

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masa Nifas atau Post Partum merupakan masa transisi setelah persalinan dimana saattersebut muncul perasaan nyeri pada perineum karena robekan dijalan lahir serta timbulnya kecemasan dan hal ini yang tidak jarang menyebabkan mordibitas seorang ibu sehingga menyebabkan ketidaknyamanan.(Rahmaniar et al., 2019).Mordibitas berhubungan dengan luka perineum dan penjahitan dimana sebagian besar ibu pada masa post partum masih merasakan nyeri pada perineumnya dan 77% diantaranya adalah primipara serta 52% multipara. Luka perineum pada masa post partum memberikan pengaruh secara fisik dan psikologis. 78% ibu melahirkan mengalami trauma perineum yang berasal dari nyeri perineum dengan derajat nyeri yang berbeda- beda tergantung jenis dan luasnya robekan perineum. Nyeri perineum dapat dipengaruhi oleh peregangan saat melahirkan, tekanan kepala janin, serta tingkat keparahan trauma perineum spontan.(Ulfah, Novitasari, & Murniati, 2019).

Menurut *World Health Organization(WHO 2014)* Hampir 90% proses persalinan normal itu mengalami nyeri akibat robekan perineum baik dengan atau tanpa episiotomi, data lain menunjukkan bahwa 50% kejadian ruptur perineum di dunia terjadi di Asia(Istiana, Rahmawati dan Kusumawati, 2020).Prevalensi ibu bersalin yang mengalami ruptur perineum di Indonesia pada golongan umur 25-30 tahun yaitu 24% sedangkan pada ibu bersalin dengan usia 31-39 tahun sebesar 62% .Ruptur perineum yang terjadi saat persalinan baik secara spontan maupun episiotomi menimbulkan rasa tidak

nyaman berupa nyeri setelah persalinan. Di dalam penelitian kohort terdapat 241 dari ibu postpartum mengalami nyeri perineum, 173 (92%) ibu postpartum melaporkan nyeri perineum pada hari pertama. Sebuah penelitian dengan survei yang dilakukan pada ibu postpartum sebagian besar ibu merasakan nyeri pada perineum, 77% diantaranya adalah primipara dan 52% multipara (Suciani Pujiningrum, 2019). Untuk jumlah ibu bersalin/Nifas di Provinsi Jawa Timur tahun 2018 adalah 599.360 jiwa. Sedangkan jumlah angka persalinan di kabupaten Banyuwangi pada Tahun 2019 mencapai 18.800 jiwa, dan data persalinan di RSUD Genteng dari bulan juni-juli 2022 total 98 pasien di ruang bersalin dan 31 pasien lainnya mengalami nyeri akibat persalinan secara normal (spontan).

Nyeri diakibatkan oleh robekan yang terjadi pada perineum, vagina, serviks, atau uterus dapat terjadi secara spontan atau akibat tindakan manipulatif pada pertolongan persalinan. Nyeri perineum sebagai manifestasi dari luka bekas penjahitan yang dirasakan pasien akibat ruptur perineum. Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan. Sifatnya sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan bagaimana atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. (OKTARINA, 2020)

Pada saat terjadi persalinan hampir semua mengalami ruptur perineum baik itu robekan yang disengaja dengan episiotomi atau robekan secara spontan akibat persalinan, robekan perineum ada yang perlu tindakan penjahitan ada juga yang tidak, nyeri yang dirasakan oleh ibu postpartum

disebabkan luka jahitan akibat terjadinya kerusakan jaringan berupa ruptur perineum atau episiotomi pada saat persalinan, mengakibatkan reseptor nyeri, dan nyeri dipresepsikan oleh pasien bagaimana kuatitas nyerinya. Nyeri menyebabkan ibu takut untuk mobilisasi. Selama periode nifas perlu mendapat perhatian karena masa nifas merupakan masa yang rawan bagi ibu. Masa 2 jam pasca persalinan merupakan pemantauan perubahan-perubahan yang terjadi pada masa nifas untuk mengantisipasi komplikasi pada masa nifas. Dalam waktu 2 jam ini dilakukan monitor ketat tekanan darah setiap 15 menit, suhu tubuh setiap 4 jam pada 6 jam pertama lalu setiap 6 jam pada 6 jam berikutnya (Silfiyana, 2019).

Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan adalah melalui upaya promotive (Peningkatan) meliputi pengetahuan cara mengontrol nyeri akibat tindakan invasif (episiotomi), upaya preventive (pencegahan) meliputi cara pencegahan infeksi lanjut dengan melakukan perawatan perineum serta memberikan pengobatan dan Metode manajemen nyeri yang digunakan adalah non farmakologi. Beberapa tindakan non farmakologi yang dapat digunakan untuk menurunkan manajemen nyeri yaitu melakukan senam relaksasi dan melakukan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri, upaya rehabilitative (pemulihan) perawat menganjurkan pasien untuk segera melakukan mobilisasi secara bertahap.

senam nifas dapat membantu ibu dari ketergantungan peran sakit menjadi sehat, meningkatkan sirkulasi darah, merelaksasikan dasar panggul, serta dapat memperbaiki sikap tubuh setelah melahirkan. Senam nifas mampu mengembalikan kondisi kesehatan, dan mempercepat penyembuhan ibu

sehingga nyeri dirasakan tidak berlangsung lama dan tidak menimbulkan komplikasi lebih lanjut yang disebabkan oleh nyeri perineum (Martini 2015).

Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik untuk mengadakan penelitian dengan judul Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Pasien Ibu Nifas Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Persalinan RSUD Genteng Banyuwangi tahun 2022.

1.2 Batasan Masalah

Masalah pada studi kasus ini di batasi pada “Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Pasien Ibu Nifas Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Persalinan RSUD Genteng Banyuwangi tahun 2022”

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Pasien Ibu Nifas Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Persalinan RSUD Genteng Banyuwangi tahun 2022?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Melakukan Asuhan Keperawatan Maternitas pada pasien Ibu Nifas dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Persalinan RSUD Genteng Banyuwangi Tahun 2022.

1.4.1 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan Maternitas pada pasien Ibu Nifas dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Persalinan RSUD Genteng Banyuwangi Tahun 2022

2. Menetapkan diagnosis keperawatan Maternitas pada pasien Ibu Nifas dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Persalinan RSUD Genteng Banyuwangi Tahun 2022
3. Menyusun perencanaan keperawatan Maternitas pada pasien Ibu Nifas dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Persalinan RSUD Genteng Banyuwangi Tahun 2022
4. Melaksanakan tindakan keperawatan Maternitas pada pasien Ibu Nifas dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Persalinan RSUD Genteng Banyuwangi Tahun 2022
5. Melakukan evaluasi pada pasien Maternitas pada pasien Ibu Nifas dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Persalinan RSUD Genteng Banyuwangi Tahun 2022

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Studi kasus di harapkan dapat memberikan informasi tentang pasien ibu nifas dengan masalah keperawatan nyeri Akut sehingga bisa di kembangkan dan dijadikan dasar dalam ilmu keperawatan.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Perawat

Studi kasus ini di harapkan dapat memberikan masukan bagi tenaga kesehatan dalam rangka upaya meningkatkan pemberian asuhan keperawatan maternitas pada pasien ibu nifas dengan masalah keperawatan nyeri Akut.

2. Bagi Tempat Penelitian

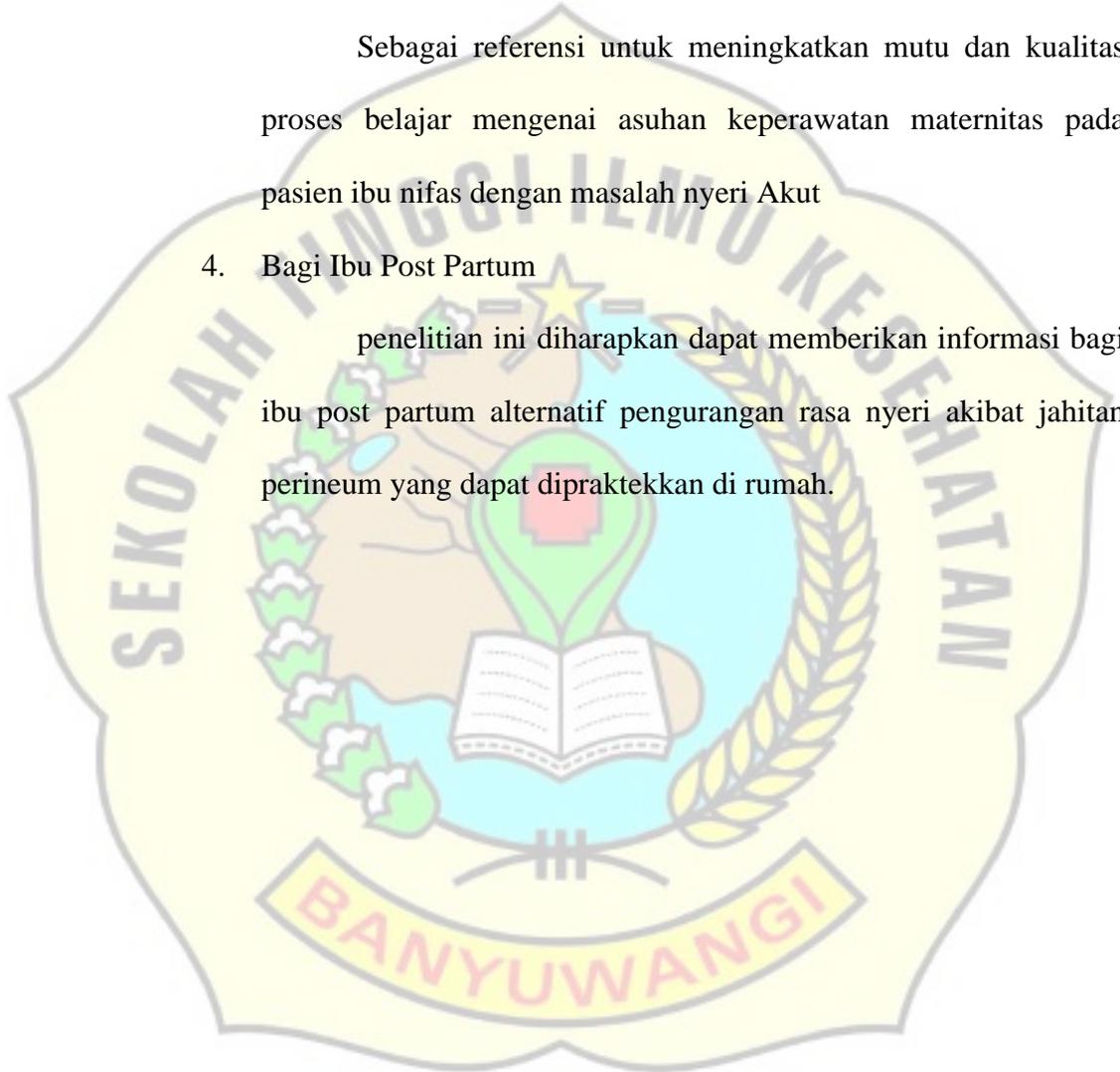
Adanya studi kasus ini dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk mengoptimalkan dalam memberikan pelayanan dan pencegahan khususnya pada kasus asuhan keperawatan maternitas pada pasien ibu nifas dengan masalah nyeri Akut

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai referensi untuk meningkatkan mutu dan kualitas proses belajar mengenai asuhan keperawatan maternitas pada pasien ibu nifas dengan masalah nyeri Akut

4. Bagi Ibu Post Partum

penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi ibu post partum alternatif pengurangan rasa nyeri akibat jahitan perineum yang dapat dipraktekkan di rumah.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Masa Nifas

2.1.1 Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (Post Partum) adalah masa di mulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali semula seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari. (Yuliana & Hakim, 2020)

Post partum adalah masa persalinan dan setelah kelahiran, masa pada waktu saluran reproduktif kembali ke keadaan semula (tidak hamil) (Aspiani, 2017).

2.1.2 Klasifikasi Masa Nifas

Menurut Wulandari (2020) Ada beberapa tahapan yang di alami oleh wanita selama masa nifas, yaitu sebagai berikut :

1) Puerperium dini

Puerperium dini merupakan masa pemulihan awal dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan. Ibu yang melahirkan per vagina tanpa komplikasi dalam 6 jam pertama setelah kala IV dianjurkan untuk mobilisasi segera.

2) Puerperium intermedial

Suatu masa pemulihan dimana organ-organ reproduksi secara berangsur-angsur akan kembali ke keadaan sebelum hamil.

Masa ini berlangsung selama kurang lebih enam minggu atau 42 hari.

3) Remotepuerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi. Rentang waktu remote puerperium berbeda untuk setiap ibu, tergantung dari berat ringannya komplikasi yang dialami selama hamil atau persalinan.

2.1.3 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Perubahan Fisiologis Masa Nifas Ibu dalam masa nifas mengalami perubahan fisiologis. Setelah keluarnya plasenta, kadar sirkulasi hormon HCG (human chorionic gonadotropin), human plasental lactogen, estrogen dan progesteron menurun. Human plasental lactogen akan menghilang dari peredaran darah ibu dalam 2 hari dan HCG dalam 2 minggu setelah melahirkan. Kadar estrogen dan progesteron hampir sama dengan kadar yang ditemukan pada fase follikuler dari siklus menstruasi berturut-turut sekitar 3 dan 7 hari. Penarikan polipeptida dan hormon steroid ini mengubah fungsi seluruh sistem sehingga efek kehamilan berbalik dan wanita dianggap sedang tidak hamil (Walyani, 2017)

Perubahan- perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu masa nifas menurut Maritalia (2012) dan Walyani (2017) yaitu:

a. Uterus

Uterus merupakan organ reproduksi interna yang berongga dan berotot, berbentuk seperti buah alpukat yang sedikit gepeng dan berukuran sebesar telur ayam. Panjang uterus sekitar 7-8 cm, lebar sekitar 5 - 5,5 cm dan tebal sekitar 2, 5 cm. Letak uterus secara fisiologis adalah anteversiofleksio. Uterus terbagi dari 3 bagian yaitu fundus uteri, korpus uteri, dan serviks uteri. Menurut Walyani (2017) uterus berangsur- angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil:

- 1) Bayi lahir fundus uteri setinggi pusat dengan berat uterus 1000 gr.
- 2) Akhir kala III persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari bawah pusat dengan berat uterus 750 gr.
- 3) Satu minggu postpartum tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat dengan simpisis, berat uterus 500 gr.
- 4) Dua minggu postpartum tinggi fundus uteri tidak teraba diatas simpisis dengan berat uterus 350 gr.
- 5) Enam minggu postpartum fundus uteri bertambah kecil dengan berat uterus 50 gr.

Pemeriksaan uterus meliputi mencatat lokasi, ukuran dan konsistensi antara lain:

1) Penentuan lokasi uterus

Dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada di atas atau di bawah umbilikus dan apakah fundus berada di garis tengah abdomen/ bergeser ke salah satu sisi.

2) Penentuan ukuran uterus

Dilakukan melalui palpasi dan mengukur TFU pada puncak fundus dengan jumlah lebar jari dari umbilikus atas atau bawah.

3) Penentuan konsistensi uterus Ada 2 ciri konsistensi uterus yaitu uterus keras teraba sekeras batu dan uterus lunak.



Uraian	minggu	Uraian	Tinggi Fundus Uteri
xiphoid	36	22-28 minggu	24-25 cm
Perut lunak, setiap 2 minggu bertambah 1 lebar jari	32 dan 40	28 minggu	26,7 cm
umbilikus	28	30 minggu	29,5-30 cm
	34	32 minggu	29,5-30 cm
Perut lunak, setiap 2 minggu bertambah 1 lebar jari	18	34 minggu	31 cm
umbilikus	16	36 minggu	32 cm
	14	38 minggu	33 cm
sacrum	10	40 minggu	37,7 cm

Gambar 2.1 Tinggi Fundus Uteri Serviks

b. Serviks

Serviks merupakan bagian dasar dari uterus yang bentuknya menyempit sehingga disebut juga sebagai leher rahim. Serviks menghubungkan uterus dengan saluran vagina dan sebagai jalan keluarnya janin dan uterus menuju saluran vagina pada saat persalinan. Segera setelah persalinan, bentuk serviks akan menganga seperti corong. Hal ini disebabkan oleh korpus uteri

yang berkontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi. Warna serviks berubah menjadi merah kehitaman karena mengandung banyak pembuluh darah dengan konsistensi lunak. Segera setelah janin dilahirkan, serviks masih dapat dilewati oleh tangan pemeriksa. Setelah 2 jam persalinan serviks hanya dapat dilewati oleh 2-3 jari dan setelah 1 minggu persalinan hanya dapat dilewati oleh 1 jari, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

c. Vagina

Vagina merupakan saluran yang menghubungkan rongga uterus dengan tubuh bagian luar. Dinding depan dan belakang vagina berdekatan satu sama lain dengan ukuran panjang $\pm 6,5$ cm dan ± 9 cm.

Selama proses persalinan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar, terutama pada saat melahirkan bayi. Beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, vagina tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali.

Sesuai dengan fungsinya sebagai bagian lunak dan jalan lahir dan merupakan saluran yang menghubungkan cavum uteri dengan tubuh bagian luar, vagina juga berfungsi sebagai saluran tempat dikeluarkannya sekret yang berasal dari cavum uteri selama masa nifas yang disebut lochea.

Karakteristik lochea dalam masa nifas adalah sebagai berikut:

1) Lochea rubra/ kruenta

Timbul pada hari 1- 2 postpartum, terdiri dari darah segar bercampur sisa- sisa selaput ketuban, sel- sel desidua, sisa- sisa verniks kaseosa, lanugo dan mekoneum

2) Lochea sanguinolenta

Timbul pada hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 postpartum, karakteristik lochea sanguinolenta berupa darah bercampur lendir.

3) Lochea serosa

Merupakan cairan berwarna agak kuning, timbul setelah 1 minggu postpartum.

4) Lochea alba

Timbul setelah 2 minggu postpartum dan hanya merupakan cairan putih (Walyani, 2017)

Normalnya lochea agak berbau amis, kecuali bila terjadi infeksi pada jalan lahir, baunya akan berubah menjadi berbau busuk.



Gambar 2.1 Warna Lochea

d. Vulva

Sama halnya dengan vagina, vulva juga mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Beberapa hari pertama sesudah proses melahirkan vulva tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva akan kembali kepada keadaan tidak hamil dan labia menjadi lebih menonjol.

e. Payudara (mamae)

Setelah kelahiran plasenta, konsentrasi estrogen dan progesteron menurun, prolactin dilepaskan dan sintesis ASI dimulai. Suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan vascular sementara. Air susu sata diproduksi disimpan di alveoli dan harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara dihisap oleh bayi untuk pengadaaan dan keberlangsungan laktasi. ASI yang akan pertama muncul pada awal nifas ASI adalah ASI yang berwarna kekuningan yang biasa dikenal dengan sebutan kolostrum. Kolostrum telah terbentuk didalam tubuh ibu pada usia kehamilan \pm 12 minggu. Perubahan payudara dapat meliputi:

- 1) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolactin setelah persalinan.
- 2) Kolostrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari ke 2 atau hari ke 3 setelah persalinan

- 3) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi (Walyani, 2017)

f. Tanda- tanda vital

Perubahan tanda- tanda vital menurut Maritalia (2012) dan Walyani (2017) antara lain:

- 1) Suhu tubuh

Setelah proses persalinan suhu tubuh dapat meningkat $37,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal namun tidak lebih dari 38°C .

Setelah 12 jam persalinan suhu tubuh akan kembali seperti keadaan semula.

- 2) Nadi

Setelah proses persalinan selesai frekuensi denyut nadi dapat sedikit lebih lambat. Pada masa nifas biasanya denyut nadi akan kembali normal.

- 3) Tekanan darah

Setelah partus, tekanan darah dapat sedikit lebih rendah dibandingkan pada saat hamil karena terjadinya perdarahan pada proses persalinan.

- 4) Pernafasan

Pada saat partus frekuensi pernafasan akan meningkat karena kebutuhan oksigen yang tinggi untuk tenaga ibu meneran/ mengejan dan mempertahankannya agar

persediaan oksigen ke janin tetap terpenuhi. Setelah partus frekuensi pernafasan akan kembali normal.

g. Sistem peredaran darah (Kardiovaskuler)

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat segerasetelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan beban jantung meningkat yang dapat diatasi dengan haemokonsentrasi sampai volume darah kembali normal, dan pembuluh darah kembali ke ukuran semula.

h. Sistem pencernaan

Pada ibu yang melahirkan dengan cara operasi (section aesarea) biasanya membutuhkan waktu sekitar 1- 3 hari agar fungsi saluran cerna dan nafsu makan dapat kembali normal. Ibu yang melahirkan secara spontan biasanya lebih cepat lapar karena telah mengeluarkan energi yang begitu banyak pada saat proses melahirkan. Buang air besar biasanya mengalami perubahan pada 1- 3 hari postpartum, hal ini disebabkan terjadinya penurunan tonus otot selama proses persalinan. Selain itu, enema sebelum melahirkan, kurang asupan nutrisi dan dehidrasi serta dugaan ibu terhadap timbulnya rasa nyeri disekitar anus/ perineum setiap kali akan b.a.b juga mempengaruhi defekasi secara spontan. Faktor- faktor tersebut sering menyebabkan timbulnya konstipasi pada ibu nifas dalam

minggu pertama. Kebiasaan defekasi yang teratur perlu dilatih kembali setelah tonus otot kembali normal.

i. Sistem perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12- 36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Uterus yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu.

j. Sistem integumen

Perubahan kulit selama kehamilan berupa hiperpigmentasi pada wajah, leher, mammae, dinding perut dan beberapa lipatan sendri karena pengaruh hormon akan menghilang selama masa nifas.

k. Sistem musculoskeletal

Ambulasi pada umumnya dimulai 4- 8 jam postpartum. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi.

2.1.4 Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Kebutuhan dasar pada ibu masa nifas menurut Maritalia (2012) dan Walyani (2017) yaitu:

a. Kebutuhan nutrisi

Ibu nifas harus mengonsumsi makanan yang mengandung zat- zat yang berguna bagi tubuh ibu pasca melahirkan dan untuk persiapan produksi ASI, terpenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, zat besi, vitamin dan minelar untuk mengatasi anemia, cairan dan serat untuk memperlancar ekskresi. Ibu nifas harus mengonsumsi makanan yang mengandung zat- zat yang berguna bagi tubuh ibu pasca melahirkan dan untuk persiapan produksi ASI, terpenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, zat besi, vitamin dan minelar untuk mengatasi anemia, cairan dan serat untuk memperlancar ekskresi.

Kebutuhan kalori wanita dewasa yang sehat dengan berat badan 47 kg diperkirakan sekitar 2200 kalori/ hari. Ibu yang berada dalam masa nifas dan menyusui membutuhkan kalori yang sama dengan wanita dewasa, ditambah 700 kalori pada 6 bulan pertama untuk membeikan ASI eksklusif dan 500 kalori pada bulan ke tujuh dan selanjutnya.

b. Kebutuhan cairan

Fungsi cairan sebagai pelarut zat gizi dalam proses metabolisme tubuh. Minumlah cairan cukup untuk membuat

tubuh ibu tidak dehidrasi. Ibu dianjurkan untuk minum setiap kali menyusui dan menjaga kebutuhan hidrasi sedikitnya 3 liter setiap hari. Asupan tablet tambah darah dan zat besi diberikan selama 40 hari postpartum. Minum kapsul Vit A (200.000 unit)

c. Kebutuhan ambulasi

Aktivitas dapat dilakukan secara bertahap, memberikan jarak antara aktivitas dan istirahat. Dalam 2 jam setelah bersalin ibu harus sudah melakukan mobilisasi. Dilakukan secara perlahan-lahan dan bertahap. Dapat dilakukan dengan miring kanan atau kiri terlebih dahulu dan berangsur-angsur untuk berdiri dan jalan. Mobilisasi dini bermanfaat untuk:

- 1) Melancarkan pengeluaran lokia, mengurangi infeksi puerperium.
- 2) Ibu merasa lebih sehat dan kuat.
- 3) Mempercepat involusi alat kandungan.
- 4) Fungsi usus, sirkulasi, paru-paru dan perkemihan lebih baik.
- 5) Meningkatkan kelancaran peredaran darah, sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme.
- 6) Memungkinkan untuk mengajarkan perawatan bayi pada ibu.
- 7) Mencegah trombosis pada pembuluh tungkai (Walyani, 2017)

d. Kebutuhan eliminasi

Pada kala IV persalinan pemantauan urin dilakukan selama 2 jam, setiap 15 menit sekali pada 1 jam pertama dan 30 menit

sekali pada jam berikutnya. Pemantauan urin dilakukan untuk memastikan kandung kemih tetap kosong sehingga uterus dapat berkontraksi dengan baik. Dengan adanya kontraksi uterus yang adekuat diharapkan perdarahan postpartum dapat dihindari.

Memasuki masa nifas, ibu diharapkan untuk berkemih dalam 6- 8 jam pertama. Pengeluaran urin masih tetap dipantau dan diharapkan setiap kali berkemih urin yang keluar minimal sekitar 150 ml. Ibu nifas yang mengalami kesulitan dalam berkemih kemungkinan disebabkan oleh menurunnya tonus otot kandung kemih, adanya edema akibat trauma persalinan dan rasa takut timbulnya rasa nyeri setiap kali berkemih.

Kebutuhan untuk defekasi biasanya timbul pada hari pertama sampai hari ke tiga postpartum. Kebutuhan ini dapat terpenuhi bila ibu mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat, cukup cairan dan melakukan mobilisasi dengan baik dan benar. Bila lebih dari waktu tersebut ibu belum mengalami defekasi mungkin perlu diberikan obat pencakar.

e. Kebersihan diri

Pada masa nifas yang berlangsung selama lebih kurang 40 hari, kebersihan vagina perlu mendapat perhatian lebih. Vagina merupakan bagian dari jalan lahir yang dilewati janin pada saat proses persalinan. Kebersihan vagina yang tidak terjaga dengan

baik pada masa nifas dapat menyebabkan timbulnya infeksi pada vagina itu sendiri yang dapat meluas sampai ke rahim.

Alasan perlunya meningkatkan kebersihan vagina pada masa nifas adalah:

- 1) Adanya darah dan cairan yang keluar dari vagina selama masa nifas yang disebut lochea.
- 2) Secara anatomis, letak vagina berdekatan dengan saluran buang air kecil (meatus eksternus uretrae) dan buang air besar (anus) yang setiap hari kita lakukan. Kedua saluran tersebut merupakan saluran pembuangan (muara ekskreta) dan banyak mengandung mikroorganisme patogen.
- 3) Adanya luka/ trauma di daerah perineum yang terjadi akibat proses persalinan dan bila terkena kotoran dapat terinfeksi.
- 4) Vagina merupakan organ terbuka yang mudah dimasuki mikroorganisme yang dapat menjalar ke rahim (Maritalia, 2012).

Untuk menjaga kebersihan vagina pada masa nifas dapat dilakukan dengan cara:

- 1) Setiap selesai BAK atau BAB siramlah mulut vagina dengan air bersih. Basuh dari arah depan ke belakang hingga tidak ada sisa- sisa kotoran yang menempel disekitar vagina baik itu urin maupun feses yang mengandung mikroorganisme dan bisa menimbulkan infeksi pada luka jahitan

- 2) Bila keadaan vagina terlalu kotor, cucilah dengan sabun atau cairan antiseptic yang berfungsi untuk menghilangkan mikroorganisme yang terlanjur berkembangbiak di daerah tersebut
- 3) Bila keadaan luka perineum terlalu luas atau ibu dilakukan episiotomi, upaya untuk menjaga kebersihan vagina dapat dilakukan dengan cara duduk berendam dalam cairan antiseptic selama 10 menit setelah BAK atau BAB
- 4) Mengganti pembalut setiap selesai membersihkan vagina agar mikroorganisme yang ada pada pembalut tersebut tidak ikut terbawa ke vagina yang baru dibersihkan
- 5) Keringkan vagina dengan tisu atau handuk lembut setiap kali selesai membasuh agar tetap kering dan kemudian kenakan pembalut yang baru. Pembalut harus diganti setiap selesai BAK atau BAB atau minimal 3 jam sekali atau bila ibu sudah merasa tidak nyaman

f. Kebutuhan perawatan payudara

Menurut Walyani (2017) kebutuhan perawatan payudara pada ibu masa nifas antara lain:

- 1) Sebaiknya perawatan mammae telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting lemas, tidak keras dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya.

- 2) Bila bayi meninggal, laktasi harus dihentikan dengan cara: pembalutan mammae sampai tertekan, pemberian obat estrogen untuk supresi LH seperti tablet Lynoral dan Pardolel.
- 3) Ibu menyusui harus menjaga payudaranya untuk tetap bersih dan kering.
- 4) Menggunakan bra yang menyongkong payudara.
- 5) Apabila puting susu lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui, kemudian apabila lecetnya sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam. Asi dikeluarkan dan diminumkan menggunakan sendok. Selain itu, untuk menghilangkan rasa nyeri dapat minum paracetamol 1 tablet setiap 4- 6 jam.

g. Rencana KB

Rencana KB setelah ibu melahirkan sangatlah penting, dikarenakan secara tidak langsung KB dapat membantu ibu untuk dapat merawat anaknya dengan baik serta mengistirahatkan alat kandungnya.

2.1.5 Ketidaknyamanan Masa Nifas

Ketidaknyamanan Masa Nifas disebabkan oleh trauma perineum selama persalinan, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula, pembengkakan payudara dimana alveoli mulai terisi ASI, kekurangan dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan, ketidaktepatan posisi duduk, dan faktor budaya (PPNI, 2016).

Menurut Varney (2008) terdapat beberapa ketidaknyamanan pada masa nifas. Meskipun dianggap normal, ketidaknyamanan tersebut dapat menyebabkan distress fisik yang bermakna..

1) Nyeri perineum

Beberapa tindakan dapat mengurangi ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau luka episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut. Sebelum tindakan dilakukan, penting untuk memeriksa perineum untuk menyingkirkan komplikasi seperti hematoma. Pemeriksaan ini juga mengindikasikan tindakan lanjutan apa yang mungkin paling efektif.

2) Konstipasi

Rasa takut dapat menghambat fungsi bowel jika wanita takut bahwa hal tersebut dapat merobek jahitan atau akibat nyeri yang disebabkan oleh ingatannya tentang tekanan bowel pada saat persalinan. Konstipasi lebih lanjut mungkin diperberat dengan longgarnya abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga atau empat.

2.1.6 Tanda Bahaya Masa Nifas

Tanda bahaya yang dapat timbul dalam masa nifas seperti perdarahan lewat jalan lahir, keluar cairan berbau dari jalan lahir, demam, bengkak di muka, tangan atau kaki, disertai kait kepala dan atau kejang, nyeri atau panas di daerah tungkai, payudara bengkak, berwarna kemerahan dan sakit, puting lecet. Ibu mengalami depresi (Depkes, 2015)

a. Perdarahan

Perdarahan yang membutuhkan lebih dari satu pembalut dalam waktu satu atau dua jam. Sejumlah perdarahan berwarna merah terang tiap saat setelah minggu pertama pascapersalinan. Perdarahan post partum adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir. Menurut waktu terjadinya terbagi atas dua bagian yaitu:

perdarahan postpartum Primer (early postpartum hemorrhage) yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir dan perdarahan postpartum sekunder (late postpartum hemorrhage) yang terjadi setelah 24 jam, biasanya antara hari ke-5 sampai ke-15 postpartum (Larasati, 2015)

Hal-hal yang menyebabkan perdarahan postpartum adalah atonia uteri, perlukaan jalan lahir, terlepasnya sebagian plasenta dari uterus, tertinggalnya sebagian dari plasenta seperti kotiledon atau plasenta subsenturiata, endometritis puerperalis, penyakit darah. (Amanu, 2018)

b. Lokhea yang Berbau Busuk (Bau dari Vagina)

Lokhea ini disebut lochea purulenta yaitu cairan seperti nanah berbau busuk (Mochtar, 2012). Hal tersebut terjadi karena kemungkinan adanya:

- 1) Tertinggalnya plasenta atau selaput janin karena kontraksi uterus yang kurang baik.
- 2) Ibu yang tidak menyusui anaknya, pengeluaran lochea rubra lebih banyak karena kontraksi uterus lebih cepat.
- 3) Infeksi jalan lahir, membuat kontraksi uterus kurang baik sehingga lebih lama mengeluarkan lochea dan lochea berbau anyir atau amis. Bila lochea bernanah atau berbau busuk, disertai nyeri perut bagian bawah kemungkinan dianoksisnya adalah metritis.

c. Sub Involasi Uterus

Faktor penyebab sub involusio antara lain sisa plasenta dalam uterus, endometritis, adanya mioma uteri. Pada pemeriksaan bimanual ditemukan uterus lebih besar dan lebih lembek dari seharusnya, fundus masih tinggi, lokea banyak dan berbau dan jarang terdapat pula perdarahan. Pengobatan dilakukan dengan memberikan injeksi methergin setiap hari ditambah ergometrin per oral. Bila ada sisa plasenta lakukan kuretase. Berikan antibiotika sebagai pelindung infeksi (Amanu, 2018)

d. Payudara Berubah Menjadi Merah, Panas dan Terasa Sakit

Mastitis adalah peradangan payudara. Mastitis ini dapat terjadi kapan saja sepanjang periode menyusui, tapi paling sering terjadi antara hari ke-10 dan hari ke-28 setelah kelahiran. Gejala dari mastitis adalah bengkak dan nyeri, payudara tampak merah

pada keseluruhan atau ditempat tertentu, payudara terasa keras dan berbenjol-benjol, serta demam dan rasa sakit.(Amanu, 2018)

e. Pusing dan Lemas yang berlebihan

Pusing merupakan tanda-tanda bahaya masa nifas, pusing bisa disebabkan karena tekanan darah rendah (sistol <100 mmHg dan diastolnya >90 mmHg). Pusing dan lemas yang berlebihan dapat juga disebabkan oleh anemia bila kadar haemoglobin <11 gr/dl. Lemas yang berlebihan juga merupakan tanda-tanda bahaya, dimana keadaan lemas disebabkan oleh kurangnya istirahat dan kurangnya asupan kalori sehingga ibu kelihatan pucat, tekanan darah rendah (Larasati, 2015)

f. Suhu Tubuh Ibu >38 C

Apabila terjadi peningkatan melebihi 38 C berturut-turut selama 2 haru kemungkinan terjadi infeksi. Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genetalia dalam masa nifas.(Amanu, 2018)

2.1.7 Komplikasi Masa Nifas

Komplikasi dan penyakit yang terjadi pada ibu masa nifas menurut Walyani (2017) yaitu:

a. Infeksi nifas

Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genetalia dalam masa nifas. Masuknya kuman-kuman dapat terjadi dalam kehamilan, waktu persalinan, dan nifas. Demam nifas adalah demam dalam masa nifas oleh

sebab apa pun. Morbiditas puerpuralis adalah kenaikan suhu badan sampai 38° C atau lebih selama 2 hari dari dalam 10 hari postpartum. Kecuali pada hari pertama. Suhu diukur 4 kali secara oral.

b. Infeksi saluran kemih

Pada masa nifas dini, sensitivitas kandung kemih terhadap tegangan air kemih di dalam vesika sering menurun akibat trauma persalinan atau analgesia epidural atau spinal. Sensasi peregangan kandung kemih juga mungkin berkurang akibat rasa tidak nyaman yang ditimbulkan oleh episiotomi yang lebar, laserasi periuretra, atau hematoma dinding vagina. Setelah melahirkan, terutama saat infus oksitosin dihentikan, terjadi diuresis yang disertai peningkatan produksi urin dan distensi kandung kemih. Over distensi yang disertai katekisasi untuk mengeluarkan air kemih sering menyebabkan infeksi saluran kemih.

c. Metritis

Metritis adalah inspeksi uterus setelah persalinan yang merupakan salah satu penyebab terbesar kematian ibu. Bila pengobatan terlambat atau kurang adekuat dapat menjadi abses pelvis yang menahun, peritonitis, syok septik, trombosis yang dalam, emboli pulmonal, infeksi felvik yang menahun, dispareunia, penyumbatan tuba dan infertilitas.

d. Bendungan payudara

Bendungan payudara adalah peningkatan aliran vena dan limfe pada payudara dalam rangka mempersiapkan diri untuk laktasi. Bendungan terjadi akibat bendungan berlebihan pada limfatik dan vena sebelum laktasi. Payudara bengkak disebabkan karena menyusui yang tidak kontinu, sehingga sisa ASI terkumpul pada daerah ductus. Hal ini dapat terjadi pada hari ke tiga setelah melahirkan. Penggunaan bra yang keras serta keadaan puting susu yang tidak bersih dapat menyebabkan sumbatan pada ductus.

e. Infeksi payudara

Mastitis termasuk salah satu infeksi payudara. Mastitis adalah peradangan pada payudara yang dapat disertai infeksi atau tidak, yang disebabkan oleh kuman terutama *Staphylococcus aureus* melalui luka pada puting susu atau melalui peredaran darah.

f. Abses payudara

Abses payudara merupakan komplikasi akibat peradangan payudara/ mastitis yang sering timbul pada minggu ke dua postpartum (setelah melahirkan), karena adanya pembengkakan payudara akibat tidak menyusui dan lecet pada puting susu.

g. Abses pelvis

Penyakit ini merupakan komplikasi yang umum terjadi pada penyakit- penyakit meluar seksual (sexually transmitted disease/ STDs), utamanya yang disebabkan oleh chlamydia dan gonorrhea.

h. Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan pada peritoneum yang merupakan pembungkus visera dalam rongga perut. Peritoneum adalah selaput tipis dan jernih yang membungkus organ perut dan dinding perut sebelah dalam.

i. Infeksi luka perineum dan luka abdominal

Luka perineum adalah luka perineum karena adanya robekan jalan lahir baik karena ruptur maupun karena episiotomy pada waktu melahirkan janin. Ruptur perineum adalah robekan yang terjadi pada perineum sewaktu persalinan.

j. Perdarahan pervagina

Perdarahan pervagina atau perdarahan postpartum adalah kehilangan darah sebanyak 500 cc atau lebih dari traktus genitalia setelah melahirkan. Hemoragi postpartum primer mencakup semua kejadian perdarahan dalam 24 jam setelah kelahiran.

1.1.8 Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan masa nifas paling sedikit 4 kali, kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status kesehatan ibu dan bayi baru lahir (Saifuddin, 2010)

1.1.9 Pemeriksaan Penunjang

1. pemeriksaan urine
2. Pemeriksaan GDA, Hemoglobin dan Hematokrit 12-24 jam post partum (Jika Hb <10 g% di butuhkan suplemen Fe), Eritrosit, Leukosit, Trombosit, dan dilakukan juga pemeriksaan golongan darah, protein dan kadar glukosa pada urin.

2.2 Konsep Nyeri Akut

2.2.1 Pengertian Nyeri Akut

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual maupun fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. (SDKI 2017) Respon fisiologis terhadap nyeri meliputi peningkatan tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, keringat, diameter pupil, dan ketegangan otot. (I. Utami & Fitriahadi, 2019)

Pada Ibu post partum sering mengalami nyeri pada bagian perineum, nyeri perineum bisa menjadi persoalan bagi ibu post partum karena akan menimbulkan gangguan ketidaknyamanan dan kecemasan untuk melakukan mobilisasi dini. Nyeri perineum timbul karena adanya kejadian robekan atau laserasi perineum saat proses melahirkan. Nyeri perineum akan dirasakan secara berbeda pada setiap ibu post partum karena setiap ibu post partum memiliki

kemampuan yang berbeda dalam beradaptasi dengan rasa nyeri (Mulati, 2017).

2.2.2 Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua yaitu :

1) Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang kurang dari 3 bulan, serta ditandai dengan adanya peningkatan tegangan otot.

2) Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara berlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu yang cukup lama yaitu lebih dari enam bulan. Yang termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatis.

2.2.3 Pengukuran Skala Nyeri Persalinan

Klien merupakan penilai terbaik dari nyeri yang dirasakannya. Oleh karena itu, klien harus diminta untuk menggambarkan dan membuat tingkatan dari nyeri. ada beberapa cara yang digunakan untuk menggambarkan nyeri diantaranya menggunakan skala verbal atau Visual Analog Scale (VAS), skala intensitas nyeri numeric atau numeric Rating Scale (NRS) dan menggunakan skala Faces Pain Rating Scale (FPRS).

1. Visual Analog Scale (VAS)

Skala ini berbentuk garis horizontal sepanjang 10 cm. ujung kiri skala mengidentifikasi tidak ada nyeri dan ujung kanan menandakan nyeri yang berat. Pada skala ini, garis dibuat memanjang tanpa ada suatu tanda angka, kecuali 0 dan angka 10. Skala ini dapat dipersepsikan sebagai berikut :

0 = tidak ada nyeri

1-2 = nyeri ringan

3-4 = nyeri sedang

5-6 = nyeri berat

7-8 = nyeri sangat berat

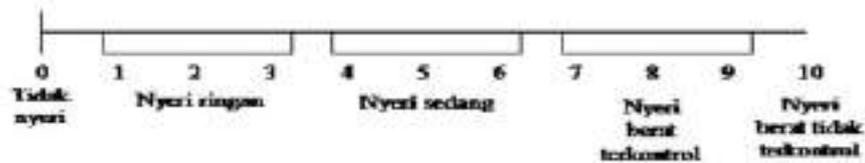
9-10= nyeri buruk sampai tidak tertahankan.



Gambar 2.1 Skala VAS

2. Numeric Rating Scale (NRS)

Penilaian nyeri menggunakan skala penilaian Numeric Rating Scale (NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Dalam hal ini, pasien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala ini efektif untuk digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik. (Abarca, 2021)



Gambar 2.2 Skala Nyeri Numerik

Keterangan :

0 : Tidak Nyeri

1- 3 : Nyeri ringan (secara objektif pasien mampu berkomunikasi dengan baik)

4 - 6 :Nyeri sedang secara objektif pasien mendesis, menyeringai,dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dan dapat mengikuti perintah dengan baik

7 - 9 : Nyeri Hebat secara objektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendiskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi napas panjang dan distraksi.

10 :Nyeri sangat Hebat, pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

3. Faces Pain Rating Scale (FPRS)

FPRS merupakan skala nyeri dengan model gambar kartun dengan enam tingkatan nyeri dan dilengkapi dengan

angka dari 0 sampai dengan 5. Skala ini biasanya digunakan untuk mengukur skala nyeri pada anak. Adapun pendeskripsian skala tersebut adalah sebagai berikut :

0 = tidak menyakitkan

1= sedikit sakit

2= lebih menyakitkan

3= lebih menyakitkan lagi

4= jauh lebih menyakitkan lagi

5= benar-benar menyakitkan



Gambar 2.3 FPRS

2.2.4 Etiologi Nyeri

Nyeri terjadi karena adanya stimulus nyeri, antara lain :

- a. Fisik (termal, mekanik, elektrik)
- b. Kimia.

Apabila ada kerusakan pada jaringan akibat adanya kontinuitas jaringan yang terputus, maka histamine, bradikinin, serotonin, dan prostaglandin akan diproduksi oleh tubuh. Zat-zat kimia ini akan menimbulkan rasa nyeri.

Nyeri merupakan yang dapat memicu stress, dan stress dapat memicu kejadian nyeri. Sehingga kejadian nyeri dapat memicu kesejahteraan psikologis. Perawat harus memperhatikan hal – hal berikut untuk mengetahui efek nyeri pada klien. (Abarca, 2021)

- 1) Tanda dan gejala fisik, karena adanya nyeri yang dirasakan klien bisa berpengaruh pada fungsi normal tubuh.
- 2) Efek tingkah laku, seperti respon verbal, gerakan tubuh, ekspresi wajah, dan interaksi sosial.
- 3) Efek pada ADL, klien mengalami nyeri kurang mampu berpartisipasi secara rutin dalam aktivitas sehari-hari.

2.2.5 Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut Manurung (2011), faktor – faktor yang mempengaruhi respon nyeri saat Melahirkan :

1. Usia

Usia dewasa menggambarkan kematangan dalam pola berfikir dan bertindak. Respon fisiologis yang ditampilkan oleh ibu melahirkan tergantung dari tingkat nyeri. Gambaran tersebut menyebabkan ada perbedaan pemahaman nyeri selama bersalin. Ibu melahirkan di usia dewasa kadang melaporkan nyeri jika sudah patologis dan mengalami kerusakan fungsi. Ibu melahirkan di usia muda akan mengungkapkan nyeri sebagai sensasi yang sangat menyakitkan di setiap fase persalinan.

3 Kultur

Orang belajar dari budayanya, bagaimana seharusnya mereka berespon terhadap nyeri misalnya suatu daerah menganut kepercayaan bahwa nyeri akibat yang harus diterima sebagai seorang wanita. Wanita itu adalah orang yang harus menjalani fisiologi reproduksinya sehingga wajar menerima apapun yang terjadi selama hamil dan melahirkan.

4 Makna nyeri

Makna nyeri berhubungan dengan pengalaman seseorang terhadap nyeri dan bagaimana mengatasinya. Jika riwayat persalinan ibu sebelumnya pernah mengalami sensasi nyeri yang begitu tidak menyenangkan maka persalinan saat ini, nyeri bisa dipersepsikan sebagaimana nyeri sebelumnya. Seseorang yang pernah berhasil mengatasi nyeri di masa lampau, dan saat ini nyeri yang sama timbul, maka ia akan lebih mudah mengatasi nyerinya. Mudah tidaknya seseorang mengatasi nyeri tergantung pengalaman di masa lalu dalam mengatasi nyeri.

5 Perhatian

Klien yang memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi hipersepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya distraksi dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

6 Ansietas

Hubungan cemas dengan nyeri adalah hubungan timbal balik. Cemas meningkatkan persepsi terhadap nyeri dan nyeri bisa menyebabkan seseorang cemas. Dampak dari cemas sendiri terhadap impuls syaraf parasimpatis yang merangsang kelenjar adrenal bagian medulla mensekresi hormone katekolamin. Katekolamin menyebabkan vasokonstriksi vaskuler. Sehingga sirkulasi menjadi terganggu dan asupan oksigen ke jaringan berkurang menimbulkan sensasi nyeri semakin kuat.

7 Pola koping

Pola koping adaptif akan mempermudah seseorang mengatasi nyeri dan sebaliknya pola koping yang maladaptive akan menyulitkan seseorang mengatasi nyeri. Orang akan cenderung melukai dirinya dan menyalahkan kondisi saat ini.

8 Support keluarga dan social

Individu yang mengalami nyeri sering kali bergantung kepada aggotakeluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan dan perlindungan. Perhatian khusus dibutuhkan oleh seorang ibu disaat melahirkan untuk menurunkan tingkat kecemasannya dan memenuhi kebutuhan fisik ibu.

2.2.6 Patofisiologis

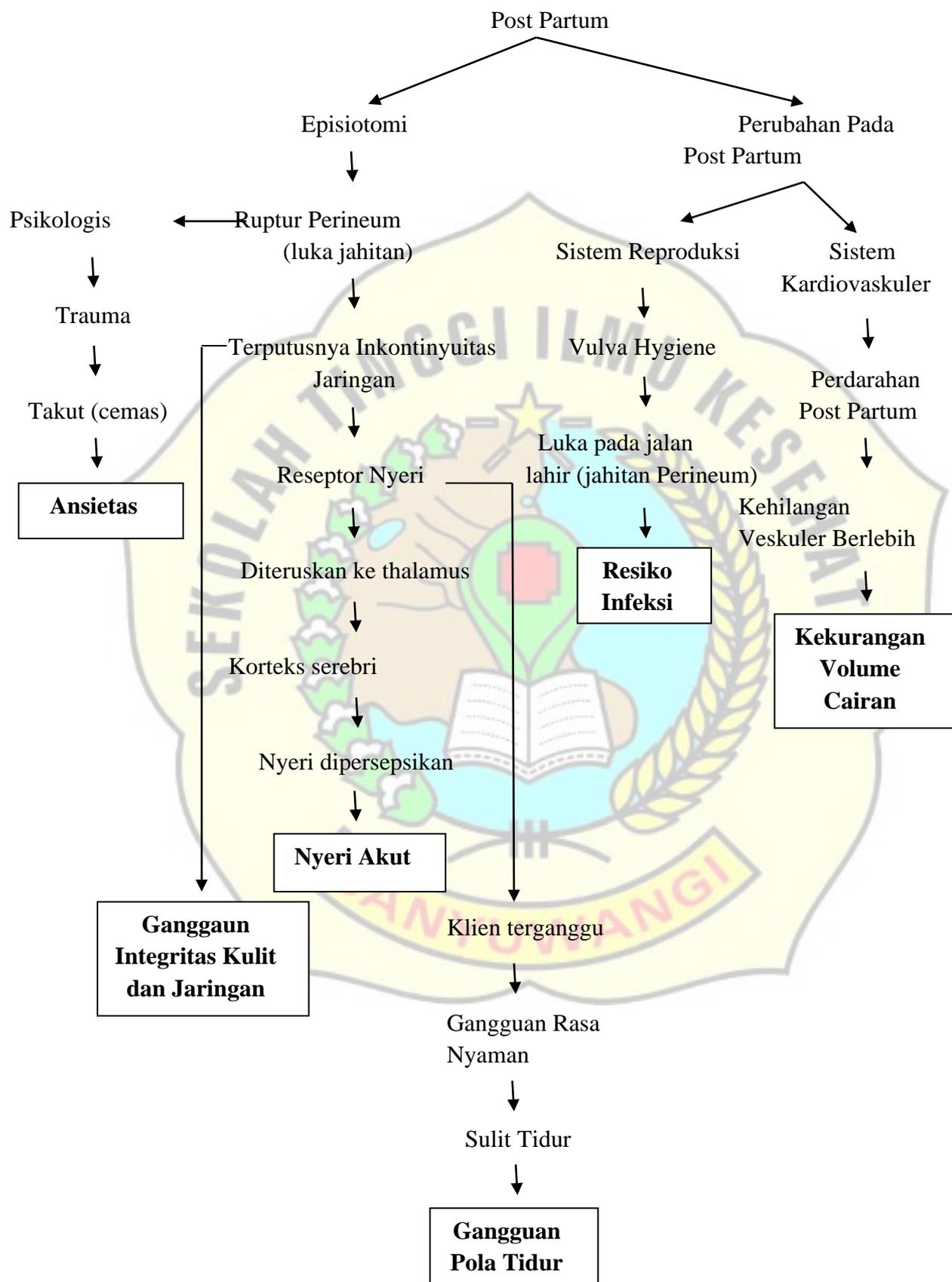
Persalinan dengan episiotomi mengakibatkan terputusnya jaringan yang dapat menyebabkan menekan pembuluh syaraf sehingga timbul rasa nyeri dimana ibu akan merasa cemas sehingga takut BAB dan ini menyebabkan resti Ansietas. Terputusnya jaringan yang di sebabkan episiotomi akan timbul diagnosa gangguan integritas kulit dan jaringan karena terdapat luka jahitan di area perineumnya maka harus mendapatkan perawatan luka pada perineum, apabila tidak dirawat dengan baik kuman mudah berkembang karena semakin besar mikroorganismenya masuk ke dalam tubuh semakin besar resiko terjadi infeksi.

Ibu dengan persalinan dengan episiotomi setelah 6 minggu persalinan ibu berada dalam masa nifas. Saat masa nifas ibu mengalami perubahan fisiologis dan psikologis. Perubahan fisiologis pada ibu akan terjadi uterus kontraksi. Kontraksi uterus bisa adekuat dan tidak adekuat. Dikatakan adekuat apabila kontraksi uterus kuat dimana terjadi adanya perubahan involusi yaitu proses pengembalian uterus ke dalam bentuk normal yang dapat menyebabkan nyeri/ mules, yang prosesnya mempengaruhi syaraf pada uterus. Setelah melahirkan ibu mengeluarkan lochea yaitu merupakan ruptur dari sisa plasenta sehingga pada daerah vital kemungkinan terjadi resiko kuman mudah berkembang. Dikatakan tidak adekuat dikarenakan kontraksi uterus lemah akibatnya terjadi perdarahan yang dapat menyebabkan kekurangan volume cairan.

Pada ibu post partum sering mengalami nyeri pada bagian perineum, nyeri perineum bisa menjadi persoalan bagi ibu post partum karena akan menimbulkan gangguan ketidaknyamanan pasca partum dan pasien merasa akan sulit untuk tidur dan sangat mengganggu pola istirahat tidurnya.(Fivi Novita, 2019)



2.2.7 Patway



2.2.8 Manifestasi klinis

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) tahun 2016 tanda dan gejala dari nyeri Akut sebagai berikut:

1) Tanda Mayor :

Mengeluh nyeri, ekspresi wajah meringis, berposisi meringankan nyeri, gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit untuk tidur.

2) Tanda Minor :

Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, Nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

2.2.9 Penataksanaan

Mengatasi nyeri selama persalinan digunakan farmakologis yaitu dengan obat dan cara nonfarmakologis atau tanpa obat.

1) Farmakologi

Pemberian obat yang mampu menghilangkan sensasi nyeri. Dengan pemberian obat-obatan analgesic yang bisa di suntikkan, melalui infuse intravena.

2) Nonfarmakologi

Tatalaksana non farmakologi dilakukan untuk mendukung terapi farmakologi. Hal-hal yang dapat dilakukan adalah pendekatan psikologis (terapi perilaku kognitif, relaksasi, psikoterapi), rehabilitasi fisis, atau pendekatan bedah. Adapun

cara untuk mengurangi intensitas nyeri luka perineum adalah dengan senam kegel (Purwoastuti & Walyani, 2015).

a) Relaksasi

teknik untuk mencapai kondisi rileks, yaitu ketika seluruh system saraf, organ tubuh, dan panca indra kita beristirahat untuk melepaskan ketegangan yang ada. Cara yang paling umum digunakan adalah kontrol pernapasan (tekhnik nafas dalam)

b) Hipnoterapi

suatu proses sederhana agar diri kita berada pada kondisi rileks, tenang dan terfokus guna mencapai suatu hasil atau tujuan.

2.2.10 Manfaat Senam Relaksasi (Senam Kegel)

Senam kegel merupakan latihan fisik ringan untuk memperkuat otot dasar panggul perlu dilakukan dengan latihan peregangan dan relaksasi otot dasar panggul. Senam kegel mempunyai beberapa manfaat antara lain membuat jahitan lebih rapat, mempercepat penyembuhan, mengurangi nyeri luka jahitan perineum, meredakan hemoroid, meningkatkan pengendalian atas urin. Dilakukan dengan cara berdiri dengan tungkai dirapatkan, kencangkan otot-otot dasar pantat dan pinggul tahan sampai hitungan 5. Kendurkan kemudian ulangi sebanyak 5 kali (Purwoastuti & Walyani 2015).

2.2.11 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang Pemeriksaan diagnostic sangat penting di lakukan agar mengetahui apakah ada perubahan bentuk atau fungsi dari bagian tubuh pasien yang dapat menyebabkan timbulnya rasa nyeri seperti : Melakukan mencakup pemeriksaan labolatorium darah.

2.2.12 Pencegahan

Cara meredakan rasa nyeri dapat dilakukan secara medis dan non medis.

1. Cara menghilangkan Nyeri secara medis

Adalah dengan pemberian obat-obat analgesik yang disuntikkan melalui infuse intravena, melalui inhalasi saluran pernapasan, atau dengan memblokade saraf yang menghantarkan rasa sakit.

2. Metode non-medis

Cara untuk mengurangi intensitas nyeri luka pada perineum berikut langkah untuk meredakan rasa nyeri dan ketidaknyamanan perineum :

- a. Jagalah kebersihan area perineum untuk mencegah infeksi bakteri. Gunakan air hangat untuk membersihkan area perineum (perawatan perineum) untuk mencegah iritasi kulit sering untuk mengganti pembalut.
- b. Mandi air hangat, mandi yang berisi air hangat dengan pinggul dan area pinggul terendam, dilakukan selama 20

menit untuk meringankan rasa tidak nyaman pada perineum, dapat dilakukan 2-3 kali sehari.

- c. Kompres es batu diaman di area perineum untuk meredakan rasa nyeri, juga membantu mempercepat proses penyembuhan.
- d. Istirahat, hindari penekanan bagian bawah tubuh setelah melahirkan, pastikan untuk tidak berdiri dan duduk berjam-jam, berbaring miring untuk mencegah tekanan pada perineum.
- e. Latihan kegel, latihan ini sangat baik untuk memperkuat otot-otot panggul dan meningkatkan sirkulasi darah untuk mempercepat proses penyembuhan.

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pada tahap ini semua data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan kesehatan klien. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial maupun spiritual klien. Tujuan pengkajian adalah untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar klien.

1). Identitas klien

Mengkaji identitas klien yang meliputi : nama, umur, agama, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, lamanya perkawinan, dan alamat.

2). Identits penanggung jawab

Mengkaji identitas penanggung jawab meliputi : nama, umur, agama, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, lamanya perkawinan, dan alamat.

3). Keluhan utama

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa Nifas, misal pasien mengalami, nyeri pada jalan lahir karena adanya jahitan perineum.

a. Riwayat penyakit sekarang

Apa yang menyebabkan klien mengalami gangguan nyeri.

Hal tersebut dapat diuraikan dengan metode PQRST:

P = Paliatif/propokatif Yaitu segala sesuatu yang memperberat dan memperingan keluhan. Pada postpartum spontan biasanya klien mengeluh nyeri dirasakan bertambah apabila klien banyak bergerak dan diraskan berkurang apabila klien istirahat atau berbaring.

Q = Quality/quantity Yaitu dengan memperhatikan bagaimana rasanya dan kelihatannya. Pada postpartum spontan dengan episiotomi biasanya klien mengeluh nyeri pada luka jahitan yang sangat perih seperti diiris iris pisau.

R = Region/radiasi Yaitu menunjukkan lokasi nyeri, dan penyebarannya. Pada postpartum spontan dengan episiotomy biasanya klien mengeluh nyeri pada daerah

luka jahitan pada daerah perineum biasanya tidak ada penyebaran ke daerah lain.

S = severity, scale Yaitu menunjukkan dampak dari keluhan nyeri yang dirasakan klien, dan besar gangguannya yang di ukur dengan skala nyeri 0-10.

T = Time, menunjukkan pada saat apa keluhan nyeri timbul

b. Riwayat penyakit keluarga

Perlu dikaji adanya riwayat penyakit dalam keluarga yang dapat memperburuk kondisi klien.

4). Riwayat penyakit dahulu

a. Riwayat pembedahan

Kaji adanya pembedahan yang pernah dialami oleh klien, jenis pembedahan, kapan, oleh siapa, dan dimana tindakan tersebut berlangsung.

b. Riwayat penyakit yang pernah dialami

Kaji adanya penyakit yang pernah dialami oleh klien misalnya; DM, jantung, hipertensi, masalah ginekologi atau urinary, penyakit endokrin dan penyakit-penyakit lainnya.

5). Riwayat keluarga berencana

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah masa nifas ini. (Yuli R, 2017)

6). Riwayat obstetri

a) Keadaan haid

Yang perlu diketahui pada keadaan haid adalah tentang menarche, siklus haid, hari pertama haid terakhir, jumlah dan warna darah keluar, lamanya haid, nyeri atau tidak, bau.

b) Perkawinan

Yang perlu ditanyakan berapa kali kawin dan sudah berapa lama.

c) Riwayat kehamilan

Riwayat kehamilan yang perlu diketahui adalah berapa kali melakukan ANC (Ante Natal Care), selama kehamilan periksa dimana, perlu di ukur berat badan dan tinggi badan.

7). Riwayat kehamilan sekarang Riwayat kehamilan sekarang perlu dikaji untuk mengetahui apakah ibu resti atau tidak, meliputi :

a.) Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) : Digunakan untuk mengetahui umur kehamilan.

b.) Hari Perkiraan Lahir (HPL) : Untuk mengetahui perkiraan lahir.

c.) Keluhan-keluhan : Untuk mengetahui apakah ada keluhan keluhan pada trimester I,II dan II

d.) Ante Natal Care (ANC) : Mengetahui riwayat ANC, teratur Tidak,tempat ANC, dan saat kehamilan berapa (Wiknjosastro, 2010)

8). Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

- a.) Kehamilan : Untuk mengetahui berapa umur kehamilan ibu dan hasil pemeriksaan kehamilan
- b.) Persalinan : Spontan atau buatan, lahir aterm atau prematur, ada perdarahan atau tidak, waktu persalinan ditolong oleh siapa, dimana tempat melahirkan.
- c.) Nifas : Untuk mengetahui hasil akhir persalinan (lahirhidup, apakah dalam kesehatan yang baik) apakah terdapat komplikasi atau intervensi pada masa nifas. (Wiknjosastro, 2010).

9). Pola kebiasaan sehari-hari menurut virgina handerson

- a.) Respirasi : Biasanya pola nafas pada pasien post partum normal
- b.) Nutrisi : Biasanya klien mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi seperti mual/ muntah, masukan protein kalori kurang.
- c.) Eliminasi : Biasanya klien mengalami gangguan BAK(oliguria) (kurang dari 400 ml/ 24 jam).
- e.) Gerak dan keseimbangan tubuh : Biasanya pada ibu post partum sering mengalami keterbatasan gerak karena nyeri
- f.) Istirahat atau tidur : Klien biasanya mengalami kesulitan dalam istirahat dan tidurnya.
- g.) Mempertahankan daya tahan tubuh dan sirkulasi : Biasanya temperature tubuh meningkat dan sirkulasi meningkat.

- h.) Kebutuhan personal hygiene : Ibu post partum akan mengalami gangguan molalitas sehingga terjadi kelemahan fisik dan susah melakukan personal hygiene.
- i.) Aktivitas : Pada klien post partum biasanya aktivitasnya terganggu karena kebiasaan sehari-hari tidak dapat dilakukan atau tidak dapat terpenuhi dengan baik.
- j.) Kebutuhan berpakaian : Pada klien post partum tidak mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan berpakaian tersebut.
- k.) Mempertahankan temperature tubuh dan sirkulasi : Klien dengan post partum biasanya mengalami gangguan dalam hal temperature tubuh berupa peningkatan suhu tubuh dan sirkulasi berupa penurunan tekanan darah.
- l.) Kebutuhan keamanan : Kebutuhan keamanan ini perlu dipertanyakan apakah klien tetap merasa aman dan terlindungi oleh keluarganya. Klien mampu menghindari bahaya dari lingkungan.
- m.) Sosialisasi : Bagaimana klien mampu berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran, dan opini.
- n.) Kebutuhan spiritual : Pada umumnya tidak ada masalah pada kebutuhan spiritualnya. (Yuli R, 2017)

2.3.2 Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum

meliputi tentang kesadaran, nilai glasgow coma scale (GCS) yang berisi penilaian eye, movement, verbal. Mencakup juga penampilan ibu seperti baik, kotor, lusuh.

b) Tanda-tanda vital

meliputi pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu dan respirasi.

c) Antropometri

meliputi tinggi badan, berat badan sebelum hamil, berat badan saat hamil dan berat badan setelah melahirkan.

d) Pemeriksaan Fisik Head to Toe

1. Kepala

observasi bentuk kepala, apakah terdapat lesi atau tidak, persebaran pertumbuhan rambut, apakah terdapat pembengkakan abnormal, warna rambut dan nyeri tekan.

2. Wajah

pada wajah ibu postpartum biasanya terdapat cloasma gravidarum sebagai ciri khas perempuan yang pernah mengandung, apakah terdapat lesi atau tidak, nyeri pada sinus, terdapat edema atau tidak.

3. Mata

observasi apakah pada konjungtiva merah mudah atau pucat, ibu yang baru mengalami persalinan biasanya banyak

kehilangan cairan, bentuk mata kiri dan kanan apakah simetris, warna sklera, warna pupil dan fungsi penglihatan.

4. Telinga

dilihat apakah ada serumen, lesi, nyeri tekan pada tulang mastoid dan tes pendengaran.

5. Hidung

observasi apakah ada pernafasan cuping hidung, terdapat secret atau tidak, nyeri tekan pada tulang hidung, tes penciuman.

6. Mulut

dilihat apakah ada perdarahan pada gusi, jumlah gigi ada berapa, terdapat lesi atau tidak, warna bibir dan tes pengecap.

7. Leher

pada leher dilihat apakah bentuknya proporsional, apakah terdapat pembengkakan kelenjar getah bening atau pembengkakan kelenjar tiroid.

8. Dada

observasi apakah bentuk dada simetris atau tidak, auskultasi suara nafas pada paru-paru dan frekuensi pernafasan, auskultasi suara jantung apakah ada suara jantung tambahan dan observasi pada payudara, biasanya pada ibu

post partum payudara akan mengalami pembesaran dan aerola menghitam serta normalnya ASI akan keluar.

9. Abdomen

pada abdomen observasi bentuk abdomen apakah cembung, cekung atau datar. Observasi celah pada diastasis recti, tinggi fundus uteri pasca persalinan, pada ibu yang mengalami kehamilan tanda khas pada abdomen terdapat linia nigra, observasi juga pada blas apakah teraba penuh atau tidak.

10. Punggung dan bokong

dilihat apakah ada kelainan pada tulang belakang, apakah terdapat nyeri tekan.

11. Genetalia

observasi perdarahan pervaginam, apakah terpasang dower cateter, observasi apakah terdapat luka ruptur, episiotomi bagaimana keadaan luka, bersih atau tidak.

12. Anus

observasi apakah ada pembengkakan, terdapat lesi atau tidak, apakah terdapat hemoroid.

13. Ekstremitas

Atas : pada ekstremitas atas dilihat tangan kiri dan kanan simetris atau tidak, terdapat lesi atau tidak, edema, observasi juga apakah ada nyeri tekan serta ROM.

Bawah : pada ekstremitas bawah diobservasi apakah terdapat varises, edema, pergerakan kaki serta ROM.

d.) Data Psikologis

1. Adaptasi psikologis post partum

Klien telah berada pada tahap taking in, fase dimana yang berlangsung pada hari pertama dan kedua setelah melahirkan, periode ketergantungan dimana klien masih membutuhkan bantuan keluarga atau perawat untuk mendekati bayinya saat klien ingin menyusui.

2. Konsep diri

Gambaran diri kaji klien bagaimana dengan perubahan badanya selama kehamilan dan setelah persalinan.

e.) Pengetahuan tentang perawatan diri

Mengidentifikasi pengetahuan tentang perawatan diri; breast care, perawatan luka perineum, perawatan luka dirumah, senam nifas, KB dan lain lain.

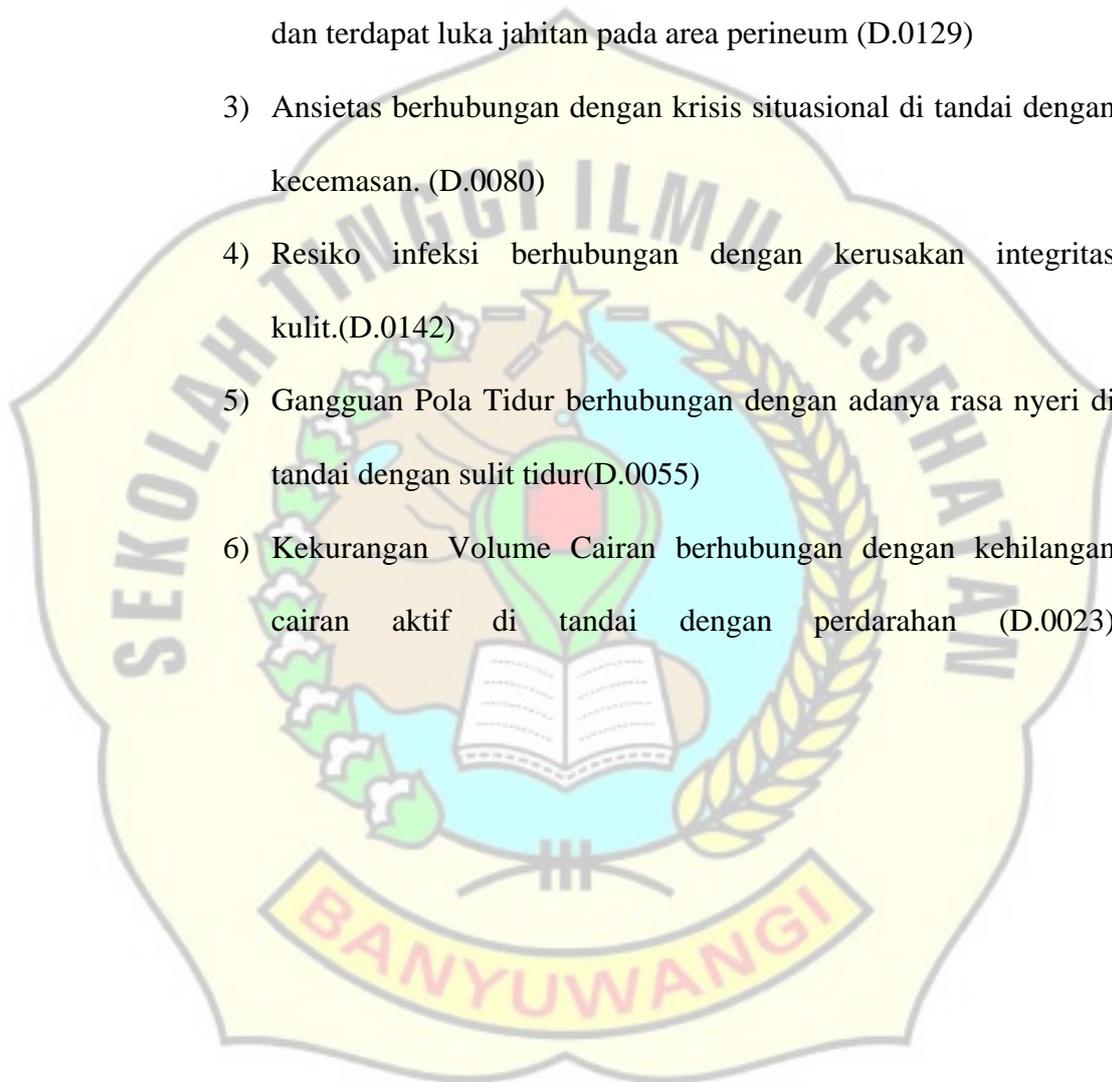
f.) Pemeriksaan Penunjang

1. pemeriksaan urine

2. Pemeriksaan GDA, Hemoglobin dan Hematokrit 12-24 jam post partum (Jika Hb <10 g% di butuhkan suplemen Fe), Eritrosit, Leukosit, Trombosit, dan dilakukan juga pemeriksaan golongan darah, protein dan kadar glukosa pada urin.

2.3.3 Diagnosa keperawatan

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik di tandai dengan luka episiotomi post partum (D.0077)
- 2) Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas ditandai dengan adanya kerusakan jaringan dan terdapat luka jahitan pada area perineum (D.0129)
- 3) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional di tandai dengan kecemasan. (D.0080)
- 4) Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit.(D.0142)
- 5) Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan adanya rasa nyeri di tandai dengan sulit tidur(D.0055)
- 6) Kekurangan Volume Cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif di tandai dengan perdarahan (D.0023)



2.3.4 Rencana Keperawatan

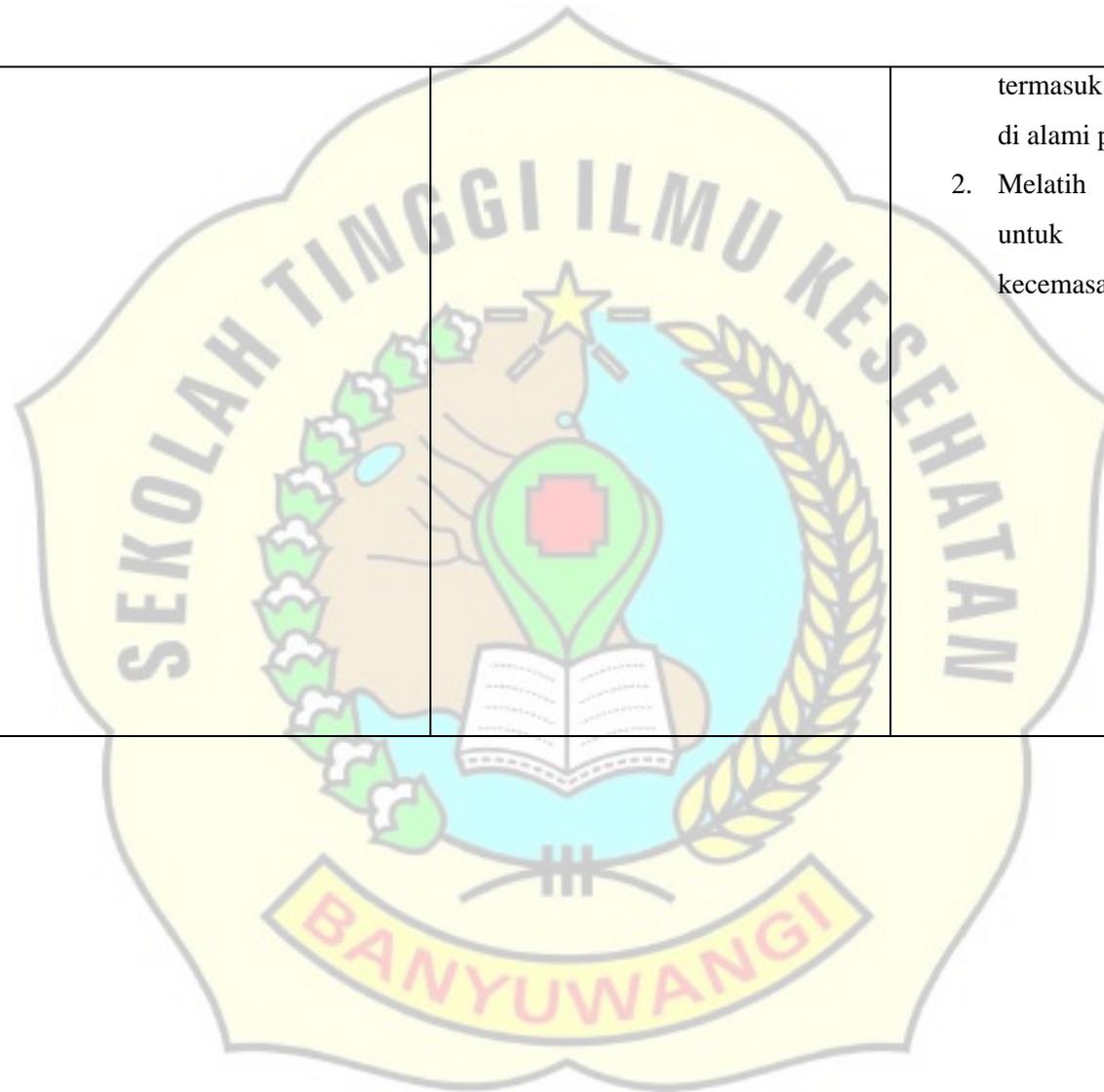
No Dx	Diagnosa	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik ditandai dengan luka episiotomi post partum (D.0077)	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah di lakukan asuhan keperawatan 3 x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>(SLKI L.08066) Tingkat nyeri</p> <p>-Keluhan nyeri menurun</p> <p>-Meringis menurun</p> <p>-Gelisah menurun</p> <p>-Kesulitan tidur menurun</p> <p>-Perasaan takut menurun</p>	<p>SIKI,Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi factor yang memberatkan dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri misalnya kompres hangat, terapi musik 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjadi acuan tentang dimana adanya nyeri,lamanya nyeri dan intensitas nyeri 2. Setiap orang memiliki ambang nyeri yang berbeda 3. Nyeri akan menimbulkan respon non verbal yang dapat dilihat 4. Lingkungan yang mendukung dapat mengurangi rasa nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan pemahaman menghilangkan rasa nyeri bukan hanya dengan obat saja 2. Lingkungan yang nyaman dapat merilekskan pasien

			<p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri misalnya suhu, pencahayaan</p> <p>3. Fasilitas istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan strategi meredakan nyeri 2. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dalam pemberian analgetik jika perlu 	<p>3. Dengan istirahat dapat melupakan rasa nyeri yang dirasakan</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat memilih strategi mana yang akan digunakan untuk mengatasi nyeri yang dirasakannya 2. Klien mengetahui apa saja yang menyebabkan nyeri sehingga klien dapat menghindarinya 3. Untuk lebih mudah menanyakan nyeri yang dirasakan klien <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analgetik dapat memblokir rasa nyeri sehingga nyeri berkurang
--	--	--	---	--

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
2.	Gangguan Integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas ditandai dengan adanya kerusakan jaringan dan terdapat luka jahitan pada area perineum (D.0129)	<p>Tujuan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan Integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>(SLKI L.14125)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perfusi jaringan meningkat - Kerusakan jaringan menurun - Kerusakan lapisan kulit menurun - Nyeri menurun 	<p>Perawatan Integritas Kulit (SIKI I. 11353)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi TTV 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan perawatan luka 2. Bersihkan dengan menggunakan air hangat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan minum air yang cukup 2. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi ttv secara berkala 2. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan perawatan luka 2. Membersihkan dengan menggunakan air hangat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan pasien untuk banyak minum 2. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan buah dan sayur

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
3.	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional di tandai dengan kecemasan (D.0080)	Tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat Ansietas menurun dengan kriteria hasil: (SLKI L.09093) -Perilaku gelisah menurun - Perilaku tegang menurun - Pola berkemih membaik	Reduksi Ansietas (I.09314) Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Monitor tanda-tanda Ansietas Terapeutik 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan 3. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan Edukasi 1. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin di alami 2. Latih Teknik Relaksasi	Obervasi 1. Memantau dan mengidentifikasi perubahan tingkat ansietas 2. Memantau tanda-tanda ansietas Terapeutik 1. Menciptakan suasana yang nyaman untuk pasien 2. Pasien membutuhkan pendampingan untuk mengurangi kecemasannya 3. Menggunakan pendekatan yang tenang,ramah,dan meyakinkan pasien. Edukasi 1. menjelaskan prosedur

				<p>termasuk yang mungkin di alami pasien</p> <p>2. Melatih teknik relaksasi untuk mengurangi kecemasannya</p>
--	--	--	--	---



No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
4.	Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit (D.0142)	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah di lakukan asuhan keperawatan 3 x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>(SLKI L.14137) tingkat infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kebersihan badan meningkat - Nyeri menurun - Kultur area luka membaik 	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan perawatan kulit pada area edema 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan perawatan kulit pada area yang luka 2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan ke pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
5.	Gangguan Pola tidur berhubungan dengan adanya rasa nyeri ditandai dengan sulit tidur (D.0055)	Tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: (SLKI L.05045) - Keluhan sulit tidur menurun - Keluhan pola tidur berubah menurun - Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan Tidur (SIKI I.05174) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pegganggu tidur Terapeutik 1. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama proses penyembuhan	Obervasi 1. Mengidentifikasi pola aktivitas tidur 2. Mengidentifikasi faktor pegganggu tidur Terapeutik 1. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan pasien Edukasi 1. Mejelaskan pentingnya tidur cukup selama proses penyembuhan

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
6.	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan perdarahan (D.0023)	<p>Tujuan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan Keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil: (SLKI L.04034)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asupan cairan meningkat - Asupan makanan meningkat - Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen Hipovolemia (SIKI I. 03116)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi TTV <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan asupan cairan , sesuai kebutuhan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pasien untuk banyak minum. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian Cairan IV isotonis 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi ttv secara berkala <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan asupan cairan sesuai kebutuhan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan pasien untuk banyak minum <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkolaborasi pemberian Cairan IV isotonis

2.3.5 Implementasi Keperawatan

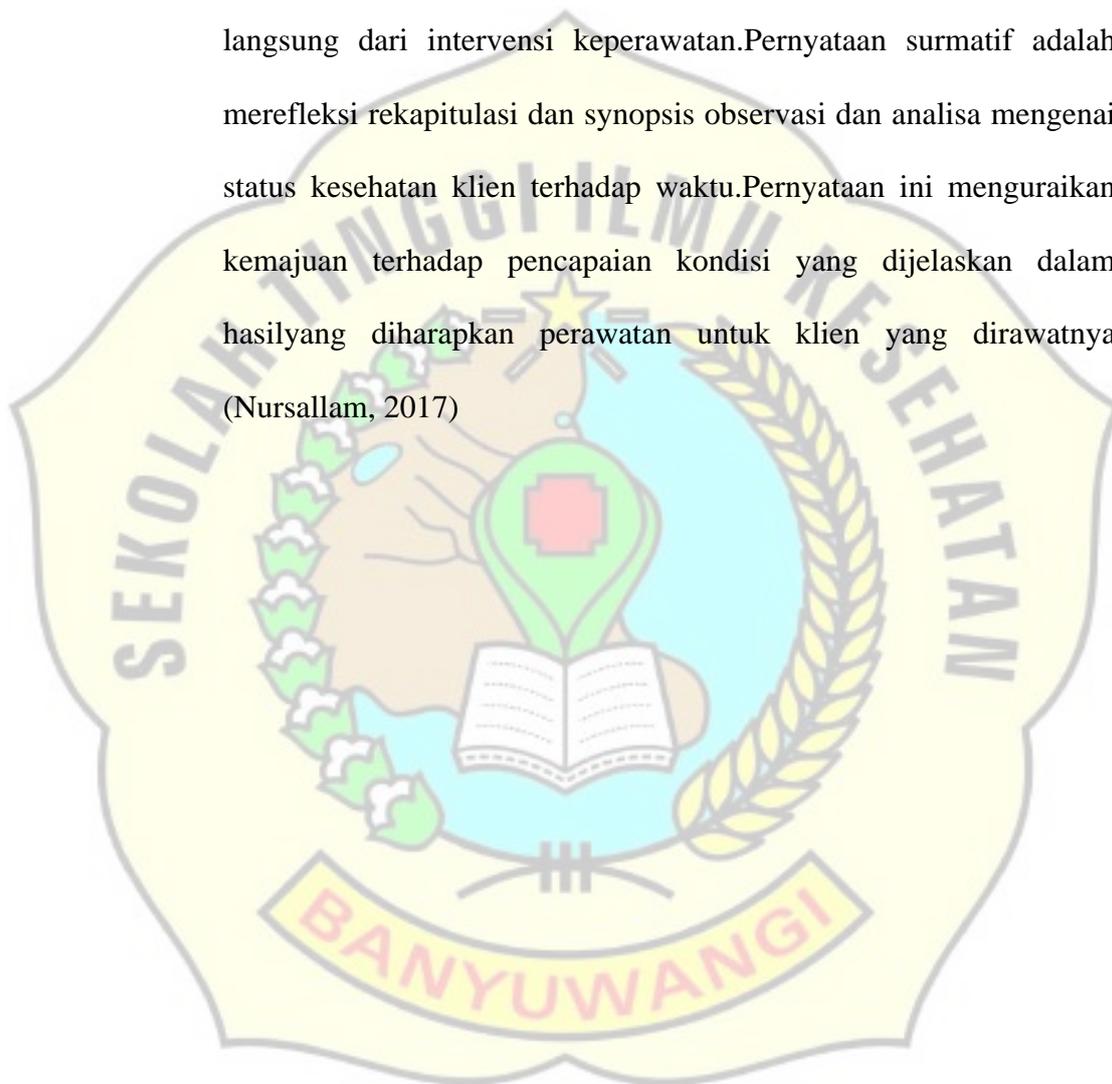
Pelaksanaan atau implementasi keperawatan merupakan komponen dari proses keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Sifat nyeri dan sejauh mana nyeri tersebut mempengaruhi kesejahteraan individu menentukan pilihan berfokus pada pengobatan terapi non farmakologi terapi nyeri membutuhkan pendekatan yang individual, yang memungkinkan lebih di bandingkan dengan masalah klien lain. Perawat memberi dan memantau terapi non farmakologi agar kondisi pasien cepat membaik diharapkan bekerja sama dengan keluarga pasien dalam melakukan pelaksanaan agar tercapainya tujuan dan kriteria hasil yang sudah di buat dalam intervensi.(Abarca, 2021)

Ada beberapa tahap dalam tindakan keperawatan yaitu :

1. Tahap persiapan menurut perawat mempersiapkan segala sesuatu yang diperlukan dalam tindakan.
2. Tahap intervensi adalah kegiatan pelaksanaan dari rencana yang meliputi kegiatan independent, dependent, dan interdependent.
3. Tahap implementasi adalah pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kegiatan dalam proses keperawatan.

2.3.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah suatu yang direncanakan dan perbandingan yang sistematis pada system kesehatan klien, tipe pernyataan evaluasi ada dua yaitu formatif dan surmatif. Pernyataan formatif merefleksi observasi perawatan dan analisa terhadap klien terhadap respon langsung dari intervensi keperawatan. Pernyataan surmatif adalah merefleksi rekapitulasi dan synopsis observasi dan analisa mengenai status kesehatan klien terhadap waktu. Pernyataan ini menguraikan kemajuan terhadap pencapaian kondisi yang dijelaskan dalam hasil yang diharapkan perawatan untuk klien yang dirawatnya (Nursallam, 2017)



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus, studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan (Kemenkes, 2019). Pada studi kasus ini judul yang diambil yaitu asuhan keperawatan maternitas pada ibu nifas dengan masalah keperawatan nyeri Akut di RSUD Genteng Banyuwangi tahun 2022.

3.2 Batasan Istilah

Table 3.1 Definisi ibu nifas dengan nyeri melahirkan dan kondisi klinis terkait

Definisi Ibu Nifas	Post partum adalah masa persalinan dan setelah kelahiran, masa pada waktu saluran reproduktif kembali ke keadaan semula (tidak hamil).
Definisi Nyeri Akut	Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang menimbulkan gangguan ketidaknyamanan akibat luka jahitan pada perineum yang menimbulkan sensasi nyeri.

3.3 Partisipan

Partisipan yang digunakan dalam studi kasus ini adalah ibu Nifas dengan Karakteristik sebagai berikut :

1. Ibu Post partum 6 jam pertama / 24 jam pertama
2. Ibu post partum tanpa komplikasi (preeklamsi, infeksi, dll)
3. Ibu Post Partum Normal (tidak SC)
4. Luka Jahitan Perineum

5. Ibu bersedia menjadi responden

Partisipan dalam keperawatan umumnya yang digunakan 2 klien dengan masa nifas dan di dampingi oleh keluarga klien, kemudian membandingkan dua klien dengan masa nifas yang mengalami nyeri Akut di RSUD Genteng Banyuwangi tahun 2022.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian dilakukan di Ruang Bersalin RSUD Genteng Banyuwangi

2. Waktu:

Waktu penelitian dilakukan pada saat klien masuk ke rumah sakit dan selama minimal tiga hari dilakukan intervensi, jika dalam waktu kurang dari tiga hari klien sudah keluar dari Rumah Sakit intervensi dapat dilakukan dengan cara home care yang dilakukan oleh perawat selama 2-4 hari. Dalam penelitian ini waktu penelitian di bagi menjadi beberapa tahap yaitu :

1) Tahap persiapan yang meliputi:

a) Penyusunan proposal : Mei - Juni 2022

b) Seminar proposal : 6 Juni 2022

2) Tahap pelaksanaan yang meliputi:

a) Pengajuan ijin : 8 Agustus 2022

b) Pengumpulan data : 30 Agustus - 9 September 2022

3.5 Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara merupakan alat komunikasi yang memungkinkan saling tukar informasi, proses yang menghasilkan tingkat pemahaman yang lebih tinggi dari pada yang dicapai orang secara sendiri. Wawancara keperawatan mempunyai tujuan yang spesifik meliputi pengumpulan satu set data yang spesifik. Anamnesis dilakukan secara langsung antara peneliti dengan klien meliputi : identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan lain – lain. Sumber informasi dalam studi kasus ini adalah keluarga dan perawat serta bidan di ruang bersalin (RG). Alat yang digunakan untuk wawancara dalam pengumpulan data dapat berupa alat tulis, buku catatan, kamera atau perekam suara (Nursallam, 2017)

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi merupakan cara pengumpulan data dengan pengamatan secara langsung kepada klien untuk mencari perubahan atau hal – hal yang akan diteliti dengan pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi, pada sistem tubuh klien yang dilakukan secara head to toe. (Nursallam,2017)

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi di lakukan dengan cara mendokumentasikan hasil pemeriksaandiagnostik, hasil evaluasi asuhan keperawatan,

hasil data dari rekam medik, dan hasil data dari Buku Catatan Ruang Bersalin di RSUD Genteng Banyuwangi, (Nursallam, 2017).

3.6 Uji Keabsahan Data

Untuk mencapai kesimpulan yang valid, maka dilakukan uji keabsahan data terhadap semua data yang terkumpul. Uji keabsahan data ini dilakukan dengan menggunakan teknik triangulasi. Teknik triangulasi dapat diperoleh dengan berbagai cara diantaranya data dapat dikumpulkan dengan metode yang berbeda (triangulasi metode), dan orang yang berbeda (triangulasi sumber). Pada penelitian ini teknik yang digunakan adalah dengan triangulasi sumber, melalui triangulasi data di peroleh dari klien, keluarga klien yang mengalami masa nifas dan perawat. Triangulasi teknik sumber data utama klien dan keluarga dalam penelitian dilakukan dengan cara membandingkan dan mengobservasi perkembangan kesehatan klien. Triangulasi teknik sumber data utama perawat digunakan untuk menyampaikan persepsi antara klien dan perawat. (Hasanah, 2017).

3.7 Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting untuk mencapai tujuan pokok penelitian, yaitu menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian yang digunakan menganalisis masalah. Data mentah yang didapat, tidak dapat menggambarkan informasi yang diinginkan untuk menjawab masalah penelitian (Nursalam, 2017)

3.7.1 Pengumpulan Data

Data di kumpulkan dari hasil penelitian ini di jelaskan terkait metode pengumpulan data yang digunakan:

1. Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang- dahulu- keluarga dll)
2. Observasi dan pemeriksaan fisik (dengan pendekatan IPPA :inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)
3. Dokumentasi (hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan).

Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

3.7.2 Mereduksi data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian di bandingkan nilai normal.

3.7.3 Penyajian Data

Penyajian data dapat di lakukan dengan table, gambar, bagan, maupun, teks naratif. Kerahasiaan dari klien di jamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien.

3.7.4 Kesimpulan

Dari data yang di sajikan, kemudian data di bahas dan di bandingkan dengan hasil – hasil penelitian terlebih dahulu dan

secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode studi kasus. Data yang terkumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, evaluasi.

3.8 Etika Penelitian

3.8.1 *Informed Consent*

Lembar ini dibuat supaya responden mengetahui tujuan dari penelitian yang dilakukan. Setelah mengetahui diharapkan responden mengerti dan bersedia menjadi peserta dan bersedia menandatangani lembar persetujuan yang telah dibuat tetapi jika tidak bersedia peneliti tetap menghormati hak-hak responden.

3.8.2 *Anonimity (tanpa nama)*

Berarti peneliti tidak perlu mencantumkan nama responden dengan tujuan untuk menjaga privasi dari responden. Peneliti hanya mencantumkan kode sebagai tanda keikutsertaan dari responden.

3.8.3 *Confidentiality (kerahasiaan)*

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang disajikan sebagai data.

3.8.4 *Respek*

Respek diartikan sebagai perilaku perawat yang menghormati klien dan keluarga. Perawat harus menghargai hak – hak klien.

3.8.5 Otonomi

Otonomi berkaitan dengan hak seseorang untuk mengatur dan membuat keputusan sendiri, meskipun demikian masih terdapat keterbatasan, terutama terkait dengan situasi dan kondisi, latar belakang, individu, campur tangan hukum dan tenaga kesehatan professional yang ada

3.8.6 *Beneficence* (Kemurahan hati/nasehat)

Beneficence berkaitan dengan kewajiban untuk melakukan hal yang baik dan tidak membahayakan orang lain. Apabila prinsip kemurahan mengalahkan prinsip otonomi, maka di sebut paternalisme. Paternalisme adalah perilaku yang berdasarkan pada apa yang di percayai oleh professional kesehatan untuk kebaikan klien, kadang – kadang tidak melibatkan keputusan dari klien.

3.8.7 *Non-maleficence*

Prinsip ini berkaitan dengan kewajiban perawatan untuk Fidelity tidak menimbulkan kerugian atau cedera pada klien.

3.8.8 *Veracity* (Kejujuran)

Berkaitan dengan kewajiban perawat untuk mengatakan suatu kebenaran dan tidak berbohong atau menipu orang lain.

3.8.9 *Fidelity* (Kesetiaan)

Berkaitan dengan kewajiban perawat untuk selalu setia pada kesepakatan dan tanggung jawab yang telah dibuat perawatan harus memegang janji yang diniatnya pada klien.

3.8.10 Justice (Keadilan)

Prinsip keadilan berkaitan dengan kewajiban perawatan untuk berlaku adil pada semua orang dan tidak memihak atau berat sebelah.

