

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar *Post Partum*

2.1.1 Pengertian Post Partum

Masa nifas (puerperium) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil, lama masa nifas yaitu 6-8 minggu (Ulfa et al., 2019). Masa nifas menurut (Purwoastuti & Walyani, 2015), adalah masa setelah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu.

2.1.2 Tahapan Masa Nifas

Menurut (Dewi Ciselia & Vivi Oktari, 2021) tahapan masa nifas dibagi menjadi 4 yaitu:

1) Periode Immediate Postpartum

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini merupakan fase kritis, sering terjadi insiden perdarahan postpartum karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan perlu melakukan pemantauan secara kontinu, yang meliputi; kontraksi uterus, pengeluaran lochia, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.

2) Periode Early Postpartum (>24 jam-1 minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) Periode Late Postpartum (>1 minggu-6 minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling perencanaan KB.

4) Remote Pueperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki penyulit atau komplikasi.

2.1.3 Perubahan perubahan yang terjadi selama post partum

2.1.3.1 Perubahan fisiologis

Pada masa nifas, terjadi perubahan-perubahan anatomi dan fisiologi pada ibu diantaranya adalah:

1) Perubahan Sistem Reproduksi

a) *Involusi Uterus*

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil (Yuliana & Hakim, 2020).

Proses *involusi uterus* sebagai berikut:

1) *Iskemia Miometrium*

Hal ini disebabkan oleh *kontraksi* dan *relaksasi* yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran *plasenta*

sehingga membuat *uterus* menjadi *relative anemi* dan menyebabkan serat otot *atrofi*.

2) *Atrofi Jaringan*

Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian *hormone estrogen* saat pelepasan *plasenta*.

3) *Autolysis*

Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi didalam otot *uterus*. *Enzim proteolitik* akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali dari panjang sebelum hamil yang terjadi selama proses kehamilan.

4) *Efek Oksitosin*

Oksitosin menyebabkan terjadinya *kontraksi* dan *retraksi* otot *uterus* sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke *uterus*. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi *plasenta* serta mengurangi perdarahan. Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selam post partum adalah sebagai berikut:

<i>Involusi Uteri</i>	<i>Tinggi Fundus Uteri</i>	<i>Berat Uterus</i>	<i>Diameter Uterus</i>
<i>Plasenta Lahir</i>	Setinggi pusat	100 gram	12,5 cm
7 hari (minggu 1)	Pertengahan pusat dan <i>simfisis</i>	500 gram	7,5 cm

14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

Tabel 2.1 Tinggi *fundus uteri* pada masa *nifas*b) *Involusi Tempat Plasenta*

Uterus pada bekas *implantasi plasenta* merupakan luka kasar dan menonjol ke dalam *kavum uteri*. Segera setelah plasenta lahir, dengan cepat luka luka mengecil, pada akhir *nifas* 1-2 cm. Penyembuhan luka bekas *plasenta* mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh *thrombus*. Luka bekas *plasenta* tidak meninggalkan parut. Hal ini, disebabkan karena diikuti pertumbuhan *endometrium* baru dibawah permukaan luka. *Regenerasi endometrium* terjadi ditempat *implantasi plasenta* sekitar 6 minggu. Pertumbuhan kelenjar *endometrium* ini berlangsung di dalam *decidua basalis*. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat *implantasi plasenta* hingga terkelupas dan tak dipakai lagi pada pembuangan *lochea*.

c) *Perubahan Ligamen*

Setelah bayi lahir, *ligamen* dan *diafragma pelvis fasia* yang meregang sewaktu kehamilan dan ketika melahirkan akan kembali seperti sedia kala. Perubahan *ligamen* dapat terjadi pasca melahirkan antara lain *ligamentum rotundum* menjadi

kendor mengakibatkan letak *uterus* menjadi *retrofleksi*, *ligamen fasia*, jaringan penunjang alat *genetalia* menjadi kendor.

d) Perubahan Pada *Serviks*

Segera setelah melahirkan, *serviks* menjadi lembek, kendor, terkulai dan berbentuk corong. Hal ini disebabkan *korpus uteri* berkontraksi sedangkan *serviks* tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antar *korpus* dan *serviks uteri* berbentuk cincin. Warna *serviks* merah kehitam-hitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa dapat masuk 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk, karena *hiperpalapasi* dan *retraksi serviks*, robekan *serviks* akan sembuh. Selesai *involusi*, *ostium eksternum* lebih besar dan terdapat robekan dipinggirnya terutama bagian samping.

e) *Lochea*

Terjadi karena *involusi uteri*, lapisan luar *desidua* yang mengelilingi situs *plasenta* akan menjadi *nekrotik*. *Desidua* yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Percampuran antara darah dan *desidua* inilah yang dinamakan dengan *lochea*. *Lochea* adalah *ekskresi* cairan rahim selama masa *nifas* dan mempunyai *reaksi* basa atau *alkalis* yang membuat *organisme* berkembang lebih pesat dan pada kondisi asam yang terdapat dalam *vagina* normal.

Lochea mempunyai bau amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. *Lochea* mengalami perubahan karena *invulusi*. Pengeluaran *lochea* dibagi menjadi *lochea rubra*, *sanguilenta*, *serosa*, dan *alba*. Perbedaan *lochea* sebagai berikut:

<i>Lochea</i>	Waktu	Warna	Ciri-ciri
<i>Rubra</i>	1-3 hari	Merah	Terdiri dari sel <i>desidua</i> , verniks <i>caseosa</i> , rambut lanugo, sisa <i>meconium</i> , dan sisa darah.
<i>Sanguilenta</i>	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
<i>Serosa</i>	7-14 hari	Kekuningan atau kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari <i>leukosit</i> dan <i>robekan laserasi plasenta</i>
<i>Alba</i>	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati

Tabel 2.2 *Lochea* pada masa *nifas*

Umumnya jumlah *lochea* lebih sedikit apabila seorang Wanita post partum dalam berbaring daripada berdiri. Hal ini terjadi akibat pembuangan bersatu dengan vagina bagian atas saat seorang wanita dalam posisi berbaring, kemudian akan mengeluarkan saat seorang wanita dalam posisi berbaring lalu akan mengalir keluar saat berdiri. Total jumlah rata-rata pengeluaran *lochea* sekitar 240-270 ml (Yuliana & Hakim, 2020).

f) *Vulva, Vagina dan Perineum*

Proses persalinan *vulva vagina* mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini akan kembali dalam keadaan kendur. *Rugae* timbul kembali pada minggu ketiga. *Himen* tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi *karankulae mitiformis* yang khas bagi seorang wanita *multipara*. Ukuran *vagina* akan selalu lebih besar dibandingkan saat keadaan sebelum persalinan pertama. Perubahan pada *perineum* *pasca* melahirkan terjadi pada saat *perineum* mengalami robekan. Robekan jalan lahir terjadi pada saat *perineum* mengalami robekan karena proses persalinan spontan. Ketika dalam persalinan dilakukan secara pembedahan abdomen tidak akan terjadi robekan pada *perineum*.

2) Pada Sistem Pencernaan

Sistem *gastrointestinal* selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar *progesteron* yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan *kolesterol* darah, dan melambatkan *kontraksi* otot-otot polos. *Pasca* melahirkan kadar *progesteron* mulai menurun, namun faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal.

3) Pada Sistem *Perkemihan*

Pada masa hamil terjadi perubahan *hormonal* yaitu saat kadar *steroid* tinggi akan berperan meningkatkan fungsi ginjal. Sebaliknya saat *pasca* melahirkan kadar *steroidnya* menurun akan mengakibatkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal akan kembali normal pada waktu 1 bulan setelah seorang wanita melahirkan. Urin dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan.

4) Pada Sistem *Muskuloskeletal*

Perubahan sistem *muskuloskeletal* terjadi pada saat umur kehamilan semakin bertambah. Adaptasi *muskuloskeletal* mencakup: peningkatan berat badan, bergesernya pusat akibat pembesaran rahim, *relaksasi* dan *mobilisasi*. Saat post partum sistem *musculoskeletal* akan berangsur-angsur pulih. *Ambulasi* dini dilakukan segera setelah melahirkan untuk membantu mencegah komplikasi dan mempercepat *involusi uteri*.

5) Pada Sistem *Endokrin*

Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem *endokrin*. Hormon-hormon yang berperan, antara lain:

a) *Hormon Plasenta*

Ketika plasenta keluar dari dinding uterus, tingkat hormone HCG, HPL, estrogen, dan progesterone di dalam darah ibu akan menurun cepat, normalnya setelah 7 hari post partum.

b) Hormon Pituitary

Hormon pituitary antara lain adalah hormon prolaktin, FSH (Follicle stimulating hormone) dan LH (Luteinizing hormone). Pasca persalinan, hormon prolaktin dalam tubuh akan meningkat dengan cepat, sedangkan pada wanita yang tidak menyusui hormon prolaktin akan menurun dalam waktu 2 minggu. Hormon prolaktin berfungsi dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. Sedangkan FSH dan LH akan meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke-3 dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c) Hormon Pituitary Ovarium

Hormon ini akan mempengaruhi lamanya seorang wanita akan mendapatkan siklus menstruasinya, baik pada wanita yang menyusui atau wanita yang tidak menyusui. 16% pada wanita yang menyusui 16 akan mendapatkan menstruasi pada 6 minggu pasca melahirkan dan 45% setelah 12 minggu pasca melahirkan. Sedangkan 40% wanita yang tidak menyusui akan mendapatkan menstruasinya setelah 6 minggu pasca persalinan dan berkisar 90% setelah 24 minggu pasca melahirkan. Seringkali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesteron dalam tubuh.

d) *Hormon Oksitosin*

Oksitosin dikeluarkan oleh glandula pituitari posterior dan bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Pada ibu menyusui isapan bayi merangsang keluarnya oksitosin lagi yang dapat membantu pengeluaran ASI dan kembalinya uterus ke bentuk normal.

e) *Hormon Estrogen dan Progesteron*

Terjadi penurunan secara mencolok setelah plasenta keluar sehingga aktivitas prolaktin meningkat dapat mempengaruhi kelenjar mammae dalam produksi ASI. Kadar terendahnya dicapai kira-kira satu minggu postpartum. Penurunan kadar estrogen berkaitan dengan pembengkakan payudara dan diuresis cairan ekstraseluler berlebih yang terakumulasi selama masa hamil. Pada wanita yang tidak menyusui kadar estrogen mulai meningkat pada minggu kedua setelah melahirkan dan lebih tinggi daripada wanita yang menyusui pada pasca partum hari ke-17.

6) Pada Tanda-Tanda Vital

Pada masa *nifas*, tanda-tanda vital yang harus dikaji antara lain:

a) Tekanan Darah

Tekanan darah adalah tekanan yang dialami darah pada pembuluh arteri ketika darah dipompa oleh jantung ke seluruh anggota tubuh manusia. Tekanan darah normal manusia adalah sistolik antara 90-120 mmHg dan diastolic

antara 60-80 mmHg. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah. Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan oleh pendarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya preeklamsia post partum. Namun hal ini sangat jarang terjadi.

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Pasca melahirkan denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit harus waspada dengan kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.

c) Suhu Badan

Suhu tubuh seorang wanita inpartu tidak lebih dari 37,5° Celcius. Pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,5° Celcius dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini terjadi akibat kerja keras ibu sewaktu melahirkan, kehilangan cairan maupun kelelahan. Kurang lebih pada hari ke-4 post partum, suhu badan akan naik lagi. Hal ini diakibatkan adanya pembentukan ASI, kemungkinan infeksi pada endometrium, masitis, traktus genitalis ataupun system lain. Apabila kenaikan suhu diatas 38° Celcius maka harus waspada terhadap terjadinya infeksi post partum.

d) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16x per menit sampai 24x per menit. Pernafasan ibu post partum umumnya lambat atau normal. Hal ini diakibatkan ibu dalam tahap pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Keadaan pernafasan berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Ketika suhu dan nadi tidak normal, pernafasan akan mengikuti tidak normal. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat kemungkinan terdapat tanda-tanda syok.

7) Pada Sistem *Kardiovaskuler*

Volume darah normal yang diperlukan plasenta dan pembuluh darah teri meningkat selama kehamilan. Diuresis terjadi akibat adanya penurunan hormone esterogen yang dengan cepat mengurangi volume plasma menjadi normal kembali. Meskipun kadar esterogen menurun selama nifas, kadarnya masih tetap tinggi daripada normal. Plasma darah tidak banyak mengandung cairan sehingga daya koagulasi meningkat. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama kelahiran bayi. Masa ini ibu banyak mengeluarkan jumlah urine. Hilangnya progesterone membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan selama kehamilan bersama-sama dengan trauma selama persalinan. Kehilangan darah saat persalinan per vagina sekitar 300-400 cc, sedangkan

kehilangan darah dengan persalinan *sectio caesaria* menjadi 2x lipat. Persalinan per vagina, hemokonsentrasi akan mengalami kenaikan dan persalinan *sectio caesaria*, hemokonsentrasi cenderung stabil dan akan kembali normal setelah 4-6 minggu. Pasca melahirkan, shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relative akan bertambah. Keadaan ini menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita *vitum cordial*. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi, sehingga volume darah akan kembali ke sediakala. Umumnya hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai hari ke-5 post partum.

8) Pada Sistem *Hematologi*

Pada minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama post partum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis adalah meningkatnya jumlah sel-sel darah putih sebanyak 15.000 selama persalian. Jumlah leukosit akan tetap tinggi selama beberapa hari pertama masa post partum. Jumlah sel darah putih akan tetap bisa naik sampai 25.000-30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika seorang wanita tersebut mengalami persalinan lama. Pada awal post partum, jumlah hemoglobin, hematokrit dan eritrosit sangat

bervariasi. Hal ini disebabkan volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Tingkatan ini dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi dari seorang wanita tersebut. Jika hematokrit pada hari pertama/dua lebih rendah dari titik 2% atau lebih tinggi dari pada saat memasuki persalinan awal maka pasien dianggap telah kehilangan darah yang cukup banyak. Titik 2% kurang lebih sama dengan kehilangan 500 ml darah. Penurunan volume dan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 post partum dan akan kembali normal pada 4-5 minggu post partum. Jumlah kehilangan darah selama masa persalinan kurang lebih 200-500 ml. Minggu pertama post partum sekitar 500-800 ml dan selama sisa masa nifas sekitar 500 ml.

2.1.3.2 Perubahan Psikologis Ibu Post Partum

Perubahan adaptasi psikologis ibu post partum dibagi menjadi 3 tahap menurut (Purwanto & Rahayu, 2019) yaitu :

1) Fase *Taking In*

Fase ini dapat terjadi pada hari ke-1-2 pasca persalinan. Pada fase ini, ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir. Ketidaknyamanan fisik yang dialami ibu pada fase ini seperti rasa mules, nyeri pada jahitan, kurang tidur dan kelelahan merupakan sesuatu yang tidak dapat dihindari. Kondisi ini mendorong ibu cenderung menjadi pasif.

Pada fase ini petugas kesehatan harus menggunakan pendekatan yang empatik agar ibu dapat melewati fase ini dengan baik

2) Fase *Taking Hold*

Fase ini dapat terjadi pada hari ke-3-10 pasca persalinan. Secara bertahap tenaga ibu mulai meningkat dan merasa nyaman, ibu sudah mulai mandiri namun masih memerlukan bantuan, ibu sudah mulai memperlihatkan perawatan diri dan keinginan untuk belajar merawat bayinya. Pada fase ini pula ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Peran pendamping dan keluarga adalah memberikan dukungan dan komunikasi yang baik agar ibu merasa mampu melewati fase ini. Tugas tenaga kesehatan adalah mengajarkan cara merawat bayi, cara menyusui yang benar, cara merawat luka jahitan, senam nifas, memberikan health promotion yang dibutuhkan ibu seperti gizi, istirahat, kebersihan diri dan lain-lain

3) Fase *Letting Go*

Fase *letting go* yaitu periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Ibu memahami bahwa bayi butuh disusui sehingga siap terjaga untuk memenuhi kebutuhan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya sudah meningkat pada fase ini. Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya. Suami

dan keluarga dapat membantu merawat bayi, mengerjakan urusan rumah tangga sehingga ibu tidak terlalu terbebani.

2.1.4 Tanda-tanda Bahaya Masa Nifas

Sebagian besar kematian ibu terjadi selama masa pasca persalinan (memasuki masa nifas) karena itu sangat penting untuk mendidik para ibu dan keluarganya mengenai tanda-tanda bahaya masa nifas sehingga ibu dapat segera mencari pertolongan medis jika terdapat tanda-tanda bahaya masa nifas yang disebutkan di bawah ini:

- a) Perdarahan pervaginam yang luar biasa/tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari perdarahan biasa) memerlukan penggantian pembalut 2- 3x dalam setengah jam.
- b) Pengeluaran vagina yang baunya menusuk.
- c) Rasa sakit di bagian bawah abdomen atau punggung.
- d) Sakit kepala yang terus menerus, nyeri epigastrik.
- e) Gangguan masalah penglihatan/penglihatan kabur.
- f) Pembengkakan di wajah atau tangan.
- g) Demam, muntah, rasa sakit waktu BAK atau merasa tidak enak badan.
- h) Payudara yang berubah menjadi merah, panas atau terasa sakit.
- i) Kehilangan nafsu makan dalam waktu lama.
- j) Rasa sakit, merah, lunak atau pembengkakan pada kaki.
- k) Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya dan diri sendiri

- 1) Merasa sangat letih atau nafas terengah-engah (Bahiyatun, 2009).

2.1.5 Komplikasi

- 1) Perdarahan pervaginam post partum

Definisi perdarahan pervaginam 500 ml atau lebih, sesudah anak lahir atau kala III. Perdarahan ini bisa terjadi segera begitu ibu melahirkan (Rukiyah et al., 2009).

- a) *Early Post Partum*: terjadi 24 jam pertama setelah bayi lahir
- b) *Late Post Partum* terjadi lebih dari 24 jam pertama setelah bayi lahir

Tiga hal yang harus diperhatikan dalam menolong persalinan dengan komplikasi perdarahan post partum (Rukiyah et al., 2009).

- a) Menghentikan perdarahan.
- b) Mencegah timbulnya syok.
- c) Mengganti darah yang hilang diberi infuse cairan (larutan garam fisiologis, plasma ekspander, dextran-L, dan sebagainya), transfuse darah, kalau perlu oksigen.

Penyebab umum perdarahan post partum adalah:

- a) Atonia uteri
- b) Retensio plasenta
- c) Sisa plasenta dan selaput ketuban
 - 1) Pelekatan yang abnormal (plasenta akreta dan perkreta)
 - 2) Tidak ada kelainan pelekatan (plasenta seccenturia)

d) Trauma jalan lahir

- 1) Episiotomi yang lebar
- 2) Laserasi perineum, vagina, serviks, forniks dan rahim
- 3) Rupture uteri

e) Penyakit darah

Kelainan pembekuan darah misalnya afibrinogenemia/ hipofibrinogenemia.

2) Infeksi masa nifas

Infeksi nifas merupakan masuknya bakteri pada traktus genitalia, terjadi sesudah melahirkan, kenaikan suhu sampai 38 derajat selsius atau lebih selama 2 hari dalam 10 hari pertama post persalinan, dengan mengecualikan 24 jam pertama (Rukiyah et al., 2009).

Infeksi ini terjadi setelah persalinan, kuman masuk dalam tubuh pada saat berlangsungnya proses persalinan. Diantaranya, saat ketuban pecah sebelum maupun saat persalinan berlangsung sehingga menjadi jembatan masuknya kuman dalam tubuh lewat rahim. Jalan masuk lainnya adalah dari penolong persalinan sendiri, seperti alat-alat yang tidak steril digunakan pada saat proses persalinan.

Kuman-kuman yang sering menyebabkan infeksi antara lain adalah:

a. *Streptococcus haemoliticus anaerobic*

Masuknya secara eksogen dan menyebabkan infeksi berat. Infeksi ini biasanya eksogen (ditularkan dari penderita lain, alat-alat yang tidak suci hama, tangan penolong, infeksi tenggorokan orang lain).

b. *Staphylococcus aureus*

Masuknya secara eksogen, infeksiya sedang, banyak ditemukan sebagai penyebab infeksi di rumah sakit dan dalam tenggorokan orang-orang yang nampaknya sehat. Kuman ini biasanya menyebabkan infeksi terbatas, walaupun kadang-kadang menjadi sebab infeksi umum.

c. *Escherichia Coli*

Sering berasal dari kandung kemih dan rectum, menyebabkan infeksi terbatas pada perineum, vulva, dan endometrium. Kuman ini merupakan sebab penting dari infeksi traktus urinarius.

d. *Clostridium Welchii*

Kuman ini bersifat anaerob, jarang ditemukan akan tetapi sangat berbahaya. Infeksi ini lebih sering terjadi pada abortus kriminalis dan partus yang ditolong oleh dukun dari luar rumah sakit.

3) *Septicemia dan piemia*

Pada *septicemia*, penderita sudah sakit dan lemah. Sampai 3 hari post partum suhu meningkat dan cepat, biasanya disertai

menggigil. Selanjutnya, suhu berkisar antara 39-49C, keadaan umum cepat memburuk, nadi menjadi cepat (140-160 kali/menit atau lebih). Penderita meninggal enam sampai tujuh hari post partum. Jika ia hidup terus, gejala-gejala menjadi seperti piemia.

Pada *piemia*, penderita tidak lama setelah post partum sudah merasa sakit, perut nyeri, dan suhu agak meningkat. Akan tetapi gejala-gejala infeksi umum dengan suhu tinggi serta menggigil terjadi setelah kuman-kuman dengan embolus memasuki perdarahan umum. Suatu ciri khusus pada piemia ialah berulang-ulang suhu meningkat dengan cepat disertai menggigil, kemudian diikuti oleh turunnya suhu (Rukiyah et al., 2009).

4) *Peritonitis*

Pada *peritonitis* umum terjadi peningkatan suhu tubuh, nadi cepat dan kecil, perut kembung dan nyeri, defense musculaire. Muka yang semula kemerah-merahan menjadi pucat, mata cekung, kulit muka dingin, terdapat fasies hippocratica. Pada peritonitis yang terbatas di daerah pelvis, gejala tidak seberat peritonitis umum.

Penanganan yang dapat dilakukan adalah nasogastric suction, berikan infuse (NaCl atau Ringer Lactat), antibiotic sehingga bebas panas selama 24 jam (ampisilin 2 gr iv, kemudian 1 gr setiap 6 jam, ditambah gentamisin mg/kg BB iv dosis tunggal/hari dan metronidasol 500 mg iv setiap 8 jam).

Laparotomy dilakukan untuk pembersihan perut (peritoneal lavage) (Rukiyah et al., 2009).

5) *Selulitis pelvis*

Selulitis pelvika ringan dapat menyebabkan suhu yang meninggi dalam nifas. Bila suhu tinggi menetap lebih dari satu minggu disertai dengan rasa nyeri dikiri atau kanan dan nyeri pada pemeriksaan dalam, hal ini patut dicurigai terhadap kemungkinan selulitis pelvika. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba tahanan padat dan nyeri disebelah uterus dan tahanan ini yang berhubungan erat dengan tulang panggul, dapat meluas ke berbagai jurusan. Ditengah-tengah jaringan yang meradang itu bisa tumbuh abse (Rukiyah, 2011).

6) *Salpingitis dan ooforitis*

Gejala *salpingitis* dan *ooforitis* tidak dapat dipisahkan dari pelvio peritonitis. Penyebaran melalui permukaan endometrium. Kadang-kadang jaringan infeksi menjalar ke tuba falopi dan ovarium disini terjadi *salpingitis* dan *abfritis* yang sukar dipisahkan dari polvio peritonitis (Rukiyah, 2011).

7) *Tromboplebitis*

Perluasan infeksi nifas yang mengikuti aliran darah di sepanjang vena dan cabang-cabangnya. Tromboplebitis, dikelompokkan sebagai berikut:

a) *Pelvio tromboflebitis*

1. Nyeri pada perut bawah atau sampan, pada hari ke 2-3 masa nifas dengan atau tanpa panas
2. Tampak sakit berat, menggigil berulang kali, suhu badan naik turun secara tajam, dapat berlangsung selama 1-3 bulan
3. Terdapat leukositosis
4. Pada pemeriksaan dalam hamper tidak ditemukan apa-apa karena yang paling banyak terkena ialah vena ovarika yang sukar pada pemeriksaan dalam

b) *Tromboflebitis femoralis*

1. Keadaan umum baik, subfebris selama 7-10 hari, kemudian mendadak naik pada hari ke 10-20, yang disertai menggigil
2. Pada salah satu kaki (biasanya kaki kiri), tanda-tanda seperti kaki sedikit fleksi dan rotasi keluar serta sulit bergerak, lebih panas dibandingkan dengan kaki yang lain. Nyeri hebat pada lipatan paha (daerah paha). Edema kadang-kadang terjadi sebelum atau setelah nyeri (Rukiyah et al., 2009).

8) *Penyakit Blues*

Post partum blues (PBB) atau sering juga disebut *out maternity blues* atau *baby blues* dimengerti sebagai suatu *sindroma* gangguan afek ringan yang sering tampak dalam minggu

pertama setelah persalinan atau pada saat fase *taking in*, cenderung akan memburuk pada hari ketiga sampai kelima dan berlangsung dalam rentang waktu 14 hari atau dua minggu pasca persalinan.

Baby blues adalah keadaan dimana seorang ibu mengalami perasaan tidak nyaman (kesedihan atau kemurungan) / gangguan suasana hati setelah persalinan, yang berkaitan dengan hubungannya dengan si bayi, ataupun dengan dirinya sendiri.

Etiologi atau penyebab pasti terjadinya post partum blues sampai saat ini belum diketahui. Namun, banyak faktor yang diduga berperan terhadap terjadinya post partum blues, anatar lain:

- a) Faktor hormonal yang berhubungan dengan perubahan kadar estrogen, progesterone, prolaktin, dan estradiol. Penurunan kadar estrogen setelah melahirkan sangat berpengaruh pada gangguan emosional pasca partum karena estrogen memiliki efek supresi aktifitas enzim monoamine oksidase yaitu suatu enzim otak yang bekerja menginaktivasi noradrenalin dan serotonin yang berperan dalam perubahan mood dan kejadian depresi
- b) Factor demografi yaitu umur dan paritas
- c) Pengalaman dalam proses kehamilan dan persalinan
- d) Latar belakang psikososial ibu, seperti tingkat pendidikan, status perkawinan, kehamilan yang tidak diinginkan, riwayat gangguan kejiwaan sebelumnya, social ekonomi

sertakeadekuatan dukungan social dari lingkungannya (suami, keluarga dan teman).

e) Takut kehilangan bayinya atau kecewa dengan bayinya.

2.1.6 Perawatan diri pada ibu selama masa nifas

1) Nutrisi dan cairan

Pada masa nifas masalah diet perlu mendapat perhatian yang serius, karena dengan nutrisi yang baik dapat mencapai penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi susunan air susu. Diet yang diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, tinggi protein, dan banyak mengandung cairan, ibu yang menyusui harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari, makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, vitamin yang cukup minum setidaknya 3 liter setiap hari (Saleha, 2009).

2) Mobilisasi

Disebut juga *early anibulation*. Early anibulation adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya. Ibu post partum diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya 24-48 jam setelah melahirkan dengan miring kanan/kiri, duduk kemudian berjalan (Laili, 2016).

3) Eliminasi

a) Miksi

Miksi disebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam. Ibu diusahakan dapat buang air kecil sendiri, bila tidak dilakukan dengan tindakan dirangsang dengan mengalirkan air kran di dekat ibu atau dengan mengompres air hangat diatas simpisis, jika tidak berhasil dengan cara diatas maka dilakukan kateterisasi (Ambarwati, 2010).

b) Defekasi

Biasanya 2-3 hari post partum masih sulit buang air besar jika ibu pada hari ke-3 belum juga buang air besar maka diberikan laksan supositoria dan minum air hangat (Ambarwati, 2010).

4) Kebersihan Diri

a) Perawatan perineum

Apabila setelah buang air besar atau buang air kecil perineum dibersihkan secara rutin. Caranya dibersihkan dengan sabun yang lembut minimal 1x sehari. Membersihkan dimulai dari simpisis sampai anal sehingga tidak terjadi infeksi. Ibu diberitahu caranya mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4x sehari, Sarankan ibu untuk cuci tangan dengan

sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Hidayana, 2019).

b) Perawatan Payudara

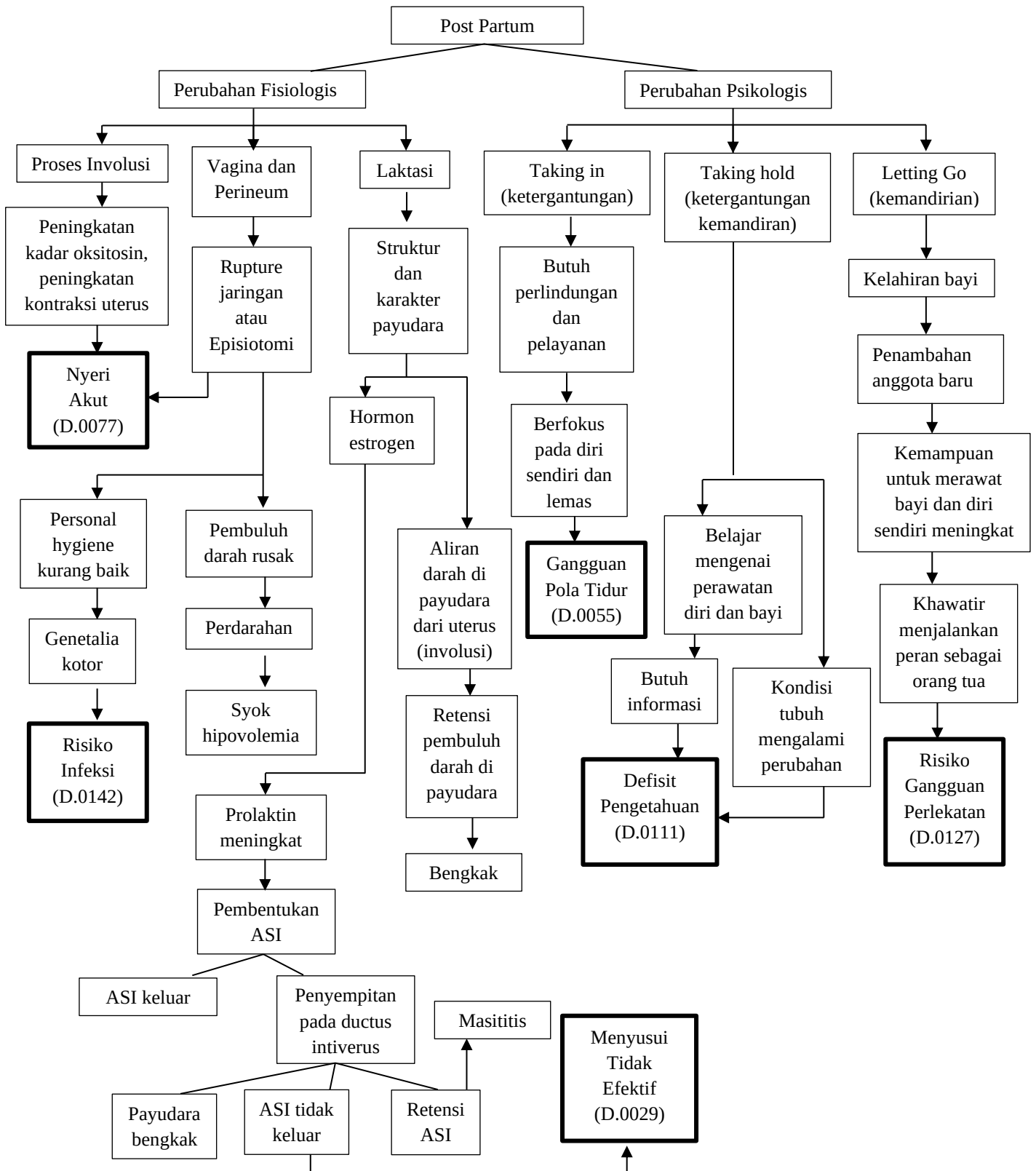
1. Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama putting susu dengan menggunakan BH yang menyokong payudara
2. Apabila putting susu lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar putting susu setiap selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari putting yang tidak lecet.
3. Apabila lecet sangat berat dapat di istirahatkan selama 24 jam. ASI di keluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok.
4. Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat diberikan paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam (Hidayana, 2019).

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

- 1) Pemeriksaan post partum menurut (Siswosudarmo & Emilia, 2008):
 - a) Pemeriksaan umum tensi, nadi, keluhan dan sebagainya
 - b) Keadaan umum: TTV, selera makan dll
 - c) Payudara: air susu, putting
 - d) Dinding perut, perineum, kandung kemih, rectum
 - e) Sekresi yang keluar atau lochea
 - f) Keadaan alat kandungan

- 2) Pemeriksaan penunjang post partum menurut (Mansjoer, 2001):
 - a) Hemoglobin, hematokrit, leukosit, ureum
 - b) Ultra sonografi untuk melihat sisa plasenta

2.1.8 Patofisiologi



Gambar 2.1 Skema Post Partum (Arma et al., 2015)

Uraian:

Pathway Post Partum menggambarkan bagaimana tubuh dan psikologi ibu mengalami perubahan setelah melahirkan secara fisiologis. Secara fisiologis, tubuh mengalami proses involusi, yaitu kembalinya rahim ke ukuran semula yang dipengaruhi oleh peningkatan kadar oksitosin dan kontraksi uterus. Proses ini bisa menyebabkan nyeri akut, terutama jika terjadi ruptur jaringan atau ibu mengalami episiotomi. Selain itu, perubahan pada vagina dan perineum juga bisa meningkatkan risiko infeksi, terutama jika kebersihan diri kurang terjaga atau jika terjadi perdarahan akibat pembuluh darah yang rusak. Dalam kasus yang lebih parah, perdarahan dapat menyebabkan syok hipovolemia yang berisiko pada kesehatan ibu.

Selain itu, perubahan fisiologis lainnya terjadi pada proses laktasi yang dipengaruhi oleh hormon estrogen dan prolaktin. Produksi ASI bisa mengalami kendala jika ada retensi darah di uterus atau jika terjadi pembengkakan pada payudara. Ketika ASI tidak keluar dengan lancar, ibu bisa mengalami mastitis atau penyempitan saluran ASI, yang pada akhirnya dapat menyebabkan menyusui menjadi tidak efektif.

Dari sisi psikologis, ibu mengalami tahapan adaptasi emosional setelah melahirkan. Pada tahap awal, ibu cenderung lebih fokus pada diri sendiri dan membutuhkan perlindungan, yang dikenal sebagai fase "taking in" atau ketergantungan. Seiring waktu, ibu mulai belajar untuk merawat diri dan bayinya dalam fase "taking hold" atau masa transisi menuju kemandirian. Namun, dalam proses ini, ibu sering kali mengalami gangguan pola tidur akibat kelelahan dan stres. Jika ibu kurang mendapatkan informasi yang cukup tentang cara merawat

bayi dan dirinya sendiri, maka ia bisa mengalami defisit pengetahuan yang dapat memengaruhi kemampuannya dalam mengasuh anak.

Ketika ibu memasuki tahap "letting go" atau fase kemandirian, ia mulai menyesuaikan diri dengan peran barunya sebagai orang tua. Namun, beberapa ibu mungkin mengalami kecemasan tentang bagaimana menjalankan peran tersebut, terutama jika mereka merasa kurang siap atau kurang dukungan. Jika kondisi tubuh ibu masih mengalami perubahan dan ia merasa kesulitan dalam membangun ikatan dengan bayinya, maka ada risiko gangguan perlekatan antara ibu dan anak.

Secara keseluruhan, pathway ini menjelaskan bagaimana perubahan yang terjadi setelah melahirkan bisa menimbulkan beberapa risiko kesehatan, baik secara fisik maupun emosional. Oleh karena itu, pemantauan yang baik, dukungan keluarga, serta edukasi yang cukup bagi ibu pasca melahirkan sangat penting untuk membantu mereka menjalani masa transisi ini dengan baik dan mengurangi risiko yang mungkin terjadi.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada Ibu *Post Partum*

Proses keperawatan adalah salah satu alat bagi perawat untuk memecahkan suatu masalah yang terjadi pada pasien (Hidayat, 2015).

Asuhan Keperawatan Post Partum

2.2.1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (N. Nursalam, 2019).

1) Identitas klien

Identitas umum meliputi nama, usia, jenis kelamin, suku bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, dan orang yang dapat dihubungi.

2) Riwayat keperawatan

a) Riwayat Obstetri

1) Riwayat Menstruasi

Menarche umur berapa, haid teratur atau tidak, siklus berapa lama, lama haid, banyak darah, sifat darah (cair atau ada bekuan, warnanya, baunya), dismenorhea atau tidak, haid yang terakhir.

2) Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu

a) Riwayat kehamilan

Untuk mengetahui ada gangguan seperti muntah-muntah, hipertensi, perdarahan waktu hamil muda.

b) Riwayat persalinan

Untuk mengetahui lahir aterm, preterm, post term, ada perdarahan waktu persalinan, proses lahir plasenta normal atau buatan, di tolong siapa, dimana tempat persalinan.

c) Riwayat nifas

Untuk mengetahui apakah pernah mengalami perdarahan, infeksi, bagaimana proses laktasi dan apakah ada jahitan pada perineum. Riwayat nifas berpengaruh pada ibu nifas dengan laserasi jalan lahir karena apabila ibu sudah pernah mengalami masa nifas dengan laserasi maka ibu tidak merasa kaget dengan rasa nyeri pada luka jahitan perineum.

d) Riwayat anak

Untuk mengetahui jenis kelamin, jumlah anak, hidup atau mati, berat badan waktu lahir.

e) Riwayat keluarga berencana

Untuk mengetahui apakah ibu sebelum hamil pernah menggunakan KB atau tidak, jika pernah berapa lamanya, berapa tahun dan jenis kontrasepsi yang digunakan.

b) Genogram keluarga tiga generasi

c) Kehamilan sekarang

- 1) Alasan kunjungan ke rumah sakit: ibu mengeluh perdarahan, nyeri pada luka jahitan.
- 2) Keluhan selama hamil
- 3) Pengobatan selama hamil tidak
- 4) Pergerakan janin ya
- 5) Rencana perawatan bayi: sendiri
- 6) Kesanggupan dan pengetahuan dalam merawat bayi, meliputi breast care, perineal care, nutrisi, senam nifas, KB dan menyusui.

d) Riwayat penyakit

1) Keluhan Utama

Keluhan yang paling menonjol dan yang paling dirasakan oleh klien post partum. Pada saat dilakukan pengkajian pada umumnya klien mengeluh nyeri luka operasi ataupun nyeri pada bagian perineum.

- 2) Riwayat penyakit sekarang (riwayat persalinan sekarang) Keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit yang dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah pasien persalinan. Terdapat beberapa yang mempengaruhi persalinan yaitu power, passage, passenger.

- 3) Riwayat penyakit yang lalu. Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit

akut, kronis seperti jantung, DM, hipertensi, asma yang dapat mempengaruhi pada masa nifas.

- 4) Riwayat kesehatan keluarga adalah bagaimana di dalam keluarga terdapat penyakit menurun dan menular atau tidak.

e) Riwayat lingkungan

Dikaji kebersihan lingkungan, bahaya, dan lainnya

3) Aspek psikososial

Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya, wanita mengalami banyak perubahan emosi/psikologi selama masa nifas sementara ia menyesuaikan diri menjadi seorang ibu.

4) Kebutuhan dasar khusus

a) Pola nutrisi atau cairan dan metabolisme

Nutrisi:

Pada klien nifas diet yang diberikan harus tinggi protein, kalori, mineral serta cukup cairan. Kapsul iodium dan A merupakan program pemerintah yang perlu diperhatikan karena memiliki fungsi bagi perbaikan metabolisme tubuh (Hulliana, 2001).

b) Eliminasi

BAK urine akan meningkat pada 24 jam sampai 48 jam pertama sampai sekitar hari ke lima setelah melahirkan (Hulliana, 2001).

BAB: sulit buang air besar karena dapat terjadi ketakutan akan rasa sakit (Hulliana, 2001).

c) Pola personal hygiene

Membersihkan daerah kemaluan setiap kali habis BAK atau BAB dan ganti pembalut setiap 3-4 kali sehari.

d) Pola istirahat tidur

Mengkaji tentang lama tidur, kebiasaan sebelum tidur, dan keluhan. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal antara lain mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uteri dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan merawat bayi dan diri sendiri (Prawirohardjo, 2009).

e) Pola aktifitas dan latihan

Kelemahan otot, pembatasan gerak, dan takut untuk bergerak. Dikaji kegiatan dalam pekerjaan, waktu bekerja (pagi atau sore atau malam), olahraga (ya atau tidak, jenis dan frekuensi), kegiatan waktu luang, dan keluhan dalam aktifitas keletihan, kelemahan, malaise umum.

f) Pola kebiasaan dan pemeliharaan kesehatan

Dikaji kebiasaan merokok, minuman keras dan ketergantungan obat

5) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan secara keseluruhan lemah, pucat, lesu, kesadaran composmentis, ekspresi wajah datar, tidak ada perhatian, gelisah, tampak meringis kesakitan pada saat bergerak, takut untuk bergerak.

b) Kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran ibu apakah composmentis, somnolen atau koma. Tingkat kesadaran pada ibu nifas dengan perdarahan post partum karena retensio sisa plasenta adalah composmentis.

c) Tekanan darah

Untuk mengetahui faktor resiko hipertensi dengan dinilai hipertensi satuan mmHg. Batas normalnya tekanan darah untuk ibu nifas normal adalah 90/60-130/90mmHg (Varney et al., 2007).

d) Nadi

Untuk mengetahui denyut nadi pasien dengan menghitung dalam 1 menit, sedangkan normalnya denyut nadi dalam 1 menit adalah 60-100x/menit (Varney et al., 2007).

e) Respirasi

Untuk mengetahui pernafasan pasien dalam waktu 1 menit. Sedangkan normalnya pernafasan dalam 1 menit adalah 16-20x/menit (Varney et al., 2007). Pada umumnya respirasi

lambat atau bahkan normal. Hal ini tidak lain karena ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Bila ada respirasi cepat post partum 30x/menit, mungkin karena adanya ikutan tanda-tanda syok (Reeder,2011)

f) Suhu

Suhu badan waktu inpartu tidak melebihi dari 37°C, sesudah partus dapat naik 0°C dari keadaan normal tetapi tidak melebihi 38°C. normalnya 36°C-37°C

g) Berat badan

Untuk mengetahui adanya kenaikan berat badan selama hamil, penambahan badan rata-rata 0,3-0,5 kg/minggu, tetapi nilai normal untuk penambahan berat badan selama kehamilan 9-12 kg

h) Tinggi badan

Untuk mengetahui tinggi badan klien kurang dari 145cm atau tidak, termasuk resiko tinggi atau tidak.

Kepala, mata, kuping dan tenggorokan

1. Inspeksi

a) Kepala, meliputi:

- Rambut untuk menilai warna, kelembatan, distribusi dan karakteristik lainnya.
- Muka keadaan muka pucat atau tidak, apakah terdapat kelainan atau oedema.

- Mata conjungtiva anemis atau tidak, sclera ikterik atau tidak.
- Hidung: untuk mengetahui keadaan hidung ada polip atau tidak.
- Telinga untuk mengetahui bagaimana keadaan daun telinga, liang telinga, dan timpani serta ketajaman pendengaran.
- Mulut dan gigi untuk mengetahui keadaan mulut apakah bersih atau ada caries dan ada karang gigi atau tidak.

b) Leher

Apakah ada pembesaran kelenjar thyroid atau kelenjar getah bening

c) Dada dan Axila

Mammae: perubahan pada payudara dapat meliputi penurunan kadar progesterone secara tepat dengan peningkatan hormone prolaktin setelah persalinan Kolostrum sudah ada saat persalinan, produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan. Payudara menjadi besar, keras dan papilla mammae menonjol sebagai tanda mulainya proses laktasi. Sekitar payudara mengalami hiperpigmentasi, pigmentasi areola ini berbeda pada tiap wanita, ada yang merah muda pada wanita kulit putih, coklat tua

pada wanita kulit coklat dan hitam pada wanita kulit hitam.

Axilla: adakah benjolan atau tidak, adakah nyeri saat ditekan.

d) Abdomen

Involusi adalah suatu keadaan dimana uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Segera setelah plasenta lahir, TFU kurang lebih 2 jari dibawah pusat Pada hari ke-5 TFU setengah pusat. Pada hari ke-12 uterus sudah tidak teraba lagi diatas simpisis dan setelah 6 minggu uterus sudah mencapai ukuran normal (Mansjoer, 2001).

Kontraksi uterus yang meningkat setelah bayi lahir, ini menyebabkan iskemia pada lokasi perlekatan antara plasenta dan dinding uterus menjadi nekrosis dan lepas (Maryunani, 2009).

Genetalia dan perineum pengeluaran lochea (jenis, warna, jumlah, bau), oedeme, peradangan, keadaan jahitan, nanah, tanda-tanda infeksi pada luka jahitan dan kebersihan perineum.

Perineum: umumnya episiotomy hanya mungkin dilakukan bila wanita berbaring dengan

bokong diangkat atau ditempatkan pada posisi litotomi (Bobak et al., 2005).

e) Anus

Anus :adanya hemoroid atau tidak dan adanya varices atau tidak. Ukuran hemoroid akan mengecil beberapa minggu setelah bayi lahir (Bobak et al., 2005).

f) Ekstremitas

Ekstremitas: untuk mengetahui ada tidaknya oedema, varices dan reflek patella.

6) Aspek Psikologis, sosial dan konsep diri

1. Data psikologis

- a) Fase taking in (1-3 hari) masa ketergantungan
- b) Fase taking hold (1-10 hari) masa transisi antara ketergantungan dan kemandirian
- c) Fase letting go (10 hari) ibu mulai mandiri dan bisa melakukan dengan sendirinya.

2. Aspek sosial Kaji hubungan sosial klien dengan suami, keluarga, tetangga, tim kesehatan, dan lingkungan disekitarnya.

3. Konsep diri

a) Gambaran diri

Kaji apakah klien merasakan perubahan dirinya dan tubuhnya selama periode post partum, apakah perubahan

yang disadari tersebut mempengaruhi terhadap perilaku dan adaptasi terhadap bayinya.

b) Ideal diri

Kaji yang diharapkan klien setelah kelahiran bayi tersebut adalah upaya klien meningkatkan kemandirian dalam perawatan diri sendiri dan bayi.

c) Peran

Kaji bagaimana sikap ibu dengan kelahiran anaknya, maka perlu dikaji kesiapan untuk menjadi seorang ibu baru atau adanya perubahan peran dengan adanya penambahan anggota baru dikeluarganya.

d) Identitas diri

Kaji kepuasan klien menjadi seorang wanita yang telah melahirkan anak.

e) Harga diri

Kaji adakah rasa bangga pada diri klien, bagaimana kepuasan klien terhadap kelahiran tersebut, harga diri klien akan meningkat karena sudah mempunyai keturunan dan menjadi seorang ibu

7) Data Penunjang

Laboratorium

a) Pemeriksaan darah

Beberapa uji laboratorium bisa segera dilakukan pada periode pasca partum. Nilai hemoglobin dan hematokrit

seringkali dibutuhkan pada hari pertama pada post partum untuk mengkaji kehilangan darah pada saat melahirkan.

b) Pemeriksaan urine

Pengambilan sampel urin dilakukan dengan menggunakan kateter atau dengan teknik pengambilan bersih (clean-cath) specimen ini dikirim ke laboratorium untuk dilakukan pemeriksaan urinalisis rutin atau kultur dan sensitivitas terutama jika cateter indwelling dipakai selama pasca inpartum. Selain itu catatan prenatal ibu harus dikaji untuk menentukan status rubella dan rhesus dan kebutuhan terapi yang mungkin. Pemeriksaan penunjang post partum menurut (Mansjoer, 2001):

1. Hemoglobin, hematokrit, leukosit, ureum
2. Ultra sonografi untuk melihat sisa plasent

c) Terapi yang didapat sesuai advise dokter

2.2.2. Analisa Data

Analisa data merupakan suatu kemampuan untuk mengkaitkan data serta menghubungkan data dengan konsep dan prinsip yang relevan bertujuan untuk memudahkan dalam membuat kesimpulan untuk membuat diagnosa keperawatan. Analisa data didapatkan dari hasil wawancara, observasi dan dokumentasi. Dari hasil data tersebut dikategorikan menjadi dua yaitu data subjektif dan data objektif. Data wawancara dari klien termasuk data subjektif

sedangkan data objektif berdasarkan hasil observasi dan pemeriksaan kepada klien.

2.2.3. Diagnosa Keperawatan

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (T. P. PPNI, 2017) diagnose keperawatan yang muncul sebagai berikut:

a) Menyusui tidak efektif (D.0029)

Definisi: Kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui

Penyebab:

Fisiologis

Ketidakadekuatan suplai ASI
 Hambatan pada neonatus (mis. prematuritas, sumbing)
 Anomali payudara (mis. puting yang masuk kedalam)
 Ketidakadekuatan refleks oksitosin
 Ketidakadekuatan refleks menghisap bayi
 Payudara bengkak
 Riwayat operasi payudara
 Kelahiran kembar

Situasional

Tidak rawat gabung
 Kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan/atau metode menyusui
 Kurangnya dukungan keluarga
 Faktor budaya

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
Kelelahan maternal	Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu
Kecemasan maternal	ASI tidak menetes/memancar BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam

Nyeri dan atau lecet terus menerus setelah minggu kedua

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
Tidak ada	Intake bayi tidak adekuat Bayi menghisap tidak terus menerus Bayi menangis saat disusui Bayi rewel dan menangis dalam jam-jam pertama setelah menyusui Menolak untuk menghisap

b) Gangguan Pola Tidur (D.0055)

Definisi: Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal

Penyebab

Hambatan lingkungan (mis. kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, Jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan)
Kurang kontrol tidur
Kurang privasi
Restraint fisik
Ketiadaan teman tidur
Tidak familiar dengan peralatan tidur

Gejala dan Tanda Mayor:

Sujektif	Objektif
Mengeluh sulit tidur	(Tidak tersedia)
Mengeluh sering terjaga	
Mengeluh tidak puas tidur	
Mengeluh pola tidur berubah	
Mengeluh istirahat tidak cukup	

Tanda dan gejala Minor

Subjektif	Objektif
Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun	(Tidak tersedia)

c) Defisit Pengetahuan (D.0111)

Definisi: Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

Penyebab:

Keterbatasan kognitif
 Gangguan fungsi kognitif
 Kekeliruan mengikuti anjuran
 Kurang terpapar informasi
 Kurang minat dalam belajar
 Kurang mampu mengingat
 Ketidaktahuan menemukan sumber informasi

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
Menanyakan masalah yang dihadapi	Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(Tidak tersedia)	Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat Menunjukkan perilaku berlebihan (miss apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)

d) Nyeri Akut (D.0077)

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:

Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
 Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
 Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong
 mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Tanda dan gejala Mayor

Subjektif	Objektif
Mengeluh nyeri	Tampak meringis Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) Gelisah Frekuensi nadi meningkat Sulit tidur

Tanda dan gejala minor

Subjektif	Objektif
(Tidak tersedia)	Tekanan darah meningkat Pola napas berubah Nafsu makan berubah Proses berfikir terganggu Menarik diri Berfokus pada diri sendiri Diaforesis

e) Risiko Infeksi (D.0142)

Definisi: Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

Faktor risiko:

Penyakit kronis (mis. diabetes melitus)
 Efek prosedur invasif
 Malnutrisi
 Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan

f) Risiko Gangguan Perlekatan (D.0127)

Definisi: Berisiko mengalami gangguan interaksi antara orang tua atau orang terdekat dengan bayi/ anak yang dapat mempengaruhi proses asah, asih dan asuh

Faktor Risiko

Kekhawatiran menjalankan peran sebagai orang tua
 Perpisahan antara ibu dan bayi/ anak akibat hospitalisasi
 Penghalang fisik (mis. inkubator, baby warmer)
 Ketidakmampuan orang tua memenuhi kebutuhan bayi/ anak
 Perawatan dalam ruang isolasi
 Prematuritas
 Penyalahgunaan zat
 Konflik hubungan antara orang tua dan anak
 Perilaku bayi tidak terkoordinasi

2.2.4. Rencana Keperawatan (Intervensi)

Intervensi Keperawatan (PPNI, 2018) menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (PPNI, 2018) pada klien post partum sebagai berikut:

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Menyusui Tidak Efektif (D.0029)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam diharapkan status menyusui membaik. Dengan kriteria hasil (L.03029) : 1) Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat (5) 2) Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat (5) 3) Berat badan bayi meningkat (5) 4) Tetesan/pancaran ASI meningkat(5) 5) Suplai ASI adekuat meningkat. (5) 6) Payudara kosong setelah menyusui (5) 7) Hisapan bayi meningkat (5) 8) Bayi rewel menurun (5)	Konseling Laktasi (I.03093) Observasi 1. Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui. 2. Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui. 3. Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui. Terapeutik 4. Gunakan teknik mendengar aktif (mis:duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan ibu) 5. Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar. Edukasi	1. Untuk mengetahui permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui. 2. Untuk mengetahui keinginan dan tujuan menyusui. 3. Untuk mengetahui keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui. 4. Untuk mempermudah dalam berkomunikasi dengan pasien 5. Memberikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar. 6. Untuk memberikan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu

			6. Ajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu.		
2	Gangguan Pola Tidur (D.0055)	Setelah dilakuan tindakan keperawatan selamax24 jam diharapkan pola tidur membaik. Dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan beraktifitas meningkat (5) 2. Keluhan sulit tidur menurun (5) 3. Keluhan sering terjaga mmenrun(5) 4. Keluhan pola tidur berubah menurun (5) 5. Keluhan istirahattidak cukup menurun (5)	Dukungan (I.09265) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 5. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 6. Batas waktu tidur siang, jika perlu 7. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur	Tidur 1. Untuk mengetahui pola aktivitas dan tidur pasien 2. Untuk mengetahui faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) 3. Untuk mengetahui makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Untuk mengetahui obat tidur yang dikonsumsi 5. Untuk memberikan kenyamanan pasien tidur 6. Agar pasien dapat tidur saat malam hari 7. Untuk menghilangkan stress sebelum tidur 8. Untuk menetapkan jadwal tidur rutin 9. Untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 10. Untuk menunjang siklus tidur terjaga	

-
- | | |
|---|--|
| <p>8. Tetapkan jadwal tidur rutin</p> <p>9. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)</p> <p>10. Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga</p> <p>Edukasi</p> <p>11. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>12. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</p> <p>13. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur</p> <p>14. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</p> <p>15. Ajarkan faktor-faktor berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya</p> | <p>11. Memberikan pemahaman pada pasien pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>12. Mengajarkan menepati kebiasaan waktu tidur</p> <p>13. Mengajarkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur</p> <p>14. Mengajarkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</p> <p>15. Memberikan pemahaman tentang faktor-faktor berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)</p> <p>16. Mengajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya</p> |
|---|--|
-

				hidup, sering berubah shift bekerja)		
				16. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya		
3.	Defisit Pengetahuan (D.0111)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat. Dengan kriteria hasil (L12111) :	Edukasi (I.12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. Terapeutik 3. Sediakan materi dan media health promotion. 4. Jadwalkan health promotion sesuai kesepakatan. 5. Berikan kesempatan untuk bertanya. Edukasi 6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.	Kesehatan 1. Untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan menerima informasi. 2. Untuk mengetahui faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. 3. Agar mempermudah pasien menerima informasi 4. Agar mempermudah pasien untuk menyesuaikan jadwalnya. 5. Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya. Edukasi 6. Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.		

	tidak tepat menurun (5)	7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.	
	8) Perilaku membaik (5)	8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.	
4.	Nyeri Akut (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x24 jam diharapkan tingkat nyeri dapat menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Gelisah menurun (5) 4. Perineum terasa tertekan menurun (5) 5. Ketegangan otot menurun (5) 6. Frekuensi nadi membaik (5) 7. Pola napas membaik (5) 8. Tekanan darah membaik (5)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. Terapeutik 5. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 6. Fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi 7. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri. Kolaborasi 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,intensitas nyeri. 2. Untuk mengetahui skala nyeri. 3. Untuk mengetahui faktor yang memper berat dan memperingan nyeri. 4. Memberikan pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. Terapeutik 5. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 6. Memfasilitasi istirahat dan tidur untuk mengurangi nyeri Edukasi 7. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri. 8. Menjelaskan strategi meredakan nyeri. 9. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 10. Mengajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri.

				8. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 9. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 10. Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri. Kolaborasi 11. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.	11. Berkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.
5.	Risiko (D.0142)	Infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun. Dengan kriteria hasil (L.14137) : 1. Demam menurun (5) 2. Kemerahan menurun (5) 3. Nyeri menurun (5) 4. Bengkak menurun (5) 5. Periode menggigil menurun (5) 6. Kadar sel darah putih membaik 7. Kultur area luka membaik (5)	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Terapeutik 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. 3. Pertahankan tehnik aseptik pada pasien beresiko tinggi. Edukasi 4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 5. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar. 6. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka.	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Terapeutik 2. Agar pasien terhindar dari infeksi. 3. Agar pasien terhindar dari infeksi. Edukasi 4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 5. Untuk mengetahui cara mencuci tangan dengan benar. 6. Untuk mengetahui cara memeriksa kondisi luka. 7. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi

			7. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi	
6.	Risiko Gangguan Perlekatan (D.0127)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan kemampuan berinteraksi ibu dan bayi meningkat. Dengan kriteria hasil (L.13122): 1. Verbalisasi perasaan positif terhadap bayi meningkat (5) 2. Tersenyum kepada bayi meningkat (5) 3. Melakukan kontak mata dengan bayi meningkat (5) 4. Berrespon dengan isyarat bayi meningkat (5) 5. Menggendong bayi untuk menyusui meningkat (5) 6. Mempertahankan bayi bersih dan hangat meningkat (5)	Promosi Perlekatan (I.10342) Observasi 1. Monitor kegiatan menyusui. 2. Identifikasi kemampuan bayi menghisap dan menelan ASI 3. Identifikasi payudara ibu (mis. bengkak, puting lecet, mastitis, nyeri pada payudara). 4. Monitor perlekatan saat menyusui (mis. aerola bagian bawah lebih kecil daripada aerola bagian atas, mulut bayi terbuka lebar, bibir bayi berputar keluar dan dagu bayi menempel pada payudara ibu). Terapeutik 5. Hindari memegang kepala bayi. 6. Diskusikan dengan ibu masalah selama proses menyusui. Edukasi	1. Memonitor kegiatan menyusui. 2. Mengetahui kemampuan bayi menghisap dan menelan ASI 3. Untuk mengetahui kondisi payudara ibu. 4. Memonitor perlekatan saat menyusui 5. Menghindari memegang kepala bayi. 6. Mendiskusikan dengan ibu masalah selama proses menyusui. 7. Mengajarkan Ibu menopang seluruh tubuh bayi. 8. Mengajarkan ibu melepas pakaian bagian atas agar bayi dapat menyentuh payudara ibu 9. Mengajarkan bayi yang mendekati kearah payudara ibu dari bagian bawah. 10. Mengajarkan Ibu untuk memegang payudara menggunakan jarinya seperti huruf “C” mengarah kemulut bayi. 11. Mengajarkan ibu untuk menyusui menunggu mulut bayi terbuka lebar sehingga areola bagian bawah dapat masuk sempurna

-
- | | |
|---|--|
| 7. Ajarkan Ibu menopang seluruh tubuh bayi. | 12. Ajarkan ibu mengenali tanda bayi siap menyusu. |
| 8. Anjurkan ibu melepas pakaian bagian atas agar bayi dapat menyentuh payudara ibu | |
| 9. Anjurkan bayi yang mendekati kearah payudara ibu dari bagian bawah. | |
| 10. Anjurkan Ibu untuk memegang payudara menggunakan jarinya seperti huruf “C” mengarah kemulut bayi. | |
| 11. Anjurkan ibu untuk menyusui menunggu mulut bayi terbuka lebar sehingga areola bagian bawah dapat masuk sempurna | |
| 12. Ajarkan ibu mengenali tanda bayi siap menyusu. | |
-

2.2.5. Tindakan Keperawatan (Implementasi)

Implementasi atau pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan di mulai setelah rencana tindakan di susun dan di anjurkan untuk membantu klien dalam tujuan yang di harapkan. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah di tetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memanifestasi koping (Nursalam, 2001). Beberapa hal yang harus diperhatikan saat melakukan tindakan keperawatan yaitu harus sesuai dengan tindakan yang sudah direncanakan, dilakukan dengan cara yang tepat, aman, serta sesuai dengan kondisi pasien, selalu di evaluasi mengenai keefektifan dan selalu mendokumentasikan menurut urutan waktu. Dalam melakukan asuhan keperawatan, perawat harus mampu bekerja sama dengan klien, keluarga, serta anggota tim kesehatan yang lain, sehingga asuhan yang di berikan dapat optimal dan konprehensif. (Kozier et al., 2010).

2.2.6. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap tahanan proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Pada format evaluasi juga terdapat identitas yang harus diisi oleh perawat seperti nama, nomor kamar, nomor registrasi, umur dan kelas. Identitas tersebut dapat

berguna untuk mempermudah perawat dalam mencari data pasien dan jelas, serta agar tidak tertukar dengan pasien lain. Evaluasi ditulis setiap kali semua tindakan dilakukan terhadap klien. Tahap evaluasi dibagi menjadi 4 yaitu SOAP:

S (Subyektif) yaitu keluhan klien (apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien maupun orang terdekat klien).

O (Obyektif) yaitu segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba, dan diukur oleh perawat.

A (Assessment) yaitu suatu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien

P (Planning) yaitu rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah klien selanjutnya (Nursalam, 2011).