

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Post Partum

2.1.1 Pengertian

Periode nifas (puerperium) berasal dari kata Latin "puer" (bayi) dan "parous" (persalinan) (Astuti and Dinarsi, 2022). Periode pascapersalinan, biasanya berlangsung 6 minggu atau 42 dua hari tetapi akan pulih sepenuhnya dalam waktu 3 bulan, yang dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika organ rahim kembali ke keadaan pra-kehamilan (Astuti and Dinarsi, 2022). Periode yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika organ rahim kembali ke keadaan sebelum hamil dikenal sebagai periode post partum, periode ini berlangsung sekitar enam minggu (Apriyandi, Printinasari and Haniyah, 2023). Waktu selama persalinan dan minggu-minggu segera setelah persalinan, yang dikenal sebagai fase pascapersalinan, adalah ketika sistem reproduksi kembali ke keadaan pra-kehamilan (Saragih, 2023).

Periode pascapersalinan biasanya berlangsung enam hingga dua belas minggu, dimana periode tersebut terjadi ketika seorang ibu pulih dari melahirkan anaknya (Saragih, 2023). Post partum atau masa nifas dapat diartikan sebagai periode pemulihan setelah melahirkan sampai organ reproduksi berfungsi seperti sebelum kehamilan (Desmawati, 2022).

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa post partum merupakan periode masa pemulihan yang dimulai setelah lahirnya plasenta hingga rahim pulih seperti sediakala pada ibu seperti sebelum mengalami kehamilan.

2.1.2 Tujuan Post Natal Care

Perawatan pascapersalinan atau Post Natal Care (PNC) merupakan komponen penting dari perawatan berkelanjutan untuk ibu dan bayi baru lahir yang bertujuan untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi serta meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan umum.

Berikut ini adalah tujuan Post Natal Care (PNC):

1. Memastikan kesehatan jasmani dan rohani ibu dan bayi nya
2. Skrining dapat dilakukan untuk menentukan masalah dan menawarkan pengobatan atau rujukan jika ibu atau bayi mengalami komplikasi.
3. Memberikan edukasi kesehatan tentang imunisasi bayi, nutrisi, teknik dan keuntungan menyusui atau memberi ASI, layanan kesehatan pribadi, dan perawatan bayi sehari-hari dan pemberian layanan keluarga berencana.

2.1.3 Tahap-tahap Post Partum

Tahap tahap post partum menurut (Winarningsih *et al.*, 2024) antara lain:

1. Periode immediate post partum (Fase pascapersalinan pertama)
Periode tepat setelah lahirnya plasenta sampai dengan 24 jam. Selama waktu ini, banyak masalah sering muncul, termasuk pendarahan dari

atonia uteri. Bidan harus secara rutin memantau tekanan darah, suhu tubuh, pengeluaran lokea, dan kontraksi rahim.

2. Periode early postpartum (24 jam/1 hari s/d 1 minggu/7 hari)

Pada periode ini memastikan bahwa organ reproduksi sembuh sepenuhnya, (ibu menerima makanan dan cairan yang cukup, involusi uterus normal, tidak ada pendarahan, lokea tidak berbau tidak sedap, tidak demam, dan ibu dapat menyusui dengan baik).

3. Periode late postpartum (Periode akhir pascapersalinan, 1 minggu hingga 6 minggu pascapersalinan)

Periode ini adalah saat ketika ibu membutuhkan pemulihan dan menjadi sehat sepenuhnya. Periode yang sehat dapat berlangsung selama berminggu-minggu, berbulan-bulan, atau bertahun-tahun. Selama periode ini, akan terus diberikan perawatan pemeriksaan harian serta konseling keluarga berencana

Berikut ini adalah pendapat lain tentang tahap masa post partum menurut (Winarningsih *et al.*, 2024), antara lain:

1. Puerperium Dini (Nifas dini)

Kemampuan ibu telah pulih, ibu dapat berdiri dan berjalan, pada fase tersebut ibu dianggap bersih dalam islam dan dapat bekerja kembali setelah 40 hari.

2. Puerperium Intermedial (Intermediasi nifas)

Diperlukan enam hingga delapan minggu agar organ reproduksi sembuh sepenuhnya.

3. Remote Puerperium

Jangka waktu yang dibutuhkan untuk pemulihan diri dan mencapai kesehatan yang optimal, terutama jika timbul komplikasi kehamilan atau persalinan. Mencapai fase yang sehat dan ideal mungkin memakan waktu berminggu-minggu, berbulan-bulan, atau bahkan bertahun-tahun.

2.1.4 Perubahan Fisiologis Post Partum

Perubahan fisiologis pada ibu post partum tentu akan terjadi terutama pada organ reproduksi, berikut ini perubahan fisiologis pada ibu post partum menurut (Herselowati, 2024), antara lain:

1. Uterus

Uterus akan berkontraksi segera setelah plasenta lahir. Dalam persalinan normal dan persalinan caesar, TFU terletak sekitar dua jari di bawah pusat. Seiring waktu, uterus akan secara progresif kembali ke keadaan pra-kehamilan, dimana hal tersebut disebut involusi (Herselowati, 2024).

Proses involusi uterus terjadi dalam tiga langkah, yaitu:

1) Autolisis

Autolisis adalah proses merusak diri sendiri yang terjadi di dalam uterus. Seiring dengan meningkatnya kadar estrogen, begitu pula kadar miometrium dan kandungan protein (aktin dan miosin) juga meningkat (Herselowati, 2024). Setelah pemecahan estrogen, enzim proteolitik dan makrograf digunakan untuk memecah dan mengidentifikasi protein dan sitoplasma intraseluler. Hal tersebut

mencerminkan pengurangan ukuran sel secara komprehensif. Secara umum, jaringan ikat dan lemak terhubung, dipelihara, dan dianalisis menggunakan jaringan makrograf (Herselowati, 2024).

2) Efek Esterogen

Fluktuasi hormon estrogen menghambat rangsangan hipertropi (sel pembesaran) dan hiperplasia (peningkatan jumlah sel uterus) (Herselowati, 2024).

3) Efek Oksitosin

Otot uterus berkontraksi dan rileks sebagai respons terhadap oksitosin, yang diproduksi oleh lobus posterior kelenjar pituitari. Kegiatan ini terus membantu dalam mengeluarkan isi rahim yang tidak diinginkan (Herselowati, 2024). Serat otot uterus atrofi akibat kompresi pembuluh darah, yang menurunkan aliran darah ke dinding rahim dan mengakibatkan iskemia (kekurangan/kekurangan darah). Proses ini juga mengurangi perdarahan (Herselowati, 2024).

2. Lokea

Selama masa post partum atau nifas, kavum uteri dan vagina menghasilkan lokea yang merupakan cairan secret dan bersifat basa dan menyebabkan organisme berkembang lebih cepat. Berbeda dengan bau menstruasi yang semakin kuat ketika dikombinasikan dengan keringat, lokea memiliki aroma unik yang tidak terlalu amis (Herselowati, 2024). Biasanya bau normal lokea tidak memiliki bau yang tidak sedap. Desidua basalis adalah tempat endometrium baru berasal. Epitel baru

berkembang dalam 7-10 hari. Regenerasi selesai pada akhir minggu ketiga post partum. Regenerasi endometrium desidua yang tersisa di rahim berkembang menjadi dua lapisan, yaitu lapisan basal dan lapisan superfisial/lapisan luar nekrotik, yang mengelupas bersamaan dengan lokea untuk menghasilkan endometrium baru (Herselowati, 2024). Pengeluaran lokea skala besar terjadi dalam beberapa jam awal setelah melahirkan dan seringkali berlangsung selama dua minggu, bertahan selama empat minggu atau berlanjut selama 56 hari. Rata-rata 240-270 ml lokea diekskresikan (Herselowati, 2024).

1) Jenis-Jenis Lokea

a. Lokea Rubra

Berwarna merah, keluar pada hari ke-1-2 pascapersalinan dan terdiri dari darah, sisa-sisa selaput ketuban, jaringan dari decidua, vernic caseosa, dan laguno (Herselowati, 2024).

b. Lokea Sanguelenta

Keluar pada hari ke 3–7 pascapersalinan berwarna merah kekuningan dan terdiri dari selaput lendir dan darah (Herselowati, 2024).

c. Lokea Serosa

Berwarna kecoklatan, yang muncul pada hari ke-7-14 pascapersalinan, memiliki lebih sedikit darah dan lebih banyak serum. Lokea ini juga termasuk leukosit dan robekan dari laserasi plasenta (Herselowati, 2024).

d. Lokea Alba

Mengandung leukosit, selaput lendir serviks, dan selaput jaringan mati semuanya ada pada lokea alba, yang keluar pada minggu 2-6 pasca persalinan dan memiliki warna putih kekuningan (Herselowati, 2024).

2) Lokea Patologis

a. Lokea Purulenta

Infeksi, cairan seperti nanah dan bau busuk

b. Lochiostatic

Lokea yang tidak keluar dengan lancar

3. Serviks

Serviks kendur, melemah, dan menjadi tipis setelah kala tiga pada proses persalinan. Serviks biasanya luar biasanya mengalami laserasi daerah lateral (Herselowati, 2024). Mulut serviks dapat dengan mudah diakses dengan jari-jari dan secara bertahap menyusut selama beberapa hari, tetapi pada akhir minggu pertama setelah melahirkan sudah mengecil (Herselowati, 2024). Panjang serviks hanya satu jari hingga akhir minggu pertama, di mana ia mulai berubah bentuk ke dalam bentuk sebelum kehamilan dan saluran serviks terbentuk lagi (Herselowati, 2024).

4. Vagina

Ketika janin keluar, vulva dan vagina meregang dengan maksimal dan mengalami pengenduran, akan tetapi secara bertahap

berkontraksi tetapi hampir tidak pernah kembali ke Nullipara. Vulva akan menjadi lebih terlihat setelah minggu ketiga, dan rugrae vagina secara bertahap akan kembali (Herselowati, 2024). Akan ada beberapa fragmen kecil jaringan di mana selaput dara telah pecah. Karunkulae mitiformis adalah jaringan selaput dara yang tersisa yang telah dihancurkan. Biasanya, pintu masuk vagina tetap terbuka sedikit (Herselowati, 2024). Ketegangan kepala bayi menyebabkan perineum melorot segera setelah melahirkan. Pada hari kelima, sebagian besar nada perinium akan menurun, tetapi tidak akan sepenuhnya kembali ke keadaan nullipara (Herselowati, 2024).

5. Peritonium

Ada lipatan dan lipatan di peritonium yang menyelimuti sebagian besar rahim. Dibandingkan dengan kondisi non-hamil, ligamentum latum dan rotundum secara substansial lebih longgar. Dinding perut kembali ke bentuk aslinya, sehingga membutuhkan waktu lama dan olahraga teratur (Herselowati, 2024),

6. Mamae

Lemak diproduksi di alveoli selama kehamilan sebagai akibat dari proliferasi (penciptaan jaringan yang sebanding) jaringan sel achini yang disebabkan oleh efek estrogen dan progesteron pada kelenjar manga (Herselowati, 2024). Kolostrum dan ASI disekresikan oleh saluran Lactiverus, yang juga menyebabkan hipervaskulasiasi pada kelenjar susu (Herselowati, 2024). Setelah persalinan plasenta, prolaktin

naik dan ASI diproduksi sementara estrogen dan progesteron turun. Karena peningkatan hormon estrogen selama kehamilan, payudara mengembang sebagai persiapan untuk menyusui dan produksi ASI (Herselowati, 2024).

Awal proses menyusui ditandai dengan payudara yang besar (hingga 800 gram), keras, dan gelap pada areola mamma di sekitar puting. Menyusui bayi sesegera mungkin setelah melahirkan menggunakan prosedur inisiasi menyusui dini (IMD, kolostrum telah diproduksi meskipun ASI tidak keluar dengan mudah (Herselowati, 2024). Prosedur IMD ini dapat meningkatkan produksi ASI dan menghentikan pendarahan. ASI matang, atau ASI berwarna, mulai terbentuk pada hari kedua atau ketiga setelah melahirkan (Herselowati, 2024).

Refleks prolaktin dan refleks letdown/oksitosin adalah dua refleks Pengeluaran ASI.

1) Refleks Prolaktin

Hisapan bayi dapat merangsang papila dan areola mammae sehingga merangsang saraf pagus dan kemudian berdampak pada hipotalamus untuk melepaskan prolaktin *Releasing Hormone* ke dalam darah dan merangsang kelenjar hipofise anterior untuk membuat prolaktin yang akan menghasilkan ASI oleh sel achini (Herselowati, 2024).

2) Refleksi *Let Down*

Melepaskan stimulasi refleksi sel-sel myotap di alveoli susu berkontraksi untuk menghasilkan ASI saat bayi mengisap, yang juga menyebabkan lobulus posterior kelenjar pituitari melepaskan hormon oksitosin (Herselowati, 2024).

2.1.5 Proses Adaptasi Psikologis pada Masa Post Partum

Setiap wanita atau pasangan yang sudah menikah tidak selalu menganggap menjadi orang tua, terutama seorang ibu, sebagai pengalaman yang menyenangkan. Masalah emosional, intelektual, dan perilaku seorang wanita mungkin dimulai ketika dia menyadari tanggung jawabnya sebagai seorang ibu (Herselowati, 2024). Wanita harus membuat perubahan tertentu untuk mengatasi tanggung jawab dan tugas baru mereka sebagai ibu. Para peneliti dan dokter menyebut masalah kejiwaan dengan berbagai gejala post partum blues. Sementara beberapa wanita berhasil menyesuaikan diri (Herselowati, 2024).

Beberapa ibu mungkin melalui tahap berikut saat mereka menyesuaikan diri dengan kehidupan setelah melahirkan, fase-fase tersebut antara lain:

1. Fase Taking in

Fase pengambilan adalah periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama hingga kedua setelah melahirkan. Ibu baru umumnya pasif dan bergantung, perhatian mereka terfokus pada kekhawatiran tentang tubuh mereka, berulang kali menceritakan

pengalamannya selama proses persalinan. Hal ini membuat ibu cenderung pasif terhadap lingkungannya (Herselowati, 2024). Keterampilan mendengarkan dan menyediakan waktu yang cukup adalah dukungan yang tak ternilai bagi para ibu. Kehadiran suami dan keluarga sangat diperlukan dalam fase ini (Herselowati, 2024). Petugas kesehatan dapat mendorong suami dan keluarga untuk memberikan dukungan moral dan meluangkan waktu untuk mendengarkan semua yang dikatakan ibu agar ia dapat melewati fase ini dengan baik (Herselowati, 2024).

Selama tahap ini, ibu mungkin mengalami gangguan psikologis menurut (Herselowati, 2024), antara lain:

- 1) Kekecewaan karena tidak mendapatkan anak yang mereka inginkan, seperti jenis kelamin tertentu, warna kulit, dll.
- 2) Ketidaknyamanan yang disebabkan oleh perubahan tubuh ibu, seperti payudara bengkak akibat sayatan jahitan, sensasi bagal akibat kontraksi rahim, dan sebagainya
- 3) Merasa bersalah karena tidak bisa menyusui anak
- 4) Suami atau kerabat yang mengkritik ibu tentang cara merawat anaknya dan cenderung hanya menatapnya tanpa membantu. Ibu akan mengalami ketidaknyamanan karena tidur tanpa gangguan sangat penting selama waktu ini untuk mencegah gangguan fisik dan psikologis yang dapat timbul dari kurang tidur. Selain itu,

peningkatan nutrisi diperlukan untuk mempercepat penyembuhan dan pemulihan luka dan untuk mempersiapkan proses laktasi aktif.

2. Fase Taking Hold

Fase pengambilan adalah fase/periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Selama tahap ini, ibu khawatir tentang perasaan tanggung jawab dan ketidakmampuannya untuk merawat anak (Herselowati, 2024). Berhati-hati saat berbicara dengan ibu harus diterapkan karena mereka memiliki emosi yang sangat sensitif dan dengan cepat dihina dan marah. Ibu membutuhkan dukungan pada tahap ini karena ini adalah kesempatan bagus untuk mendapatkan masukan yang berbeda untuk merawat diri mereka sendiri dan anak-anak mereka, yang akan meningkatkan kepercayaan diri mereka (Herselowati, 2024). Peran sebagai profesional kesehatan adalah mengedukasi bagaimana merawat bayi baru lahir, cara menyusui dengan tepat, cara memperbaiki luka jahitan, mengajarkan senam pascapersalinan, memberikan edukasi kesehatan yang dibutuhkan oleh ibu seperti nutrisi, istirahat, kebersihan diri, dan lain-lain (Herselowati, 2024).

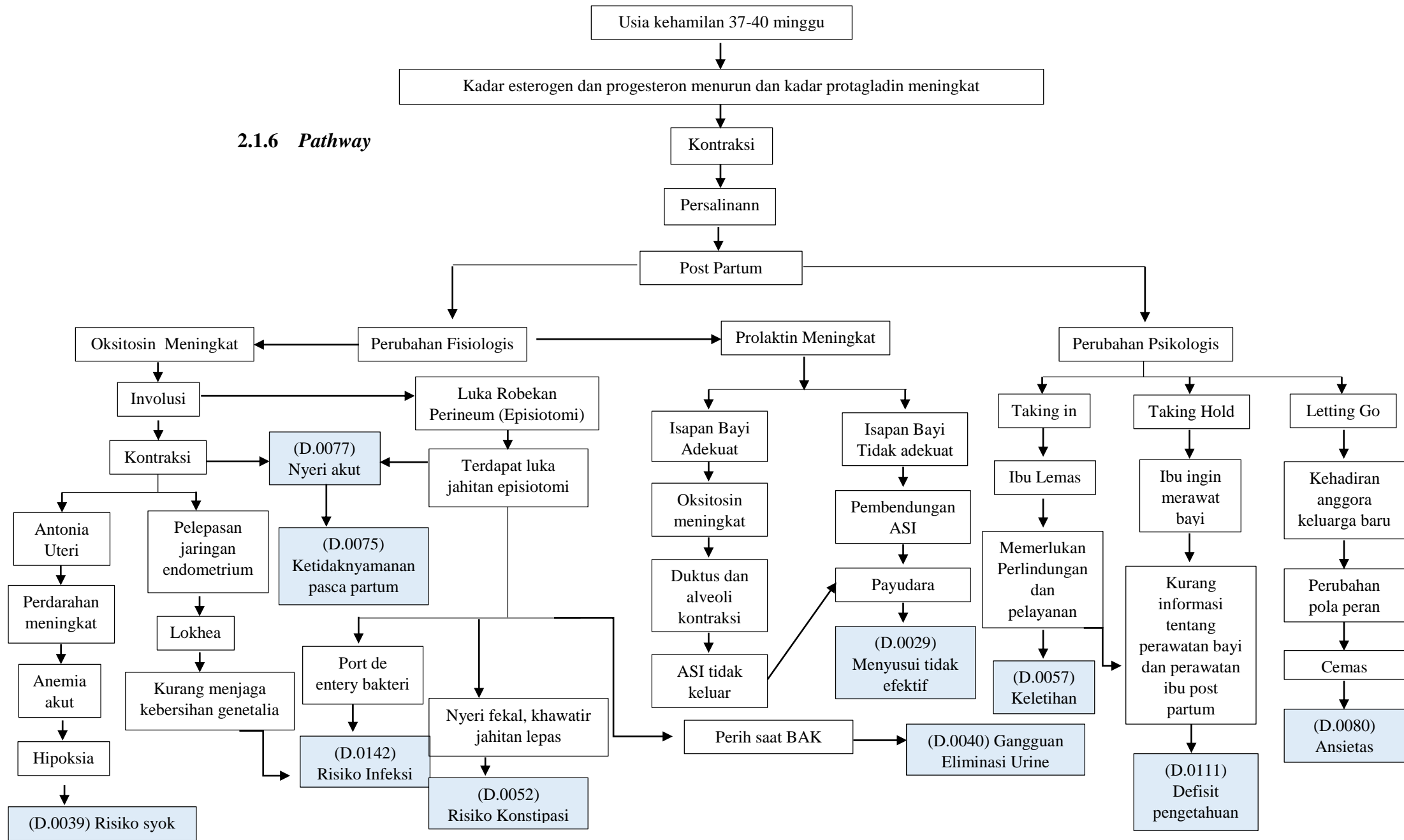
3. Fase Letting Go

Sepuluh hari setelah melahirkan dikenal sebagai "Fase Letting Go atau Fase Melepaskan", di mana mereka bertanggung jawab atas tugas baru mereka. Ibu menjadi lebih percaya diri, mampu beradaptasi dan merawat diri mereka sendiri dan bayi mereka (Herselowati, 2024). Ibu akan sangat diuntungkan dari pengetahuan kesehatan yang kita

berikan pada fase sebelumnya, yang akan membantu mereka lebih mandiri dalam mengurus kebutuhan diri sendiri dan anaknya. Ibu masih sangat membutuhkan dukungan dari suami dan keluarganya (Herselowati, 2024).

Menjaga ibu agar tidak merasa terbebani dan kelelahan, suami dan kerabat dapat membantu merawat bayi dan tugas rumah. Menjaga kesehatan fisik yang sangat baik dan dapat merawat bayinya, ibu harus mendapatkan tidur yang cukup (Herselowati, 2024). Selama waktu ini, ibu bertanggung jawab atas perawatan bayi dan harus menyesuaikan diri dengan semua tuntutan bayi, yang membuat ibu kurang mandiri dan kurang mampu berfungsi dalam situasi sosial. Depresi pasca persalinan dan post partum blues dapat terjadi jika ini tidak ditangani dengan tepat (Herselowati, 2024).

2.1.6 Pathway



Gambar 2.1 Pathway

2.2 Luka Robekan Perinium

2.2.1 Pengertian Luka Robekan Perineum

Perineum adalah area yang terletak di antara vulva dan anus, panjang rata-rata 4 cm, otot-otot yang terkandung di dalamnya membentuk jaringan pemisah berbentuk piramida antara vagina dan ujung usus besar atau kolon (Astuti, Runjati and Sudirman, 2022). Terdiri dari otot sirkularis dan bagian luar otot longitudinalis, di bagian luar otot-otot ini terdapat fascia (jaringan ikat) yang akan mengurangi elastisitasnya pada wanita lanjut usia (Astuti, Runjati and Sudirman, 2022). Luka robekan perineum dapat terjadi secara spontan selama persalinan ketika perineum tidak terlindungi, memungkinkan kepala bayi dan tekanan pada ibu untuk merobek jaringan perineum dan jaringan di sekitarnya ataupun luka dapat terjadi akibat tindakan episiotomi (Astuti, Runjati and Sudirman, 2022).

Luka perineum, juga dikenal sebagai robekan perineum, adalah cedera yang dapat terjadi secara tidak sengaja atau sengaja selama proses persalinan. Luka terletak di antara anus dan lubang vagina, dan terjadi di hampir setiap persalinan dan kadang-kadang pada persalinan selanjutnya (Astuti, Runjati and Sudirman, 2022). Robekan yang disengaja (episiotomi) atau robekan yang tidak disengaja yang terjadi saat melahirkan mungkin disebabkan oleh bayi lahir besar, bayi berada dalam posisi yang salah, atau kurangnya elastisitas vagina pada wanita yang sudah berusia lanjut (Astuti, Runjati and Sudirman, 2022). Area antara lubang vagina dan anus, bagian luar alat kelamin, vagina, dan serviks dapat terinfeksi karena cedera jalan

lahir. Gejalanya biasanya termasuk nyeri dan panas di lokasi infeksi, kadang-kadang nyeri saat buang air kecil karena telah menyebar ke saluran kemih, dan demam (Astiti, Runjati and Sudirman, 2022).

2.2.2 Klasifikasi Luka Robekan Perineum

1. Luka Robekan Spontan

Robekan yang secara alami terjadi di area perineum akibat dari cedera jaringan yang disebabkan oleh prosedur persalinan dikenal sebagai luka perineum spontan (Astiti, Runjati and Sudirman, 2022). Tekanan pada kepala atau bahu janin dapat menyebabkan robekan ini. Robekan alami biasanya mengakibatkan luka perineum yang bentuknya tidak teratur, membuat proses jahitan menjadi lebih sulit (Astiti, Runjati and Sudirman, 2022).

2. Luka Robekan Insisi atau Episiotomi

Tindakan medis yang dikenal sebagai episiotomi melibatkan pemotongan perineum sebagai respons terhadap tandatandadiharuskannya untuk melakukan insisi saat proses melahirkan (Astiti, Runjati and Sudirman, 2022). Prosedur ini dilakukan sebelum kepala bayi dilahirkan karena perineum terlalu meregang dan diharapkan dari tindakan ini tidak menghasilkan robekan besar dan tidak teratur, sehingga dilakukan insisi untuk membesarkan atau melebarkan mulut vagina melalui sayatan perineum (Astiti, Runjati and Sudirman, 2022). Episiotomi dilakukan untuk mengantisipasi robekan perineum

secara spontan akibat regangan kepala janin (Astiti, Runjati and Sudirman, 2022).

2.2.3 Derajat Luka Perineum

Ada empat tingkat luka perineum menurut (Astiti, Runjati and Sudirman, 2022) , yaitu sebagai berikut:

1. Tingkat I

Jaringan fourchet dengan otot perineum yang terlihat dapat mengalami cedera perineum derajat I.

2. Tingkat II

Dinding vagina posterior robek, dan otot perineum robek, tetapi belum mencapai sfingter ani, menunjukkan cedera perineum derajat II.

3. Tingkat III

Mukosa rektum tetap utuh meskipun ada cedera perineum tingkat tiga yang melibatkan robekan yang lebih luas yang meluas ke sfingter ani.

4. Tingkat IV

Ketika cedera perineum derajat IV terjadi, saluran rektum mengembang dan bagian robekan menjadi lebih lebar hingga mengenai mukosa rahim.

2.2.4 Faktor Penyebab Terjadinya Luka Perineum

Luka robekan perineum dapat disebabkan oleh sejumlah keadaan, termasuk faktor janin dan ibu (Astiti, Runjati and Sudirman, 2022). Unsur-unsur yang berkontribusi terhadap luka robekan perineum akan dijelaskan pada uraian di bawah ini, antara lain:

1. Faktor Maternal (Faktor Ibu)

1) Paritas

Seorang wanita yang telah melahirkan bayi dengan usia cukup bulan disebut paritas. Robekan perineum hampir selalu terjadi pada primipara dan lazim pada persalinan berikutnya (Astiti, Runjati and Sudirman, 2022). Setelah diperiksa, primigravida menunjukkan bukti vagina sempit dengan rugae, vulva tertutup, selaput dara pervoratus, dan perineum utuh (Astiti, Runjati and Sudirman, 2022). Kepala janin akan menempatkan fokus pada jalan lahir lunak selama persalinan, sehingga jalan lahir akan tertekan. Sangat mudah untuk merobek perineum pada bayi baru lahir karena kondisi perineum masih utuh atau belum robek (Astiti, Runjati and Sudirman, 2022).

2) Proses Meneran

Secara fisiologis, ibu akan merasakan keinginan untuk meneran ketika pembukaan sudah lengkap (Astiti, Runjati and Sudirman, 2022).

2. Faktor Janin

1) Berat Badan Janin

Janin yang memiliki berat lebih dari 4.000 gram saat melahirkan disebut makrosomia. Aspek paling penting dari persalinan adalah kepala janin, kepala janin dan janin yang berukuran besar juga dapat memicu robeknya perineum (Astiti, Runjati and Sudirman, 2022). Ketika kepala janin berada di dekat pangkal panggul, hal tersebut akan mengubah cara perineum meregang dan akan membuka

pintu berdiameter 5-6 cm akan menyebabkan perineum menipis, sehingga perineum lebih mudah robek atau ruptur saat kaku (Astuti, Runjati and Sudirman, 2022).

2) Kelainan Posisi Janin

- a. Tampilan wajah yang dibelokkan atau defleksi (wajah, dahi, dan bagian atas kepala). Memegang kepala bayi dengan lembut untuk menghindari defleksi cepat adalah salah satu metode untuk mencegah robekan perineum (Astuti, Runjati and Sudirman, 2022).
- b. Bagian terbesar dari bayi, presentasi sungsang atau bokong, akan dilahirkan terakhir. Bagian kepala hanya memiliki waktu delapan menit setelah tubuh lahir karena susunan tulangnya yang ketat dan tebal, yang mencegahnya menjalani proses moulage. (Astuti, Runjati and Sudirman, 2022) Dalam waktu singkat, secara otomatis menyebabkan perineum meregang sangat tinggi, sehingga menyebabkan robekan perineum menjadi lebih mudah (Astuti, Runjati and Sudirman, 2022).
- c. Distosia bahumerupakan hal yang dapat menyulitkan persalinan pervaginam. Faktor penyulit selama persalinan vagina adalah tanda bahwa episiotomi diperlukan (Astuti, Runjati and Sudirman, 2022).

2.3 Konsep Ketidaknyamanan Pasca Partum

2.3.1 Pengertian

Ketidaknyamanan yang terjadi akibat dari kondisi setelah persalinan (PPNI, 2018b). Salah satu jenis ketidaknyamanan pasca partum adalah rasa nyeri, yang menjadi alasan utama seseorang membutuhkan perawatan medis. Menurut *Internasional Association for the Study of Pain*, nyeri adalah sensor dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan yang terkait dengan potensi kerusakan jaringan atau aktual (Nurhanifah and Sari, 2022). Proses patologis sering bermanifestasi secara klinis sebagai rasa nyeri, yang memicu saraf sensorik yang bertanggung jawab untuk menciptakan ketidaknyamanan, kesengsaraan, atau penderitaan (Nurhanifah and Sari, 2022). Menurut definisi keperawatan, rasa nyeri adalah segala sesuatu yang diklaim seseorang melukai tubuhnya dan yang mereka alami setiap kali mereka mengungkapkannya (Nurhanifah and Sari, 2022).

2.3.2 Faktor Penyebab

Faktor penyebab ketidaknyamanan pasca partum menurut (PPNI, 2018b), antara lain:

1. Trauma perineum selama persalinan dan kelahiran

Tindakan tertentu dapat menimbulkan rasa sakit atau mengurangi ketidaknyamanan yang disebabkan oleh episiotomi atau laserasi, serta jahitan yang digunakan untuk menutup luka perineum (Ernawati *et al.*, 2022). Memeriksa perineum sebelum prosedur sangat

penting untuk menyingkirkan masalah seperti hematoma. Analisis ini juga mengindikasikan tindak lanjut terbaik yang dapat dilakukan (Ernawati *et al.*, 2022).

2. Involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula

Rahim akan berkontraksi untuk menyusut atau kembali ke bentuk sebelumnya setelah persalinan normal atau operasi caesar. Plasenta telah terpisah dari dinding rahim dan akhirnya muncul dari rahim ibu sebagai akibat dari kontraksi ini (Ernawati *et al.*, 2022). Kemudian pembuluh darah yang terhubung dengan plasenta akan ditutup oleh rahim. Setelah melahirkan, kondisi ini menyebabkan nyeri di perut, terutama di perut bagian bawah (Ernawati *et al.*, 2022).. *Afterpains* adalah nama lain untuk adanya rasa sakit atau ketidaknyamanan di perut bagian bawah, seperti sisi kanan atau kiri, setelah melahirkan (Ernawati *et al.*, 2022).

3. Pembengkakan payudara dimana alveoli mulai terisi ASI

Peningkatan vaskularitas dan kongesti, bersama dengan penumpukan dan stasis ASI, dianggap sebagai penyebab gabungan pembengkakan payudara. Karena stasis limfatik dan vena, kombinasi ini menyebabkan kongesti lebih lanjut (Ernawati *et al.*, 2022). Baik ibu menyusui dan non-menyusui, ini terjadi karena produksi ASI meningkat sekitar hari ketiga post partum dan berlangsung selama 24 hingga 48 jam (Ernawati *et al.*, 2022) .

4. Kekurangan dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan

Keterampilan mendengarkan dan menyediakan waktu yang cukup adalah dukungan yang tak ternilai bagi para ibu. Kehadiran suami dan keluarga sangat diperlukan dalam fase ini (Herselowati, 2024). Petugas kesehatan dapat mendorong suami dan keluarga untuk memberikan dukungan moral dan meluangkan waktu untuk mendengarkan semua yang dikatakan ibu agar ia dapat melewati periode pospartum dengan baik dan meningkatkan kenyamanan ibu (Herselowati, 2024).

5. Ketidaktepatan posisi duduk

6. Faktor budaya

2.3.3 Data Mayor dan Data Minor

Data mayor dan data minor menurut (PPNI, 2018b), antara lain:

1. Gejala dan Tanda Mayor

1) Subjektif

Mengeluh tidak nyaman

2) Objektif

a. Tampak meringis

b. Terdapat kontraksi uterus

c. Luka episiotomi

d. Payudara bengkak

2. Gejala dan Tanda Minor

1) Subjektif

(tidak tersedia)

2) Objektif

- a. Tekanan darah meningkat
- b. Frekuensi nadi meningkat
- c. Berkeringat berlebih
- d. Menangis atau merintih
- e. Hemoroid

2.4 Konsep Penatalaksanaan Kompres Dingin

2.4.1 Pengertian Kompres Dingin

Penggunaan suhu dingin untuk meredakan rasa nyeri dan mengurangi gejala inflamasi lainnya dikenal sebagai terapi kompres dingin. Untuk mengurangi suhu jaringan dengan konduksi, pemberian terapi kompres dingin digunakan sebagai metode terapeutik yang dapat menyerap suhu jaringan (Ivonne *et al.*, 2025). Jenis aplikasi terapi kompres dingin, lamanya terapi, dan konduktivitas semuanya berpengaruh terhadap efek dari kompres dingin yang terjadi. Pada cedera lokal pemberian terapi kompres dingin dalam waktu yang cukup lama dapat meningkatkan keefektifan terapi (Ruswadi, 2024). Tujuan utama terapi kompres dingin adalah untuk menurunkan suhu dengan menyerap kalori dari daerah yang terluka (Ivonne *et al.*, 2025).

2.4.2 Patofisiologi Kompres Dingin dapat Meningkatkan Status

Kenyamanan

Kompres dingin bekerja dengan merangsang permukaan kulit untuk mengurangi ketidaknyamanan akibat nyeri yang dialami, untuk menghambat impuls nyeri, kompres dingin menyebabkan impuls yang disampaikan oleh serat taktil ABeta menjadi lebih dominan (Arrista *et al.*, 2024). Kompres dingin dapat menurunkan prostaglandin, sehingga bekerja dengan mengurangi proses inflamasi dan meningkatkan sensitivitas reseptor nyeri dan bahan kimia lainnya di area luka. Selain itu, dengan mengurangi aliran darah ke daerah tersebut, kompres dingin dapat membantu mengurangi pembengkakan dan peradangan (aksi vasokonkorsi) (Ucik, Ricky Akbaril and Rosyidah, 2023).

Teori pertahanan nyeri gate control dari Melzack dan Wall menyatakan bahwa impuls nyeri dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme dalam sistem saraf pusat. Kompres dingin ini dapat mengganggu jalur atau lebih tepatnya dapat merangsang aliran syarat desenden (Roji, Agustina and Handian, 2022). Cara kerja kompres dingin ini dengan merangsang permukaan kulit untuk mengontrol rasa ketidaknyamanan akibat nyeri (Roji, Agustina and Handian, 2022). Kompres dingin yang diberikan 1 – 3 menit dapat mempengaruhi impuls yang dibawa oleh serat taktil A-Beta agar lebih dominan sehingga impuls nyeri akan tersumbat dan ditutup dan kemudian rasa sakit yang dirasakan dapat berkurang (Roji, Agustina and Handian, 2022).

Kompres dingin memiliki kemampuan untuk mengurangi penghambat nosiseptor dan kecepatan konduksi saraf atau NCV (*Nerve Conduction Velocity*). Kompres dingin menyebabkan penurunan kecepatan konduksi saraf yang cukup besar serta penurunan suhu kulit (Sudariyeki *et al.*, 2025). Setiap 1°C suhu kulit yang turun, NCV menurun sebanyak 0,4 m/s. Sensasi nyeri diterjemahkan lebih lambat karena penurunan kecepatan konduksi saraf dan penghambatan nosiseptor, yang mencegah rasa sakit mencapai sumsum tulang belakang dengan segera (Sudariyeki *et al.*, 2025). Didukung oleh ambang rasa sakit yang lebih tinggi, yang meningkatkan toleransi seseorang terhadap rasa sakit dan membuatnya terasa kurang intens (Sudariyeki *et al.*, 2025).

2.4.3 Evidence Based Tindakan Kompres Dingin

Berdasarkan penelitian terdahulu dari (Mauluddina *et al.*, 2024), menyatakan bahwa salah satu teknik non farmakologi dalam mengatasi nyeri luka perinium adalah dengan melakukan kompres dingin. Hasil penelitian didapatkan rata-rata nyeri luka perineum pada ibu nifas sebelum diberikan terapi kompres dingin adalah 7,30 dan rata-rata nyeri luka perineum pada ibu nifas setelah diberikan kompres dingin adalah 4,63. Hasil uji statistik didapatkan ada pengaruh kompres dingin untuk menurunkan skala nyeri luka perineum pada ibu nifas di BPM Soraya Palembang tahun 2022 dengan nilai signifikan sebesar 0,000 (Mauluddina *et al.*, 2024).

Hasil penelitian (Aulia, Saputri and Israyati, 2024), asuhan pada ibu nifas selama 2 kali kunjungan dalam 4 hari, asuhan dilakukan di PMB Dince

Safrina dan kunjungan kedua dihari ketiga di rumah pasien untuk mengevaluasi hasil asuhan yang diberikan, maka hasil yang diperoleh yaitu nyeri luka perineum yang dialami ibu berkurang, luka kering, ASI ibu lancar, tidak ada pembengkakan dan tidak ada tanda tanda infeksi pada luka perineum. Menggunakan suhu rendah dengan melakukan kompres dingin dapat memiliki sejumlah konsekuensi fisiologis, kompres dingin adalah pilihan alternatif terapi non-farmakologis (Aulia, Saputri and Israyati, 2024). Karena sifat anestesinya, kompres dingin dapat menghambat pertumbuhan kuman. Mirip dengan terapi kompres es, kompres dingin dapat menurunkan vasokonstriksi dan metabolisme sel, yang dapat memiliki dampak analgesik untuk mengurangi rasa sakit (Aulia, Saputri and Israyati, 2024).

Hasil Penelitian (Karnila and Susilowati, 2024), pada perbandingan hasil akhir skala nyeri sebelum dan sesudah dilakukan kompres dingin menunjukkan hasil bahwa sebelum dilakukan terapi kompres dingin skala nyeri pada Ny. F termasuk dalam kategori nyeri berat dan setelah diberikan penerapan terapi kompres dingin skala nyeri turun 4 skor menjadi 3 yang termasuk dalam nyeri ringan. Sedangkan skala nyeri pada Ny. E sebelum dilakukan kompres dingin termasuk dalam kategori sedang dan setelah dilakukan kompres dingin skala nyeri turun 4 skor menjadi 2 dan termasuk dalam kategori nyeri ringan. Dapat disimpulkan penerapan kompres dingin dapat mengurangi skala nyeri luka perineum pada pasien post partum (Karnila and Susilowati, 2024).

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan

2.5.1 Fokus Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis, berupa pengumpulan data, verifikasi, dan komunikasi data tentang klien. Pengkajian bertujuan untuk menentukan status kesehatan klien, disabilitas fungsional, kekuatan, keterbatasan, ketidakmampuan mengatasi stres, dan harapan (Nurlina, 2024).

1. Data Subyektif

- 1) Biodata yang mencakup identitas pasien menurut (Nurlina, 2024), meliputi:

- a. Nama

Nama pasien untuk memastikan bahwa namanya jelas dan tidak ambigu, dan jika diperlukan, menggunakan nama panggilan umum untuk menghindari kesalahan saat memberikan perawatan keperawatan (Nurlina, 2024).

- b. Umur

Mengetahui umur pasien bertujuan menentukan apakah ada risiko atau tidak, seperti umur di bawah 20 tahun, pada umur tersebut seorang wanita memiliki organ reproduksi yang belum matang dan kondisi mental serta psikologis belum siap. Sementara itu, ada kemungkinan perdarahan selama fase pasca melahirkan jika usia di atas 35 tahun (Nurlina, 2024). Usia juga

mempengaruhi respons terhadap rasa nyeri akibat ketidaknyamanan pasca partum, anak-anak tidak dapat mengomunikasikan rasa nyeri yang mereka alami, sementara orang dewasa mungkin hanya melaporkan rasa nyeri ketika itu bersifat patologis dan menyebabkan kerugian fungsional (Nurlina, 2024). Pada usia lansia, mereka percaya bahwa rasa nyeri itu normal dan khawatir jika diselidiki, mereka khawatir bahwa ditemukan penyakit serius atau menyebabkan meninggal, sehingga lansia sering menekan nyeri yang mereka rasakan (Nurlina, 2024).

c. Agama

Mengetahui agama pasien bertujuan untuk dapat memberi arahan dan bimbingan pasien dalam berdoa dan memahami kepercayaan atau keyakinan yang dianut pasien (Nurlina, 2024).

d. Suku Bangsa

Rasa nyeri kemungkinan dipengaruhi oleh rutinitas atau adat istiadat. Belajar dari bagaimana budaya orang bereaksi terhadap rasa nyeri yang terkena pengaruh (Nurlina, 2024). Misalnya, suatu daerah tertentu mungkin memiliki pandangan bahwa rasa nyeri adalah akibat yang diperoleh dari perbuatan salah yang pernah mereka lakukan, oleh karena itu mereka tidak mengeluh ketika mengalaminya (Nurlina, 2024).

e. Pendidikan

Mengetahui pendidikan pasien bertujuan untuk mengetahui tingkat kecerdasan pasien, sehingga dapat membantu perawat menyesuaikan konseling mereka dengan latar belakang pendidikan pasien (Nurlina, 2024). Pada hari ketujuh setelah kelahiran, jika pasien memiliki pengetahuan yang baik tentang perawatan luka, luka tersebut akan sembuh, jika tidak, pasien pasca melahirkan akan mengalami infeksi pada area luka post partum (Nurlina, 2024).

f. Pekerjaan

Keadaan status gizi pasien dan kondisi ekonomi, keduanya dapat dievaluasi dengan mengetahui pekerjaan pasien atau suami pasien (Nurlina, 2024).

g. Alamat

Untuk kepentingan kunjungan rumah, informasi alamat rumah pasien diperlukan (Nurlina, 2024).

2) Alasan Utama/ Alasan Masuk

Untuk memahami keluhan yang dialami pasien selama fase post partum, seperti kontraksi dan ketidaknyamanan pasca partum yang disebabkan oleh jahitan perineum. Rasa sakit pada bekas jahitan adalah keluhan paling umum yang dialami ibu postpartum dengan luka robekan perineum (Nurlina, 2024).

3) Riwayat Menstruasi

Kapan menstruasi awal mula dimulai, bagaimana siklus menstruasi yang dialami, berapa lama periode berlangsung, seberapa banyak darah yang diproduksi selama periode, apakah periode tersebut teratur atau tidak, sifat-sifat darah menstruasi, serta keluhan ketidaknyamanan selama periode, yang umumnya disebut sebagai dismenore (Nurlina, 2024).

4) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

Riwayat persalinan mencakup jumlah kehamilan dan kelahiran, waktu antara dua kelahiran atau jarak persalinan, lokasi kelahiran, lama persalinan, jenis kelahiran, dan aktivitas yang dilakukan untuk menghitung jumlah kehamilan dan kelahiran (Nurlina, 2024).

Gangguan atau masalah kesehatan yang sering muncul selama kehamilan dan persalinan. Berat lahir anak, jenis kelamin, kelainan bawaan, dan apakah bayi tersebut hidup atau mati saat dilahirkan semuanya termasuk dalam riwayat kelahiran (Nurlina, 2024).

Proses persalinan primipara lebih lama dan lebih melelahkan dibandingkan dengan multipara, karena paritas mempengaruhi bagaimana nyeri persalinan dirasakan (Nurlina, 2024). Alasan tersebut karena serviks pasien primipara memerlukan lebih banyak usaha untuk meregang karena kontraksi yang lebih kuat selama tahap awal persalinan. Pasien primipara juga menunjukkan tingkat kecemasan dan ketidakpastian yang lebih tinggi ketika harus mewaspadaai nyeri selama proses persalinan (Nurlina, 2024).

5) Riwayat Persalinan Sekarang

Untuk memastikan jenis kelahiran, waktu dilakukan persalinan, jenis kelamin anak, berat dan panjang bayi, serta penolong membantu proses persalinan, bidan ataukah dokter, Hal tersebut bertujuan untuk menentukan apakah ada ketidaknormalan dalam proses persalinan yang mungkin berdampak pada fase pascapersalinan saat ini, hal ini harus diselidiki (Nurlina, 2024).

6) Riwayat Kesehatan Sekarang atau yang Lalu

Mengetahui apakah ada riwayat kondisi kronis atau akut yang mungkin berdampak pada periode postpartum, seperti diabetes melitus, penyakit jantung, hipertensi, atau asma, sangat penting (Nurlina, 2024).

7) Riwayat Operasi Abdomen atau SC

Untuk memastikan apakah apakah persalinan sebelumnya melalui operasi SC ataukah tidak, karena biasanua jika persalinan sebelumnya SC maka dokter tidak dianjurkan untuk persalinan berikutnya melalui persalinan normal (Nurlina, 2024).

8) Riwayat Penyakit Keluarga

Untuk memastikan apakah informasi tentang riwayat penyakit menular yang bersifat herediter seperti asma atau TB, penyakit jantung, diabetes, dan hipertensi, serta potensi dampak atau tidak ada dampak dari penyakit keluarga terhadap masalah kesehatan pasien dan bayi yang dilahirkan (Nurlina, 2024).

9) Riwayat KB

Untuk memastikan apakah pasien memiliki riwayat penggunaan program keluarga berencana, apakah mereka pernah menggunakan kontrasepsi, jenis apa yang mereka gunakan, berapa lama mereka menggunakannya, apakah mereka mengalami efek samping, dan rencana keluarga berencana apa yang mereka miliki setelah periode postpartum ini (Nurlina, 2024).

10) Riwayat Sosial Ekonomi dan Psikologis

Untuk memastikan apakah kehamilan direncanakan, diterima, atau jenis kelamin janin yang diharapkan, untuk memahami pasien dan keluarga yang mematuhi tradisi yang mungkin menguntungkan atau merugikan pasien, terutama bagi ibu post partum, seperti praktik diet yang melarang makan ikan atau makanan dengan bau yang kuat (Nurlina, 2024). Mengkaji psikologis pasien bertujuan untuk memahami perasaan seorang ibu setelah melahirkan, termasuk apakah dia merasa takut atau bahkan khawatir tentang keadaannya saat ini (Nurlina, 2024).

11) Riwayat Psikososial

a. Fase Taking in

Fase pengambilan adalah periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama hingga kedua setelah melahirkan.

Ibu baru umumnya pasif dan bergantung, perhatian mereka terfokus pada kekhawatiran tentang tubuh mereka, berulang kali

menceritakan pengalamannya selama proses persalinan. Hal ini membuat ibu cenderung pasif terhadap lingkungannya (Herselowati, 2024).

b. Fase Taking Hold

Fase pengambilan adalah fase/periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Selama tahap ini, ibu khawatir tentang perasaan tanggung jawab dan ketidakmampuannya untuk merawat anak (Herselowati, 2024).

c. Fase Letting Go

Sepuluh hari setelah melahirkan dikenal sebagai "Fase Letting Go atau Fase Melepaskan", di mana mereka bertanggung jawab atas tugas baru mereka. Ibu menjadi lebih percaya diri, mampu beradaptasi dan merawat diri mereka sendiri dan bayi mereka (Herselowati, 2024).

12) Activity Daily Living

a. Pola Makan dan Minum

Pola makan dan minum perlu dikaji karena hal tersebut berpengaruh terhadap penyembuhan luka robekan perineum pada ibu post partum (Nurlina, 2024).. Fase penyembuhan jahitan episiotomi dapat dipercepat dengan mengonsumsi makanan yang seimbang yang meliputi kecukupan kebutuhan protein, vitamin, dan serat makanan, serta dengan menambahkan 500 kalori ekstra setiap hari (Nurlina, 2024). Disarankan agar ibu

mengonsumsi minimal tiga liter air setiap hari. Setidaknya selama sembilan puluh hari setelah melahirkan zat besi juga harus dikonsumsi (Nurlina, 2024).

b. Pola Istirahat

Untuk memastikan dan menggambarkan pola tidur dan istirahat pada ibu post partum, termasuk berapa jam mereka bisa tidur, perilaku mereka sebelum tidur, apakah mereka menggunakan obat tidur atau tidak, dan bagaimana mereka tidur siang. Bagi para ibu, relaksasi sangat penting setelah melahirkan karena mendapatkan cukup tidur atau istirahat membantu mempercepat proses penyembuhan (Nurlina, 2024).

c. Pola Eliminasi

Pengkajian kebiasaan berkemih harus dilakukan, termasuk frekuensi, warna, dan volume urin, serta kebiasaan buang air besar, termasuk frekuensi, jumlah, konsistensi, dan bau buang air besar, untuk memahami pola fungsi sekresi (Nurlina, 2024). Karena tonus otot usus yang lebih rendah selama persalinan, buang air besar spontan sering tertunda dua hingga tiga hari pada ibu postpartum yang menjalani perawatan luka robekan perineum. Ibu pasca partum juga merasakan nyeri di area luka robekan perineum saat berkemih (Nurlina, 2024).

d. Pola Hygiene

Karena ibu pasca melahirkan masih terus mengeluarkan lochea, tujuan dari mengevaluasi kebersihan adalah untuk memastikan apakah ibu secara konsisten menjalankan personal hygiene, terutama di area genitalia. Apabila ibu memiliki luka robekan perineum berisiko mengalami infeksi jika tidak menjaga kebersihan genitalia (Sulistyawati *et al.*, 2022).

2. Data Obyektif

1) Keadaan Umum

Tujuannya adalah untuk memastikan apakah ibu dalam keadaan cukup sehat atau kurang. Sebagian besar ibu pasca partum dengan luka robekan perineum berada dalam kondisi kesehatan yang baik (Nurlina, 2024).

2) Tanda-tanda Vital

a. Tekanan Darah

Untuk mengetahui tekanan darah yang dimiliki ibu. Tekanan darah dapat meningkat dalam sejumlah situasi ketika ibu post partum mengalami ketidaknyamanan, tetapi jika tidak ada kondisi komorbid dalam dua bulan terapi, masalah tersebut mungkin dapat teratasi dengan sendirinya. Nilai normal tekanan darah berkisar antara 110/60 hingga 140/90 mmHg (Nurlina, 2024).

b. Nadi

Untuk mengetahui jumlah denyut jantung per menit pada ibu post partum. Rentang normal denyut jantung adalah 60 hingga 80 detak per menit. Selama fase pasca persalinan, denyut jantung yang lebih dari 100 detak per menit mengindikasikan adanya infeksi, yang dapat disebabkan oleh kehilangan darah yang signifikan atau proses persalinan yang sangat sulit (Nurlina, 2024).

c. Suhu

Selama persalinan, suhu tubuh wanita tidak boleh melebihi $37,2^{\circ}\text{C}$. Suhunya mungkin meningkat sebesar $0,5^{\circ}\text{C}$ dari level normal setelah melahirkan, tetapi tidak boleh melebihi 38°C . Suhu tubuh normal seseorang biasanya memiliki suhu tubuh antara $36,6^{\circ}\text{C}$ hingga $37,6^{\circ}\text{C}$. Jika ada infeksi atau tanda-tanda REEDA (+), demam ibu post partum dapat meningkat bersamaan dengan luka robekan perineum (Nurlina, 2024).

d. Respirasi

Untuk menghitung laju pernapasan pasien dalam hitungn per menit. Normalnya frekuensi napas sesorang adalah 12-20 kali per menit (Nurlina, 2024).

e. Tinggi Badan

Melakukan pengkajian tinggi badan bertujuan untuk menentukan dan mengamati tinggi badan pasien (Nurlina, 2024).

f. LILA

Pengkajian LILA bertujuan untuk mengamati dan mengevaluasi status gizi pasien (Nurlina, 2024).

3) Pemeriksaan Fisik

a. Rambut

Untuk mengkaji warna, kebersihannya, dan mudah rontok atau tidak.

b. Wajah

Bertujuan untuk memeriksa pucat atau tidak, dan melihat apakah ada kelainan.

c. Mata

Bertujuan untuk melihat apakah edema konjungtiva ada atau tidak, apakah konjungtiva anemis atau tidak.

d. Mulut gigi dan gusi

Bertujuan untuk menentukan apakah stomatitis ada atau tidak, seberapa baik kondisi gigi, dan apakah gusi berdarah.

4) Leher

untuk menentukan apakah kelenjar tiroid membesar, apakah ada benjolan, atau apakah kelenjar getah bening atau kelenjar limfe membesar (Nurlina, 2024).

5) Payudara

Pemeriksaan payudara bertujuan untuk memastikan bentuk dan kondisi payudara, apakah simetri atau tidak, adanya benjolan,

adanya ketidaknyamanan berupa nyeri, dan apakah kolostrum telah muncul atau belum (Nurlina, 2024).

6) Abdomen

Bertujuan untuk mengidentifikasi apakah ada linea alba nigra, striae, dan bekas luka operasi, terutama operasi sectio caesarea. Dan untuk mengkaji tinggi fundus uteri, fundus uteri harus 2 cm di bawah umbilikus, teraba keras, dan berada di garis tengah. Pijat rahim hingga jika teraba keras jika terasa lembek. Perhatikan adanya distensi kandung kemih jika fundus bergerak ke kanan garis tengah (Nurlina, 2024).

7) Genetalia

Pemeriksaan genetalia bertujuan untuk memeriksa varises, pendarahan, infeksi, dan kelenjar Bartholin yang membengkak di area vagina. Edema kadang-kadang dapat muncul akibat luka robekan perineum; jika infeksi terjadi, perineum mungkin mengalami ruptur, menyebabkan kemerahan, jahitan yang basah, dan keluarnya nanah dengan bau yang tidak sedap. Sebaiknya Jahitan harus tetap utuh, dan perineum serta luka robekan perineum harus dalam kondisi bersih, bebas dari perubahan warna, dan tanpa edema (Nurlina, 2024).

8) Tangan dan Kaki

Untuk memeriksa apakah kedua tangan dan kakia da edema atau varises ada, serta apakah ada kelainan atau tidak (Nurlina, 2024).

3. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium, sinar-X, ultrasonografi, dan pemeriksaan lainnya adalah contoh pemeriksaan pendukung, yang dilakukan untuk membantu menetapkan diagnosis (Nurlina, 2024).

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respons manusia (status kesehatan atau risiko perubahan pola) dari orang atau kelompok yang dapat didiagnosis dengan tepat oleh perawat dan menawarkan perawatan yang ditargetkan untuk mencegah, membatasi, mempertahankan, dan memodifikasi status kesehatan (Syahri *et al.*, 2023).

Diagnosa keperawatan pada ibu post partum berdasarkan (PPNI, 2018b), antara lain:

1. (D.0039) Risiko syok b.d perdarahan
2. (D.0040) Gangguan eliminasi urine b.d efek tindakan medis berupa jahitan pada luka robekan perineum
3. (D.0052) Risiko Konstipasi b.d ketidakadekuatan toileting akibat nyeri fekal dan takut jahitan lepas
4. (D.0057) Keletihan b.d kondisi fisiologis ibu post partum
5. (D.0075) Ketidaknyamanan pasca partum b.d trauma perineum selama persalinan dan kelahiran
6. (D.0077) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik trauma perineum
7. (D.0080) Ansietas b.d krisis situasional
8. (D.0111) Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

9. (D.0142) Risiko infeksi b.d efek prosedur invasiv akibat trauma perineum selama persalinan dan kelahiran

2.5.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi atau rencana keperawatan merupakan setiap langkah yang diambil oleh perawat untuk membantu pasien beralih dari keadaan kesehatan mereka saat ini ke keadaan yang diuraikan dalam hasil yang diharapkan. Intervensi keperawatan berfungsi sebagai manual tertulis untuk layanan pelanggan. Setiap perawat dapat dengan mudah mengenali kegiatan keperawatan yang dilakukan berkat organisasi rencana perawatan. Kontinuitas perawatan antara perawat difasilitasi oleh rencana perawatan keperawatan yang ditulis dengan baik. Hal ini memberikan kesempatan kepada setiap perawat untuk memberikan perawatan yang konsisten dan berkualitas tinggi. Berbagi informasi oleh perawat dalam laporan shift diatur oleh rencana perawatan keperawatan yang telah ditetapkan. Kebutuhan jangka panjang klien juga termasuk dalam rencana perawatan tertulis (Syahri *et al.*, 2023).

Luaran keperawatan berdasarkan (PPNI, 2018a) dan intervensi keperawatan berdasarkan (Tim Pokja DPP PPNI, 2018a), antara lain:

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi keperawatan
1.	(D.0039) Risiko syok b.d perdarahan	Tingkat Syok (L.03032) Definisi	Pencegahan Syok (I.02068) Definisi

		<p>Ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa</p> <p>Ekspektasi Menurun</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Output urine meningkat 3. Tingkat kesadaran meningkat 4. Akral dingin menurun 5. Pucat menurun 6. Rasa haus menurun 7. Konfusi menurun 8. Letargi menurun 9. Asidosis metabolik menurun 10. Tekanan arteri rata-rata membaik 11. Tekanan darah sistolik membaik 12. Tekanan darah diastolik membaik 	<p>Mengidentifikasi dan menurunkan resiko terjadinya ketidakmampuan tubuh menyediakan oksigen dan nutrien untuk mencukupi kebutuhan jaringan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan hadi, frekuensi napas, TD, MAP) – Monitor status oksigen (oksimetri nadi, AGD) – Monitor status cairan (masuk dan haluaran, turgor kulit, CRT) – Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil – Periksa riwayat energi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> – Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94% – Persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu – Pasang jalur IV, jika perlu – Pasang kateter urin untuk menilai reproduksi urin, jika perlu – Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Jelaskan penyebab/faktor resiko syok – Jelaskan tanda dan gejala awal syok
--	--	---	--

		<p>13. Tekanan nadi membaik 14. Pengisian kapiler membaik 15. Frekuensi nadi membaik 16. Frekuensi napas membaik 17. Saturasi oksigen membaik</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok – Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral – Anjurkan menghindari alergen <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kolaborasi pemberian IV, jika perlu – Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu – Kolaborasi pemberian antiinflamasi, jika perlu
2.	(D.0040) Gangguan eliminasi urine b.d efek tindakan medis berupa jahitan pada luka robekan perineum	<p>Eliminasi Urin (L. 04034) Definisi Pengosongan kandung kemih yang lengkap Ekspektasi Membaik Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sensasi berkemih meningkat 2. Desakan berkemih (urgensi) menurun 3. Distensi kandung kemih menurun 4. Berkemih tidak tuntas (hesitancy) menurun 	<p>Manajemen Eliminasi Urine (I.04152) Definisi Mengidentifikasi dan mengelola gangguan pola eliminasi urine</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine – Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin – Monitor eliminasi urin (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna) <p>Terapiutik</p> <ul style="list-style-type: none"> – Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih – Batasi asupan cairan, jika perlu – Ambil sampel urine tengah (midstream) atau kultur

		<p>5. Volume residu urine menurun</p> <p>6. Urin menetes (dribbling) menurun</p> <p>7. Nokturia menurun</p> <p>8. Mengompol menurun</p> <p>9. Enuresis menurun</p> <p>10. Disuria menurun</p> <p>11. Anuna menurun</p> <p>12. Frekuensi BAK membaik</p> <p>13. Karakteristik urino membaik</p>	<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ajarkan tanda gejala infeksi saluran kemih – Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine – Ajarkan mengambil spesimen urine midstream – Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih – Ajarkan terapi modalitas, penguatan otot-otot panggul atau berkemih – Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi – Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, Jika perlu
3.	(D.0052) Risiko Konstipasi b.d ketidakadekuatan toileting akibat nyeri fekal dan takut jahitan lepas	<p>Eliminasi Fekal (L.04033)</p> <p>Definisi Proses defekasi normal yang disertai dengan pengeluaran feses mudah dan konsistensi, frekuensi serta bentuk feses normal.</p> <p>Ekspektasi</p>	<p>Pencegahan Konstipasi (I.04160)</p> <p>Definisi Mengidentifikasi dan menurunkan risiko terjadinya penurunan frekuensi normal defekasi yang disertai kesulitan pengeluaran feses yang tidak lengkap</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Identifikasi faktor risiko konstipasi (mis. asupan serat tidak adekuat, asupan cairan tidak adekuat,

		<p>Membaik</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrol pengeluaran feses meningkat 2. Keluhan defekasi kama dan sulit menurun 3. Mengejan saat defekasi menurun 4. Urgency menurun 5. Nyeri abdomen menurun 6. Kram abdomen menurun 7. Kosistensi feses membaik 8. Frekuensi defekasi membaik 9. Peristaltik usus membaik 	<p>agenglionik, kelemahan otot abdomen, aktivitas fisik kurang)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Monitor tanda dan gejala konstipasi (mis. defekasi kurang 2 kali seminggu, defekasi lama atau sulit, feses keras, peristaltik menurun) – Identifikasi status kognitif untuk mengkomunikasikan kebutuhan – Identifikasi penggunaan obat-obatan yang menyebabkan konstipasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> – Batasi minuman yang mengandung kafein dan alkohol – Jadwalkan rutinitas BAK – Lakukan masases abdomen – Berikan terapi akupresur <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Jelaskan penyebab dan faktor risiko konstipasi – Anjurkan minum air putih sesuai dengan kebutuhan (1500-2000 mL/hari) – Anjurkan mengkonsumsi makanan berserat (25-30 gram/hari) – Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik sesuai kebutuhan – Anjurkan berjalan 15-20 menit 1-2 kali/hari
--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> – Anjurkan berjongkok untuk memfasilitasi proses BAB <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kolaborasi dengan ahli gizi, jika perlu <p>Konseling Nutrisi (I.03094)</p> <p>Definisi Memberikan bimbingan dalam melakukan modifikasi asupan nutrisi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Identifikasi kebiasaan makan dan perilaku makan yang akan diubah – Identifikasi kemajuan modifikasi dia secara reguler – Monitor intake dan output cairan, nilai hemoglobin, tekanan darah, kenaikan berat badan, dan kebiasaan membeli makanan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bina hubungan terapeutik – Sepakati lama waktu pemberian konseling – Tetapkan tujuan jangka pendek dan jangka panjang yang realistis – Gunakan standar nutrisi sesuai ke program diet dalam mengevaluasi kecukupan asupan makanan
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> – Pertimbangan faktor-faktor yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan gizi (mis. usia, tahap pertumbuhan dan perkembangan penyakit) <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Informasikan perlunya modifikasi diet (mis. penurunan atau penambahan berat badan, pembatasan natrium atau cairan, pengurangan kolesterol) – Jelaskan program gizi dan persepsi pasien terhadap diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Rujuk pada ahli gizi, Jika perlu
4.	(D.0057) Keletihan b.d kondisi fisiologis ibu post partum	<p>Tingkat Keletihan (L.05046)</p> <p>Definisi Kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat</p> <p>Ekspektasi Menurun</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kepulihan energi meningkat 2. Tenaga meningkat 	<p>Manajemen Energi (I.05178)</p> <p>Definisi Mengidentifikasi dan mengelola penggunaan energi untuk mengatasi atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan proses pemulihan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan – Monitor kelelahan fisik dan emosional – Monitor pola dan jam tidur – Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

		<p>3. Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat</p> <p>4. Motivasi meningkat</p> <p>5. Verbalisasi lelah menurun</p> <p>6. Lesu menurun</p> <p>7. Gangguan konsentrasi menurun</p> <p>8. Gelisah menurun</p> <p>9. Frekuensi napas menurun</p> <p>10. Pola napas membaik</p> <p>Pola istirahat membaik</p>	<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) – Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif – Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan – Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Anjurkan tirah baring – Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap – Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang – Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan – Kolaborasi – Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
5.	(D.0075) Ketidaknyamanan pasca partum b.d trauma perineum selama persalinan dan kelahiran	<p>Status Kenyamanan Pasca Partum (L.07061)</p> <p>Definisi Perasaan nyaman yang berhubungan dengan kondisi setelah melahirkan</p> <p>Ekspektasi</p>	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Definisi Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan</p>

		<p>Meningkat</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan tidak nyaman meningkat 2. Meringis meningkat 3. Luka episiotomi meningkat 4. Kontraksi uterus meningkat 5. Berkeringat meningkat 6. Menangis meningkat 7. Merintih meningkat 8. Hemoroid meningkat 9. Kontraksi uterus menurun 10. Payudara bengkak menurun 11. Tekanan darah menurun 12. Frekuesni nadi menurun 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri – Identifikasi skala nyeri – Identifikasi respon 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 analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> – Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain) – Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) – Fasilitasi istirahat dan tidur
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> – Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri – Jelaskan strategi meredakan nyeri – Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri – Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat – Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu <p>Perawatan Pasca Persalinan (I.07225)</p> <p>Definisi Mengidentifikasi dan merawat Ibu segera setelah melahirkan sampai dengan enam minggu</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Monitor tanda-tanda vital – Monitor keadaan lokia (mis. warna, jumlah, bau dan bekuan) – Periksa perenium atau robekan (kemerahan, edema, ekimosis, pengeluaran, penyatuan, jahitan) – Monitor nyeri – Monitor status pencernaan
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> – Monitor tanda Homan – Identifikasi kemampuan ibu merawat bayi – Identifikasi adanya masalah adaptasi psikologis ibu postpartum <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kosongkan kandung kemih sebelum pemeriksaan – Masase fundus sampai kontraksi kuat, jika perlu – Dukung ibu untuk melakukan ambulasi dini – Berikan kenyamanan pada ibu – Fasilitasi ibu berkemih secara normal – Fasilitasi ikatan tali kasih ibu dan bayi secara optimal – Diskusikan kebutuhan aktivitas dan istirahat selama masa postpartum – Diskusikan tentang perubahan fisik dan psikologis ibu postpartum – Diskusikan seksualitas masa postpartum – Diskusikan penggunaan alat kontrasepsi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Jelaskan tanda bahaya nifas pada ibu dan keluarga – Jelaskan pemeriksaan pada ibu dan bayi secara rutin – Ajarkan cara perawatan perineum yang tepat – Ajarkan ibu mengatasi nyeri secara nonfarmakologis (mis. teknik distraksi, imajinasi)
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> – Ajarkan ibu mengurangi masalah trombosis vena <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Rujuk ke konselor laktasi, jika perlu <p>Edukasi Perawatan Perineum (I.12430)</p> <p>Definisi Memberikan informasi dalam membersihkan daerah kemaluan dan sekitarnya</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi – Identifikasi pengetahuan ibu tentang perawatan perineal pascapersalinan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan – Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan – Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Jelaskan prosedur perineal hygiene yang benar – Jelaskan tanda-tanda infeksi pada perineum – Anjurkan selalu menjaga area genital agar tidak lembab
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> – Anjurkan menghindari menggunakan bahan apapun ketika membersihkan area genetalia (kecuali air bersih) – Anjurkan sesering mungkin mengganti celana dalam (setiap 4 jam) – Ajarkan cara penggunaan celana dalam yang aman – Ajarkan cara penggunaan pembalut – Ajarkan menilai perbedaan postpartum abnormal <p>Edukasi Perawatan Bayi (I.12419)</p> <p>Definisi Memberikan informasi dan dukungan mengenai perawatan bayi secara mandiri</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi – Terapeutik – Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan – Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan – Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Jelaskan manfaat perawatan bayi
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> – Ajarkan memandikan bayi dengan memperhatikan suhu ruangan 21-24 derajat celcius dan Dalam waktu 5-10 menit, sehari 2 kali – Ajarkan perawatan tali pusat – Anjurkan memantau tanda vital bayi terutama suhu 36,5-37,5 derajat celcius – Anjurkan untuk menjemur bayi sebelum jam 9 pagi – Ajarkan pijat bayi – Anjurkan segera mengganti popok jika basah – Anjurkan penggunaan pakaian bayi dari bahan katun – Anjurkan menyusui sesuai kebutuhan bayi
6.	(D.0077) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik trauma perineum	<p>L.09093-Tingkat Ansietas</p> <p>Definisi Kondisi emosi dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.</p> <p>Ekspektasi Menurun.</p> <p>Kriteria Hasil 1. Verbalisasi kebingungan</p>	<p>Reduksi Ansietas (I.09314)</p> <p>Definisi Reduksi ansietas adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk meminimalkan kondisi individu dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan Tindakan untuk menghadapi ancaman.</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor) – Identifikasi kemampuan mengambil keputusan

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi 3. Perilaku gelisah 4. Perilaku tegang 5. Keluhan pusing 6. Anoreksia 7. Palpitasi 8. Frekuensi pemapasan 9. Frekuensi nadi 10. Tekanan darah 11. Diaforesis 12. Tremor 13. Pucat 14. Konsentrasi 15. Pola tidur 16. Perasaan keberdayaan 17. Kontak mata 18. Pola berkemih 19. Orientasi 	<ul style="list-style-type: none"> – Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan – Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan – Pahami situasi yang membuat ansietas – Dengarkan dengan penuh perhatian – Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan – Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan – Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan – Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami – Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis – Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu
--	--	---	---

			<ul style="list-style-type: none"> – Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan – Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi – Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan – Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat – Latih Teknik relaksasi <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
7.	(D.0080) Ansietas b.d krisis situasional	<p>L.09093-Tingkat Ansietas</p> <p>Definisi Kondisi emosi dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.</p> <p>Ekspektasi: Menurun.</p> <p>Kriteria Hasil: 20. Verbalisasi kebingungan</p>	<p>Reduksi Ansietas (L.09314) Reduksi ansietas adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk meminimalkan kondisi individu dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan Tindakan untuk menghadapi ancaman.</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor) – Identifikasi kemampuan mengambil keputusan – Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

		<p>21. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi</p> <p>22. Perilaku gelisah</p> <p>23. Perilaku tegang</p> <p>24. Keluhan pusing</p> <p>25. Anoreksia</p> <p>26. Palpitasi</p> <p>27. Frekuensi pemapasan</p> <p>28. Frekuensi nadi</p> <p>29. Tekanan darah</p> <p>30. Diaforesis</p> <p>31. Tremor</p> <p>32. Pucat</p> <p>33. Konsentrasi</p> <p>34. Pola tidur</p> <p>35. Perasaan keberdayaan</p> <p>36. Kontak mata</p> <p>37. Pola berkemih</p> <p>38. Orientasi</p>	<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan – Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan – Pahami situasi yang membuat ansietas – Dengarkan dengan penuh perhatian – Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan – Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan – Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan – Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami – Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis – Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu – Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan – Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> – Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan – Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat – Latih Teknik relaksasi <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
8.	(D.0111) Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi	<p>Tingkat Pengetahuan (L.12111)</p> <p>Definisi Kecukupan informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu</p> <p>Ekspektasi Meningkat</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 	<p>Edukasi Kesehatan (1.12383)</p> <p>Definisi Mengajarkan pengelolaan factor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih serta sehat</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi – Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan – Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan – Berikan kesempatan untuk bertanya

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 8. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun 9. Perilaku membaik 	<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan – Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat – Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
9.	(D.0142) Risiko infeksi b.d efek prosedur invasiv akibat trauma perineum selama persalinan dan kelahiran	<p>Tingkat Infeksi (L.14137)</p> <p>Definisi Derajat infeksi berdasarkan observasi atau bersumber informasi</p>	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Definisi Pencegahan infeksi adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko terserang organisme patogenik.</p>

		<p>Ekspektasi Menurun</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat 3. Demam menurun 4. Kemerahan menurun 5. Nyeri menurun 6. Bengkak menurun 7. Vesikel menurun 8. Cairan berbau busuk menurun 9. Sputum berwarna hijau menurun 10. Drainase purulen menurun 11. Pyuria menurun 12. Periode malaise menurun 13. Periode menggigil menurun 14. Letargi menurun 15. Gangguan kognitif menurun 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> – Batasi jumlah pengunjung – Berikan perawatan kulit pada area edema – Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien – Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi – Jelaskan tanda dan gejala infeksi – Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar – Ajarkan etika batuk – Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi – Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi – Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
--	--	---	---

		<p>16. Kadar sel darah putih menurun</p> <p>17. Kultur darah membaik</p> <p>18. Kultur urin membaik</p> <p>19. Kultur sputum membaik</p> <p>20. Kultur area luka membaik</p> <p>21. Kultur feses membaik</p> <p>22. Nafsu makan membaik</p>	<p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <p>Definisi Mengidentifikasi dan meningkatkan penyembuhan luka serta mencegah terjadinya komplikasi luka</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) – Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> – Lepaskan balutan dan plester secara perlahan – Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu – Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan – Bersihkan jaringan nekrotik – Berikan salep yang sesuai ke kulit atau Lesi, jika perlu – Pasang balutan sesuai jenis luka – Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka – Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase – Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien – Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari
--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> – Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi – Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transkutaneus), jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Jelaskan tanda dan gejala infeksi – Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein – Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi prosedur debridement (mis. enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu</p> <p>Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</p>
--	--	--	---

2.5.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah usaha untuk mencapai tujuan tertentu sebagai bentuk dari penerapan intervensi keperawatan. Setelah pembuatan intervensi keperawatan, fase pelaksanaan dimulai, dengan tujuan membantu klien mencapai hasil yang diinginkan melalui perintah keperawatan. Sebagai hasilnya, intervensi keperawatan tertentu diterapkan untuk mengubah suatu faktor yang dapat mempengaruhi masalah kesehatan pasien (Syahri *et al.*, 2023).

2.5.5 Evaluasi Keperawatan

Kriteria untuk keberhasilan tindakan prosedural dan keperawatan merupakan bagian dari rencana evaluasi keperawatan. Efektivitas proses dapat dievaluasi dengan membandingkannya dengan strategi atau rencana yang ada. Sementara itu, tingkat otonomi pasien dalam kegiatan sehari-hari dan derajat perbaikan kesehatan dapat dibandingkan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya untuk menentukan efektivitas tindakan tersebut (Syahri *et al.*, 2023).

Evaluasi formatif dan sumatif adalah dua kategori di mana evaluasi keperawatan dikategorikan. Keduanya bertujuan untuk menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai. Namun, sejauh mana pemeriksaan dilakukan, itulah yang membedakan keduanya satu sama lain (Cahya *et al.*, 2023).

1. Evaluasi Formatif

Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan segera setelah dilakukan implementasi keperawatan, perawat melakukan evaluasi formatif dengan mengamati kemandirian dan kesehatan keseluruhan pasien. Reaksi pasien terhadap implementasi keperawatan adalah fokus utama dari evaluasi formatif. Nama lain untuk evaluasi formatif adalah evaluasi proses, yang mendokumentasikan perkembangan reaksi pasien, keluarga, atau komunitas (Cahya *et al.*, 2023). Kerangka pemikiran SOAP (Subjektif, Objektif, Analysis, dan Panning) dapat digunakan untuk evaluasi formatif (Cahya *et al.*, 2023).

1) S (Subjektif)

Data subyektif adalah data yang ditemukan perawat setelah dilakukan tindakan keperawatan dimana data tersebut berupa keluhan pasien atau keluarga pasien (Cahya *et al.*, 2023).

2) O (Objektif)

Pengukuran atau pengamatan yang dilakukan oleh perawat langsung terhadap pasien dan sebagaimana dipersepsikan oleh pasien setelah intervensi keperawatan merupakan data objektif (Cahya *et al.*, 2023).

3) A (Analysis)

Dari interpretasi setiap informasi subyektif dan obyektif yang diberikan oleh pasien, keluarga, atau komunitas, perawat melakukan analisis (Cahya *et al.*, 2023). Perawat memantau data obyektif dan subyektif berdasarkan seberapa baik mereka cocok dengan kriteria

hasil dari rumusan diagnosis keperawatan atau potensi munculnya masalah kesehatan baru. Masalah yang belum teratasi, masalah yang sebagian teratasi, kesulitan yang baru berkembang, dan masalah yang telah teratasi adalah empat alternatif yang tersedia untuk langkah analisis (Cahya *et al.*, 2023).

4) P (Planning)

Perencanaan bergantung pada temuan dari hasil analisis. Perawat mencatat bahwa perencanaan selesai atau dihentikan jika analisis menunjukkan bahwa masalah telah diperbaiki dan jadwal perawatan pasien rumah sakit telah selesai (tujuan tercapai) (Cahya *et al.*, 2023). Namun, jika tidak ada perubahan dalam periode yang ditentukan untuk tujuan, perencanaan dapat dihentikan karena masalah baru telah diintroduksi atau diubah (Cahya *et al.*, 2023).

2. Evaluasi Sumatif

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah penyelesaian semua intervensi keperawatan. Diagnosis keperawatan digunakan sebagai standar untuk menentukan apakah evaluasi sumatif berhasil atau tidak. Setelah ditetapkannya tujuan waktu untuk fase intervensi keperawatan, evaluasi sumatif juga dilakukan. Pasien sering kali direncanakan untuk keluar atau dipindahkan ke ruang lain pada saat penilaian evaluasi sumatif (Cahya *et al.*, 2023).