

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Post Partum

2.1.1 Pengertian

Post partum yang biasa disebut masa nifas ialah masa dimulainya sesudah kelahiran plasenta dan menutupnya kandung kemih kembali ke kondisi normal seperti sebelum hamil, dengan jangka waktu 40 hari. Secara etimologi, *pure* adalah bayi dan *parous* berarti melahirkan. Dalam bahasa latin, yang disebut *puerperium* yaitu waktu tertentu setelah melahirkan seorang anak. Jadi, *puerperium* ialah masa pulih kembali atau masa setelah melahirkan seorang bayi (Susanto, 2019)

Post partum merupakan masa transisi baik fisik dan psikologis bagi ibu dan keluarga. Semua anggota keluarga harus beradaptasi dengan struktur keluarga baru, menyatukan bayi baru lahir ke dalam sistem keluarga yang sudah ada dan mengembangkan pola interaksi yang berbeda dalam unit keluarga tersebut (Reeder, 2014)

Berdasarkan dari dua pengertian diatas, maka dapat disimpulkan bahwa post partum adalah masa bayi lahir sampai 6 minggu dan dalam masa ini terjadi pemulihan organ-organ reproduksi kepada keadaan tidak hamil serta terjadi masa transisi baik fisik maupun psikologis pada ibu dan keluarga.

2.1.2 Tujuan Asuhan Keperawatan Post Partum

- a. Mendeteksi adanya pendarahan masa nifas

Hilangnya darah sebanyak 500ml ataupun lebih dari komponen sistem janin mukosa yang terhubung dari sel serta jaringan yang bekerja

sebagai suatu pertahanan imun yang kompleks di permukaan mukosaa setelah melahirkan disebut pendarahan Post Partum. penyebab pendarahan ini yaitu perubahan tanda vital misalnya merasa lemah, berkeringat dingin, kehilangan keseimbangan, menggigil, tekanan darah sistolik <90 mmHg, nadi >100 x/menit, kadar Hb kurang dari 80gr% (Susanto, 2013).

b. Mempertahankan kesehatan psikologisnya

Selama masa nifas, adanya pekerjaan lain sebagai ibu atau ibu nifas yang mengalami kesakitan saat persalinan sangatlah membutuhkan upaya pemulihan kesehatan mentalnya. Tidak sedikit ibu nifas yang merasa tidak layak menjadi ibu yang baik untuk bayinya. Perawat memberikan asuhan untuk menjamin kesehatan mental ibu nifas (Nurul Hayati, S.Kep.,Ners.,M.M., Sri Wahyuningsih, S.ST., 2018).

c. Mencegah infeksi dan komplikasinya

Resiko infeksi dan komplikasi yang cukup besar terjadi pada ibu nifas. Perawat memberikan asuhan berupa tindakan perawatan (Nurul Hayati, S.Kep.,Ners.,M.M., Sri Wahyuningsih, S.ST., 2018).

d. Menjaga kebersihan diri.

Perawatan kebersihan pada daerah kelamin bagi ibu dengan persalinan normal lebih kompleks dari pada ibu bersalin secara operasi, karena ibu dengan persalinan normal mempunyai luka episiotomi pada daerah perineum. Cara merawat perineum ibu melahirkan normal :

1. Ganti pembalut setiap 3-4 jam sekali.
2. Lepas pemablut dari vagina ke anus.

3. Sesudah buang air kecil atau saat ganti pembalut, bilas area perineum dengan larutan antiseptik.
 4. Keringkan dengan handuk lalu ditepuk-tepuk secara pelan-pelan.
 5. Tidak boleh memegang area perineum sampai pulih.
 6. Tidak boleh duduk terlalu lama untuk menghindari tekanan lama pada perieum. Disarankan pada ibu bersalin untuk berbaring miring waktu tidur dan duduk di atas bantal.
 7. Dengan adanya rasa gatal menunjukkan luka perineum hampir sembuh. Rasa gatal diredakan dengan mandi berendam air hangat.
 8. Berikan saran untuk melakukan latihan senam *kagel* untuk merangsang peredaran darah di perineum (Susanto, 2019).
- e. Melaksanakan *screening* secara komperhensif.
- Tahap ini dilakukan bertujuan untuk mendeteksi masalah apabila ada, kemudian merujuk serta mengobati ibu dan bayi apabila terjadi komplikasi (Susanto, 2019).
- f. Memberikan pendidikan laktasi serta perawatan payudara.
1. Merawat payudara agar tetap bersih serta kering.
 2. Gunakan bra menyusui agar nyaman teknik menyusui dan peran ibu sebagai ibu menyusui.
 3. Menjelaskan dan mengajari tentang teknik menyusui dan pelekatan dengan benar.
 4. Oleskan kolostrum yang keluar pada sekitar puting susu tiap sesudah menyusui. Jika puting susu lecet.

5. Berikan ke bayi ASI setiap 2-3 jam. Apabila payudara bengkak dan terjadi bendungan kosongkan payudara dengan mempompa. Urutlah payudara dengan cara dari pangkal menuju puting, setelah itu keluarkanlah ASI sebagian dari arah depan payudara, agar puting dapat menjadi lunak.
6. Memberikan semangat kepada ibu untuk tetap menyusui dengan baik dan benar, walaupun masih merasakan rasa sakit setelah melahirkan (Susanto, 2019)

g. Konseling keluarga berencana (KB).

Berikut adalah konseling KB yang dapat diberikan bidan kepada ibu bersalin:

1. Setiap pasangan suami istri berhak menentukan kapan serta bagaimana mereka ingin merencanakan keluarganya. Sebelum ibu hamil kembali, pasangan suami istri harus menunggu minimal yaitu 2 tahun.
2. Perempuan akan mengalami ovulasi sebelum mendapatkan lagi haidnya sesudah persalinan dan untuk: penggunaan KB diperlukan sebelum haid pertama untuk menghindari kehamilan baru. Pada umumnya metode KB ini bisa dimulai sesudah 2 minggu melakukan persalinan.
3. Untuk melihat hasil metode KB yang diterapkan tersebut bekerja dengan baik atau tidak maka, suami istri 2 minggu sekali dianjurkan untuk diperiksa kembali. Itu jika suami dan istri telah memilih metode KB tertentu (Susanto, 2019).

- h. Mempercepat involusi alat kandungan.
- i. Meningkatkan kelancaran pada peredaran darah kemudian dapat mempercepat fungsi hati serta mengeluarkan sisa-sisa metabolisme (Susanto, 2019).

2.1.3 Adaptasi fisiologis Dan Psikologis Post Partum

a. Adaptasi fisiologis post partum

Adaptasi psikologis pada ibu post partum yaitu proses pemulihan organ reproduksi pada masa nifas (Involusi) sangat penting bagi ibu setelah mengandung anak, sebab, proses ini sebagai landasan bagi dokter, perawat dan bidan untuk melihat siklus fisiologis kembalinya uterus seperti pada saat sebelum hamil. Saat ini asuhan keperawatan merupakan bentuk kegiatan yang sangat perlu sekali dilakukan oleh pelayanan keperawatan (Rusniati, 2017).

b. Adaptasi psikologis post partum

Fase penyesuaian psikologis ibu setelah melahirkan 3 tahap penyesuaian psikologis ibu pada masa post partum, antara lain yaitu (Susanto, 2019):

1. Fase taking in

Waktu fase taking in atau fase ketergantungan adalah setelah melahirkan sampai hari ke-2.

Ciri-ciri:

- a) Ibu berfokus pada dirinya sendiri.
- b) Ibu belum aktif dan bergantung dengan orang lain.
- c) Ibu khawatir akan berubahnya bentuk tubuhnya.

- d) Ibu akan selalu mengulangi pengalaman ketika melahirkan.
- e) Diperlukan kondisi tenang dalam tidur yang bertujuan untuk mengembalikan keadaan ke kondisi normal seperti sebelum melahirkan.
- f) Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga ibu membutuhkan peningkatan nutrisi. Ketika nafsu makan kurang menandakan bahwa proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung dengan normal.
- g) Masalah mental ibu pada tahap ini meliputi, rasa bersalah sebab, tidak siap menyusui anaknya, frustrasi karena tidak mendapatkan apa yang dibutuhkan dari anaknya, ketidaknyamanan karena perubahan nyata yang dialami ibu selanjutnya, untuk mengandung anak dan analisis dari pasangan dan keluarganya tentang bagaimana benar-benar fokus pada anaknya. Cukup lihat saja tahap membuat perbedaan

2. Fase taking hold

Waktu fase taking hold atau fase transisi antara ketergantungan dan kemandirian adalah hari ke-3 sampai hari ke-10 (Susanto, 2019).

- a) Kekhawatiran ibu akan ketidakmampuan merawat bayi.
- b) Ibu berfokus pada pengendalian BAK, BAB, dan daya tahan tubuh.
- c) Ibu berusaha mendominasi cara untuk benar-benar fokus pada anak misalnya menyusui, menggendong, mencuci, serta mengembangkan popok.

- d) Ibu pada umumnya akan lebih terbuka untuk mendapatkan konseling dan data dari dokter spesialis, perawat, dan bidan.

3. Fase letting go

Hari ke-10 hingga akhir masa nifas disebut fase mandiri.

Ciri-ciri:

- a) Ibu merasa lebih percaya diri terhadap perawatan diri serta bayinya.
- b) Tanggung jawab seorang ibu dalam merawat bayinya dan memahami kebutuhan bayi.

2.2 Konsep Vakum Ekstrasi

2.2.1 Definisi

Ekstraksi vakum adalah suatu tindakan bantuan persalinan dimana janin dilahirkan dengan menggunakan tekanan negatif (daya hampa udara) dengan alat vakum (*negative-pressure vakum extractor*) yang dipasang dikepalanya. Hanya sebagai alat ekstrasi tidak baik sebagai alat rotasi (Fargok, 2013)

Pada ekstrasi vakum, keadaan fisiologis yang diharapkan adalah terbentuknya kaput suksadedeum pada kepala janin sebagai kompensasi akibat penghisapan/tekanan negatif. Kemudian setelah kepala menempel pada mangkuk vakum, tarikan dilakukan dengan bantuan tenaga dari ibu (bersamaan dengan saat his/gerakan mengejan) mengandalkan penempelan kaput tersebut pada mangkuk vakum (Fargok, 2013)

Vakum memberi tenaga tambahan untuk mengeluarkan bayi, dan biasanya digunakan saat persalinan sudah berlangsung terlalu lama dan ibu sudah terlalu capek serta tidak meneran lagi. Ekstrasi vakum dapat dilakukan dengan syarat

sebagai berikut:

- a. Janin atrem, letak kepala, atau bokong
- b. Janin harus dapat lahir pervaginam (tidak ada disproporsi sefalopelvik)
- c. Pembukaan serviks sudah lengkap (pada multigravida, dapat pada pembukaan minimal 5-7)
- d. Kepala janin sudah *engaged*
- e. Selaput ketuban sudah pecah, atau jika belum dipecahkan
- f. Harus ada kontraksi uterus (his) dan tenaga mengejan ibu (reflex mengejan baik).
- g. Tidak boleh ada mukosa vagina atau jaringan servix yang terjepit antara ekstraktor vakum dengan kepala janin
- h. Penurunan kepala janin minimal Hodge II
- i. Tekanan vakum sampai mencapai 50 mmHg.

2.2.2 Etiologi

- a. Kelelahan pada ibu : terkurasnya tenaga ibu pada saat melahirkan kerana kelelahan fisik pada ibu.
- b. partus tak maju: his yang tidak normal dalam kekuatan atausifatnya menyebabkan bahwa rintangan pada jalan lahir yang lajim terdapat pada setiap persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kematian.
- c. Gawat janin: denyut jantung bayi abnormal ditandai dengan :
 - 1) Denyut jantung bayi irreguler dalam persalinan sangat bereaksi dan dapat kembali dalam beberapa waktu. Bila denyut jantung bayi tidak kembali

normal setelah kontraksi, hal ini mengakibatkan adanya hipoksia.

- 2) Bradikardi yang terjadi diluar saat kontraksi atau tidak menghilang setelah kontraksi.
- 3) Takhikardi merupakan reaksi terhadap adanya demam pada ibu (Prawihardjo,2013).

2.2.3 Patofisiologi

Ada 4 faktor yang mempengaruhi proses persalinan kelahiran yaitu *passenger* (penumpang yaitu janin dan plasenta), *passagway* (jalan lahir), *powers* (kekuatan) posisi ibu dan *psikologi*. Ketika dalam proses persalinan tersebut ibu mengalami tanda-tanda indikasi seperti power ibu menurun:frekuensi his semakin menurun, nadi ibu cepat > 100x/mnt, nafas cepat > 40x/mnt.decom tingkat 1 : sesak nafas yang dialami ibu setelah ibu mengejan. Tekanan darah naik: ibu pusing, ada kenaikan tekanan sistole dan diastole (>130/80). Tidak kuat mengejan: penurunan janin kepala statis, saat ibu mengejan dua kali kepala tidak mengalami penurunan. Adanya kenaikan suhu: suhu naik lebih dari normal,>37,5. Maka harus dilakukan tindakan vakum ekstrasi (Prawihardjo, 2013).

2.2.4 Komplikasi

Dengan dipenuhinya syarat-syarat : pembukaan sudah lengkap atau hampir lengkap, kepala janin sudah sampai Hodge III dengan tidak adanya disproporsi sefalopelvik, janin dengan presentasi belakang kepala dan kepala janin tidak lembek, seperti pada maserasi atau prematuritas atau timbulnya komplikasi tidak benar (Berliana, 2016). Yang mungkin terjadi ialah:

- a. Pada ibu :

1. Robekan bibir cervix atau vagina karena terjepit antara kepala bayi dan cup.
2. Robekan kandung kencing dan rektum, fistula.
3. Komplikasi perdarahan karena atonia dan komplikasi infeksi.

b. Pada anak :

1. Cepalohemtomatoma memerlukan pemantauan dan biasanya menghilang dalam 3-4 minggu dapat terjadi juga subgaleal hematoma.
2. Perdarahan subaponeurotik.
3. Fatal distress.
4. Trauma janin
5. Infeksi.
6. Ekskoriasi kulit kepala.
7. Fraktur tulang tengkorak
8. Perdarahan intrakranial sangat jarang terjadi dan memerlukan perawatan neonatus segera.
9. Abrasi kulit kepala (biasa dan tidak berbahaya) dan leserasi dapat terjadi. Bersihkan dan priksa untuk menentukan apakah diperlukan jahitan. Nekrosis sangat jarang terjadi.
10. Caput succedaneum artificialis akan hilang dalam beberapa hari. Vakum ekstraktor dapat juga dipergunakan untuk melahirkan kepala waktu SC. Untuk ini harus ada pompa listrik sehingga penurunan tekanan berangsur-angsur dengan teratur. Dengan pompa listrik tekanan dapat diturunkan sampai -0,75 atm. Dalam waktu 60 detik.

c. Cara mengatasi komplikasi ekstraksi vakum :

1. Infus tranfusi
2. Antibiotik
3. Reposisi trauma
4. Menjahit perlukaan.

2.2.5 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Mitayani,2013) menerangkan bahwa :

- a. Hitung darah lengkap dengan deferensial, menandakan adanya anemia dan infeksi serta tingkat hidrasi.
- b. Urinalisis menunjukan infeksi traktus urinarius, protein atau glukosa
- c. USG menentukan usia gestasi, ukuran janin, adanya gerakan jantung janin, dan lokasi plasenta
- d. Pelvimetri, mengidentifikasi disproporsi CPD atau posisi janin.

2.2.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan post partum spontan dengan vakum ekstraksi menurut (Mochtar, 2013) adalah :

- a. Pada robekan perineum lakukan penjahitan dengan baik lapis demi lapis, perhatikan jangan sampai terjadi ruang kosong terbuka ke arah vagina yang biasanya dapat dimasuki bekuan-bekuan darah yang akan menyebabkan tidak baiknya penyembuhan luka
- b. Segera mobilisasi dan realimentasi (pemberian makanan bayi secara bertahap dan teratur)
- c. Konseling keluarga berencana

- d. Berikan antibiotik cukup
- e. Pada luka peineum lama lakukan perineoplastik dengan membuka luka dan menjahitnya kembali sebaik-baiknya.

2.3 Konsep Episiotomi

2.3.1 Pengertian

Episiotomi adalah suatu tindakan insisi pada perineum untuk memperlebar jalan lahir menurut alur waktu tertentu, insisi dilakukan pada saat kontraksi, ketika jaringan sedang merentang, agar mudah terlihat daerahnya, dan perdarahan dengan kemudian tidak terlalu paeah (Nurasiah Ai dkk, 2014)

Episiotomi adalah suatu tindakan insisi bedah yang dilakukan pada perineum untuk mempermudah kelahiran pada bagian presentase janin, praktik ini harus dibatasi sesuai kebutuhan klinis (Batson Hellen dkk, 2016)

2.3.2 etiologi

- a. etiologi yang berasal dari janin menurut (Damayanti dkk, 2014)

- 1. janin prematur
- 2. janin letak sungsang, letak defleksi
- 3. bayi yang besar

Berat seorang bayi mormal adalah antara 2.500-4.000 gram. Bayi besar (makrosomia) adalah bayi dengan berat badan diatas 4 kilogram (Andalas, 2014)

- b. etiologi yang berasal dari ibu

- 1. primagravida, khusus pada primagravida, laserasi jalan lahir sulit dihindari sehingga untuk keamanan dan memudahkan menjahit laserisasi kembali

dilakukan episiotomi, selain itu episiotomi dipertimbangkan pada multigravida dengan intorotus vaginae yang sempit.

2. Ada bekas episiotomi yang sudah di perbaiki (Mutmainah dkk, 2017)
3. Perineum kaku dan riwayat robekan perineum pada persalinan lalu
4. Terjadi peregangan perineum yang berlebihan misalnya persalinan sungsang, persalinan cunam dan ekstaksi vakum.

2.3.3 Derajat Episiotomi

Menurut Medscape dalam penelitian hasil analisis nya, didapatkan beberapa derajat luka episiotomi dapata di bagi menjadi :

- a. Derajat 1 : robekan kecil pada kulit dan epitel vagina yang tidak melibatkan jaringan di bawahnya.
- b. Derajat 2 : robekan mengenai fascia dan otot perineum, tetapi tidak mengenai otot sfingter anal.
- c. Derajat 3 : robekan mengenai fascia dan otot perineum, serta sudah menegnai otot sfingter anal
- d. Derajat 4 : robekan menegnai fascia dan otot perineum, serta sfingter anal dan mukosa anorektal (Medscape, 2016).

2.3.4 Komplikasi

Menurut Radwan 2015, menyatakan bahwa komplikasi dari tindakan penjahitan luka episiotomi adalah :

- a. Nyeri
- b. Dispareunia
- c. Dehisensi luka

- d. Infeksi
- e. Inkontinensia alvi
- f. Pembakakan perineum
- g. Hematoma.

2.3.5 indikasi episiotomi

- a. gawat janin, untuk menolong keselamatan janin, maka persalinan harus segera diakhiri
- b. persalinan pervaginam dengan penyulit, misalnya presbo, distoksia bahu, akan dilakukan ekstraksi forcep, ekstraksi vakum.
- c. jaringan perut pada perineum ataupun pada vagina
- d. perineum kaku dan pendek
- e. adanya ruptur yang membakak pada perineum
- f. premature untuk mengurangi tekanan pada kepala janin (Nurasiah Ai dkk, 2014)

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Ibu Post Partum

Menurut (Kumalasari, 2015) proses keperawatan adalah suatu system dalam merencanakan pelayanan asuhan keperawatan yang mempunyai lima tahapan. Tahapan yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Proses pemecahan masalah yang sistematis dalam memberikan pelayanan keperawatan serta dapat menghasilkan rencana keperawatan yang menerangkan kebutuhan setiap klien yang tersebut diatas yaitu melalui empat tahapan keperawatan.

1. Identitas pasien

Identitas klien meliputi nama umur, alamat, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku, diagnosa medis, nomor register, tanggal masuk dan tanggal pengkajian. Biasanya wanita kelompok usia <20 tahun atau >35 tahun, kehamilan primigravida atau multigravida.

2. Keluhan utama

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa kontraksi, nyeri pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum.

(Purwaningsih, W., 2015)

b. 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

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 kesehatan keluarga

Riwayat ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pada pasien atau bayinya.

c. Masalah obstetrik

1. Riwayat kehamilan, persalinan, dan masa nifas yang lalu

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

2. Riwayat persalinan sekarang

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

d. Riwayat menstruasi

Umur menarche pertama kali, lama haid, jumlah darah yang keluar, siklus haid, hari pertama haid terakhir.

e. 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.

f. Pemeriksaan fisik

Pengkajian dalam pemeriksaan fisik yang dilakukan yaitu menurut (Astuti et al., 2019).

1. Keadaan umum

Identifikasi keadaan ibu secara umum, apakah mengeluh kelelahan ataukah dalam kondisi bugar.

2. Pemeriksaan TTV

Identifikasi tanda vital meliputi nadi, suhu, tekanan darah, serta repository rite secara berkala pada jam pertama setelah persalinan, kemudian setiap 30 menit untuk jam-jam setelahnya. Kemudian, untuk nadi serta suhu diatas standar bisa menunjukkan kemungkinan terjadinya infeksi.

3. Permeriksaan kepala

- a) Mata konjungtiva anemis atau tidak
- b) Hidung. Tanyakan apakah ibu menderita pilek atau sinusitis.
- c) Telinga. Identifikasi apakah ibu menderita infeksi atau adanya peradangan pada telinga.
- d) Mulut dan gigi. Tanyakan terhadap ibu mengenai adanya stomatitis.
- e) Leher. Identifikasi terjadinya pembesaran pada kelenjar linfe serta kelenjar tiroid.

4. Pemeriksaan payudara

a) Payudara

Lihat ukuran, bentuk, kesimetrisan, warna kemerahan pada kulit payudara, bentuk dan permukaan payudara. Jika permukaannya tidak rata semacam putus asa, retraksi atau adanya luka pada kulit payudara dan perlu diawapadai adanya tumor.

b) Aerola

Lihat bentuk, ukuran, serta lecet atau luka pada puting pada ibu post partum. ukuran puting berubah namun tidak terlalu penting. Karena, keadaan puting misalnya datar, normal menonjol ataupun

tenggelam bisa mempengaruhi kesiapan ibu terhadap siklus menyusui.

c) Palpasi

Palpasi payudara bertujuan melihat adakah pembengkakan payudara, palpasi payudara apakah ada massa, dan kaji pengeluaran colostrum, colostrum akan bertambah pada hari ke 2 hari ke 3.

5. Pemeriksaan abdomen

a) Keadaan

Identifikasi adanya striae serta linea alba. Identifikasi kondisi absomen, apakah keras atau lembek.

b) Diastasis Rektus Abdominis (DRA)

Diastasis rektus abdominis atau DRA yaitu rengangan pada otot rectus abdominis yang diakibatkan oleh pembesaran uterus. Jika dipalpasi, regangan ini menyerupai celah memanjang dari prosessus xiphoideus ke ulbilikus sehingga dapat diukur panjang dan lebarnya.

c) Fundus uteri

Palpasi fundus uteri dari arah umbilicus ke bawah, dengan menentukan tinggi fundus uteri (TFU) misalnya 1 jari diatas pusat, 2 jari diatas pusat, dll, posisi fundus uteri sentral ataukah lateral. Posisi lateral biasanya terdapat dorongan oleh bladder yang penuh. Kontraksi juga perlu di periksa, kontraksi lemah ataupun perut teraba lunak, jika menggambarkan kontraksi uterus kurang mkasimal sehingga kemungkinan terjadinya pendarahan.

Identifikasi fundus uteri perhari yaitu pada kekuatan serta lokasinya. Pastikan klien sudah mengosongkan kandung kemih sebelum dilakukannya tindakan palpasi.

d) Kandung kemih

Kaji dan palpasi kandungan urin pada kandung kemih kaji tingkat distensi pada kandung kemih selama 8 jam.

e) Pemeriksaan genital

1) Inspeksi adanya edema pada banyak urin, edema terhadap traktus urinarius bisa menyebabkan penyumbatan obstruksi dari uretra dengan tujuan agar terjadinya retensi urin.

2) Periksa lohkea, merupakan kotoran yang dikeluarkan dari vagina yang terdiri dari jaringan serta lendir yang berasal dari rahim dan vagina. Dengan cara monitor lohkea setiap 4 sampai 8 jam, kaji frekuensi ketika melakukan penggantian pembalut.

Yang terakhir yaitu kaji warna dan bau lohkea. Bau lohkea seperti bau darah menstruasi, jika baunya kurang sedap atau busuk pertanda bahwa terdapat infeksi di saluran reproduksi.

Lohkea di bagi menjadi :

(a) Lokha rubra

Berwarna merah muda, terdapat lendir serta darah, terjadi selama 3-4 hari setelah melahirkan, bentuk darahnya bekuan serta bau anyir.

(b) Lokhea serosa

Berwarna kecoklatan, terjadi selama 9-20 hari, bau agak anyir ada kandungan serum, leukosit serta sisa-sisa jaringan.

(c) Lokhea alba

berwarna kuning hingga putih, terjadi selama 2-6 minggu post partum atau masa nifas, terdapat leukosit, sel epitel, mukoservik serta kuman/bakteri.

6. Pemeriksaan perineum dan rectum

1. Memposisikan klien dan kaji keutuhan perineum, akankah utuh, apakah ada luka episiotomy atau luka laserasi/rupturee
2. Identifikasi luka episiotomy serta kondisi jahitan, kaji tanda-tanda REEDA (Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge, Appoximation)
 - a) Redness : kemerahan
 - b) Edema : bengkak
 - c) Ecchymosis : kebiruan
 - d) Discharge : nanah
 - e) Approximation : penyatuan

3. Identifikasi ekstremitas

Identifikasi ada atau tidaknya varises, kaji adanya edema, dan evaluasi adanya tanda hormon.

g. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis respon individu, keluarga atau komunitas terhadap proses kehidupan/masalah. Menurut Asuhan Keperawatan

berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) 2015 dan SDKI (standar diagnosa keperawatan indonesi) bahwa diagnose keperawatan yang dapat muncul pada ibu post partum yang ditulis oleh (Nurarif & kusuma, 2015) sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)
2. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI
3. Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
5. Risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pasca post partum (mis. Atoni uterus, retensi plasenta)
6. Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan menemukan sumber informasi

h. Intervensi

Perencanaan keperawatan adalah tahap ketiga dari proses keperawatan dimana perawat menetapkan tujuan dari hasil yang diharapkan bagi pasien, ditentukan dan merencanakan intervensi keperawatan (Dermawan, 2016).

Tabel 2.1 Intervensi Nyeri Akut (SDKI, 2016)

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

no	Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	Nyeri akut (D.0077) Kategori: psikologis Subkategori: nyeri dan kenyamanan Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan Penyebab: 1.agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma) 2.agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat,	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah nyeri akut diharapkan menurun dan teratasi dengan indikator: 1.keluhan nyeri (4) 2.meringis (4) 3.sikap protektif (4) 4.kesulitan tidur (4) Ket 1= meningkat 2= cukup meningkat 3= sedang 4= cukup menurun 5= menurun 1.TTV (tekanan darah, frekuensi nadai,pola nafas) (4) 2.fokus (5) 3.nafsu makan (4) Ket 1=memburuk 2= cukup memburuk	SIKI manajemen nyeri (1.08238) Observasi 1. identifikasi, lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. identifikasi skala nyeri 3. identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan 5. mionitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik Berikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Edukasi 1. jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 3. kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	Observasi 1. untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. agar kita mengetahui tingkat cedera yang dirasakan oleh pasien 3. agar kita dapat mengurangi faktor-faktor yang dapat memperparah nyeri yang dirasakan oleh pasien 4. agar kita mengetahui sejauh mana kemajuan yang dialami pasien setelah dilakukan terapi komplementer 5. agar kita timbul ciri-ciri abnormal pada tubuh pasien kita dapat menghentikan pemberian obat analgetik itu sendiri terapeutik agar pasien juga mengetahui kondisinya dan mempermudah perawatan edukasi 1.agar pasien dapat menghindari penyebab dari nyeri yang dirasakan

prosedur operasi, trauma,
latihan fisik berlebihan)

3= sedang
4= cukup membaik
5= membaik

Gejala dan tanda mayor

Subjektif:

1.mengeluh nyeri

Objektif:

1.tampak meringis

2.bersikap protektif (mis.

Waspada, posisi
menghindar nyeri)

3.gelisah

4.frekuensi nadi

meningkat

5.sulit tidur

Gejala dan tanda minor:

1.tekanan darah meningkat

2.pola nafas berubah

3.nafsu makan berubah

4,proses berfikir

terganggu

2. agar pasien dapat meredakan nyeri
secara mandiri ketika seudha pulang
dari rumah sakit

3. agar pasien dapat menghilangkan
rasa nyeri itu dengan menggunakan
obat analgesik yang sesuai dengan
nyeri yang dirasakan pasien

2. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI

Tabel 2.2 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI

no	Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	Menyusui tidak efektif (D.0029) Definisi Kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui. Penyebab Fisiologi: 1.ketidakadekuatan suplai ASI 2.hampatan pada neonatus (mis. Prematuritas, sumbing) 3.anomali payudara ibu (mis. Puting yang masuk ke dalam) 4.ketidakadekuatan refleks oksitosin 5.ketidakadekuatan refleks menghisap bayi 6. payudara bengkok	setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka status menyusui membaik, dengan kriteria hasil : 1.kelelahan maternal menurun 2. tetesan/pancaran ASI meningkat 3.miksi bayi lebih dari 8 kali/ 24 jam meningkat 4. lecet pada puting menurun	Observasi 1.identifikasi kesiapan dan kemamouan menerima informasi 2.identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik 1. sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. berikan kesempatan untuk bertanya 4. dukung ibu meningkatkan kepercayaan dari dalam menyusui 5. libatkan system pendukung, suami, keluarga, tenaga kesehatan, masyarakat Edukasi 1.berikan konseling menyusui 2.jelaskan manfaat menyusui bagi bayi dan ibu 3.ajarkan perawtan payudara antepartum dengan mengompres hangat	Observasi 1. mengatahui kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. mengetahui tujuan atau keinginan untuk menyusui Terapeutik 1.untuk memberikan materi dan media pendidikan 2. agar jadwal teratur dan sesuai dengan kesepakatan 3. agar pasien mengerti tentang pendidikan kesehatan yang di berikan 4. untuk membantu ibu agar mempersiapkan menyusui yang benar 5. untuk memberikan dukungan penyemangat bagi pasien Edukasi 1.untuk membantu ibu agar mengetahui tentang menyusui 2. agar ibu mengetahui manfaat menyusui bagi bayi dan ibu 3. agar ibu mengetahui cara perawatan payudara dengan mengompres hangat

7. riwayat operasi payudara

8. kelahiran kembar

Situasional

1. tidak rawat gabung

2. kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan metode menyusui

3. kurangnya dukungan keluarga

4. faktor budaya

Gejala dan tanda mayor

Subjektif

1. kelelahan maternal

2. kecemasan maternal

Objektif

1. bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu

2. ASI tidak menetes/memancar

3. BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam

4. nyeri atau lecet terus menerus setelah minggu kedua

Gejala dan tanda minor

Subjektif :-

Objektif :

1. intake bayi tidak adekuat

2. bayi menghisap saat disusui

3. bayi menangis saat disusui
 4. bayi rewel dan menangis terus dalam jam-jam pertama setelah menyusui
 5. menolak untuk menghisap
- Kondisi klinis terkait
1. abses payudara
 2. masitis
 3. carpal tunnel syndrome

3. Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit

Tabel 2.3 Intervensi Risiko Infeksi

no	Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	Risiko infeksi (D.0142) Kategori : lingkungan Subkategori: keamanan dan proteksi Definisi : Beresiko mengalami peningkatan tentang organisme patogenik Data subjektif :	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam =, diharapkan klien mampu mengatasi risiko infeksi dengan kriteria hasil : 1. asupan nutrisi tidak terganggu 2. nyeri dapat ditangani 3. demam dapat ditangani 4. kadar sel darah putih dalam rentang normal	Observasi 1. monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik tindakan 1. batasi jumlah pengunjung 2. berikan perawatan kulit pada area edema 3. cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. pertahankan teknik aseptik pada	- mengetahui tanda dan gejala adanya infeksi - mengurangi risiko kontaminasi mikroorganisme - mengurangi kontaminasi mikroorganisme - memberikan informasi kepada pasien terkait tanda dan gejala infeksi untuk mencegah terjadinya infeksi

Data objektif : 1.penurunan hemoglobulin 2.supresi respon inflamasi	pasien beresiko tinggi Edukasi 1. jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau operasi 4. anjurkan meningkatkan asupan nutrisi Kolaborasi Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
--	--

4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

Tabel 2.4 Intervensi Defisit Perawatan Diri

no	Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional
	Defisit perawatan diri (D.0109) Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri Penyebab: 1.gangguan muskuloskeletal 2. gangguan neuromuskuler 3. kelamahan 4. gangguan psikologis atau psikotok 5. penurunaan motivasi/ minat	Setelah dilakuakn tindakan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan perawatan diri meningkat, dengan kriteria hasil : 1.kemampuan mandi meningkat 2. kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. kemampuan makan meningkat 4. kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 5. verbalisasi meningkat keinginan	Observasi 1.identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. monitor tingkat kesadaran 3. identifikasi kebutuhan alat bantu, kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 1.sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, trivasi) 2. siapkan keperluan pribadi (mis.	Observasi 1.untuk mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. untuk memonitor tingkat kemandirian 3. mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 1.menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi) 2. menyiapkan keperluan pribadi (mis.

Gejala dan tanda mayor Subjektif 1. menolak melakukan perawatan diri Objektif 1. tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri 2. minat melakukan perawatan diri kurang Gejala dan tanda minor Subjektif : - Objektif : - Kondisi klinis terkait : 1. stoke 2. cedera medula spinalis 3. depresi 4. arthritis reumatoid 5. retardasi reumatoid 6. delirium 7. demensia 8. gangguan amnesik 9. skizofrenia dan gangguan psikotik lain 10. fungsi penilaian terganggu	melakukan perawatan diri meningkat 6. minat melakukan perawatan diri meningkat	Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 3. dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5. fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 6. jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 1. anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 3. mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 5. menjadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 1. menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
---	--	---	---

5. Risiko Perdarahan berhubungan dengan dengan komplikasi pasca post partum (mis. Atoni uterus, retensi plasenta)

Tabel 2.5 Intervensi Risiko Perdarahan

no	Diagnosa	Tujuan	Intervensi	rasional
1	Resiko perdarahan (D.0012) Definisi : Beresiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi didalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh) Faktor resiko : 1.aneurisma. 2. gangguan gastrointestinal (mis. Ulkus, polip, varises) 3. gangguan fungsi hati (mis. Sisrosis hepatitis) 4. komplikasi kehamilan (mis. Ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/ abrupcio, kehamilan kembar). 5. komplikasi pasca partum (mis. Antoni uterus, retensi plasenta). 6. gangguan koagulasi (mis. Trombositopenia)	Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil : 1.membran mukosa lembab meningkat 2. hematuria menurun 3. hematemesis menurun 4. perdarahan anus menurun 5. perdarahan vagina menurun 6. perdarahan pasca operasi menurun 7. distensi abdomen menurun 8. hemoglobin membaik 9. hematokrit membaik 10. tekanan darah membaik 11. frekuensi nadi membaik 12. suhu tubuh membaik	Observasi 1.monitor tanda dan gejala perdarahan 2. nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah 3. monitor tanda tanda vital ortostatik 4. monitor koagulasi (PT,PTT, fibrinogen) Terapeutik 1.pertahankan bed rest selama perdarahan 2. batasi tindakan invasi, jika perlu 3. gunakan kasur pencegah dekubitus 4. hindari pengukuran suhu rektal Edukasi 1.jelaskan tanda dan gejala perdarahan	Observasi 1.tanda dan gejala perdarahan terpantau 2. tanda-tanda vital terpantau 3. hematokrit/ hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah terpantau 4. koagulasi terpantau Terapeutik 1.pergerakan yang banyak dapat memicu perdarahan 2. dapat menutup pembuluh darah 3. pentingnya aktivitas dan istirahat 4. mengetahui perubahan fisik dan psikologis Edukasi 1.agar dapat melakukan pencegahan perdarahan 2. agar dapat mencegah tanda dan bahaya Kolaborasi Agar perdarahan terkontrol

7. efek agen farmakologis 8. tindakan pembedahan 9. trauma 10. kurang terpapar informasi tentang pencegahan pencegahan perdarahan 11. proses keganasan	2. anjurkan menggunakan kaos kaki saat ambulasi 3. anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi 4. anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulasi 5. anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K Anjurkan segera mealor jika terjadi perdarahan Kolaborasi Kolaborasi pemberian produk darah pemberian obat-obatan lain-lain
---	---

6. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahan menemukan sumber informasi

Tabel 2.6 Intervensi Defisit Pengetahuan

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional
	Defisit pengetahuan (D.0111) Definisi: Ketidadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu Penyebab: 1.keterbatasan kognitif	Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: 1.prilaku sesuai anjuran 2. verbalisasi minat dalam belajar	Observasi 1.identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat	-untuk memberikan informasi ketika pasien siap dan mampu dapat mengoptimalkan dalam persiapan informasi. - unruk klien dapat mencapaitujuan perawatan

2. gangguan fungsi kognitif 3. kekeliruan mengikuti anjuran 4. kurang terpapar informasi 5. kurang minat dalam belajar 6. kurang mampu mengingat 7. ketidakadkuatan menemukan sumber informasi Gejala dan tanda mayor Subjektif : Menanyakan masalah yang dihadapi Objektif: 1. menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran 2. menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah Gejala dan tanda minor Subjektif : - Objektif : 1. menjalani pemeriksaan yang tidak tepat 2. menunjukkan perilaku yang berlebihan seperti apatis, agitasi, bermusuhan dan histeria	3. kemampuan menjelaskan 4. pengetahuan tentang suatu topik 5. kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya sesuai dengan topik 6. perilaku sesuai dengan pengetahuan (poin 1-6) dengan diberikan nilai 1= menurun 2= cukup menurun 3= sedang 4= cukup meningkat 5= meningkat 7. pernyataan tentang masalah yang dihadapi 8. persepsi yang keliru terhadap masalah 9. menjalani pemeriksaan yang tidak adekuat (poin 7-9) dengan diberikan nilai 1: meningkat 2: cukup meningkat 3: sedang 4: cukup menurun 5: menurun 11. perilaku, dengan nilai 1: memburuk 2: cukup memburuk 3: sedang 4: cukup membaik	Terapeutik 1. sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai dengan kesepakatan 3. berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1. jelaskan faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	- untuk penunjang agar penyampaian materi lebih mudah dipahami dan mudah menarik perhatian - penjadwalan sesuai dengan kesepakatan agar tidak mengganggu aktivitas masing-masing - memberikan kesempatan bertanya untuk mengetahui sejauh mana pasien dapat menerima materi - agar percaya diri ibu meningkat - klien mendapatkan perhatian dari kasih sayang dari keluarganya dan dapat berperan lebih aktif dalam merawat diri
---	---	--	--

5: membaik

i. Implementasi

Wahyuningsih (2019) untuk melaksanakan implementasi seorang tenaga kesehatan harus mempunyai kemampuan kognitif dalam proses implementasi yaitu mencakup melakukan pengkajian ulang kondisi klien, memvalidasi rencana keperawatan yang telah disusun, menentukan kebutuhan yang tepat untuk memberikan bantuan, melaksanakan strategi keperawatan dan mengkomunikasikan kegiatan baik dalam bentuk lisan maupun tulisan dan dilakukan juga tindakan kerja sama antara tenaga kesehatan dengan klien, beserta keluarga klien sehingga asuhan keperawatan yang diberikan dapat optimal dan komprehensif.

j. Evaluasi

Rohman dan Walid (2019) menyatakan bahwa evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan kondisi klien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap intervensi keperawatan. Untuk memudahkan perawat memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP/SOAPIER. Adapun pengertian SOAP yaitu S (data subjektif) dimana perawat menuliskan keluhan yang dirasakan setelah tindakan keperawatan, O (data objektif) adalah data berdasarkan hasil observasi atau pengukuran perawat dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan, A (analisa) adalah interpretasi dari data subjektif dan data objektif, P (planning) adalah perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan.

2.5 Konsep Nyeri Akut pada ibu post partum episiotomi

2.5.1 Definisi

Nyeri adalah pengalaman sensori yang tidak menyenangkan, unsur utama yang harus ada untuk disebut sebagai nyeri adalah rasa tidak menyenangkan. Nyeri terjadi akibat adanya kerusakan jaringan yang nyata (*pain associate with actual tissue damage*), nyeri yang dinamakan nyeri akut yang dapat menghilang seiring dengan penyembuhan jaringan (Zakiyah, 2015).

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah, dengan insensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu yang singkat. Nyeri akut dapat dijelaskan sebagai nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan. Fungsi nyeri akut adalah memberi peningkatan akan suatu cedera atau penyakit yang akan datang (Andarmoyo, 2013).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional tidak nyaman yang biasanya berkaitan dengan adanya kerusakan jaringan aktual atau potensial yang durasinya singkat sampai kurang dari enam bulan.

2.5.2 Etiologi Nyeri Akut

- a. Agen pencedera fisiologis (misal: Inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b. Agen pencedera kimiawi (misal: Terbakar, bahan kimia iritan)
- c. Agen pencedera fisik (misal: Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) (ppni, 2016).

2.5.3 Tanda Dan Gejala Nyeri

Pasien dengan nyeri memiliki tanda dan gejala mayor maupun minor sebagai berikut :

1) Tanda dan gejala mayor

Subjektif:

- a) Tampak meringis
- b) Bersikap proktiktif (mis; waspada, posisi menghindari nyeri)
- c) Gelisah
- d) Frekuensi nadi meningkat
- e) Sulit tidur

2) Tanda dan gejala minor

Subjektif : (*tidak tersedia*)

Objektif :

- a) Tekanan darah meningkat
- b) Pola nafas berubah
- c) Nafsu makan berubah
- d) Proses berfikir terganggu
- e) Menrik diri
- f) Berfokus pada diri sendiri
- g) Diaforesis (PPNI,2016).

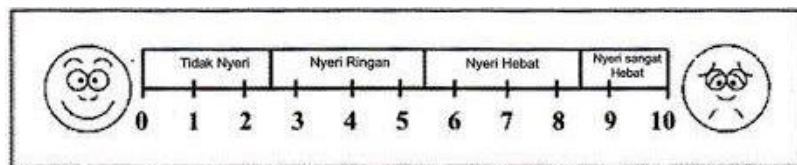
2.5.4 Pengukuran Intensitas Nyeri

alat pengukuran nyeri terdiri dari skala undimensional sederhana dan kuisioner multidinesti. Berikut penjelasan dari skala undimensional dan multidinesi

antara lain:

- a. *Visual analogue scale* (VAS) adalah skala dengan menggunakan kata-kata kunci yang tidak memiliki tingkatan yang tepat tanpa angka dan tidak ada pilihan dengan apa yang dialami ibu *postpartum*, seperti kata `tidak nyeri` dan `nyeri senyeri-nyerinya`.
- b. *Nurmerical rating scale* (NRS) adalah skala dengan nilai numeris terdiri dari garis 0-10 cm yang telah ditentukan terlebih dahulu berdasarkan insensitas nyeri mereka dan juga dapat dilengkapi dengan gambar ekspresi wajah sehingga mudah digunakan

Gambar 2.1 Numerical Rating Scale (NRS) menurut (Indrayani& Djami,2016)



- c. *McGill Pain Questioner* (MPQ) adalah mengubah pengenalan sifat yang multidimensional pengalaman nyeri dengan menggunakan insensitas, kualitas dan durasi seseorang. MPQ adalah kombinasi antara verbal, nilai numerik dan gambar tubuh.

2.5.5 Penetalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri terbagi menjadi 2 menurut Solehati & Kosasih (2015) yaitu;

- a. Pendekatan farmakologi

Tatalaksana farmakologi yaitu pendekatan kolaborasi antara dokter dan perawat yang menekankan pada pemberian obat yang mampu menghilangkan sensasi nyeri.

b. Pendekatan non farmakologi

Tatalaksana non farmakologi dilakukan untuk mendukung terapi farmakologi. Hal-hal yang dapat dilakukan adalah pendekatan psikologis (terapi perilaku kognitif, relaksasi, psikoterapi), rehabilitasi fisis, atau pendekatan bedah. Adapun cara untuk mengurangi intensitas nyeri luka perineum adalah relaksasi nafas dalam

Hasil penelitian Lumkan (2020) Relaksasi napas dalam mempengaruhi nyeri luka episiotomi. Diharapkan praktisi perawat dapat melakukan relaksasi pernapasan dalam sebagai salah satu alternatif implementasi pada ibu postpartum yang menjalani episiotomi. Para akademisi diharapkan dapat mengajarkan siswa tindakan relaksasi pernafasan dalam. Penelitian serupa dapat dilakukan, namun dengan penambahan jumlah sampel dan menggunakan kelompok kontrol.

Hasil penelitian Arnita rizka amarina (2021) Ada pengaruh kombinasi senam kagel dan relaksasi nafas dalam terhadap nyeri luka perineum pada ibu nifas.

Hasil penelitian Luh ayu purnami, R. Soerjo Hadijono, Lucky Herawati (2019) Metode nafas dalam terbimbing lebih efektif dalam menurunkan maternal nyeri perineum pada 24 jam postpartum. Diharapkan pernapasan dalam yang dipandu dapat dilakukan digunakan sebagai metode alternatif untuk mengatasi nyeri perineum yang persisten.

