

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Post Partum

2.1.1. Pengertian Post Partum

“Masa nifas”, juga dikenal sebagai “post partum” itu berasal dari bahasa latin “puer”, yang berarti bayi, dan “parous” yang berarti melahirkan. Masa pasca melahirkan disebut juga dengan “Masa nifas” itu dimulai ketika rahim kembali ke keadaan prenatal. Masa post partum adalah 6-8 minggu atau 42 hari setelah kelahiran (Asri A Noe, 2018).

Ibu yang baru melahirkan mengalami perubahan fisiologis dan psikologis (Susanti and Yuliasari, 2019). Pada adaptasi fisiologis ialah ketika ibu sedang ada ditahap pemulihan, organ-organnya mulai bekerja kembali termasuk sistem hematologi, sistem kardiovaskuler, sistem perkemihan, sistem pencernaan, sistem muskuloskeletal, sistem endokrin, serta sistem reproduksi. Adaptasi psikologis ini disisi lain mengacu pada reaksi psikologis ibu terhadap gejala psikater serta gejala selama menyusui (Carin, Sund and Lahkar, 2018).

2.1.2. Etiologi

Tidak ada satupun teori tentang penyebab persalinan yang diketahui secara pasti karena proses persalinan tidak diketahui secara pasti. Salah satu teori yang paling populer adalah: (Bobak & Widiastini, 2018)

a. Teori kerenggangan rahim

Yang mengatakan bahwa otot rahim biasanya memiliki kemampuan untuk

merenggang pada titik tertentu, dan rahim biasanya akan berkontraksi ketika ototnya melebihi batasnya.

b. Teori penurunan hormon progesteron

Kelembutan terjadi selama persalinan ketika produksi hormon progesteron turun selama satu atau dua minggu pertama persalinan.

c. Distensi rahim

Otot rahim akan merenggang dan membesar selama kehamilan. Ini menyebabkan iskemia.

d. Teori plasenta menjadi dua

Karena plasenta semakin tua sering usia kehamilan, kadar eksterogen dan progesteron menurun, yang dapat menyebabkan kejang pada pembuluh darah dan kontaksi.

2.1.3. Patofisiologi

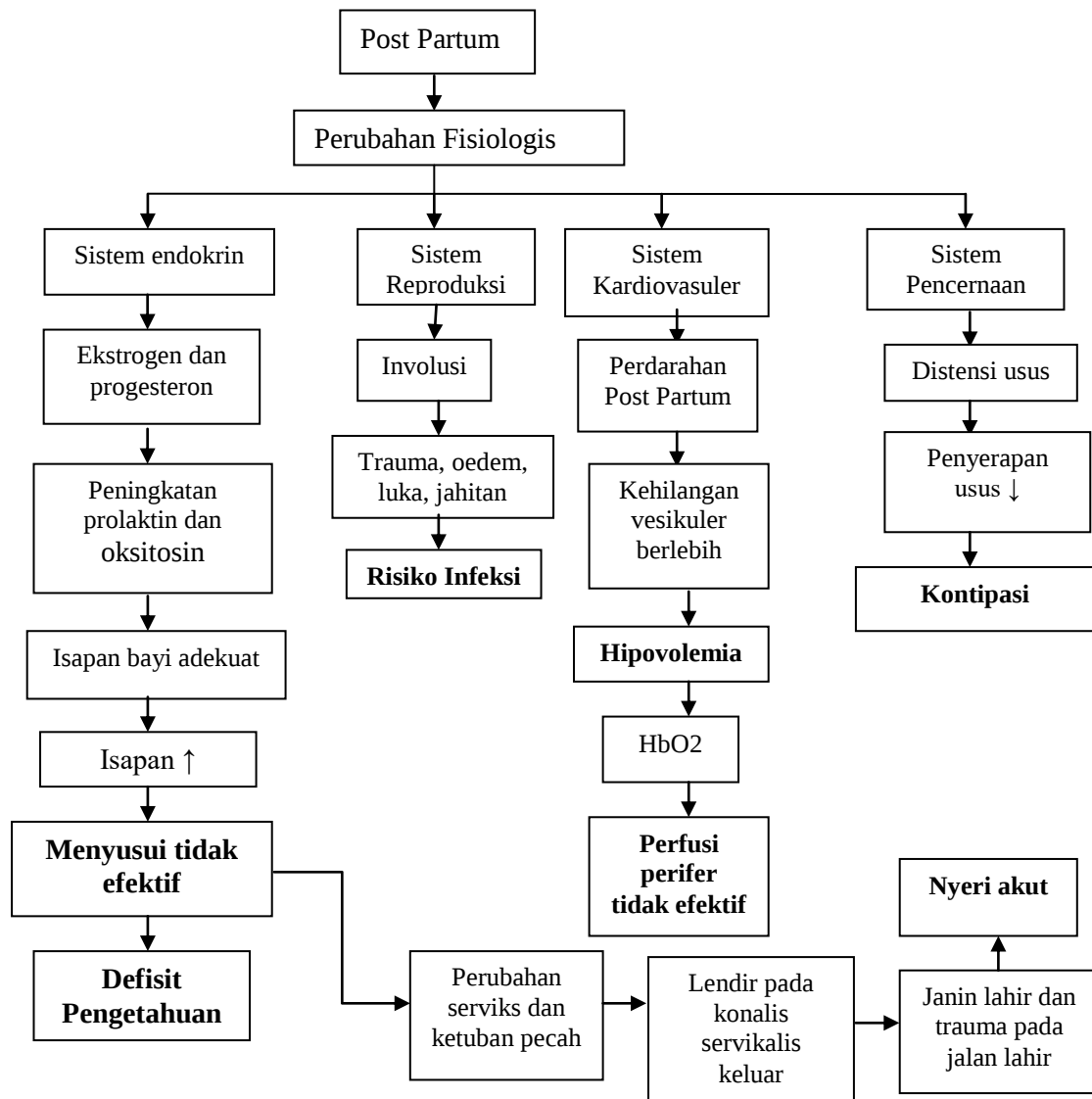
Masa nifas dikenal sebagai masa setelah persalinan, yang terjadi pada usia kehamilan antara 36 dan 40 minggu. Pada saat ini, plasenta berubah menjadi tua, mengakibatkan penurunan hormon progesteron dan ekstrogen. Akibatnya, plasenta kejang pada pembuluh darah yang menyebabkan HIS atau kontraksi. Selain itu, distensi atau pembesaran rahim dapat menyebabkan otot rahim menjadi iskemik, dan iritasi mekanis dapat menekan kepala janin, menyebabkan kontraksi uterus. Partus adalah hasil dari semua perubahan atas.

Pada kasus ini terjadi perubahan fisiologis dan psikologis. Perubahan fisiologis adalah proses regresif, menyebabkan kontraksi rahim, kerusakan mekanis dan pelebaran jalan lahir. Dilakukan episiotomi atau insisi, pemotongan

kerusakan jaringan dan penjahitan luka pada vagina dan perineum. Selama proses melahirkan, ada kemungkinan antomia uteri atau kegagalan rahim untuk berkontraksi yang menyebabkan perdarahan yang mengurangi volume darah. Hipoksia dalam aliran darah dapat disebabkan oleh perdarahan yang menyebabkan penurunan HBO₂. Struktur payudara akan dipengaruhi perubahan laktasi. Hormon ekstrogen dan peningkatan prolaktin memengaruhi laktasi, menyebabkan pembentukan ASI. Terkadang sirkulasi darah ke payudara berurai dan uterus serta retensi darah pada pembuluh payudara yang mengakibatkan bengkak serta penyempitan pada duktur intiverus yang mencegah keluarnya ASI. Saat masa kehamilan berakhir dan otot abdomen mengendur, usus relaksasi dan motalitas usus menurun, akibatnya feses menjadi lebih keras karena uus tidak mampu mengeleminasi.

Setelah melahirkan, selain perubahan fisiologis, perubahan psikologis juga akan terjadi seperti taking in (ketergantungan), taking hold (ketergantungan kemandirian), serta leting go (kemandirian). Ibu menjadi fokus pada diri sendiri karena penerimaan mereka terhadap pasien yang membutuhkan perlindungan dan perawatan berubah. Saat pengambilan pasien belajar tentang perawatan diri dan bayi, informasi ini cenderung hilang dikarenakan mengalami perubahan peran dan penambahan anggota baru saat leting go (Ryan, Cooper and Tauer, 2019).

2.1.4. Patways Post Partum



Bagan 2.1 (Ryan, Cooper and Tauer, 2019)

2.1.5. Tanda dan Gejala

Menurut (Ayu Putri, 2019), gejala-gejala berikut dapat muncul setelah persalinan:

- Organ reproduksi kembali normal di posisi sebelum kehamilan.
- Perubahan psikologi lain yang akan terjadi pada saat kehamilan berakhir (kerumitan).

- c. Masa menyusui anak dimulai.
- d. Ibu dianggap bertanggung jawab untuk menjaga serta mengasuh bayinya sesudah mengalami stres dari kehamilan serta persalinan.

2.1.6. Komplikasi

- a. Perdarahan post partum (ketika bayi kehilangan darah lebih dari 500 ml dalam 24 jam pertama setelah lahir)
- b. Infeksi
 - 1. Endometritis (radang selaput rahim)
 - 2. Miometritis atau metritis (radang otot rahim)
 - 3. Perimetritis (radang peritoneum disekitar uterus)
 - 4. Caked breast/bendungan asi (payudara yang membengkak, mengeras, dan mengental)
 - 5. Mastitis (pembesaran payudara, nyeri pada suatu tempat, kemerahan pada kulit, sedikit bengkak, dan nyeri saat disentuh. jika tidak ditangani, dapat terbentuk abses)
 - 6. Trombophlebitis (pembentukan bekuan darah pada varises superfisial)
 - 7. Luka perineum (ciri-ciri: nyeri lokal, sulit buang air besar, suhu naik hingga 38,3°C, nadi <100×/menit, edema, peradangan tepi dan kemerahan, nanah berwarna kehijauan, luka kecoklatan atau lembab, ulkus meluas) (Larasati, 2014)

2.1.7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut (Sariasih, 2020)):

- a. Pemeriksaan darah

Untuk mengukur kehilangan darah pada melahirkan, beberapa tes laboratorium umum dilakukan segera setelah persalinan. Ini biasanya dilakukan pada hari pertama partum untuk mengukur hemoglobin dan hematokrit.

b. Pemeriksaan urin

Penggunaan cateter untuk pengambilan sampel urin tergantung pada metode pengambilan bersih, juga dikenal sebagai teknik pengambilan bersih. sampel ini dikirim ke laboratorium untuk urinalisis kultur, dan uji sensitivitas, terutama jika cateter indwelling digunakan selama pasca melahirkan. Selain itu catatan prenatal ibu harus diperiksa untuk memastikan status rubella dan shesus serta pengobatan yang akan dilakukannya.

2.1.8. Penatalaksanaan

- a. Observasi ketat setelah 2 jam setelah persalinan (terlepas apakah ada perdarahan atau tidak)
- b. 6-8 jam selesai lahir: istirahat dan tidur nyenyak, diusahakan membungkuk kanan kiri
- c. Hari ke 1-2: memberikan KIE personal hygiene, pemberian asi yang benar serta perawatan payudara nifas dan informasi senam nifas
- d. Hasi ke dua: mulailah dengan latihan duduk
- e. Hari ke tiga: berdiri dan berjalan diperbolehkan (Larasati, 2014)

2.1.9. Adaptasi Psikologis Ibu Masa Post Partum

Menurut (Lestari, 2019), status emosional yang dialami ibu baru

disebabkan oleh adaptasi psikologis selama masa kehamilan, yang bahkan lebih sulit dibandingkan dengan perubahan fisik yang signifikan. Beberapa faktor mempengaruhi keberhasilan menjadi orang tua setelah melahirkan:

- a. Dukungan serta kemandirian keluarga dan teman
- b. Hubungan dan pengalaman kelahiran dengan harapan serta cita-cita
- c. Pengalaman melahirkan serta membesarkan anak lagi
- d. pengaruh budaya

Ibu cenderung pasif atau tergantung selama satu atau dua hari sesudah melahirkan. Dia hanya mendengarkan nasihat, ragu-ragu dalam mengambil keputusan, fokus pada pemenuhan kebutuhannya sendiri, dan selalu berbicara tentang memiliki anak.

Menurut (Lestari, 2019), periode ini dibagi menjadi tiga tahap:

- a. fase *taking in*, merupakan masa reseptif atau dependen, dimana ibu cenderung egois dan pasif terhadap lingkungannya. Yang lain mengeluh sakit tenggorokan, jahitan sakit, kurang tidur dan kelelahan. Istirahat yang baik, komunikasi yang baik dan makan yang baik sangat penting pada tahap ini.

Gangguan mental yang dapat terjadi pada ibu pada tahap ini antara lain::

- (1) Kekecewaan pada bayi
- (2) Penyakit yang disebabkan oleh perubahan pada tubuh
- (3) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya
- (4) Kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayi
- b. Fase *taking hold*, yang berlangsung dari tiga hingga sepuluh hari setelah

melahirkan. Berlangsung sepuluh hari sesudah melahirkan, fase mendapatkan tanggung jawab atas peran barunya ialah fase dimana ibu akan merasa khawatir karna ketidakampuannya serta rasa tanggung jawabnya untuk merawat bayinya. Ini juga adalah cara yang bagus untuk mempelajari lebih lanjut tentang merawat diri sendiri dan bayinya serta meningkatkan kepercayaan dirinya.

- c. Fase letting go adalah fase ketika dia mengambil tanggung jawab pekerjaan baru. Itu berlangsung selama sepuluh hari setelah bayi tumbuh dan ibu sudah bisa terbiasa dengan lingkungan dan bisa menjaga dirinya sendiri. Ibu kadang-kadang mengalami baby blues.

Menurut (Lestari, 2019), perubahan emosi yang biasa dialami ibu setelah melahirkan anak termasuk:

- a. Thrilled dan excaites, sebagai peristiwa penting dalam hidup. Ibu selalu bercerita tentang persalinan dan bayinya karena dia heran dengan keberhasilannya.
- b. Overwhelmed, dalam 24 jam pertama kehidupan bayi, ibu harus merasa nyaman. Ibu mulai mengerjakan pekerjaan baru.
- c. Let down, perubahan keadaan emosi ibu, perasaan sedikit kecewa, terutama dengan perubahan fisik dan perubahan peran.
- d. Weepy, seorang ibu yang menderita baby blues post partum karena perubahan mendadak dalam hidupnya menangis dengan kecemasan, kecemasab dan rasa bersalah karena tidak bisa merawat bayinya. Dalam beberapa hari, ibu dapat membantu dirinya sendiri dan bayinya, dan

perubahan emosi dapat membaik.

- e. Feeling beat up, berarti melakukan pekerjaan fisik yang berat dalam hidupnya dan akhirnya menjadi kelelahan.

2.2. Konsep Episiotomi

2.2.1. Pengertian Episiotomi

Sebuah sayatan, yang dikenal sebagai episiotomi, memotong lapisan vagina, jaringan septum rektovagina, otot, lapisan perineum, dan kulit yang berdekatan dengan perineum. Episiotomi adalah prosedur di mana sayatan disisipkan diantara vulva dan anus untuk memperlebar pembukaan vagina serta mencegah kerusakan lebih lanjut pada jaringan lunak akibat tekanan melebihi kapasitas atau elastisitas jaringan. Hal ini mencegah terjadinya ketidakseimbangan janin yang menyebabkan kelahiran terlambat dan hipoksia pada bayi baru lahir (Saputri, 2022).

2.2.2. Etiologi

- a. Menurut Damayanti dkk, (2014) etiologi pada janin yaitu:
 - 1. Kelahiran prematur
 - 2. Janin posterior: tempat prolaps
 - 3. Bayi besar: bayi normal memiliki berat antara 2500 dan 4000 g. Bayi besar ialah bayi yang berat lebih dari 4 kg.
- b. Menurut Mutmainah dkk, (2017) etiologi maternal sebagai berikut:
 - 1. Primagravida: episiotomi dilakukan dengan memastikan keamanan serta kemudahan penjahitan luka. Episiotomi dilakukan melalui lubang kecil di vagina

2. Perbaikan episiotomi
3. Riwayat robekan perineum keras saat lahir dan robekan perineum
4. Perineum yang diregangkan secara berlebihan

2.2.3. Jenis-jenis episiotomi

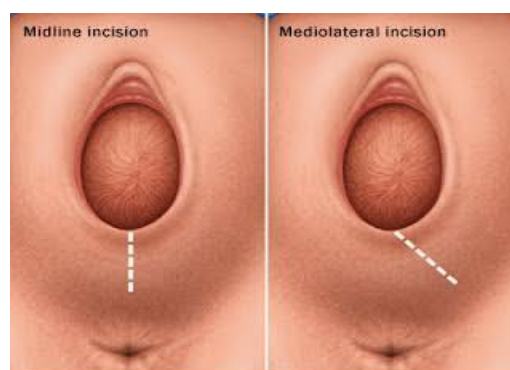
Menurut (Saputri, 2022), ada dua jenis episiotomi, yaitu:

a. Episiotomi Median

Jenis episiotomi ini adalah paling praktis untuk dilakukan dan dapat diperbaiki karena aliran darah sangat rendah. Ini lebih ringan setelah melahirkan dari pada varietas lainnya. Insisi perineum median ini dibuat kira-kira sampai sfingter ani, panjang sayatan minimum adalah 2-3 cm diatas septum rektovaginal. Namun, derajat ketiga atau keempat juga bisa terjadi.

b. Episotomi Medolateral

Karena aman insisi mediolateral umumnya digunakan untuk obsteri opertuf. Insisi kearah batas letral sfingter ini bisa mengakibatkan banyak perdarahan dan nyeri, bahkan sesudah persalinan.



Gambar 2.1 Episiotomi (Saputri, 2022)

2.2.4. Manifestasi Klinis

Menurut (Saputri, 2022), manifestasi klinis pada episiotomi antara lain:

a. Robekan perineum

Ini biasa terjadi ketika kepala janin muncul. Ini diketahui:

1. Derajat pertama (robekan mencapai kulit atau jaringan)
2. Derajat dua (robekan mencapai otot perineum)
3. Derajat tiga (air mata menyebar ke otot sfinger)
4. Derajat empat (robekan mencapai dinding depan rektum)

b. Cedera Serviks

Itu terjadi ketika kepala janin menonjol, menyebabkan kerusakan pada leher rahim.

c. Robekan Vagina

Robekan vagina sering disertai dengan robekan perineum. Robekan ini biasanya meluas terhadap dinding lateral (sulcis) dan ketika relatif sangat dalam dapat mencapai anus.

d. Nyeri pada episiotomi

e. Penurunan aktivitas fisik

f. Sulit duduk

g. Masalah pada kehidupan sehari-hari

h. Gangguan seksual

i. Terhambatnya bonding attachment

j. Kekebalan terhadap infeksi

2.2.5. Indikasi dan kontraindikasi dilakukannya episiotomi

Menurut Nurasiah dkk, (2014), adalah:

- a. Indikasi Episiotomi
 1. Nyeri Janin, persalinan harus segera dihentikan untuk memastikan keselamatan janin.
 2. Persalinan pervaginium dengan komplikasi seperti presbo, distokia bahu, ekstraksi forcep, ekstansi vacum.
 3. Jaringan parut baik di vagina dan perineum.
 4. Perineum keras dan pendek.
 5. Luka perineum.
 6. Menghilangkan tekanan pada kepala janin sebelum aterm.
- b. Kontra indikasi episiotomi
 1. Jika persalinan pervaginam tidak terjadi.
 2. Jika ibu memiliki penyakit yang menyebabkan pendarahan hebat, seperti kelainan darah atau varises yang luas pada vulva atau vagina.

2.2.6. Komplikasi Luka Episiotomi

Komplikasi luka episiotomi adalah sebagai berikut (Saputri, 2022) :

- a. Perdarahan

Karena prosedur episiotomi memotong jaringan, merusak pembuluh darah. Selain itu, perdarahan dapat terjadi karena prosedur dilakukan terlalu dini saat persalinan belum selesai, yang dapat menyebabkan hematoma lokal.
- b. Dispareunia

Karena ketakutan, sekitar 5% mungkin hanya sementara.
- c. Infeksi

Terputusnya jaringan selama episiotomi dapat menyebabkan penyebaran kuman yang mudah, dan ketidakbersihan alat-alat dan jahitan yang terbuka kembali meningkatkan risiko infeksi.

d. Gangguan psikososial

Setelah melahirkan, ibu mengalami perubahan psikososial yang dapat memengaruhi kohesi keluarga serta hubungan emosional antara anak serta ibu. Beberapa situasi menunjukkan bahwa keselamatan serta kesejahteraan ibu terancam.

e. Hematoma lokal

1. Hematoma dapat terjadi karena perdarahan merembes yang tidak disadari.
2. Hematoma bisa terjadi infeksi sekunder serta mengakibatkan luka terbuka kembali.

2.3. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Partum Dengan Episiotomi

Sebagaimana dijelaskan oleh (Ayu Putri, 2019), asuhan keperawatan adalah rangkaian tindakan atau prosedur keperawatan yang diberikan secara langsung kepada pasien atau klien dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan.

Anamnesa, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang digunakan untuk mengumpulkan data tentang pasien dan keluarga mereka.

2.3.1. Pengkajian

Asuhan masa nifas adalah penelitian yang melibatkan perawatan yang

diberikan kepada pasien mulai dari saat lahirnya bayi sampai dengan kembalinya tubuh mereka dalam kondisi sebelum hamil atau hampir sebelum hamil (Ayu Putri, 2019).

Pengkajian ialah konsep dari proses keperawatan yang dimaksud untuk mengumpulkan data ataupun informasi dengan tujuan menemukan, mengidentifikasi, serta mengidentifikasi masalah, kebutuhan kesehatan, dan perawatan klien baik fisik, mental, dan lingkungan. Mengumpulakn data seperti riwayat keperawatan, pemeriksaan fisik, dan data sekunder lainnya, dilakukan selama tahap pengakjian (catatan yag akan terjadi pemeriksaan diagnostik, dan literatur).

a. Identitas dan penanggung jawab

Meliputi nama, usia, alamat, nomor rekam medi, diagnosa, tanggal masuk rumah sakit, dan informasi lainnya yang berkaitan dengan klien dan penanggung jawab ('Nadia Fajria', 2018).

b. Riwayat kesehatan ('Nadia Fajria', 2018)

Keluhan urama saat masuk rumah sakit

Keluhan utama pasien post partum adalah nyeri seperti ditusuk-tusuk, perih, mules, panas, dan sakit pada jahitan perineum. Ibu biasanya mengeluh sakit pada luka jahitan, perdarahan nyeri dan takut bergerak.

Keluhan utama saat dikaji

Merupakan perkembangan dari keluhan utama, yaitu nyeri pada perineum. Keluhan ini diuraikan dengan metode PQRS, yang menunjukkan bahwa:

P: Paliatif/provokatif

Yang berarti bahwa segala sesuatu yang menyebabkan keluhan menjadi lebih buruk dan lebih rumit. Pada post partum spontan dengan episiotomi, klien biasanya mengeluh nyeri. Nyeri meningkat saat klien bergerak dan menurun saat dia istirahat.

Q: Quality/Quantity

Klien biasanya mengeluh nyeri pada luka jahitan yang sangat perih, seperti di iris-iris setelah partum spontan dengan episiotomi.

R: Region/Radiasi

Setelah partum spontan dengan episiotomi, klien biasanya mengeluh nyeri di daerah luka jahitan di perineum, dan biasanya nyeri tidak menyebar ke daerah lain.

S: Severity/Skala

Menunjukkan pengaruh keluhan nyeri klien dan tingkat gangguannya yang diukur dengan skala 0-10.

Selain itu verbal descriptor (VDS). Skala penilaian numerik (NRS), dan skala visual analog (VAS) adalah metode lain untuk menilai nyeri.

Setelah partum spontan dengan episiotomi, nyeri yang disebabkan oleh luka episiotomi biasanya memengaruhi aktivitas selama sehari-hari, dengan skala nyeri lebih dari 2 pada skala 0-5.

T: Timing

Ini menunjukkan waktu dan frekuensi keluhan tersebut muncul.

c. Pengkajian status fisiologis maternal

BUBBLE-LE digunakan oleh banyak perawat untuk mengingat komponen yang diperlukan dalam pengkajian post partum, termasuk Breast (payudara), Uterus (rahim), Bowel (fungsi usus), Baldder (kandung kemih), Lochia (lokia), Episiotomy (episiotomi, perineum), Lower Extremity (ekstremitas bawah), dan Emotion (emosi).

d. Pengkajian fisik

1. Vital sign

Kaji tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu pada ibu. Pasien tanda-tanda vital tersebut setiap 15 menit selama satu jam pertama setelah melahirkan atau sampai stabil, kemudian periksa setiap 30 menit selama jam-jam berikutnya. Diatas normal, nadi dan suhu dapat menunjukkan infeksi. Kelelahan dan upaya persalinan dapat menurunkan tekanan darah. Tekanan darah yang menurun menunjukkan risiko perdarahan post partum karena demam biasanya merupakan gejala awal infeksi. Suhu tubuh diukur setiap 4 hingga 8 jam selama beberapa hari post partum.

a) Tekanan darah, normal tidak lebih dari 140/90 mmHg; dapat meningkat dari pra persalinan hingga 3-4 hari setelah persalinan. Sebagian besar wanita mengalami peningkatan tekanan darah setelah persalinan. Tekanan darah rendah menandakan perdarahan post partum, dan kondisi ini akan kembali normal dalam beberapa hari. Sebaliknya, tekanan darah tinggi menunjukkan kemungkinan pre-eklampsia, yang dapat terjadi selama nifas. Itu masih terjadi.

b) Suhu, suhu tubuh normal adalah dibawah 38°C. pada hari ke 4 persalinan,

suhu ibu mungkin sedikit naik karena aktivitas payudara. Infeksi atau sepsis nifas harus diperhatikan jika kematian mencapai suhu diatas 38°C pada hari kedua atau hari-hari berikutnya.

- c) Nadi, nadi normal pada ibu nifas adalah 60-100. Pada saat persalinan selesai, denyut nadi ibu akan melambat hingga 60 detak per menit karena ibu dalam istirahat penuh. Ini biasanya terjadi pada minggu pertama setelah persalinan. Ibu dengan nervus dapat menunjukkan adanya infeksi, hemoragi, nyeri atau kecemasan; nadi yang cepat dan dangkal yang dihubungkan dengan hipotensi dapat menunjukkan hemoragi, syok, atau emboli. Infeksi juga dapat menyebabkan shock, terutama dengan peningkatan suhu. Selama 6 hingga 10 hari setelah partum. Ada perubahan fisiologis yang dikenal sebagai bradikardia, yang ditunjukkan oleh frekuensi nadi 40 hingga 70 kali permenit.
- d) Pernafasan, pernafasan normal 20-30×/menit. Respirasi biasanya lambat atau bahkan normal. Itu karena ibu sedang dalam pemulihan atau istirahat. Respirasi cepat setelah kematian (lebih dari 30 kali per menit) dapat menjadi akibat ikutan dari gejala syok.

2. Kepala dan wajah

- a) Rambut dan wajah: pemeriksaan kebersihan dan kerontokan rambut (biasanya rambut bersih, kulit kepala tidak terluka, dan rambut tidak rontok), cloasma gravidarum, dan odem pada mata dan wajah; palpasi pembesaran getah bening (biasanya tidak ada pembengkakan, JVP)
- b) Mata, lihat sclera (biasanya berwarna putih), konjungtiva (biasanya

berwarna merah muda, jika pucat berarti anemis)

- c) Hidung, kaji dan tanyakan pada ibu, apakah ibu menderita pilek atau sinusitis. Infeksi pada ibu post partum dapat meningkatkan kebutuhan energi.
- d) Mulut dan gigi, kebersihan gigi dan mulut (biasanya mulut dan gigi bersih, tidak berbau, dan bibir merah), caries pada palpebra.
- e) Leher, kaji adanya pembesaran kelenjar limfa dan pembesaran kelenjar tiroid. Kelenjar limfa dapat menunjukkan infeksi, yang didukung oleh informasi tambahan seperti panas, nyeri dan bengkak.
- f) Telinga, kaji apakah ibu menderita infeksi atau ada peradangan pada telinga.

3. Pembesaran thorak

- a) Inspeksi payudara
 - 1) Periksa ukuran dan bentuk yang tidak mempengaruhi produksi asi, dan perhatikan jika tidak ada kelainan, seperti pembesaran masif atau gerakan yang tidak simetris yang tidak simetris pada perubahan posisi kontur atau permukaan.
 - 2) Periksa kondisi permukaan, seperti permukaan yang tidak rata seperti depresi, retraksi, atau luka pada kulit payudara, untuk mempertimbangkan kemungkinan tumor.
 - 3) Periksa warna kulit, apakah ada kemerahan atau warna yang tidak sesuai pada kulit.
- b) Palpasi payudara

Untuk menentukan lokasi, pemeriksaan payudara selama masa post partum termasuk menilai ukuran, bentuk, warna, dan kesimetrisan, serta palpasi untuk mengidentifikasi nyeri tekan. Pada satu hingga dua hari pertama setelah persalinan, payudara tidak mengalami perubahan signifikan kecuali produksi kolostrum yang banyak. Perawat melihat perubahan pada payudara saat menyusui dan memeriksa putting dan areola untuk melihat apakah ada kemerahan atau pecah. Mereka juga menanyakan kepada ibu apakah ada nyeri tekan. Setelah menyusui, payudara ibu yang penuh dan bengkak akan menjadi lebih leluh dan nyaman

- c) Pemeriksaan abdomen: ini bertujuan untuk mengidentifikasi striae, luka, dan linea. Involusi uteri: kemajuan involusi adalah proses uterus kembali ke ukuran dan kondisinya sebelum kehamilan. Ini dapat diukur dengan melihat tinggi, konsistensi, dan peremasan fundus masae, serta jumlah lokia selama 4 hingga 8 jam. TFU setinggi pusat pada hari pertama, satu jari diatas simpisis pada hari kedua pada hari ketujuh, dan satu jari diatas simpisis pada hari kesepuluh. Fundus dengan bentuk bundar mulus harus keras. Antonia atau subinvolusi ditunjukkan oleh fundus yang lembek atau kendor. Menurut (Ayu Putri, 2019), untuk pengukuran fundus yang akurat, kandung kemih harus kosong karena menggerakkan uterus dan meningkatkan tinggi fundus.

4. Ekstremitas atas dan bawah

- a) Varises, menentukan apakah ibu memiliki atau tidak varises. Sangat

penting untuk menjalani pemeriksaan varises karena ibu setelah melahirkan cenderung mengalami varises pada beberapa pembuluh darahnya. Perubahan hormon menyebabkan hal ini.

- b) Edema, adanya tromboflebitis yang dapat menghambat sirkulasi ke organ distal, merupakan tanda homan positif dan edema. Untuk mengetahui tanda homan, ibu diletakkan terlentang dengan tungkainya terbuka, kemudian didorsifleksikan. Jika ibu mengalami nyeri pada betisnya, itu adalah tanda homan yang positif, dan ibu akan disarankan untuk bergerak lebih awal untuk membantu sirkulasi lancar. Mintalah ibu duduk dengan tungkainya tergantung bebas dan jelaskan apa yang akan dilakukan dengan refleks patella. Perlihatkan tendon dibawah patella atau lutut. Ketuklah tendon pada lutut depan dengan hammer. Ketika tendon ditekuk, tungkai bawah akan bergerak. Pasien mungkin kekurangan B1 jika reflek lutut negatif. Jika gerakannya terlalu cepat, itu bisa menjadi tanda preeklamsia.
- c) Perineum, kebersihan perineum ibu tergantung pada kebersihannya. Kebersihan perineum membantu proses penyembuhan luka. Selama kehamilan dan setelah persalinan, hemoroid derajat I mungkin terjadi.

1) REEDA

Singkatan REEDA sering digunakan untuk menilai kondisi luka episiotomi atau yang berisi perineum. Singkatan ini mencakup kemerahan, edema, ecchymosis, ekimosis, dan perlekatan. Kemerahan setelah episiotomi dan luka dianggap normal; namun, jika ada rasa sakit yang signifikan, pengkajian lebih lanjut diperlukan. Selain itu, terlalu banyak edema dapat

memperlambat penyembuhan luka. Selama pasca melahirkan, umumnya disarankan untuk menggunakan kompres es, juga dikenal sebagai ice packs.

2) Lochia

Kaji jumlah, warna, konsistensi dan bau lochia pada ibu setelah persalinan, pergeseran warna harus cocok. Misalnya, seorang ibu yang telah melahirkan pada hari ketujuh harus memiliki lochia yang sudah berwarna merah muda atau keputihan. Jika warna lochia tetap merah, ibu mungkin mengalami masalah setelah persalinan. Jika ada lochia berbau busuk, yang disebut lochia purulenta, itu menandakan infeksi di saluran reproduksi dan perlu ditangani segera.

3) Varises

Perhatikan apakah ada varises di vulva dan vagina. Jika ada yang melakukannya, itu sangat buruk.

e. Pengkajian status nutrisi

Pengkajian awal status nutrisi pada periode post partum didasarkan pada data ibu tentang berat badan saat hamil dan berat badan sebelum hamil, bukti simpanan besi yang cukup (seperti konjungtiva), dan riwayat diet dan penampilan yang baik. Selain itu perawat harus menyelidiki sejumlah komplikasi yang dapat memperburuk status nutrisi, seperti kehilangan darah yang berlebihan selama persalinan.

f. Pengkajian tingkat energi dan kualitas istirahat

Perawat harus memeriksa jumlah tidur dan istirahat ibu sebelum dimasukkan ke rumah sakit, dan menanyakan apa yang dapat ibu lakukan untuk membantunya

tidur lebih baik. Ibu mungkin tidak mengantisipasi kesulitan tidur setelah persalina.

g. Emosi

Emosi adalah bagian penting dari evaluasi post partum. Pasien yang baru melahirkan biasanya mengalami gejala yang dikenal sebagai “baby blues” atau “post partum blues”, yang ditunjukkan dengan menangis, lekas marah, dan kadang-kadang insomnia. Banyak hal dapat menyebabkan blues post partum, seperti perubahan hormon, kelelahan, dan menyesuaikan diri dengan peran baru sebagai ibu. Ini adalah bagian normal dari hidup setelah melahirkan anak. Namun, pasien harus diberitahu untuk segera melaporkan gejalanya pada perawat, bidan, atau dokter jika gejala ini bertahan lebih dari beberapa minggu, menjadi tidak fungsional, atau menunjukkan keinginan untuk menyakiti bayinya atau dirinya sendiri.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis tentang bagaimana masalah kesehatan mempengaruhi individu, keluarga, dan masyarakat. Ini digunakan sebagai dasar untuk pilihan intervensi keperawatan yang sesuai dengan kewenangan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan.

Menurut (Ayu Putri, 2019). Perumusan diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau risiko perdarahan pola) seseorang atau kelompok yang dapat diidentifikasi dan diberikan oleh perawat secara akontabilitas untuk menurunkan, membatasi, mencegah, dan mengubah status kesehatan mereka, perumusan diagnosa keperawatan:

- a. Actual: menjelaskan masalah aktual berdasarkan data klinis yang ditemukan;
- b. Risiko: menjelaskan masalah kesehatan nyata yang akan terjadi jika intervensi tidak dilakukan;
- c. Kemungkinan: menjelaskan bahwa data tambahan diperlukan untuk memastikan masalah keperawatan kemungkinan;
- d. Wellness: keputusan klinik tentang kondisi seseorang, keluarga atau masyarakat saat beralih dari satu tingkat kesejahteraan ke tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi;
- e. Syndrom: diagnosa yang diperkirakan muncul sebagai akibat dari kejadian atau situasi tertentu, termasuk diagnosa keperawatan aktual dan risiko tinggi uang.

Adapun diagnosa keperawatan menurut SDKI yang sering muncul pada pasien dengan post partum adalah sebagai berikut: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

- 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, hematrocrit 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 agen pencedera fisik (trauma laserasi jalan 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 refleks menghisap bayi, payudara bengkak ditandai dengan bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu, ASI tidak menetes/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 teknik pijat oksitosin).
- f. Konstipasi berhubungan dengan peurunan motilitas gastrointestinal ditandai dengan defekasi kurang dari 2 kali seminggu, feses keras, kelemahan umum.
- g. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive, peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan.
- h. Risiko gangguan perlekatan ditandai dengan kekhawatiran menjalankan peran sebagai orang tua, post partum blues.

2.3.2. Perencanaan

Setelah diagnosa dibuat, tahap perencanaan dilakukan. Pada tahap ini, orang melakukan hal-hal berikut: membuat prioritas masalah, membuat tujuan dan kriteria hasil, memutuskan strategi asuhan keperawatan, berkonsultasi dengan profesional kesehatan lain, dan menulis atau mendokumentasikan rencana asuhan keperawatan (Ilmiah, 2020).

Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018), intervensi keperawatan standar yang dapat dilakukan pada ibu pasca persalinan adalah sebagai berikut:

No	Diagnosa keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
1	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan mengeluh lemah, frekuensi nadi meningkat dan lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, volume urine menurun, hematocrit meningkat.	Setelah diberikan intervensi keperawatan selama ...x...jam, diharapkan bahwa status cairan membaik dengan kriteria hasil: 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Turgor kulit meningkat 3. Output urine meningkat (output urine normal: 0,5-1 cc/kgBB/jam) 4. Dyspnea menurun 5. Frekuensi nadi membaik (dewasa normal: 60-100x/men	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 3. Hitung kebutuhan cairan 4. Berikan posisi modified trendelenburg	1. Mengetahui kadar naik turunnya frekuensi tanda dan gejala hipovolemia 2. untuk memastikan apakah cairan dalam tubuh lebih, kurang, ataupun seimbang 3. untuk mengetahui cairan yang sudah masuk 4. agar klien merasa lebih mudah dalam

	it)			pemberian cairan
6.	Tekanan darah membaik (dewasa normal: 100-140/<85 mmHg)	5. Berikan asupan cairan oral		5. agar klien paham tentang kebutuhan cairan
7.	Membrane mukosa membaik	Edukasi	6. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral	6. asupan cairan sangat diperlukan untuk menambah volume cairan tubuh
8.	Kadar hemoglobin dan hematocrit membaik (perempuan: Hb normal: 12-16 g/dL; Hematocrit normal: 37-43%)	Kolaborasi	7. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (NaCl, RL)	7. mengatasi cairan dan elektrolit secara adekuat
		8. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)		
		9. Kolaborasi pemberian cairan koloid (albumin plasmanate)		
		10. Kolaborasi pemberian produk darah		

2	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai	Setelah diberikan intervensi keperawatan selama ...x...jam, di harapkan perfusi perifer meningkat	Perawatan sirkulasi Observasi	1. memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna,	1. mengetahui kondisi sirkulasi perfusi pada pasien
---	--	---	--	--	---

dengan CRT >3 detik , nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral dingin, kulit pucat.	dengan kriteria hasil:	suhu, ankle brachial index)	
	1. denyut nadi perifer meningkat	2. monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas	2. mengetahui dan mengontrol panas, kemerahan atau bengkak pada ekstremitas
	2. warna kulit pucat menurun	Terapeutik	
	3. pengisian kapiler (CRT) membaik (CRT normal: <3 detik)	3. hindari pengukuran tekanan darah ekstremitas dengan keterbatasan perfusi	3. Menghindari nyeri pada pasien
	4. akral membaik	4. hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi	4. Mencegah terjadinya inflamasi
	5. turgor kulit membaik	5. hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera	5. Menghindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera
		6. lakukan pencegahan infeksi	6. Melakukan pencegahan infeksi
		7. lakukan hidrasi	7. Melakukan hidrasi
		Edukasi	
		8. anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur	8. Agar tekanan darah dalam kondisi normal
		9. anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat	9. Melakukan perawatan kulit yang tepat
		10. informasikan tanda dan	10. Mengetahui dan memberikan

			gejala darurat yang harus dilaporkan (rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat)	petunjuk dalam memberikan penanganan yang lebih lanjut
3	Nyeri akut berhubungan dengan 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, di harapkan tingkat nyeri menurun dan penyembuhan luka meningkat dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringisi, sikap protektif menurun 3. Frekuensi nadi, nafas dan tekanan darah membaik 4. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 5. Penyatuan kulit dan tepi luka	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 5. Berikan teknik nonfarmakologis untuk	1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Agar kita mengetahui tingkatan nyeri yang sebenarnya 3. Agar kita dapat mengurangi faktor-faktor yang dapat memperparah nyeri yang dirasakan oleh pasien 4. Agar ketika timbul ciri-ciri abnormal pada tubuh pasien kita dapat menghentikan pemberian obat analgetik itu sendiri 5. Agar dapat mengurangi rasa nyeri yang

	meningka t	mengurangi rasa nyeri	dirasakan oleh pasien dengan menggunakan
6.	Edema pada sisi luka menurun	(aromaterapi, terapi music, akupresur, teknik	cara nonfarmakologi s
7.	Peradanga n luka, peningkat an suhu kulit menurun	imajinasi terbimbing)	
		6. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri	6. Agar nyeri yang dirasakan oleh pasien tidak menjadi lebih buruk
		7. Fasilitasi istirahat dan tidur	7. Agar kebutuhan tidur pasien terpenuhi
		8. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	8. Agar tindakan yang akan kita berikan sesuai dengan jenis dan sumber dari nyeri itu sendiri serta dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh klien
		Edukasi	
		9. Jelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri	9. Agar pasien dapat menghindari penyebab dari nyeri yang dirasakan
		10. Jelaskan strategi meredakan nyeri	10. Agar pasien dapat meredakan nyeri secara mandiri ketika sudah pulang dari rumah sakit
		11. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	11. Agar ketika nyeri yang dirasakan klien mulai parah, dia dapat

			memberitahu keluarga atau bahkan tenaga medis agar mendapat penanganan segera
	12. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	12. Agar pasien dapat menghilangkan rasa nyeri itu dengan menggunakan obat analgesik yang sesuai dengan nyeri yang dirasakan pasien	
	Kolaborasi		
	13. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	13. Agar rasa nyeri yang dirasakan pasien dapat dihilangkan atau dikurangi	

4	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan pada neonates, ketidakadekuatan refleks menghisap bayi, payudara bengkak ditandai dengan bayi tidak mampu melekat pada	Setelah diberikan intervensi keperawatan selama ...x...jam, di harapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil: 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat 2. Kemampuan	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	1. Agar perawat memahami emosional pasien pada saat konseling 2. Agar pasien mengetahui tujuan menyusui 3. Agar perawat dapat mengetahui permasalahan yang pasien alami selama
---	---	--	---	--

payudara ibu, ASI tidak menetes/memancar, bayi menolak untuk menghisap, nyeri atau lecet terus menerus setelah minggu kedua.	an ibu memposisikan bayi dengan benar meningkatkan Miksi bayi lebih dari 8x/24 jam 4. Tetesan atau pancaran ASI meningkatkan Suplai ASI adekuat 6. Putting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan 7. Payudara ibu kosong setelah menyusui	Terapeutik 4. Gunakan terapeutik mendengarkan aktif (duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan ibu) 5. Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar Edukasi 6. Ajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu	proses menyusui 4. Agar pasien lebih aktif dalam menanyakan perihalnya menyusui 5. Agar pasien tidak sedih perihalnya ASI nya belum keluar 6. Agar pasien memahami dalam teknik menyusui
5 Defisit pengetahuan tentang menyusui berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan menunjukkan perilaku	Setelah diberikan intervensi keperawatan selama ...x...jam, diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Perilaku	Edukasi menyusui Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau	1. Memberikan informasi ketika pasien siap dan mampu dapat mengoptimalkannya dalam persiaoon informasi 2. Agar klien dapat mencapai

tidak sesuai anjuran (ibu tidak mengetahui teknik menyusui yang benar).	sesuai anjuran meningkat	keinginan menyusui	tujuan menyusui
	2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat	Terapeutik 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan	3. Untuk penunjang agar penyampaian materi lebih mudah dan menarik
	3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat	4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan	4. Penjadwalan sesuai kesepakatan agar tidak mengganggu aktivitas masing-masing
	4. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	5. Berikan kesempatan untuk bertanya	5. Memberikan kesempatan bertanya untuk mengetahui sejauh mana pasien dapat menerima materi
	5. Persepsi keliru terhadap masalah menurun	6. Dukung ibu dalam meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui	6. Agar percaya diri ibu meningkat
		7. Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat	7. Klien mendapatkan perhatian & kasih sayang dari keluarganya & keluarga dapat berperan lebih aktif dalam merawat klien
		Edukasi 8. Berikan konseling	8. Untuk mengedukasi ibu

			menyusui	untuk mendapatkan informasi sebanyak banyaknya tentang teknik menyusui
			9. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi	9. Membantu mempertahankan suplai ASI yang adekuat
			10. Ajarkan empat posisi menyusui dan perlekatan (latch on) dengan benar	10. Klien akan mengerti dan senang menyusui bayinya
			11. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa	11. Klien akan mengerti cara merawat payudara dengan benar
			12. Ajarkan perawatan payudara postpartum (memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)	12. Klien akan mengerti cara merawat payudara dengan benar
6	Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gasrointestinal ditandai dengan defekasi kurang dari	Setelah diberikan intervensi keperawatan selama ...x Jam diharapkan eliminasi fekal membaik	Manajemen eliminasi fekal Observasi 1. Monitor buang air besar (warna, frekuensi, konsistensi, volume feses)	
			1. Untuk melihat warna, frekuensi, konsistensi dan volume dari buang air besar tersebut	

2 kali dengan seminggu, feses keras, kelemahan umum.	dengan kriteria hasil:	2. Monitor tanda dan gejala konstipasi atau impaksi	2. Untuk mengetahui tanda dan gejala dari konstipasi/impaksi
	1. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun 2. Distensi abdomen menurun 3. Konsistensi feses membaik 4. Frekuensi defekasi membaik 5. Peristaltic usus membaik (normal: 5-30x/menit)	Terapeutik 3. Berikan air hangat setelah makan 4. Sediakan makanan tinggi serat	3. Air hangat dapat membantu meredakan nyeri dan dapat membuat pasien berkeriangat 4. Makanan yang tinggi serat dapat membantu pasien dalam meredakan konstipasi
		Edukasi 5. Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltic usus 6. Anjarkan meningkatkan asupan cairan	5. Agar pasien dapat mengetahui jenis makanan yang dapat meningkatkan keteraturan peristaltic usus 6. Asupan cairan yang cukup dapat membantu pasien dalam mengatasi konstipasi
		Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian obat supositoria anal jika perlu	7. Pemberian supositoria anal dapat membantu melancarkan pasien dalam mengeluarkan feses

7	Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive, peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan.	Setelah diberikan intervensi keperawatan selama × 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/mm ²)	Pencegahan infeksi Observasi 1. Monitor tanda dan gejala local dan sistemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi 5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 6. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 7. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan	1. Mengetahui agar dapat memberikan pengobatan atau implementasi yang tepat 2. Agar pasien lebih tenang dengan minimnya pengunjung 3. Agar pasien terhindar dari infeksi 4. Agar pasien maupun perawat terhindar dari infeksi 5. Agar pasien dapat mengetahui tanda dan gejala infeksi 6. Agar pasien dapat melakukannya di rumah 7. Agar pasien terhindar dari infeksi
---	---	--	--	---

Tabel 2.1 Perencanaan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

2.3.3. Pelaksanaan

Proses keperawatan yang mengikuti rumusan rencana keperawatan dikenal sebagai pelaksana keperawatan. Pelaksana keperawatan mencakup melakukan, membantu, memberikan asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang berpusat pada klien, mencatat, dan berbagi informasi tentang perawatan kesehatan klien (Pustaka, 2018).

2.3.4. Evaluasi

Tindakan intelektual adalah bagian dari proses keperawatan dan menunjukkan tingkat keberhasilan diagnosa, rencana tindakan, dan pelaksanaan keperawatan, meskipun tahap evaluasi dilakukan pada akhir proses keperawatan.

Tujuan evaluasi adalah untuk menentukan kemampuan klien untuk mencapai tujuan tersebut. Dengan menjalin hubungan dengan klien, hal ini dapat dicapai. Sebagai format evaluasi digunakan:

S: Data subjektif, yang mencakup komentar klien dan pendapat mereka tentang data tersebut.

O: Data objektif, yang mencakup hasil observasi perawat, termasuk tanda-tanda klinik dan fakta tentang penyakit pasien (meliputi informasi dan pemeriksaan tenaga kesehatan serta data fisiologi).

A: Analisa adalah analisis dan kesimpulan dari kedua data tersebut.

P: Planning adalah pengembangan rencana segera atau yang akan datang untuk mencapai tujuan tersebut (Ayu Putri, 2019)

I: Implementasi, rencana tindakan untuk menghilangkan dan mengurangi masalah klien. Klien harus menyetujuinya jika tidak akan membahayakan keselamatan

klien.

E: Evaluasi adalah analisis dari efek tindakan yang telah diambil.

R: Reassessment, yaitu pengkajian ulang perencanaan setelah evaluasi dilakukan.

2.4. Konsep Dasar Defisit Pengetahuan Pada Post Partum Episiotomi

2.4.1. Definisi Defisit Pengetahuan

Menurut WHO, defisit pengetahuan didefinisikan sebagai kurangnya informasi tentang suatu subjek dengan tidak menunjukkan respons, perubahan, atau pola disfungsi manusia, tetapi lebih sebagai faktor penyebab atau penghalang yang dapat menyebabkan variasi dalam respon (WHO-2018).

Menurut (Rachman, 2018), defisit pengetahuan didefinisikan sebagai kurangnya atau tidak adanya informasi kognitif yang relevan tentang subjek tertentu. (D.0111 SDKI) Defisit Pengetahuan adalah ketika seseorang tidak tahu atau tidak tahu tentang suatu masalah atau subjek karena pengetahuan muncul sebagai hasil dari keingintahuan melalui proses sensoris, terutama pada mata dan telinga terhadap objek tertentu.

2.4.2. Gejala dan tanda Defisit Pengetahuan

a. Gejala dan Tanda Mayor

1. Subjektif (tidak tersedia)
2. Objektif
 - a) Menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran
 - b) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

b. Gejala dan Tanda Minor

1. melakukan pemeriksaan yang tepat
2. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. Apatis bermusuhan, agitasi, histeris)
3. Kondisi klinis terkait
4. Kondisi klinis yang baru dihadapi oleh klien
5. Penyakit akut
6. Penyakit kronis (Rachman, 2018)

2.4.3. Tingkat Pengetahuan

Tingkat pengetahuan, juga dikenal sebagai pengetahuan kognitif, sangat berpengaruh terhadap tindakan seorang individu (overt behavior). Tingkat ini terdiri dari 5 tingkatan pengetahuan (Rachman, 2018).

a. Tahu

Ini mengacu pada mengingat sesuatu yang telah dipelajari sebelumnya; termasuk dalam tingkat ini adalah mengingat kembali (recall) sesuatu yang spesifik dan seluruh materi atau rangsangan yang telah dipelajari

b. Memahami

Kemampuan untuk menjelaskan dan menginterpretasikan objek yang dipelajari secara akurat dan dengan benar dikenal sebagai pemahaman. Orang yang memiliki pemahaman. Orang yang memiliki pemahaman tentang subjek dapat menjelaskan, memberi contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya.

c. Aplikasi

Kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari dalam

situasi atau kondisi nyata. Aplikasi yang dapat mencakup penggunaan atau penerapan hukum, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks apapun.

d. Analisis

Kemampuan untuk membagi suatu objek atau materi menjadi bagian-bagian yang saling berhubungan tetapi tetap berada di dalam struktur organisais.

e. Sintesis

Kemampuan untuk meletakkan tau menghubungkan bagian ke dalam bentuk yang lebih besar disebut siintesis. Dengan kata lain, sintesis adalah kemampuan untuk membuat formulasi baru dari formulasi sebelumnya.

f. Evaluasi

Kemampuan untuk membenarkan atau menilai sesuatu disebut evaluasi. Kriteria dapat diuat sendiri atau digunakan untuk melakukan penilaian.

2.4.4. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

a. Pendidikan

Pendidikan adalah upaya untuk membangun kepribadian dan kemampuan, yang berlangsung sepanjang hidup dan terjadi di dalam dan diluar sekolah. Semakin banyak pendidikan yang dimiliki seseorang semakin mudah untuk mendapatkan informasi (Rachman, 2018).

b. Informasi

Orang memiliki pendidikan yang baik dapat mendapatkan informasi dari orang lain dan dari media massa, dan semakin banyak informasi yang mereka terima, semakin jelas pengetahuan mereka tentang kesehatan (Rachman,

2018).

c. Pengalaman

Pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh pengalaman mereka. Semakin banyak pengalaman yang dimiliki seseorang, semakin banyak yang mereka pelajari, yang ada gilirannya menghasilkan peningkatan pengetahuan mereka (Rachman, 2018).

d. budaya

budaya seseorang juga sangat berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan seseorang, karena apa yang sampai kepadanya terlebih dahulu diperiksa oleh kebudayaan yang mengiaktnya (Rachman, 2018).

e. Sosial ekonomi

Meningkatkan kemampuan seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidupnya sesuai dengan penghasilan mereka, yang berarti bahwa mereka harus menggunakan pengetahuan yang mereka miliki sebaik mungkin. Akan disesuaikan dengan pendapatan, seperti halnya mendapatkan bantuan kesehatan yang ada (Rachman, 2018).

2.4.5. Penatalaksanaan Defisit Pengetahuan tentang Pijat Oksitosin

Pendidikan kesehatan (edukasi) adalah cara untuk menangani defisit pengetahuan. Teknik marmet, bersama dengan pijat oksitosin adalah salah satu intervensi yang dapat diberikan pada pasien dengan defisit pengetahuan post partum. Penelitian ini penting untuk meningkatkan pengetahuan ibu tentang masalah produksi ASI (Wahyuni, 2021).

Menurut (Ibrahim, Suciawati and Indrayani, 2021), Hasil penelitian

menunjukkan bahwa pengetahuan sebelum dan sesudah dipengaruhi oleh penggunaan google meeting sebagai media. Media edukasi google meeting dapat membantu responden memahami pijat oksitosin, terutama ibu yang baru melahirkan.

hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok eksperimen yang menerima perlakuan pijat oksitosin dan kelompok kontrol tanpa perlakuan menunjukkan perbedaan kelancaran ASI yang signifikan (Batubara *et al.*, 2019).

Hasil penelitian yang dilakukan antara 18 dan 30 Juli 2016 pada tanggal 18-30 Juli 2016 (Nurainun and Susilowati, 2021), data dikumpulkan melalui wawancara berdasarkan kuisioner yang telah disiapkan sebelumnya. Selanjutnya, tanpa paksaan dari pihak lain, responden menerima pijat oksitosin sesuai dengan kondisi mereka saat itu.