membaik (normal: 36,5-37,5°C). 2. Suhu kulit membaik. 3. Menggigil, kulit merah, pucat menurun 4. Takikardia dan takipnea menurun 5. Tekanan darah membaik	Manajemen Hipertermia Observasi 1. Identifikasi penyebab hipertermia. 2. Monitor suhu tubuh. 3. Monitor kadar elektrolit. Terapeutik 1. Longgarkan atau lepaskan pakaian. 2. Berikan cairan oral. Edukasi 1. Anjurkan tirah baring. Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu.

Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... jam diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Keluhan tidak nyaman menurun. 2. Meringis menurun. 3. Berkeringat menurun. 4. Merintih menurun. 5. Payudara bengkak menurun. 6. Gelisah menurun. 7. Pemulihan perineum meningkat. 8. Jumlah lochea membaik. 9. Warna lochea membaik. 10. Tekanan darah membaik. 11. Frekuensi nadi membaik. 12. Suhu tubuh membaik.	Manajemen Nyeri 1. Identifikasi nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor presipitasi. 2. Observasi respon nonverbal dari ketidaknyamanan. 3. Kontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan. 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis yaitu teknik relaksasi napas dalam. 5. Kolaborasi pemberian analgetik. Perawatan Pasca Partum 1. Monitor tanda- tanda vital. 2. Periksa perineum atau robekan (kemerahan, edema, ekimosis, darah pengeluaran, penyatuan jahitan). 3. Identifikasi kemampuan ibu merawat bayi. 4. Identifikasi adanya masalah adaptasi psikologis ibu post partum. 5. Dukung ibu untuk melakukan ambulasi dini. 6. Berikan kenyamanan pada ibu. 7. Fasilitasi tali kasih ibu dan bayi secara optimal. 8. Diskusikan kebutuhan aktivitas dan istirahat selama masa post partum. 9. Diskusikan tentang perubahan fisik dan psikologis ibu post partum. 10. Diskusikan penggunaan alat kontrasepsi. 11. Jelaskan tanda bahaya nifas pada ibu dan keluarga. 12. Jelaskan pemeriksaan pada ibu dan bayi secara rutin 13. Ajarkan cara perawatan perineum yang tepat.
---	---	--

Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.	Setelah diberikan intervensi keperawatan selama ...x... jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik (leukosit normal: 4.000-10.000/mm²)	Pencegahan infeksi Observasi 1. Monitor tanda dan gejala local dan sistemik. Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 2. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi. Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi. 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan.
---	---	--

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan implementasi merupakan komponen dari proses Keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Navilia, 2021). Implementasi merupakan fase dimana perawat melaksanakan serta melakukan intervensi keperawatan yang sudah direncanakan. Implementasi terdiri melakukan serta mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan dari keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan suatu intervensi. Perawat melakukan serta mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan cara mencatat tindakan keperawatan serta respon pasien terhadap tindakan yang telah diberikan (Sari & Lisa, 2019).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan akhir dari proses untuk mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan untuk mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien ke arah pencapaian tujuan (Ningsih et al., 2021). Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur proses dan hasil evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu evaluasi sumatif yaitu evaluasi yang dilakukan setelah program selesai serta mendapatkan informasi efektifitas pengambilan keputusan. Evaluasi asuhan keperawatan

didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, assessment, planning) Komponen SOAP yaitu S : (Subjektif) merupakan dimana perawat menemukan keluhan ibu yang masih dirasakan oleh tindakan keperawatan, O : (Objektif) yaitu data yang berdasarkan hasil pengukuran serta observasi perawat secara langsung pada ibu, A : (Assesment) yaitu terinterpretasi dari data subjektif dan objektif untuk mennetukan tindak lanjut serta penentuan apakah implementasi yang diberikan akan dilanjutkan atau sudah terlaksana dengan baik, P : (Planning) merupakan perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, serta ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya (Shiddiqiyah et al., 2022).

Evaluasi dapat dilakukan pada waktu kegiatan sedang dilakukan, intermitten dan terminal. Evaluasi yang dilakukan padasaaat kegiatan berjalan atau segera setelah implementasi meningkatkan kemampuan perawat dan memodifikasi intervensi. Evaluasi terminal, menunjukan keadaan pasien pada waktu pulang. Hal tersebut mencakup status pencapaian tujuan dan evaluasi terhadap kemampuan klien untuk perawatan diri sendiri sehubungan dengan perawatan lanjutan (Budyani, 2021).

2.5 Konsep Defisit Pengetahuan Pada Ibu Post Partum

2.5.1 Definisi Defisit Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu yang terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu melalui panca indera yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, perasaan dan perabaan. Pengetahuan didapatkan dari pengalaman orang lain, pendidikan serta media masa atau lingkungan (Tirtawidi, 2018). Pengetahuan diperlukan sebagai dukungan dalam menumbuhkan rasa percaya diri, sikap serta perilaku seseorang, sehingga pengetahuan dikatakan sebagai indikator yang mendukung sikap seseorang dalam melakukan suatu tindakan (Tirtawidi, 2018).

2.5.2 Tingkat Pengetahuan

Menurut Tirtawidi, 2018 tingkat pengetahuan dibagi 6 tingkatan pengetahuan yaitu :

a. Tahu (*Know*)

Pengetahuan yang didapatkan seseorang sebatas hanya mengingat kembali apa yang telah dipelajari sebelumnya, sehingga dapat diartikan pengetahuan pada tahap ini adalah tingkatan paling rendah.

b. Memahami (*Comprehension*)

Pengetahuan yang menjelaskan sebagai suatu kemampuan menjelaskan objek atau sesuatu dengan benar.

c. Aplikasi (*Application*)

Pengetahuan yang dimiliki pada tahap ini adalah dapat mengaplikasikan atau menerapkan materi yang telah dipelajari.

d. Analisis (*Analysis*)

Kemampuan menjabarkan suatu materi atau suatu objek kedalam sebuah komponen- komponen yang ada kaitan satu sama lain.

e. Sintetis (*Synthesis*)

Merupakan sebuah pengetahuan yang dimiliki kemampuan seseorang dalam mengaitkan berbagai fungsi elemen atau unsur yang ada menjadi suatu pola baru yang lebih menyentuh.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Pengetahuan ini dimiliki pada tahap berupa kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian suatu materi atau objek.

2.5.3 Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan Pada Ibu Post Partum

Menurut Auwaluwiyanti (2018) faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah sebagai berikut :

1. Tingkat Pendidikan

Pendidikan adalah salah satu usaha yang dilakukan untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan seseorang di dalam dan di luar sekolah yang berlangsung seumur hidup. Semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang, maka semakin mudah kemampuan seseorang untuk memahami hal baru dan

menyelesaikan persoalan yang dihadapi.

2. Informasi

Seseorang yang memiliki keluasan informasi akan semakin memberikan pengetahuan yang lebih jelas. Faktor informasi yang diterima secara berulang serta motivasi yang dimiliki untuk memperoleh informasi tersebut akan meningkatkan pengetahuan seseorang terhadap suatu hal.

3. Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran dari pengetahuan yang didapatkan dengan cara mengulang kembali pengetahuan tersebut dalam memecahkan masalah yang dihadapi.

4. Budaya

Budaya sangat berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan seseorang, karena apa yang sampai kepada dirinya biasanya terlebih dahulu disaring berdasarkan kebudayaan yang mengikatnya.

5. Sosial Ekonomi

Tingkatan seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidupnya disesuaikan dengan penghasilan yang ada sehingga menuntut pengetahuan yang dimiliki harus digunakan semaksimal mungkin. Begitupun dengan mencari bantuan ke sarana kesehatan yang ada, maka akan disesuaikan dengan pendapatan

yang diperoleh.

2.5.4 Penatalaksanaan Defisit Pengetahuan Pada Ibu Post Partum

Pengetahuan tentang penyembuhan luka perineum sangat dibutuhkan bagi ibu nifas untuk menekankan angka morbiditas dan mortalitas. Pengetahuan ibu nifas tentang perawatan luka perineum harus diajarkan dan ditanamkan sejak pertama tenaga kesehatan merawat luka pada ibu. Media dapat membantu proses pemberian pengetahuan tentang pendidikan kesehatan sehingga pesan yang disampaikan kepada ibu dapat dengan mudah diterima. Pemberian pengetahuan pendidikan kesehatan oleh tenaga kesehatan dapat dilakukan dengan beberapa media seperti media Audio visual, Leaflet, Booklet, atau Poster (Yyantri, 2022).

Tingginya tingkat pengetahuan ibu belum bisa merubah sikap dan perilaku ibu nifas dalam melakukan perawatan luka perineum ini dibuktikan dengan masih banyaknya kejadian infeksi luka jahitan perineum pada ibu. Maka dari itu, dengan pemberian media booklet ibu diharapkan bisa membaca, mengingat dan mempraktikannya sesuai dengan materi yang disampaikan (Yyantri, 2022). Isi dari booklet dalam penelitian ini merupakan gabungan dari gambar-gambar dan kalimat yang mudah dipahami oleh ibu nifas sehingga akan lebih mudah untuk ibu menerima informasi mengenai penyembuhan luka perineum yang disampaikan. Gambar yang menarik dan kalimat yang mudah di pahami dalam booklet akan

menarik minat ibu untuk membaca dan fokus pada informasi yang disampaikan. Kelebihan dari penggunaan media cetak seperti booklet antara lain praktis dalam penggunaannya dapat dilakukan kapan saja, tidak menggunakan listrik dan booklet tidak hanya berisi tentang teks tetapi terdapat gambar sehingga menimbulkan rasa keindahan serta meningkatkan pemahaman dan gairah dalam belajar (Halimah, 2022).

Berdasarkan hasil temuan pada pengabdian ini didapatkan data bahwa selama proses ini tidak ditemui kendala yang berarti pada saat dilakukan Pendidikan kesehatan perawatan luka perineum. Hasil pada akhir pengabdian seluruhnya terdapat 35 ibu nifas dan 34 ibu nifas yang di follow up. Hasil evaluasi secara keseluruhan sebanyak 30 orang ibu nifas luka perineumnya menutup sempurna setelah diberikan Pendidikan kesehatan.

2.5.5 Cara Memperoleh Pengetahuan

Menurut Indriyani & Hasanah (2017) dalam memperoleh pengetahuan dibagi dalam 2 kelompok yaitu :

a. Cara Tradisional

Cara ini dipakai orang untuk memperoleh kebenaran pengetahuan, sebelum ditemukannya metode ilmiah atau metode penemuan secara sistemik dan logis.

- 1) Cara Coba-Salah (Trial and error). Cara ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah, dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil,

dicoba kemungkinan yang lain. Pengalaman yang diperoleh melalui penggunaan metode ini banyak membantu perkembangan berpikir dan kebudayaan manusia kearah yang lebih sempurna.

- 2) Cara Kekuasaan atau Otoritas. Pengetahuan diperoleh berdasarkan pada otoritas atau kekuasaan, baik tradisi, otoritas pemerintah, otoritas pemuka agama, maupun ahli ilmu pengetahuan. Para pemegang otoritas, baik pemimpin pemerintahan, tokoh agama maupun ahli ilmu pengetahuan pada prinsipnya mempunyai mekanisme yang sama didalam penemuan pengetahuan.
- 3) Berdasarkan pengalaman pribadi. Pengalaman pribadi dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa lalu.
- 4) Melalui jalan pikiran Kebenaran pengetahuan dapat diperoleh manusia dengan menggunakan jalan pikirannya, baik melalui induksi maupun deduksi yang merupakan cara melahirkan pemikiran secara tidak langsung melalui pernyataan-pernyataan yang dikemukakan dan dicari hubungannya sehingga dapat diambil kesimpulan.

b. Cara Modern

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan dewasa ini lebih sistematis, logis dan murah. Cara ini disebut metode penelitian ilmiah atau lebih populer (research methodology). Setelah diadakan penggabungan antara proses berpikir deduktif–induktif maka lahirlah suatu penelitian yang dikenal dengan metode penelitian ilmiah.

2.5.6 Pengukuran Tingkat Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dilakukan dengan wawancara atau kuesioner yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subjek penelitian. Menurut Navilia (2021) pengetahuan seseorang ditetapkan menurut hal-hal berikut :

- 1) Bobot I : tahap tahu dan pemahaman.
- 2) Bobot II : tahap tahu, pemahaman, aplikasi dan analisis.
- 3) Bobot III : tahap tahu, pemahaman, aplikasi, analisis sintesis dan evaluasi.

2.6 Konsep Dasar Perawatan Perineum

2.6.1 Definisi Perawatan Perineum

Luka perineum merupakan luka yang akan diakibatkan oleh episiotomi. Episiotomi merupakan untuk mencegah *rupture* perineum totalis. Tujuan episiotomy untuk mencegah robekan berlebihan pada perineum, membuat tepi luka rata agar mudah dilakukan penyakit atau tahanan pada kepala dan infeksi, tetapi itu tidak didukung oleh bukti-

bukti ilmiah yang cukup. Episiotomy tidak diperbolehkan ada karena ada indikasi tertentu untuk tetap dilakukan tindakan tindakan episiotomy (Sukmarani, 2018).

2.6.2 Tujuan Perawatan Perineum

Tujuan perawatan perineum menurut Jannah (2020) adalah mencegah terjadinya infeksi sehubungan dengan penyembuhan jaringan. Sedangkan, menurut (Ayu Putri, 2019) adalah pencegahan terjadinya infeksi pada saluran reproduksi yang terjadi dalam 28 hari setelah kelahiran anak atau aborsi.

2.6.3 Lingkup Perawatan

Lingkup perawatan perineum ditunjukan untuk pencegahan infeksi organ-organ reproduksi yang disebabkan oleh masuknya mikroorganisme yang masuk melalui vulva yang terbuka atau akibat dari perkembangbiakan bakteri pada peralatan panampung lochea (pembalut) (Shiddiqiyah et al., 2022). Sedangkan menurut Gustirini (2021), lingkup perawatan perineum adalah sebagai berikut :

- a. Mencegah kontaminasi dari rectum.
- b. Menangani dengan lembut pada jaringan yang terkena trauma.
- c. Bersihkan semua keluaran yang menjadi sumber bakteri dan bau.

2.6.4 Dampak dari Perawatan Luka Perineum

Perawatan perineum yang dilakukan dengan baik dapat menghindarkan hal sebagai berikut :

- 1) Infeksi kondisi perineum yang terkena lochea dan lembab akan

sangat menunjang perkembangbiakan bakteri yang dapat menyebabkan timbulnya infeksi pada perineum.

2) Komplikasi

Munculnya infeksi pada perineum dapat merambat pada saluran kandung kemih ataupun pada jalan lahir yang dapat berakibat pada munculnya komplikasi infeksi kandung kemih maupun infeksi jalan lahir.

3) Kematian ibu post partum

Penanganan komplikasi yang lambat dapat menyebabkan terjadinya kematian pada ibu post partum mengingat kondisi fisik ibu post partum masih lemah (Gustirini, 2021).

