

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Post Partum

1. Pengertian

Nifas atau masa *post partum* adalah masa sejak melahirkan sampai pulihnya anggota tubuh lainnya dan alat reproduksi yang berlangsung sekitar 40 hari. (Siti Nunung Nurjanah, dkk. 2013).

Puerperium berasal dari kata *Puer* artinya bayi dan *Parous* yang artinya melahirkan. Jadi, *puerperium* berarti masa pulih kembali yaitu masa setelah bayi dilahirkan, mulai dari persalinan sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil. (Susilo Rini, dkk. 2016).

Puerperium atau mifas masa pulihnya kembali dengan lama masa nifas 6-8 minggu mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil (Zubaidah, dkk. 2021).

Post partum adalah masa pemulihan alat reproduksi sampai alat-alat reproduksi kembali seperti semula sebelum hamil dengan waktu 6 – 8 minggu setelah melahirkan.

2. Pembagian Masa Nifas

a. Immediate Postpartum

Yaitu masa setelah plasenta lahir sampai 24 jam, pendarahan karena atonia oleh uteri merupakan masalah yang sering terjadi, oleh karena itu perlu melakukan pemeriksaan pengeluaran lochia, kontraksi uterus, suhu dan tekanan darah. (Sri Wahyuningsih, dkk. 2019).

b. Early Postpartum

Yaitu masa lahir dari 24 jam sampai 1 minggu, harus di pastikan tidak ada perdarahan, lochia tidak berbau busuk, involusi uteri normal, ibu cukup mendapatkan cairan dan makanan, tidak demam dan dapat menyusui dengan benar. (Sri Wahyuningsih, dkk. 2019).

c. *Late Postpartum*

Yaitu masa lahir dari 1 minggu sampai 6 minggu, tetap dilakukan pemeriksaan dan perawatan sehari-hari serta pendidikan kesehatan atau konseling tentang Keluarga Berencana. (Sri Wahyuningsih, dkk. 2019).

3. Perubahan Fisiologis Pada Masa Postpartum

a. Uterus

Karena retraksi otot-ototnya dan kontraksi uterus akan mulai mengeras setelah plasenta lahir. Uterus akan berangsur mengecil hingga seperti sebelum keadaan hamil. (Sri Wahyuningsih, dkk. 2019).

b. *Lochea*

Lochea adalah pengeluaran dari uterus selama nifas yang terlepas melalui vagina. Berdasarkan warna dan jumlahnya, *lochea* dibagi menjadi :

- 1) *Lochea Rubra*, berwarna merah dan hitam yang berlangsung 1 sampai 3 hari terdiri dari sisa darah, sisa *meconium*, *sel deciduas*, *verniks kaseosa* dan rambut.
- 2) *Lochea Sanguinolenta*, berwarna putih bercampur merah yang berlangsung 3 sampai 7 hari.
- 3) *Lochea Serosa*, berwarna kekuningan berlangsung 7 sampai 14 hari.
- 4) *Lochea Alba*, berwarna putih setelah hari ke 14.
(Zubaidah, dkk. 2021).

c. Vagina dan Perineum

Disertai adanya memar dan edema dengan keadaan masih terbuka segera setelah persalinan vagina dalam keadaan menegang. Edema vagina akan berkurang dalam satu hari. Dengan ukuran yang lebih luas dari biasanya dinding vagina akan kembali halus. Ukurannya akan mengecil pada 3 minggu dengan terbentuk kembalinya rugae setelah persalinan. Ukuran vagina akan sedikit lebih besar dari

ukuran vagina sebelum pertama kali melahirkan. Meskipun demikian otot perineum akan memulihkan tonusnya dengan Latihan. (Zubaidah, dkk. 2021).

d. Payudara

Jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya yaitu mempersiapkan makanan bagi bayi selama kehamilan. Mulai dirasakan efek prolaktin pada payudara di hari ketiga setelah melahirkan, ASI yang dihasilkan oleh sel *acini* mulai berfungsi. Oksitosin merangsang *ensit let down* (mengalirkan) pada saat bayi menghisap puting sehingga menyebabkan ejeksi ASI. (Sri Wahyuningsih, dkk. 2019).

e. Perubahan Sistem Ginjal

Kandung kemih tampak bengkak segera setelah melahirkan, dapat hipotonik, sedikit terbungung yang dimana hal ini dapat mengakibatkan *over distensi*, adanya sisa urin yang berlebihan dan tidak sempurnanya pengosongan kecuali pada saat ibu tidak mempunyai keinginan untuk buang air kecil dipengaruhi dengan diambilnya langkah-langkah supaya ibu bisa melakukan buang air kecil secara teratur. Dalam 24 jam pertama setelah melahirkan efek dari trauma selama persalinan pada ureter dan kandung kemih akan menghilang. (Zubaidah, dkk. 2021).

f. Sistem Endokrin

- 1) Oksitosin membantu kembalinya uterus dalam keadaan normal, berperan dalam kontraksi uterus untuk mencegah perdarahan. Sekresi oksitosin dan produksi ASI dapat tersangsang saat bayi menghisap.
- 2) Prolaktin, pituitrin merangsang pengeluaran prolaktin untuk produksi ASI yang dikeluarkan oleh kelenjar, dalam 14-21 hari akan timbul menstruasi jika ibu postpartum tidak menyusui. Estrogen dan progesteron, dimana estrogen menurun dan

progesterone meningkat setelah melahirkan. (Sri Wahyuningsih, dkk. 2019).

g. Sistem Urinaruis

Dalam waktu satu bulan fungsi ginjal kembali normal setelah wanita melahirkan. Perubahan hormonal pada masa hamil (tingginya kadar steroid) turut menyebabkan fungsi ginjal meningkat, sedangkan setelah wanita melahirkan menurunkan kadar steroid yang sebagian menjelaskan sebab penurunan fungsi ginjal selama masa pascapartum. Diperkirakan 2 sampai 8 minggu mengalami dilatasi ureter dan hipotonia pada kehamilan serta pelvis ginjal kembali ke keadaan sebelum hamil. Dilatasi *tractus urinarius* pada sebagian kecil wanita bisa menetap selama tiga bulan. (Zubaidah, dkk. 2021).

h. Sistem Kardiovaskuler

1) Volume darah

Ada beberapa faktor yang menyebabkan perubahan volume darah misalnya selama melahirkan dan mobilisasi ibu akan mengalami kehilangan darah serta edema fisiologis (pengeluaran cairan ekstrasvaskuler).

2) Curah jantung

Sepanjang masa hamil denyut jantung, volume sekuncup (volume darah yang dipompa oleh setiap ventrikel per detik) dan curah jantung meningkat. Keadaan ini akan meningkat bahkan lebih tinggi selama 30 sampai 60 menit segera setelah melahirkan karena darah yang biasanya melintas sirkuit etoroplasenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum. (Zubaidah, dkk 2021).

i. Perubahan Hematologis

Semasa persalinan sel-sel darah putih di tingkatkan oleh leukositosis sampai 15.000, selama beberapa hari pertama dari masa *post partum* akan tetap tinggi. Jumlah sel-sel darah putih tersebut masih bisa naik tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama sebanyak 25.000 atau 30.000. Jumlah hematokrit,

hemoglobin dan *erythrocyte* pada awal-awal masa nifas akan sangat bervariasi sebagai akibat dari volume darah, tingkat volume sel darah dan volume plasma yang berubah-ubah. (Zubaidah, dkk. 2021).

j. Sistem Muskuloskeletal

Saat kehamilan fascia, ligamen dan diafragma pelvis akan meregang dan akan berangsur mengecil seperti semula setelah melahirkan. (Sri Wahyuningsih, dkk. 2019).

k. Tanda-tanda Vital

1) Saat post partum suhu tubuh dapat naik setelah 2 jam post partum normal kurang lebih $0,5^{\circ}\text{C}$.

2) Nadi dapat bradikardi, waspada jika nadi takikardi karena mungkin adanya perdarahan dan pernafasan akan sedikit meningkat lalu kembali normal setelah persalinan. Asalkan tidak ada penyakit penyerta, tekanan darah yang kadang naik akan kembali normal. Dan 4,5 kg berat badan turun rata-rata. (Sri Wahyuningsih, dkk. 2019).

l. Sistem Pencernaan

Psikis takut BAB karena ada luka jahit perineum menyebabkan konstipasi sering terjadi. Ibu merasa lapar setelah persalinan 2 jam, tidak ada alasan untuk penundaan dalam pemberian makan kecuali ada komplikasi persalinan. (Sri Wahyuningsih, dkk. 2019).

m. Dinding abdomen

Adanya *striae* pada dinding abdomen setelah melahirkan yang tidak dapat dihilangkan sempurna dan dapat berubah menjadi putih (*striae albicans*). (Sri Wahyuningsih, dkk. 2019).

n. Serviks

Serviks akan menganga setelah persalinan dan dapat dilalui 1 jari setelah 7 hari, rongga bagian luar kembali normal setelah 4 minggu. (Sri Wahyuningsih, dkk. 2019).

o. Varises

Pada wanita hamil sering dijumpai varises di tungkai dan sekitar anus (hemoroid), setelah bayi lahir varises vulva yang jarang dijumpai akan mengecil dengan cepat. (Zubaidah, dkk. 2021).

B. Konsep Daun Sirih Merah

1. Senyawa Daun Sirih Merah

Senyawa fitokomia yang terkandung dalam daun sirih merah meliputi *flavonoid*, *alkaloid*, *eugenol*, *karvakol*, *saponin* dan *tannin*. Dalam buku *A Review of Natural Product and Plants As Potensial Antidiabetic* menurut Ivorra M.D, senyawa aktif *flavonoid* dan *polivenol* berfungsi sebagai antioksidan, antikanker, antiseptik dan antiinflamasi. Senyawa *alkaloid* dan *flavonoid* juga memiliki aktivitas hipoglikemik atau penurun kadar glukosa darah. Senyawa *alkaloid* pada sirih merah juga dapat dimanfaatkan sebagai penghambat pertumbuhan sel-sel kanker. (Lina Mardina, dkk. 2012).

Metabolit sekunder adalah bahan khasiat dari bahan-bahan kimia yang ada di dalam sirih merah yang menyimpan senyawa aktif seperti *ntisept*, *terpenoid*, *cyanogenic*, *isoprenoid*, *glucoside*, *flavonoid* dan *nonprotein amino acid*. (Dani Hendarto, 2019).

Terdapat zat yang paling dominan di antara senyawa-senyawa tersebut yakni *flavonoid* dan *polevenolad* yang dimana memiliki sifat antidiabetic, antikanker, antioksidan, antiseptik dan antiinflamasi. Sedangkan bahan organik yang mengandung nitrogen adalah alkaloid yang merupakan bagian dari sistem heterosiklik. (Dani Hendarto, 2019).

Kandungan senyawa dari daun sirih merah memiliki manfaat lain dari, seperti tanin untuk mengobati sakit perut, eugenol yang bermanfaat untuk mengurangi rasa sakit. Daun sirih merah ini juga dapat digunakan untuk bau mulut dan keputihan yaitu sebagai antiseptik. Dan ada karvakrol yang bersifat antijamur dan disinfektan. (Dani Hendarto, 2019).

Dapat merangsang saraf pusat dan daya pikir merupakan efek zat aktif yang terkandung dalam daun sirih merah. (Dani Hendarto, 2019).

2. Cara kerja zat aktif didalam tubuh

Flavanoid berperan dalam fase inflamasi dengan menghambat enzim *pro-inflamasi* seperti, COX -2, *lipoksigenase*, dan NO serta menghambat sitokin yang berperan dalam proses inflamasi seperti TNF- α , IL-1 α , dan IL-2. Alkaloid berperan dalam meningkatkan proliferasi limfosit dan aktivitas IL-2. Proliferasi limfosit mempengaruhi sel TCD4+ yang kemudian akan mengaktifkan sel Th1 yang mempengaruhi IFN- γ . IFN- γ mengaktifkan *makrofag* (sel fagosit) sehingga fagositosis mikroba berlangsung lebih cepat dan efisien. Tanin berperan dalam penghentian pendarahan atau lebih dikenal dengan vasokonstriksi dengan mekanisme kerjanya mempercepat keluarnya protein dari sel dan mengendapkan protein tersebut pada permukaan sel, juga mengurangi sekresi dan permeabilitas kapiler, kontraksi ruang antar sel, pengerasan endotelium kapiler, dan kemudian membentuk lapisan pelindung kulit sehingga lapisan superfisial sel mengencang dan menyusut. Keadaan ini akan menghasilkan vasokonstriksi lokal dari kapiler. Senyawa pada sirih merah selain berperan dalam aktifitas antiinflamasi, juga berperan dalam pemicu terjadinya kontraksi pada luka dan peningkatan tonus pembuluh darah serta menghancurkan senyawa radikal bebas dan berperan sebagai antiseptik sehingga menyebabkan percepatan periode epitelisasi daerah luka. (Anggara Joko Pratama, dkk 2016).

3. Perawatan luka dengan rebusan daun sirih merah

Perawatan luka peritonium dengan daun sirih yaitu dengan merebus 4-5 lembar di air 500-600 ml, digunakan untuk dicebokkan sehari dua kali baik ketika pagi, siang atau malam (Jurnal Pengabdian Masyarakat Putri Hijau, 2021).

Adapun cara pembuatan rebusan air daun sirih merah sebagai berikut (Jurnal Pengabdian Masyarakat Putri Hijau, 2021) :

- a. Siapkan 4-5 lembar daun sirih merah.
- b. Cuci daun sirih merah dengan bersih, lalu
- c. Air 500-600 ml.
- d. Rebus daun sirih merah menggunakan air yang telah di siapkan, lalu
- e. Tunggu sampai 10-15 menit perebusan.
- f. Setelah direbus, sari air rebusan daun sirih, sehingga menyisakan airnya saja.
- g. Tunggu 4-5 menit, air rebusan sedikit dingin/ masih hangat, lalu
- h. Air rebusan bisa digunakan dengan cara dicebok, dilakukan dalam sehari sekali ketika pagi, siang atau malam hari.

4. Tujuan

Tujuan perebusan daun sirih merah ini adalah untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka perineum serta mempercepat penyembuhan luka perineum pada ibu post partum.

C. Konsep Dasar Luka Perineum

1. Definisi Luka Perineum

Luka adalah kerusakan mukosa *membrane*, kontinuitas kulit dan tulang atau organ tubuh lainnya. Suatu gangguan pada kulit dari kondisi normal disebut juga luka. *Perineum* adalah daerah yang dibatasi oleh vulva dan anus yang berada diantara kedua belah paha. (Zubaidah, dkk. 2021).

2. Lama Penyembuhan Luka Perineum

- a. Fase inflamasi, berlangsung selama 1 – 4 hari.
 - b. Fase proliferasi, berlangsung 5 – 20 hari.
 - c. Fase maturasi, berlangsung 21 hari sampai sebulan atau setahun.
- (Zubaidah, dkk 2021)

3. Bentuk Luka Perineum

Bentuk luka *perineum* setelah melahirkan ada 2 macam, yaitu (Zubaidah, dkk. 2021). :

a. Ruptur

Ruptur adalah luka yang disebabkan karena rusaknya jaringan pada perineum yang terjadi secara alamiah akibat desakan kepala janin ataupun bahu pada saat persalinan. Jaringan yang robek sulit dilakukan penjahitan karena biasa bentuk dari ruptur biasanya tidak teratur.

b. Episiotomi

Episiotomi bertujuan untuk memperbesar muara vagina dengan dilakukannya irisan bedah pada *perineum* yang dilakukan tepat sebelum keluarnya kepala bayi. Episiotomi adalah tindakan insisi pada *perineum* sehingga menyebabkan terpotongnya cincin selaput dara, selaput lender vagina, otot-otot dan fascia *perineum*, jaringan pada septum rektovaginal dan kulit sebelah depan perineum. Ada 2 tipe episiotomi yang sering dijumpai diantaranya Episiotomi medial dan Episiotomi mediolateral.

4. Lingkup Perawatan

Lingkup perawatan luka *perineum* ini ditujukan untuk pencegahan infeksi organ-organ reproduksi yang disebabkan pada peralatan penampung *lochea* terjadinya perkembangbiakkan bakteri atau mikroorganisme yang masuk melalui vulva yang terbuka (Zubaidah, dkk. 2021).

5. Waktu Perawatan

a. Saat Mandi

Pada saat mandi dan pembalut terlepas dilakukan pembersihan perineum sebelum pembalut di ganti yang baru karena kemungkinan terjadinya kontaminasi bakteri pada cairan yang tertampung pada pembalut.

b. Setelah Buang Air Kecil

Kemungkinan terjadinya kontaminasi bakteri dan memicu pertumbuhan bakteri pada saat buang air seni maka perlu dilakukan pembersihan.

c. Setelah Buang Air Besar

Untuk mencegah terjadinya kontaminasi bakteri dari anus ke perineum maka diperlukan pembersihan sisa-sisa kotoran disekitar anus karena letaknya bersebelahan dilakukan proses pembersihan perineum. (Zubaidah, dkk. 2021).

6. Penatalaksanaan

d. Persiapan

1) Ibu Post Partum

2) Alat dan bahan

- Baskom
- Botol
- Gayung
- Handuk bersih
- Air hangat
- Antiseptik

e. Penatalaksanaan

1) Mencuci tangan.

2) Mengisi botol plastik yang dimiliki dengan air hangat.

3) Buang pembalut yang telah penu dengan gerakan ke bawah mengarah ke rektum dan letakkan pembalut tersebut kedalam kantong plastik.

4) Berkemih dan buang air besar ke toilet.

5) Semprotkan ke seluruh perineum dengan air.

6) Keringkan perineum dengan menggunakan tisu dari depan ke belakang.

7) Pasang pembalut dari depan ke belakang.

8) Cuci kembali tangan (Zubaidah, dkk. 2021).

7. Evaluasi

- a. *Perineum* tidak lembab.
- b. Posisi pembalut tepat.
- c. Ibu merasa nyaman. (Zubaidah, dkk. 2021).

8. Faktor yang Mempengaruhi Perawatan Perineum

a. Gizi

Karena penggantian jaringan sangat membutuhkan protein, gizi akan sangat mempengaruhi terhadap proses penyembuhan.

b. Obat-obatan

- 1) Steroid.
- 2) Antikoagulan.
- 3) Antibiotik spektrum luas.

c. Keturunan

Sifat genetik yang mempengaruhi adalah kemampuan dalam sekresi insulin dapat dihambat sehingga menyebabkan glukosa darah meningkat dan dapat terjadi penipisan protein kalori.

d. Sarana prasarana

Kemampuan ibu dalam menyediakan sarana dan prasarana seperti antiseptik akan sangat mempengaruhi penyembuhan *perineum*.

e. Budaya dan keyakinan

Budaya dan keyakinan seperti kebiasaan tarak telur dan lain-lain akan mempengaruhi penyembuhan *perineum*. (Zubaidah, dkk. 2021).

9. Dampak dari Perawatan Luka Perineum

a. Infeksi

Perineum yang lembab akibat terkena lokia akan menyebabkan perkembangan bakteri sehingga timbulnya infeksi pada *perineum*.

b. Komplikasi

Infeksi *perineum* yang merambat pada jalan lahir ataupun pada saluran kandung kemih akan berakibat munculnya komplikasi infeksi jalan lahir ataupun infeksi kandung kemih.

c. Kematian Ibu Post Partum

Penanganan komplikasi yang lambat dapat menyebabkan kematian pada ibu post partum. (Zubaidah, dkk. 2021).

10. Penilaian REEDA

Pengkajian pada penyembuhan luka perineum dapat dikaji dengan menggunakan penilaian REEDA (Dewi Yuliani, 2022).

R : *Redness* (Kemerahan).

E : *Edema* (Pembengkakan).

E : *Ecchymosis* (Bercak perdarahan pada luka jaitan ditandai dengan adanya kebiruan pada luka).

D : *Discharge* (Pengeluaran cairan).

A : *Approximation* (Penyatuan jaringan atau kerapatan jaitan).

Table 2.1
Penilaian Penyembuhan Luka Perineum dengan REEDA

Poin	Redness	Edema	Ecchymosis	Discharge	Approximation
0	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
1	Sekitar 0,25 cm pada kedua sisi insisi	Kurang dari 1 cm dari insisi	Sekitar 0,25 cm bilateral/0,5 cm unilateral	Serum	Jarak kulit 3 mm atau kurang
2	Sekitar 0,5 cm pada kedua insisi	Sekitar 1-2 cm dari insisi	Sekitar 0,5-1 cm bilateral/0,5-1 cm unilateral	Serosanguinous	Terdapat jarak antara kulit dan lemak subkutan

3	Lebih dari 0,5 cm pada kedua insisi	Lebih dari 2 cm dari insisi	Sekitar 1 cm bilateral/2 cm unilateral	Darah, purulen	Terdapat jarak antara kulit lemak subkutan dan fascia
Skor					

(Erni Samutri, dkk 2022)

Keterangan :

Skor masing-masing faktor adalah 0-3, dengan 0 tanda penyembuhan luka baik dan 3 tanda penyembuhan luka jelek.

Total skor adalah 0-15, dengan semakin tinggi skor maka penyembuhan luka semakin jelek (lebih banyak trauma jaringan).

D. Asuhan Keperawatan Nifas

Proses keperawatan diambil dari pendekatan ilmiah dalam pemecahan masalah dan memerlukan keterampilan melakukan pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. (Zubaidah, dkk. 2021).

1. Pengkajian

Pengkajian yaitu langkah awal dari proses asuhan keperawatan secara keseluruhan data atau informasi klien untuk menentukan diagnosa keperawatan yang meliputi :

a. Identitas pasien

Terdiri nama, umur, agama, pendidikan, suku/bangsa, pekerjaan dan alamat.

b. Riwayat kesehatan

Terdiri dari tempat pemeriksaan kehamilan, frekuensi, imunisasi, keluhan selama kehamilan, pendidikan kesehatan yang diperoleh.

c. Riwayat persalinan

Terdiri dari tempat persalinan, penolong persalinan, dan jalannya persalinan.

Pemeriksaan Fisik (Zubaidah, dkk. 2021)

a. Vital *sign*

Yang perlu di cek yaitu : suhu, nadi, pernapasan, dan juga tekanan darah.

b. Kepala dan wajah

Inspeksi kebersihan dan kerontokan rambut (normal rambut bersih, tidak terdapat lesi pada kulit kepala dan rambut tidak rontok), cloasma gravidarum, keadaan sclera (normalnya sclera berwarna putih), konjungtiva (normalnya konjungtiva berwarna merah muda, kalau pucat berwarna anemis), kebersihan gigi dan mulut (normalnya mulut dan gigi bersih, tidak berbau, bibir merah), caries, palpasi palpebra, odem pada mata dan waja: palpasi pembesaran getah bening (normalnya tidak ada pembengkakan), JVP, kelenjar tiroid.

c. Dada

Inspeksi irama napas, bunyi nafas dan bunyi jantung, hitung frekuensi. Payudara : pengkajian payudara Ibu post partum meliputi inspeksi ukuran, bentuk, warna dan kesimetrisan dan palpasi konsisten dan apakah ada nyeri pada saat ditekan untuk menentukan status laktasi, normalnya puting susu menonjol, areola berwarna kecoklatan, tidak ada nyeri pada saat ditekan, tidak ada bekas luka, payudara simetris dan tidak ada benjolan pada saat di palpasi.

d. Abdomen

Menginspeksi adanya striae atau tidak, adanya luka/insisi adanya linea atau tidak. Involusi uteri: kemajuan involusi yaitu proses uterus kembali ke ukuran dan kondisi pada saat sebelum kehamilan, diukur dengan mengkaji tinggi dan konsistensi fundus uterus, masase dan peremasan fundus dan kateter serta jumlah lokia 4 sampai 8 jam.

e. Vulva dan vagina

Dilihat dari vulva bersih atau tidak, adanya tanda tanda infeksi. *Lochea* : kateter dan jumlah *lochea* secara tidak langsung yang menggambarkan kemajuan penyembuhan normal, jumlah *lochea*

perlahan-lahan berkurang perubahan warna menunjukkan menunjukkan komponen darah dalam aliran *lochea*. Jumlah *lochea* sangat sedikit noda darah berkurang 2,5-5 cm = 10 ml, sedikit noda darah ≤ 10 cm = 10,25 ml, noda darah berukuran sedang.

f. Perineum

Mengidentifikasi karakteristik normal atau deviasi dari normal seperti hematoma, memar, edema, kemerahan, dan nyeri saat ditekan. Jika ada luka bekas jahitan kaji keutuhan, hematoma, pendarahan dan tanda-tanda infeksi (kemerahan, pendarahan, dan nyeri saat ditekan).

2. Diagnosa Keperawatan (Zubaidah, dkk. 2021)

- a. Nyeri berhubungan dengan kontraksi uterus, episiotomy, laserasi, hemaroid, pembengkakan payudara, insisi bedah.
- b. Resiko infeksi berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang cara perawatan vulva.
- c. Gangguan pola eliminasi bowel berhubungan dengan adanya konstipasi.
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan respons hormonal psikologis, proses persalinan dan proses melahirkan.
- e. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.
- f. Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan peregangan perinium: luka episiotomi: involusi uteri, hemoroid: pembengkakan payudara.
- g. Resiko defisit volume cairan berhubungan dengan pengeluaran yang berlebihan: pendarahan: diuresis: keringat berlebih.
- h. Gangguan pemenuhan ADL berhubungan dengan imobilisasi: kelemahan.
- i. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jalan lahir.
- j. Resiko gangguan proses parenting berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang cara merawat bayi.

- k. Ketidakefektifan menyusui berhubungan dengan tingkat pengetahuan, pengalaman sebelumnya, tingkat dukungan, karakteristik payudara.
- l. Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan dan kelahiran (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

3. Perencanaan Keperawatan

Menurut North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) perencanaan keperawatan pada ibu post partum normal (Zubaidah, dkk. 2021) :

- a. Nyeri berhubungan dengan kontraksi uterus, episiotomy, laserasi, hemaroid, pembengkakan payudara, insisi bedah

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil: klien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 2-3, klien terlihat rileks, ekspresi wajah tidak tegang, klien bisa tidur nyaman, TTV dalam batas normal: Suhu 36-38°C, Nadi 60-100x/menit, RR 16-20x/menit, TD 120/80 mmHg.

Intervensi : pengkajian komprehensif (lokasi, durasi, kualitas, karakteristik, berat nyeri dan factor pencetus) untuk mengurangi nyeri, pilih dan implementasikan tindakan yang beragam (farmakologi dan non farmakologi). Untuk penurunan nyeri sesuai dengan kebutuhan, ajarkan Teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, kolaborasi untuk memberikan obat sesuai dengan kebutuhan pasien.

- b. Resiko infeksi berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang cara perawatan vulva.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi infeksi, pengetahuan bertambah dengan kriteria hasil: klien menyertakan perawatan bagi dirinya, klien bisa membersihkan vagina dan perineum secara mandiri, perawatan pervagina berkurang, vulva bersih dan tidak infeksi, vital sign dalam batas normal.

Intervensi : ajarkan untuk mencuci tangan agar tidak terjadi infeksi, bersihkan daerah genitalia untuk tidak terjadinya infeksi pada daerah

genitalia, ganti pakaian dalam dan pembalut jika sudah kotor dan penuh agar tidak terjadi penyakit kulit.

- c. Gangguan pola eliminasi bowel berhubungan dengan adanya konstipasi.

Tujuan : kebutuhan eliminasi pasien terpenuhi dengan kriteria hasil: pasien mengatakan sudah BAB, pasien mengatakan tidak konstipasi, pasien mengatakan perasaannya nyaman.

Intervensi : auskultasi bising usus untuk penurunan peristaltik usus menyebabkan konstipasi, observasi adanya nyeri abdomen karena menimbulkan rasa takut untuk BAB, anjurkan pasien makan minum yang tinggi akan serat, anjurkan pasien untuk banyak minum air hangat untuk melancarkan BAB, kolaborasi pemberian laktasif (pelunak feses) untuk merangsang peristaltik usus dengan perlahan atau evakuasi feses.

- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan respons hormonal psikologis, proses persalinan dan proses melahirkan.

Tujuan : istirahat terpenuhi dengan kriteria hasil: mengidentifikasi penilaian untuk mengakomodasi perubahan yang diperlukan terhadap anggota keluarga baru.

Intervensi : ciptakan lingkungan yang tenang untuk mendorong istirahat dan tidur, dorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman, gunakan Teknik relaksasi untuk dapat membantu mempermudah tidur.

- e. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien dapat meningkatkan pemeliharaan kesehatan dengan kriteria hasil: pasien dapat memahami dan mengerti tentang pentingnya kesehatan dan perawatan.

Intervensi: tumbuhnya sikap saling percayadan perhatian, pilih strategi pengajaran (diskusi atau demonstrasi) yang tepat untuk gaya

pembelajaran secara individual, ajarkan keterampilan yang dipelajari pasien dan harus dilakukan dalam kehidupan sehari-hari.

- f. Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan peregangan perinium: luka episiotomy: involusi uteri, hemoroid: pembengkakan payudara.

Tujuan : Setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan klien menunjukkan tidak adanya nyeri dengan kriteria hasil: TTV dalam batas normal, klien menunjukkan peningkatan aktifitas, keluhan nyeri terkontrol.

Intervensi: kaji lokasi dan karakteristik dari tingkat ketidaknyamanan/nyeri rasional: untuk menentukan intervensi keperawatan dengan skala nyeri, jelaskan pada ibu bahwa nyeri paska persalinan adalah fisiologis, instruksikan ibu dalam melakukan Teknik relaksasi nafas dalam, berikan lingkungan yang nyaman, tenang dan mengalihkan nyeri, berikan kompres hangat lokal menggunakan handuk kecil, kolaborasi pemberian analgetik atau antipireutik.

- g. Resiko defisit volume cairan berhubungan dengan pengeluaran yang berlebihan: pendarahan: diuresis: keringat berlebih.

Tujuan: setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan klien dapat menunjukkan status cairan membaik.

Kriteria hasil: tidak ada manifestasi dehidrasi, haluran urine di atas 30ml/jam turgor kulit elastis.

Intervensi: pantau TTV setiap 4 jam, warna urine, BB setiap hari, serta keadaan umum setiap 8 jam, pantau cairan masuk dan cairan keluar setiap 8 jam, beri tahu dokter bila haluran urine.

- h. Gangguan pemenuhan ADL berhubungan dengan imobilisasi: kelemahan.

Tujuan: setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan kelemahan dan kelelahan berkurang dan kebutuhan ADL terpenuhi secara mandiri.

Intervensi: kaji toleransi klien terhadap aktivitas menggunakan parameter berikut ini nadi 20x/menit diatas frekuensi nadi istirahat, catata peningkatan TD, *dyspnea*, nyeri dada, kelelahan berat, pusing atau pingsan, tingkatkan istirahat, batasi aktifitas pada dasar nyeri/respon hemo dinamik, berikan aktivitas senggang yang tidak berat, kaji kesiapan untuk meningkatkan aktivitas, dorong kemajuan aktivitas/toleransi perawatan diri, anjurkan keluarga untuk membantu pemenuhan kebutuhan ADL, jelaskan pola peningkatan bertahap dari aktivitas.

i. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jalan lahir.

Tujuan : setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil: tidak ada tanda infeksi, luka episiotomy kering dan bersih, takut berkemih dan BAB tidak ada.

Intervensi : pantau TTV dan tanda infeksi, kaji pengeluaran lochea, warna, bau dan jumlah, kaji luka perineum dan keadaan jahitan, anjurkan pasien membasuh vulva setiap habis berkemih dengan cara yang benar dan mengganti PAD tiga kali perhari atau setiap pengeluaran lochea banyak, pertahankan Teknik septik dan aseptik dalam merawat pasien (merawat luka perinium, merawat payudara, merawat bayi).

j. Resiko gangguan proses parenting berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang cara merawat bayi.

Tujuan : setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan gangguan proses parenting tidak ada.

Kriteria Hasil : ibu dapat merawat bayi secara mandiri (memandikan, menyusui, merawat tali pusat).

Intervensi : Beri Kesempatan ibu untuk melakukan perawatan bayi secara mandiri, libatkan suami dalam perawatan bayi, latih ibu untuk perawatan payudara secara mandiri dan teratur, motivasi ibu untuk meningkatkan *intake* cairan dan diet TKTP, lakukan rawat gabung secara mungkin bila tidak terdapat komplikasi pada ibu dan bayi.

- k. Ketidakefektifan menyusui berhubungan dengan tingkat pengetahuan, pengalaman sebelumnya, tingkat dukungan, karakteristik payudara.

Tujuan: Setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan ibu dapat mencapai kepuasan menyusui dengan kriteria hasil: ibu mengharapkan proses situasi menyusui, bayi mendapat asi yang cukup.

Intervensi: kaji ulang tingkat pengetahuan ibu tentang menyusui sebelumnya, berikan penkes tentang Teknik menyusui dan perawatan putting dan payudara, libatkan keluarga dalam proses penyuluhan, demonstrasikan Teknik-teknik menyusui yang baik dan benar, evaluasi Teknik menyusui yang telah dianjurkan.

- l. Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan dan kelahiran

Tujuan : Status kenyamanan pasca partum meningkat, status pasca partum membaik dengan kriteria hasil: Keluhan tidak nyaman menurun, Meringis menurun, Berkeringat menurun, Merintih menurun, Payudara bengkak menurun, Gelisah menurun, Pemulihan perineum meningkat, Jumlah lochea membaik, Warna lochea membaik, Tekanan darah membaik, Frekuensi nadi membaik, dan Suhu membaik. (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Intervensi : (1) Manajemen Nyeri : (a) Observasi : Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. Identifikasi skala nyeri. Identifikasi respons nyeri non verbal. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. Monitor efek samping penggunaan analgesik. (b) Terapeutik : Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. Fasilitas istirahat dan tidur. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam

pemilihan strategi meredakan nyeri. (c) Edukasi : Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. Jelaskan strategi meredakan nyeri. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. (d) Kolaborasi : Pemberian analgetik, jika perlu. (2) Terapi Relaksasi : (a) Observasi : Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif. Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan. Identifikasi kesediaan, kemampuan dan penggunaan Teknik sebelumnya. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan. Monitor respon terhadap terapi relaksasi. (b) Terapeutik : Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu yang nyaman, jika memungkinkan. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur Teknik relaksasi. Gunakan pakaian longgar. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai. (c) Edukasi : Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih. Anjurkan mengambil posisi nyaman. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi. Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih. Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dapat disesuaikan dengan intervensi yang akan dilakukan atau diterapkan. (Zubaidah, dkk. 2021). Implementasi keperawatan diperoleh dari hasil fase perencanaan untuk melakukan pelaksanaan rencana asuhan keperawatan. Implementasi bertujuan untuk membantu membantu klien dalam mencapai tujuan atau hasil dengan dilakukakannya suatu perencanaan yang berdasarkan intervensi keperawatan. (Deborah Siregar, dkk. 2021)

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan kesimpulan untuk melengkapi proses keperawatan yang menunjukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai dari diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan dan pelaksanaannya. (Zubaidah, dkk. 2021)