

## **BAB II**

### **LANDASAN TEORI**

#### **2.1 Landasan Teori *Post Partum***

##### **2.1.1 *Post Partum***

###### a. Definisi *post partum*

Masa nifas (*peurperium*) adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih enam minggu (Kumalasari, 2015).

*Post partum* adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa *post partum* berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Wahyuningsih, 2019).

*Post partum* adalah masa pulih kembali mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra-hamil. Lama masa nifas ini 6-8 minggu (Zubaidah dkk., 2021).

Berdasarkan definisi diatas masa nifas/ *puerperium*/ *post partum* adalah masa sesudah persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil yang berlangsung selama 6-8 minggu.

###### b. Tahapan *post partum*

Terdapat 3 tahapan *post partum* menurut Wahyuningsih (2019), yaitu :

- 1) *Immediate post partum* (setelah plasenta lahir-24 jam)

Masa segera setelah plasenta lahir sampai 24 jam, Adapun masalah yang sering terjadi pendarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu perlu melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran *lochea*, tekanan darah dan suhu.

2) *Early post partum* (24 jam-1 mg)

Harus dipastikan involusi uteri normal, tidak ada perdarahan, *lochea* tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapat makanan dan cairan serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) *Late post partum* (1 mg-6 mg)

Tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling/*health promotion* Keluarga Berencana (KB).

c. Perubahan fisiologis pada *post partum*

1) Perubahan sistem reproduksi

Perubahan sistem reproduksi pada ibu *post partum* menurut Kumalasari (2015), terdiri dari :

a) Involusi uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses yakni uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

Tabel 2. 1 Perubahan Uterus Selama *Post partum*

No	Waktu Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus	Palpasi Serviks
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.	Bayi lahir	Setinggi pusat	1.000 gram	12,5 cm	Lunak
2.	Plasenta lahir	Dua jari bawah pusat	750 gram	12,5 cm	Lunak
3.	Satu minggu	Pertengahan pusat sampai simfisis	500 gram	7,5 cm	2 cm

dilanjutkan

lanjutan

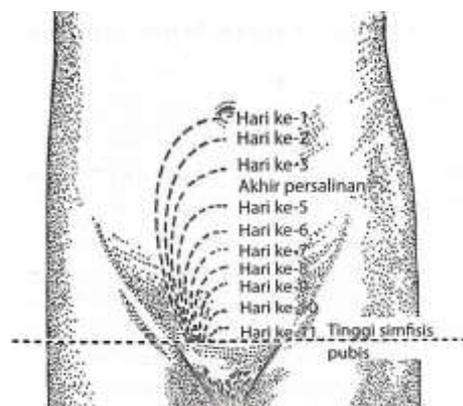
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
4.	Dua minggu	Tidak teraba di atas simfisis	300 gram	5 cm	1 cm
5.	Enam minggu	Bertambah kecil	60 gram	2,5 cm	Menyempit

Sumber : (Kumalasari, 2015)

Involusi uteri dari luar dapat diamati yaitu dengan memeriksa fundus uteri dengan cara sebagai berikut :

- (1) Segera setelah persalinan, tinggi fundus uteri 2 cm di bawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm di atas pusat dan menurun kira-kira 1 cm setiap hari.
- (2) Pada hari kedua setelah persalinan tinggi fundus uteri 1 cm di bawah pusat. Pada hari ke-3-4 tinggi fundus uteri 2 cm di bawah pusat.
- (3) Pada hari ke-5-7 tinggi fundus uteri setengah pusat simfisis. Pada hari kesepuluh tinggi fundus uteri tidak teraba.

Gambar 2. 1 Tinggi Fundus Uteri Setelah Melahirkan



Sumber : (Kumalasari, 2015).

#### b) *Afterpains*

Rasa nyeri setelah melahirkan ini lebih nyata setelah ibu melahirkan, di tempat uterus terlalu teregang (misalnya, pada bayi besar dan kembar).

Menyusui dan oksitosin tambahan biasanya meningkatkan nyeri ini karena keduanya merangsang kontraksi uterus.

c) *Lochea*

*Lochea* adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. *Lochea* mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus.

Jenis-jenis *lochea* adalah sebagai berikut :

- (1) *Lochea rubra*: *lochea* ini muncul pada hari 1-4 masa *post partum*, berwarna merah karena berisi darah segar jaringan sisa-sisa plasenta.
- (2) *Lochea sanguinolenta*: cairan berwarna merah kecokelatan dan berlendir. Berlangsung hari ke-4-7.
- (3) *Lochea serosa*: berwarna kuning kecokelatan, muncul hari ke-7-14.
- (4) *Lochea alba*: mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, serabut jaringan yang mati berlangsung selama 2-6 minggu.

d) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi/perluasan kecil. Oleh karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, serviks tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil.

e) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu *post partum*.

f) Payudara

Pada semua wanita yang telah melahirkan, proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis, yaitu produksi susu dan sekresi susu.

2) Perubahan sistem pencernaan

Perubahan sistem pencernaan pada ibu *post partum* menurut Zubaidah dkk (2021), terdiri dari :

a) Nafsu makan

Ibu biasanya setelah melahirkan diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan ringan dan setelah benar-benar pulih dari efek *analgesic*, *anesthesia*, dan kelelahan, kebanyakan ibu merasa sangat lapar. Permintaan untuk memperoleh makanan dua kali dari jumlah yang biasa dikonsumsi di sertai konsumsi camilan yang sering di temukan.

b) Motilitas

Secara khas penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anestesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

c) Defekasi

Buang air besar secara spontan bisa tertunda selama dua sampai tiga hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini bisa disebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada awal masa *post partum*. Ibu biasanya merasakan nyeri di perineum akibat episiotomi, laserasi atau

hemoroid. Kebiasaan buang air besar yang teratur perlu di capai kembali setelah tonus usus kembali normal.

### 3) Perubahan sistem perkemihan

Ibu *post partum* dianjurkan untuk segera buang air kecil agar tidak mengganggu proses involusi uteri dan ibu merasa nyaman. Namun dalam masa *post partum* ibu merasa kesulitan dalam buang air kecil. Hal ini dikarenakan sfingter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus sfingter ani selama persalinan, juga oleh karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan (Kumalasari, 2015).

### 4) Perubahan sistem muskuloskeletal

Ligamen-ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang sewaktu kehamilan dan persalinan berangsur-angsur kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligamen rotundum mengendur, sehingga uterus jatuh ke belakang. Mobilisasi sendi berkurang dan posisi lordosis kembali secara perlahan (Kumalasari, 2015).

### 5) Perubahan sistem endokrin

Perubahan sistem endokrin pada ibu *post partum* menurut Navilia (2021), terdiri dari :

#### a) Hormon oksitosin

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

b) Hormon hipofisis

Pada ibu menyusui kadar prolaktin tetap tinggi dan merupakan permulaan stimulasi folikel di dalam ovarium ditekan. Kadar prolactin meningkat secara progresif sepanjang masa hamil dan akan tetap meningkat sampai minggu ke 6 pasca persalinan.

c) Hormon plasenta

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

6) Perubahan sistem kardiovaskular

Perubahan sistem kardiovaskular pada ibu *post partum* menurut Zubaidah dkk (2021), terdiri dari :

a) Volume darah

Perubahan volume darah tergantung pada beberapa faktor, misalnya kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi serta pengeluaran cairan ekstrasvaskuler (edema fisiologis).

b) Curah jantung

Denyut jantung volume sekuncup, dan curah jantung meningkat sepanjang masa hamil segera setelah wanita melahirkan, keadaan ini akan meningkat bahkan lebih tinggi selama 30 sampai 60 menit karena darah yang biasanya melintas sirkuit etoroplasenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum.

#### 7) Perubahan tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital yang harus dikaji pada masa nifas menurut Kumalasari (2015), terdiri dari :

- a) Suhu : Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 °C. Sesudah partus dapat naik kurang lebih 0,5°C dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 38°C. Sesudah dua jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal.
- b) Nadi : Nadi berkisar antara 60-80 denyutan per menit setelah partus dan dapat terjadi bradikardia. Pada masa nifas umumnya denyut nadi labil dibandingkan dengan suhu tubuh, sedangkan pernapasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula.
- c) Tekanan darah : Pada beberapa kasus ditemukan hipertensi *post partum* akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat penyakit-penyakit lain yang menyertainya dalam setengah bulan tanpa pengobatan.

#### 8) Perubahan hematologi

Lekositosis meningkat, sel darah putih sampai berjumlah 15.000 selama persalinan, tetap meningkat pada beberapa hari pertama *post partum*. Jumlah sel darah putih dapat meningkat lebih lanjut sampai 25.000-30.000 di luar keadaan patologi jika ibu mengalami partus lama. Hb, Ht, dan eritrosit jumlahnya berubah di dalam awal puerperium (Kumalasari, 2015).

#### d. Perubahan adaptasi psikologis pada *post partum*

Perubahan adaptasi psikologis ibu *post partum* dibagi menjadi 3 tahap menurut Purwanto dkk (2018), yaitu :

1) Fase *taking in*/ ketergantungan

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

2) Fase *taking hold*/ ketergantungan mandiri

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

3) Fase *letting go*/ saling ketergantungan

Fase *letting go* yaitu periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan

diri dengan ketergantungan bayinya. Ibu memahami bahwa bayi butuh disusui sehingga siap terjaga untuk memenuhi kebutuhan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya sudah meningkat pada fase ini. Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya. Suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi, mengerjakan urusan rumah tangga sehingga ibu tidak terlalu terbebani.

e. Gangguan psikologis ibu *post partum*

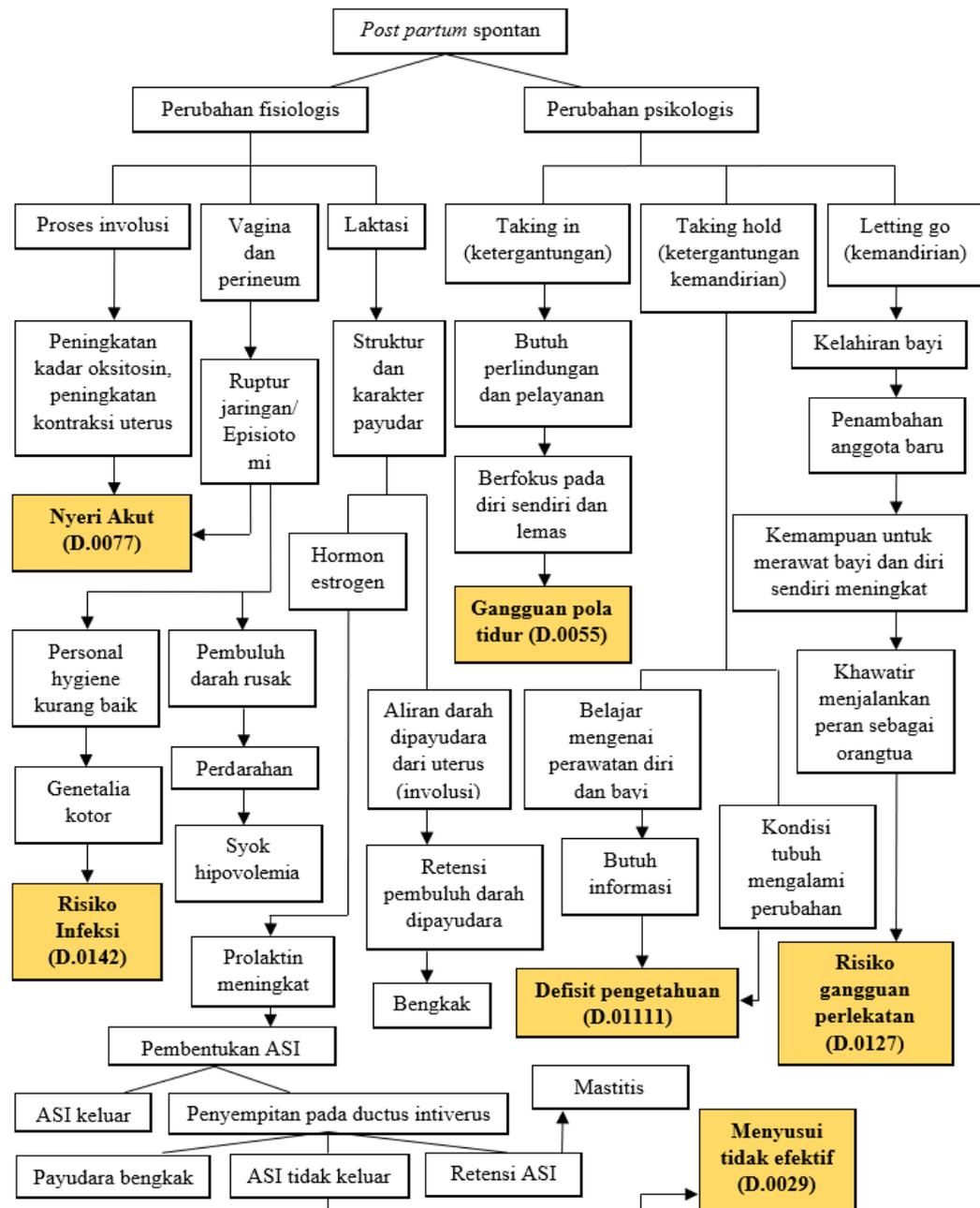
Gangguan psikologis ibu *post partum* menurut Purwanto dkk (2018), terdiri dari:

1) *Post partum blues*

*Post partum blues* ini dialami 80% wanita setelah bersalin yaitu merupakan semacam perasaan sedih atau uring-uringan yang melanda ibu dan timbul dalam jangka waktu dua hari sampai dua minggu pasca persalinan. Penyebabnya adalah berbagai perubahan yang terjadi dalam tubuh wanita selama kehamilan dan perubahan cara hidupnya sesudah mempunyai bayi, perubahan hormonal, adanya perasaan kehilangan secara fisik sesudah melahirkan yang menjurus pada suatu perasaan sedih.

2) *Depresi post partum*

*Depresi post partum* adalah perasaan sedih yang dibawa ibu sejak kehamilan yang berkaitan dengan sikap ibu yang sulit menerima kehadiran bayinya. Perubahan ini merupakan respon alamiah sebagai akibat kelelahan pasca persalinan. Pada *depresi post partum* ibu merasakan berbagai gejala yang ada pada *baby blues* tetapi intensitasnya yang lebih sering, lebih hebat dan lebih lama.

f. *Pathway post partum*Gambar 2. 2 *Pathway Post Partum Spontan*

Sumber : (Arma dkk., 2015 dalam Wibawati, 2020 ; PPNI, 2017)

g. Pemeriksaan penunjang pada Ibu *post partum*

Pemeriksaan yang harus dilakukan pada Ibu *post partum* menurut Kumalasari, (2015), antara lain:

- 1) Pemeriksaan laboratorium (Darah) : Hemoglobin dan hematokrit 12-24 jam *post partum* (jika Hb < 10 g% dibutuhkan suplemen Fe), eritrosit, leukosit, trombosit.
- 2) Pasien dengan *dower cateter* diperlukan kultur urine.

h. Komplikasi *post partum*

Komplikasi *post partum* menurut Leniwita dan Anggraini (2019), terdiri dari :

- 1) Perdarahan *post partum* : adalah kehilangan darah  $\geq 500$  ml dalam periode 24 jam yang disebabkan 3 penyebab utama yaitu atonia uteri, laserasi dan tertahannya jaringan plasenta dan uteri.
- 2) Laserasi : yang sering terjadi adalah dinding samping vagina, serviks, segmen bawah uterus dan perineum.
- 3) Sisa plasenta merupakan penyebab perdarahan lanjut pada *post partum*.
- 4) Subinvolusi uteri : adalah terlambatnya proses involusi uterus yang disebabkan oleh endometritis sisa plasenta dan infeksi panggul.
- 5) Infeksi *puerperalis* : adalah infeksi saluran reproduksi dalam minggu I *post partum*.
- 6) Tromboplebitis : adalah inflamasi dari sumbatan pada vena.
- 7) Mastitis : adalah inflamasi jaringan payudara.

### 2.1.2 Infeksi *Post Partum*

#### a. Definisi infeksi *post partum*

Infeksi *post partum* adalah semua peradangan yang disebabkan oleh masuknya bakteri atau kuman ke dalam organ genital pada saat persalinan dan *post partum* (Ratnawati, 2018).

Infeksi *post partum* adalah infeksi bakteri pada traktus genitalia yang terjadi setelah melahirkan, ditandai dengan kenaikan suhu sampai 38°C atau lebih selama 2 hari dalam 10 hari pertama pasca persalinan, dengan mengecualikan 24 jam pertama (Wahyuni, 2018).

Berdasarkan definisi diatas infeksi *post partum* adalah infeksi karena masuknya kuman dan bakteri pada organ genital yang terjadi setelah persalinan.

#### b. Etiologi infeksi *post partum*

Penyebab terjadinya infeksi *post partum* dibagi menjadi 2 menurut Wahyuni (2018), yaitu :

1) Berdasarkan masuknya kuman ke dalam alat kandungan :

- a) Ektogen (infeksi dari luar tubuh)
- b) Autogen (infeksi dari tempat lain di dalam tubuh)
- c) Endogen (infeksi dari jalan lahir sendiri)

2) Berdasarkan kuman yang sering menyebabkan infeksi :

- a) *Streptococcus haemolyticus aerobic Streptococcus haemolyticus aerobic*

Merupakan penyebab infeksi yang paling berat. Infeksi ini bersifat eksogen (misal dari penderita lain, alat yang tidak steril, tangan penolong, infeksi tenggorokan orang lain).

b) *Staphylococcus aerus*

Cara masuk *Staphylococcus aerus* secara eksogen, merupakan penyebab infeksi sedang. Sering ditemukan di rumah sakit dan dalam tenggorokan orang-orang yang nampak sehat.

c) *Escheria coli*

*Escheria coli* berasal dari kandung kemih atau rectum dan dapat menyebabkan infeksi terbatas pada perineum, vulva dan endometrium. Bakteri ini merupakan penyebab dari infeksi traktus urinarius. Bakteri ini bersifat anaerob.

d) *Clostridium welchii*

*Clostridium welchii* bersifat anaerob dan jarang ditemukan akan tetapi sangat berbahaya. Infeksi ini lebih sering terjadi pada abortus kriminalis, persalinan yang tidak aman dan bersih.

c. Manifestasi klinis infeksi *post partum*

Tanda dan gejala yang timbul pada infeksi *post partum* menurut Ratnawati (2018), antara lain demam, sakit di daerah infeksi, warna kemerahan, dan fungsi organ terganggu. Gambaran klinis infeksi *post partum* adalah sebagai berikut :

1) Infeksi lokal

Warna kulit berubah, timbul nanah, bengkak pada luka, pengeluaran *lochea* bercampur nanah, mobilitas terbatas, suhu badan meningkat.

2) Infeksi umum

Ibu tampak sakit dan lemah, suhu badan meningkat, tekanan darah menurun, nadi meningkat, pernafasan meningkat dan terasa sesak, gelisah, kesadaran

menurun, terjadi gangguan involusi uteri, *lochea* berbau, bernanah dan kotor, disuria.

d. Patofisiologi infeksi *post partum*

Berikut ini merupakan patofisiologi infeksi *post partum* menurut Ratnawati (2018) :

- 1) Setelah kala II, daerah bekas insersio plasenta merupakan sebuah luka dengan diameter kira-kira 4 cm. Permukaanya tidak rata, berbenjol-benjol karena banyaknya vena yang ditutupi thrombus. Daerah ini merupakan tempat yang baik untuk tumbuhnya kuman dan masuknya jenis yang patogen dalam tubuh ibu.
- 2) Serviks seringkali mengalami perlukaan pada persalinan, demikian juga vulva, vagina, dan perineum yang merupakan tempat masuknya kuman patogen.
- 3) Infeksi *post partum* dapat dibagi menjadi 2 golongan, yaitu :
  - a) Infeksi yang terbatas pada perineum, vulva, vagina, serviks dan endometrium,
  - b) Penyebaran dari tempat tersebut melalui vena-vena, melalui jalan limfe, dan melalui permutant endometrium.

e. Pemeriksaan penunjang infeksi *post partum*

Pemeriksaan penunjang infeksi *post partum* menurut Girsang (2021), yaitu :

- 1) Pemeriksaan dalam yang bertujuan untuk memeriksa secara langsung organ reproduksi.

- 2) Pemeriksaan payudara yang bertujuan untuk memeriksa jika kemungkinan infeksi berasal dari peradangan payudara.
- 3) Pemeriksaan darah lengkap yang bertujuan untuk melihat ada atau tidaknya penanda infeksi, jenis bakteri penyebab, dan antibiotik yang sensitif terhadap bakteri tersebut.
- 4) Pemeriksaan urine yang bertujuan untuk melihat ada tidaknya infeksi pada saluran kemih.

### **2.1.3 Luka Perineum**

#### **a. Definisi luka perineum**

Luka perineum adalah luka yang terjadi karena adanya robekan jalan lahir baik karena ruptur maupun karena episiotomi pada waktu melahirkan janin pada area antara vagina dan anus (Girsang, 2021).

Luka perineum adalah luka yang terjadi karena adanya robekan di garis tengah dan menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat dan sudut arkus pubis lebih kecil. Luka perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya (Wahyuni, 2018).

Berdasarkan definisi di atas luka perineum adalah luka yang terjadi karena adanya robekan jalan lahir baik karena ruptur maupun karena episiotomi pada area antara vagina dan anus. Luka perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya.

#### **b. Bentuk luka perineum**

Bentuk luka perineum setelah melahirkan menurut Zubaidah dkk (2021) dibagi

menjadi 2 jenis, yang terdiri dari :

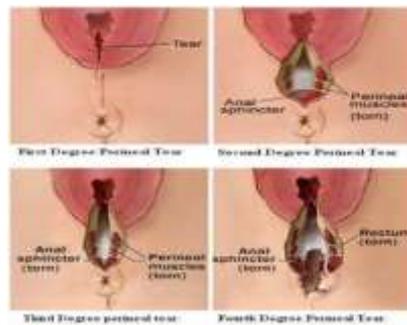
1) Rupture

Rupture adalah robekan pada perineum yang diakibatkan oleh rusaknya jaringan secara alamiah karena proses desakan kepala janin atau bahu pada saat proses persalinan. Bentuk rupture biasanya tidak teratur sehingga jaringan yang robek sulit dilakukan penjahitan.

Tipe luka rupture menurut Girsang (2021), terdiri dari :

- a) Derajat I : Laserasi mengenai mukosa vagina, fauchette posterior, kulit perineum (tidak dijahit).
- b) Derajat II : Laserasi mengenai mukosa vagina, fauchette posterior, kulit perineum, otot perineum (dijahit, diberi anestesi pada lokal otot diafragma urogenitalis menghubungkan garis tengah dengan jahitan lalu di tutup jaringan-jaringan dibawahnya pada vagina dan kulit perineum).
- c) Derajat III : Laserasi mengenai mukosa vagina, fauchette posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani (luar) (dijahit pada dinding depan rectum yang sobek lalu kemudian fascia per rektal ditutup dan sfingter ani dijahit. Selanjutnya dilakukan penutupan robekan dengan mengikut sertakan jaringan).
- d) Derajat IV : Laserasi mengenai mukosa vagina, fauchette posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani ekster (luar), dinding rectum anterior (perlu ditindak lanjuti atau ditangani oleh dokter dengan perhatian khusus guna mempertahankan kontinensia fekal).

Gambar 2. 3 Bentuk Laserasi Jalan Lahir



Sumber : (Girsang, 2021).

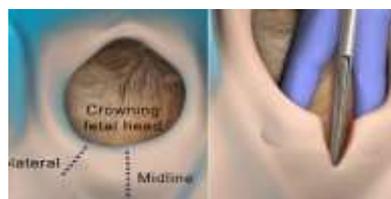
## 2) Episiotomi

Episiotomi adalah sebuah irisan bedah pada perineum untuk memperbesar muara vagina yang dilakukan tepat sebelum keluarnya kepala bayi. Episiotomi adalah suatu tindakan insisi (sayatan) pada perineum yang menyebabkan terpotongnya selaput lendir vagina, cincin selaput dara, jaringan pada septum rectovaginal, otot-otot dan fascia perineum dan kulit sebelah depan perineum.

Tipe luka episiotomi menurut Fadli (2021), terdiri dari :

- a) Episiotomi medial : sayatan garis tengah dilakukan secara vertikal. Sayatan pada area ini akan lebih mudah dijahit, tetapi memiliki risiko lebih tinggi untuk meluas ke area anus.
- b) Episiotomi mediolateral : sayatan mediolateral dibuat sedikit miring. Sayatan ini menawarkan perlindungan terbaik dari robekan hingga ke area anus, tetapi seringkali lebih menyakitkan dan lebih sulit untuk dijahit.

Gambar 2. 4 Bentuk Sayatan Episiotomi



Sumber : (Felicitas, 2017).

c. Etiologi luka perineum

Penyebab luka perineum menurut Chandra (2019), secara umum terdiri dari kondisi-kondisi yang dapat menyebabkan regangan pada perineum yang pada akhirnya merobek perineum, antara lain adalah :

- 1) Persalinan kala 2 yang panjang
- 2) Penggunaan instrumen persalinan
- 3) Dorongan fundus pada persalinan
- 4) Episiotomi

Faktor risiko robekan jalan lahir :

- 1) Faktor maternal
  - a) Nuliparitas : vagina dan perineum belum lentur menahan regangan karena belum pernah mengalami persalinan sebelumnya.
  - b) Etnis asia : etnis Asia ditemukan memiliki perineum dengan bentuk, karakteristik jaringan (elastisitas, lengkungan persalinan), serta lama persalinan kala 2 yang cenderung meningkatkan risiko rupture perineum.
  - c) Persalinan pervaginam dengan riwayat *sectio caesarea* : berhubungan dengan penggunaan instrumen untuk membantu persalinan normal, sehingga risiko rupture meningkat.
  - d) Usia ibu < 20 tahun : berhubungan dengan status primi-paritas pada wanita usia muda.
  - e) Ukuran perineum yang pendek (< 25 mm) : berhubungan dengan peningkatan regangan akibat toleransi terhadap ukuran janin yang berkurang (jalan lahir sempit).

## 2) Faktor janin

- a) Berat badan janin >4000 gram : berhubungan dengan ukuran janin yang lebih besar sehingga tekanan dan regangan pada perineum juga lebih besar.
- b) Distosia bahu : berhubungan dengan persalinan kala 2 yang panjang serta tekanan dan regangan pada perineum yang besar.
- c) Posisi *occiputt posterior* : berhubungan dengan ekspulsi bayi yang lebih sulit.

## 3) Faktor intrapartum

- a) Persalinan dengan instrumen : berhubungan dengan peningkatan tekanan dan regangan pada perineum.
- b) Persalinan kala dua >60 menit : menandai persalinan yang sulit dan berhubungan dengan ukuran janin serta kapasitas jalan lahir ibu yang tidak seimbang.
- c) Penggunaan epidural: hanya meningkatkan risiko rupture perineum apabila terdapat 2 faktor lain, yakni persalinan kala 2 memanjang dan penggunaan instrument.
- d) Penggunaan oksitosin : peningkatan kontraksi uterus menyebabkan tekanan pada perineum yang lebih tinggi.
- e) Episiotomi *midline* : 7 kali lipat lebih berisiko rupture dibandingkan dengan *mediolateral*.
- f) Persalinan dalam posisi litotomi, duduk, jongkok, dan menggunakan *birth stool*: berhubungan dengan dorongan ibu yang lebih kuat dibandingkan dengan posisi lainnya.

d. Tahapan penyembuhan luka perineum

Tahapan penyembuhan luka jahitan perineum menurut Wahyuni (2018), terdiri dari :

- 1) Hemostatis (0 – 3 hari), vasokonstriksi sementara dari pembuluh darah yang rusak terjadi pada saat sumbatan trombosit dibentuk dan diperkuat juga oleh serabut fibrin untuk membentuk sebuah bekuan.
- 2) Inflamasi respon inflamasi akut terjadi beberapa jam setelah cedera, dan efeknya bertahan hingga 5 – 7 hari. Karakteristik inflamasi yang normal antara lain kemerahan, kemungkinan pembengkakan, suhu sedikit meningkat di area setempat (atau pada kasus luka yang luas, terjadi periksia sistematis), kemungkinan ada nyeri. Selama peralihan dari fase inflamasi ke fase proliferasi jumlah sel radang menurun dan jumlah fibroblas meningkat.
- 3) Proliferasi (3 – 24 hari), selama fase proliferasi pembentukan pembuluh darah yang baru berlanjut di sepanjang luka. Fibroblas menempatkan substansi dasar dan serabut-serabut kolagen serta pembuluh darah baru mulai menginfiltrasi luka. Tanda inflamasi mulai mulai berkurang dan berwarna merah terang.
- 4) Maturasi (24 – 1 bulan), bekuan fibrin awal digantikan oleh jaringan granulasi, setelah jaringan granulasi meluas hingga memenuhi defek dan defek tertutupi oleh permukaan epidermal yang dapat bekerja dengan baik, mengalami maturasi. Terdapat suatu penurunan progresif dalam vaskularitas jaringan parut, yang berubah dari merah kehitaman menjadi putih. Serabut – serabut kolagen mengadakan reorganisasi dan kekuatan regangan luka meningkat.

- 5) Parut maturasi jaringan granulasi menjadi faktor kontributor yang paling penting dalam berkembangnya masalah parut. Setelah penyembuhan, jaringan ini lebih tebal dibandingkan dengan kulit normal, tetapi tidak setebal jika dibandingkan dengan luka tertutup yang baru saja terjadi. Folikel rambut dan sebacea atau kelenjar keringat tidak tumbuh lagi pada jaringan parut.
- e. Penilaian penyembuhan luka perineum

Penilaian penyembuhan luka perineum menggunakan skala REEDA, yaitu skala untuk menilai penyembuhan luka dengan pengamatan pada 5 komponen adanya *Redness* (kemerahan/infeksi pada luka), *Edema* (adanya bengkak pada daerah sekitar luka), *Ecchymosis* (tanda perdarahan dengan warna kebiruan disekitar luka), *Discharge* (keluarnya cairan/serum dari luka), dan *Approximation* (pendekatan antara tepi luka). Masing-masing kategori ini mempunyai nilai 0-3, sehingga total akan menghasilkan nilai paling rendah 0 yang artinya penyembuhan paling baik dan nilai total paling tinggi 15 artinya penyembuhan luka buruk (Girsang, 2021).

Tabel 2. 2 Skala REEDA

No	Redness (Kemerahan)	Edema (Pembengkakan)	Ecchymosis (Bercak perdarahan)	Discharge (Pengeluaran)	Approximation (Penyatuan luka)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
0	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
1	Kurang dari 0,25cm pada kedua sisi laserasi	Pada perineum <1cm dari laserasi	Kurang dari 2,5cm pada kedua sisi atau 0,5cm pada satu sisi	Serum	Jarak kulit 3 mm atau kurang
2	Kurang dari 0,5cm pada kedua sisi laserasi	Pada perineum dan atau vulva, antara 1-2cm dari laserasi	0,25-1cm pada kedua sisi atau 0,5- 2cm pada satu sisi	<i>Serosanguinus</i>	Terdapat jarak antara kulit dan lemak subkutan

dilanjutkan

Lanjutan

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3	Lebih dari 0,5cm pada kedua sisi laserasi	Pada perineum dan atau vulva, >2cm dari laserasi	>1cm pada kedua sisi atau 2 cm pada satu sisi	Berdarah	Terdapat jarak antara kulit, lemak subkutan dan fascia

Sumber : (Girsang, 2021)

Keterangan :

- 0 = penyembuhan luka baik (good wound healing)
- 1-5 = penyembuhan luka kurang baik (insufficien wound healing)
- >5 = penyembuhan luka buruk (poor wound healing)

f. Faktor – faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka perineum

Faktor-faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka perineum menurut

Wahyuni (2018), terdiri dari :

- 1) Faktor gizi terutama protein akan sangat mempengaruhi terhadap proses penyembuhan luka pada perineum karena penggantian sel yang rusak, untuk pertumbuhan jaringan sangat dibutuhkan protein.
- 2) Pengetahuan dan kemampuan ibu dalam dalam perawatan luka perineum akan mempengaruhi penyembuhan perineum.
- 3) Budaya dan keyakinan akan mempengaruhi penyembuhan luka perineum, misalnya adanya mitos-mitos yang mendukung atau bertentangan dengan perawatan luka perineum, antara lain: kebiasaan makan, kadang terdapat mitos yang menghindari makanan yang cenderung mengandung protein, misalnya ikan, telur dan daging, padahal protein justru dibutuhkan untuk regenerasi sel dan pertumbuhan jaringan, asupan gizi ibu juga sangat mempengaruhi proses penyembuhan luka.

4) Mobilisasi : Mobilisasi dini adalah suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan. Adapun tujuan mobilisasi dini adalah untuk membantu jalannya proses pemulihan seperti semula sebelum terjadi kehamilan. Mobilisasi dini tidak hanya mempercepat kesembuhan luka perineum tetapi juga memulihkan kondisi tubuh ibu jika dilakukan dengan benar dan tepat. Mobilisasi dini atau gerakan sesegera mungkin bisa mencegah aliran darah terhambat. Hambatan aliran darah bisa menyebabkan terjadinya thrombosis vena dalam (*deep vein thrombosis*) dan menyebabkan infeksi (Supardi dan Yani, 2020).

g. Perawatan perineum

Perawatan perineum dianjurkan khususnya bagi ibu yang mendapat jahitan untuk menutup episitomi atau robekan dan jika perineum sangat lecet atau bengkak. Tujuan dasar dari perawatan perineum adalah untuk mengurangi rasa nyeri, mempercepat penyembuhan, dan mencegah infeksi (Ratnawati, 2018).

Beberapa tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat untuk mencegah terjadinya infeksi menurut Girsang (2021), antara lain :

- 1) Sarankan ibu untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah membasuh area genitalia (kelamin).
- 2) Mengajarkan ibu untuk membasuh atau mengeringkan dari arah depan ke belakang untuk mencegah infeksi perineum akibat organisme di daerah anus.
- 3) Sarankan ibu untuk menggunakan pembalut khusus ibu *post partum* dan mengganti pembalut secara teratur minimal 2 kali sehari.

- 4) Sarankan ibu untuk menggunakan pakaian dalam yang dapat menyerap keringat secara efektif dan segera mengganti pakaian dalam jika sudah terasa lembab.
  - 5) Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada Ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka untuk mencegah terjadinya infeksi.
- h. Waktu perawatan luka perineum

Waktu perawatan luka perineum menurut Fatimah dan Lestari (2019), yaitu :

1) Saat mandi

Pada saat mandi, ibu *post partum* pasti melepas pembalut, setelah terbuka maka ada kemungkinan terjadi kontaminasi bakteri pada cairan yang tertampung pada pembalut, untuk itu maka perlu dilakukan penggantian pembalut, demikian pula pada perineum ibu, untuk itu diperlukan pembersihan perineum.

2) Setelah buang air kecil

Pada saat buang air kecil kemungkinan besar terjadi kontaminasi air seni pada rectum akibatnya dapat memicu pertumbuhan bakteri pada perineum untuk itu diperlukan pembersihan perineum.

3) Setelah buang air besar

Pada saat buang air besar, diperlukan pembersihan sisa-sisa kotoran disekitar anus, untuk mencegah terjadinya kontaminasi bakteri dari anus ke perineum yang letaknya bersebelahan maka diperlukan proses pembersihan anus dan perineum secara keseluruhan

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan *Post Partum***

### **2.2.1 Pengkajian**

Pengkajian keperawatan adalah tindakan yang dilaksanakan oleh perawat untuk mengumpulkan informasi yang berasal dari pasien, dengan membuat data dasar tentang pasien, dan mendokumentasikan catatan bagaimana respons kesehatan pasien. Oleh karena itu, dalam pengkajian harus bersifat komprehensif, sistematis, serta mengarah kepada masalah-masalah pasien, yang akan menjadi acuan atau dasar formulasi dalam penentuan diagnosa keperawatan (Pangkey, 2021).

Jenis data yang dikumpulkan dibagi menjadi dua, yaitu data subjektif merupakan data ungkapan atau keluhan pasien secara langsung maupun tidak langsung dan data objektif merupakan data yang diperoleh secara langsung melalui observasi dan pemeriksaan pada pasien. Sumber data yang didapat yaitu data primer merupakan data yang didapat langsung dari pasien dan data sekunder merupakan data yang didapat dari keluarga, orang terdekat, dan orang lain yang tahu tentang status kesehatan pasien. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan wawancara langsung pada pasien (Auto anamnesa) atau pada keluarga/orang lain (Allo anamnesa) dan pemeriksaan fisik yang dilakukan secara sistematis, mulai dari kepala hingga kaki (*head to toe*) dengan pendekatan IPPA (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi) serta melakukan observasi dengan melihat adanya tanda REEDA (Pangkey, 2021).

Pengkajian keperawatan menurut Sakti (2022), terdiri dari :

- a. Identitas pasien

Identitas pasien terdiri dari nama, umur, suku bangsa, agama, Pendidikan, pekerjaan, no. register, tanggal masuk rumah sakit, hari dan tanggal pengkajian, waktu dan jam pengkajian, golongan darah, diagnosa medis, nomor telepon, status perkawinan, alamat rumah, alamat kantor.

b. Riwayat kesehatan

- 1) Keluhan utama (*here and now*) : Keluhan yang paling dirasakan oleh pasien saat dikaji biasanya pasien akan mengeluh nyeri pada daerah luka perineum.
- 2) Riwayat kesehatan sekarang : Bagaimana kronologis dari awal keluhan sampai sebelum dikaji termasuk keluhan pada saat masuk Rumah Sakit/Puskesmas dan PQRST dari keluhan utama.
- 3) Riwayat kesehatan dahulu : Data ini diperlukan untuk melihat kemungkinan adanya riwayat penyakit akut atau kronis seperti diabetes mellitus, anemia, hipertensi, penyakit jantung. Kemudian pasien pernah/tidaknya dirawat di RS dan ada/tidaknya alergi terhadap obat-obatan tertentu.
- 4) Riwayat kesehatan keluarga : Fokus pada penyakit genetik dan menular.
- 5) Riwayat ginekologi dan obstetri
  - a) Riwayat ginekologi
    - (1) Riwayat menstruasi/ Haid : Kapan usia awal menarche, berapa lama siklus menstruasi pasien, dan adanya keluhan/tidak selama haid.
    - (2) Riwayat perkawinan : Pasien menikah sejak usia berapa, lamanya pernikahan dan berapa kali menikah.
    - (3) Riwayat keluarga berencana (KB) : Jenis kontrasepsi apa yang pernah digunakan, lamanya penggunaan kontrasepsi, apa alasan dilepas,

bagaimana dukungan keluarga dan setelah melahirkan akan menggunakan kontasepsi apa.

b) Riwayat obstetri

- (1) Riwayat kehamilan sekarang : Primipara atau multipara, bila pasien mengalami abortus berapa kali terjadi, kapan hari pertama haid terakhir, kapan taksiran persalinan dan tanggal persalinan, berapa lama siklus haid pasien, apakah ada tanda bahaya atau penyulit selama kehamilan, ANC dilakukan dimana dan berapa kali, obat yang dikonsumsi termasuk jamu selama kehamilan, apakah sudah dilakukan imunisasi TT1 dan TT2, apakah pasien mempunyai kekhawatiran khusus, bagaimana respon pasien dan keluarga terhadap kelahiran, apakah ada komplikasi selama kehamilan seperti (perdarahan, preeklamsia, eklamsia, PMS, dll).
- (2) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu : Jumlah anak, tahun berapa ibu hamil, usia kandungan berapa bulan, ANC dilakukan dimana dan berapa kali, penyulit selama kehamilan, jenis persalinan yang pernah dilalui, dimana ibu bersalin, penyulit selama persalinan dan keadaan nifas yang lalu.
- (3) Riwayat persalinan : Jenis persalinan apakah spontan, buatan dan anjuran, masa gestasi berapa lama, penolong persalinan, lama persalinan pada (Kala I, kala II, kala III, kala IV), bagaimana keadaan ketuban (warna dan jumlah), bagaimana keadaan plasenta (Berat, diameter, cotyledon), apakah ada komplikasi selama persalinan.

c. Pola aktivitas sehari-hari

Pola aktivitas sehari-hari pasien sebelum masuk RS dan setelah masuk RS terdiri dari :

- 1) Makan dan minum : Biasanya pasien akan mengalami peningkatan nafsu makan karena adanya kebutuhan untuk menyusui bayinya.
- 2) Eliminasi : Biasanya pengeluaran urine akan meningkat pada 24-48 jam pertama, kemudian pasien akan mengalami kesulitan buang air besar (konstipasi) karena ketakutan akan rasa sakit dan takut jahitan terbuka.
- 3) Istirahat dan tidur : Biasanya terjadi perubahan karena kehadiran sang bayi dan nyeri akibat luka pada perineum.
- 4) *Personal hygiene* : Biasanya pasien membutuhkan bantuan untuk mandi karena kesulitan berjalan ke kamar mandi atau karena adanya luka *post sectio caesarea*, sebagian pasien kurang mengetahui bagaimana perawatan luka perineum/ *vulva hygiene*.
- 5) Pola aktivitas : Biasanya pada pasien *post partum* mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi miring kanan miring kiri, latihan duduk dan berjalan.

d. Pemeriksaan fisik

1) Data Ibu

- a) Keadaan umum : Kaji kesadaran ibu apakah *compos mentis*, apatis, delirium, somnolen, stupor, coma.
- b) Tanda-tanda vital pada ibu *post partum* menurut Kumalasari (2015), Ratnawati (2018), Debora (2017), dan Obstetri Kedokteran UNPAD (1983), meliputi :

(1) Normal : Biasanya suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 °C.

Sesudah partus dapat naik kurang lebih 0,5°C dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 38°C. Nadi berkisar antara 60-80 denyutan per menit setelah partus dan dapat terjadi bradikardi. Pernapasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula. Pada beberapa kasus hipertensi *post partum* akan menghilang sendirinya.

(2) Abnormal : Suhu tubuh akan meningkat, tekanan darah menurun, nadi meningkat, pernafasan meningkat dan terasa sesak, gelisah, kesadaran menurun.

c) Antropometri : Tinggi badan, berat badan sekarang dan sebelum hamil, indeks masa tubuh. Disaat melahirkan pasien mengalami kehilangan 5-6 kg berat badan dan 3-5 kg selama minggu pertama masa *post partum*.

d) Kepala

(1) Rambut : Kepala yang sehat akan tampak bersih dan lembap, tidak ditemukan nodul, luka, iritasi ataupun massa, dan ada tidaknya nyeri tekan pada bagian kepala. Pada bagian rambut, pesebaran rambut normalnya merata dan tidak ada area yang tidak ditumbuhi rambut dikepala, diameter rambut umumnya tebal dan tidak mudah patah, rambut teraba lembab, tidak terlalu kering ataupun berminyak.

(2) Wajah : Gerakan wajah simetris/tidak, pada pasien *post partum* biasanya tampak *chloasma gravidarum* yaitu bintik atau bercak kecokelatan di kulit wajah.

- (3) Mata : Pasien dapat membaca papan nama perawat dengan jelas atau tidak, konjungtiva berwarna merah cerah apabila pucat maka pasien mengalami anemia, sclera normalnya berwarna putih susu, kelopak mata terdapat edema atau tidak, gerakan bola mata normalnya dapat mengikuti gerakan ujung jari pemeriksa dan pupil isokor atau tidak.
- (4) Telinga : Telinga yang normal akan tampak simetris dan warna kulit sama dengan warna kulit lainnya, kebersihan telinga apakah ada serumen basah atau kering, dan ketika pasien diberikan pertanyaan apakah pasien mampu merespon suara perawat, apabila mampu maka pendengaran pasien dianggap baik.
- (5) Mulut : Keadaan bibir (sariawan/ sianosis/ pucat /bengkak), gusi (epulis/bengkak), gigi caries (karies biasanya mengingkat pada ibu hamil karena hipersalivasi), gigi berlubang, gigi ompong, gigi palsu, lidah (kotor/ pecah-pecah/ peradangan).
- (6) Leher : Ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid dan pembesaran kelenjar getah bening.

e) Dada

- (1) Pernafasan : Pergerakan nafas simetris/tidak, bunyi nafas (vesikuler, *ronchi*, *wheezing*).
- (2) Jantung : Bunyi jantung normal S1 dan S2 akan terdengar pada semua katup jantung dan reguler.
- (3) Payudara : Bagaimana kondisi payudara tampak bersih/ tidak, bentuk (tegang/ lembek dan menggantung), simetris/ tidak, puting susu (menonjol/

masuk kedalam), apakah terdapat pengeluaran kolostrum/ tidak, apakah terdapat pembengkakan dan nyeri/ tidak.

- f) Perut : Apakah ada luka bekas operasi/ tidak, berapa panjang luka (cm), keadaan luka baik atau terjadi infeksi, luka parut ada atau tidak, *striae* (*lividae/albicans*), palpasi TFU lalu nilai konsistensinya (keras/lunak/boggy), posisi uterus, kontraksi uterus baik atau tidak, diastasis rektus abdominis, ada tidaknya distensi pada kandung kemih.
- g) Ekstremitas
- (1) Ekstremitas atas : Bentuk simetris/tidak, normalnya tidak ada edema, nodul atau krepitasi pada sendi, jumlah jari lengkap/tidak, normalnya CRT<2 detik.
- (2) Ekstremitas bawah : Bentuk simetris/tidak, normalnya tidak ada edema, nodul atau krepitasi pada sendi, jumlah jari lengkap/tidak, normalnya CRT<2 detik, ada/tidaknya varices, refleks patella, homman sign (untuk mengetahui sirkulasi perifer).
- h) Genetalia : Vulva tertutup/ mengangah, vagina sempit dan teraba rugae/ longgar dan selaput lendir licin, bagaimana pengeluaran *lochea* apabila terdapat cairan keluar seperti nanah, kotor, dan berbau maka terjadi infeksi. Perineum utuh/berparut, bagaimana kondisi luka perineum bersih/tidak, berapa jumlah jahitannya, apa jenis jahitannya, bagaimana robekan perineum (derajat I, II, II, IV), ada tidaknya tanda REEDA. Pada laserasi perineum episiotomi kemerahan dianggap normal, namun bila ada rasa sakit yang lebih

signifikan, diharuskan pengkajian lebih lanjut. Jika ada edema berlebihan dapat memperlambat penyembuhan luka.

- i) Data psikologis : Kaji bagaimana emosi ibu, pola koping, pola komunikasi, konsep diri gambaran diri, peran diri, ideal diri, identitas diri, harga diri).
    - (1) Data sosial : Bagaimana hubungan dengan keluarga dan tetangga, hubungan dengan tenaga kesehatan, dan hubungan dengan sesama pasien.
    - (2) Data spiritual : Kaji bagaimana keyakinan dan makna hidup, otoritas dan pembimbing, pengalaman dan emosi, persahabatan dan komunitas, ritual dan ibadah, dorongan dan pertubuhan.
  - j) Data penunjang : Pemeriksaan darah lengkap yang bertujuan untuk melihat ada atau tidaknya penanda infeksi, jenis bakteri penyebab, dan antibiotik yang sensitif terhadap bakteri tersebut (Girsang, 2021).
- 2) Data bayi
- a) Identitas bayi : meliputi nama bayi, jenis kelamin, tanggal lahir/jam lahir, no registrasi, berat badan (BB) /panjang badan (PB), kemudian hari/tanggal pengkajian. BB <2.500 g: prematur atau *small for gestational age* (SGA), BB > 4.000 g: *post-term* atau *large for gestasional age* (LGA), PB normal pada bayi yaitu 43-53 cm (Kumalasari, 2015).
  - b) APGAR score : Jumlah *Appearance* (*colour* = warna kulit), *pulse* (*heart rate* = denyut nadi), *grimace* (refleks terhadap rangsangan), *activity* (tonus otot), *respiration* (usaha bernafas) dalam 1 menit, 5 menit dan 10 menit.
  - c) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada bayi menurut Kumalasari (2015) dan Sakti (2022), meliputi :

- (1) Kesadaran : Menangis/ tidur nyenyak/ tidur dengan gerakan mata yang tepat (*REM, rapid eye movement*)/ aktif – sadar/ tenang – sadar/ *transisional*.
- (2) TTV : Laju napas normal 40-60x/ menit, laju jantung normal 120-160x/ menit, suhu tubuh bayi baru lahir normalnya 36,5 – 37,5°C.
- (3) Karakteristik khusus neonatus :
  - (a) Kepala : Apakah ukuran dan tampilannya normal/tidak, lingkar kepala normalnya 33-38 cm, bagaimana keadaan tulang kepala (*moulding/moulase*), *fontanel anterior* dan *fontanel posterior* berapa cm, apabila fontanel teraba cekung maka terjadi dehidrasi pada bati.
  - (b) Kulit : Perhatikan adanya *vernix caseosa*/ tidak, warna kulit, ada atau tidaknya ruam dan bercak atau tanda lahir, adanya pembengkakan/tidak, adanya lanugo/tidak,.
  - (c) Rambut : Warna rambut, bentuk bulu mata, alis simetris/tidak, persebaran bulu alis merata/tidak.
  - (d) Kuku jari : Keadaan kuku kotor/bersih, jumlah jari lengkap/tidak.
  - (e) Payudara : Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk dengan baik dan tampak simetris. Payudara dapat tampak membesar tetapi ini normal.
  - (f) Genetalia : Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm, periksa apakah testis sudah berada dalam skrotum dan penis berlubang

pada ujungnya. Pada bayi perempuan labia mayora tampak menutupi labia minora, lubang uretra terpisah dengan lubang vagina.

(g) Refleks normal pada bayi lahir :

(a) Refleks pelindung : Moro (bayi terkejut), tonus leher (mempertahankan posisi leher/kepala), apakah ada refleks menggenggam/tidak, apakah ada refleks mata berkedip/ tidak, ketika lahir bayi menangis/tidak.

(b) Refleks bernafas : Gerakan pernafasan simetris/tidak, adanya refleks bersin/tidak, adanya refleks batuk/tidak (refleks ini harus ada sepanjang hidup, biasanya ada setelah hari pertama lahir).

(c) Refleks makan : Ada/ tidaknya refleks menghisap (gerakan menghisap kuat pada area sikumoral sebagai respons terhadap rangsangan, refleks ini harus tetap ada selama masa bayi), ada/ tidaknya refleks rooting (bayi membalikan kepala ke arah sisi bayi tersebut dan mulai menghisap, keadaan ini harus menghilang pada usia 3-4 bulan), ada/ tidaknya refleks menelan, ada/ tidaknya refleks gag (refleks muntah harus menetap seumur hidup).

(d) Indera khusus : Sentuhan, rasa sakit, tekanan, bagaimana kondisi indera penciuman, pengecapan, pendengaran, dan penglihatan.

Setelah selesai melakukan pengkajian keperawatan kepada pasien, langkah selanjutnya yaitu membuat analisa data berdasarkan data subjektif dan objektif yang telah didapatkan, kemudian menentukan etiologi/penyebab sehingga muncul masalah keperawatan yang dapat dirumuskan menjadi diagnosa keperawatan (Leniwita dan Anggraini, 2019)

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan berfokus pada penilaian klinis terhadap respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan aktual, potensial, atau risiko. Diagnosa keperawatan yang dikembangkan memberikan dasar untuk asuhan kepada pasien melalui tahap selanjutnya. Perawat harus mampu menggunakan keterampilan berpikir kritis dan pengambilan keputusan dalam mengembangkan diagnosa keperawatan (Pangkey, 2021).

Kemungkinan diagnosa keperawatan yang akan muncul menurut PPNI (2017), yaitu :

- a. (D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
- b. (D. 0029) Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI.
- c. (D.0055) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.
- d. (D.0111) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.
- e. (D.0142) Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer.
- f. (D.0127) Risiko gangguan perlekatan berhubungan dengan kekhawatiran menjalankan peran sebagai orang tua.

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (PPNI, 2018).

Tabel 2. 3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ....x7 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. Dengan kriteria hasil (L.08066) : 1) Pasien mengatakan keluhan nyeri menurun 2) Keluhan nyeri meringis menurun 3) Pasien menunjukkan sikap protektif menurun 4) Pasien tampak tidak gelisah	Manajemen Nyeri (I.08238) <b>Observasi</b> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. <b>Terapeutik</b> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 2. Fasilitasi istirahat dan tidur. <b>Edukasi</b> 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri. 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 4. Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri. <b>Kolaborasi</b> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ....x7 jam diharapkan status menyusui membaik. Dengan kriteria hasil (L.03029) : 1) Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat. 2) Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat. 3) Pancaran ASI meningkat 4) Suplai ASI adekuat meningkat. 5) Payudara kosong setelah menyusui	Konseling Laktasi ( I.03093 ) <b>Observasi</b> 1. Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui. 2. Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui. 3. Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui. <b>Terapeutik</b> 1. Gunakan teknik mendengar aktif. 2. Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar. <b>Edukasi</b> 1. Ajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu.
3	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x7 jam diharapkan pola tidur membaik. Dengan kriteria	Dukungan tidur (I.05174) <b>Observasi</b> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur.

dilanjutkan

Lanjutan

(1)	(2)	(3)	(4)
	kontrol tidur (D.0055)	hasil (L.05045) : 1) Keluhan sulit tidur menurun 2) Keluhan sering terjaga menurun 3) Keluhan tidak puas tidur menurun 4) Pola tidur membaik 5) Keluhan istirahat tidak cukup menurun 6) Kemampuan beraktivitas meningkat	2. Identifikasi faktor pengganggu tidur. 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur. 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi. <b>Terapeutik</b> 1. Modifikasi lingkungan. 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu. 3. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur. 4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan. <b>Edukasi</b> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sulit. 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur. 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur.
4	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x7 jam diharapkan pengetahuan meningkat. Dengan kriteria hasil (L12111) : 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat 2) Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 5) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 6) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 7) Persepsi yang keliru menurun	Edukasi Kesehatan (I.12383) <b>Observasi</b> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. <b>Terapeutik</b> 1. Sediakan materi dan media <i>health promotion</i> . 2. Jadwalkan <i>health promotion</i> sesuai kesepakatan. 3. Berikan kesempatan untuk bertanya. <b>Edukasi</b> 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan. 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat. 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

dilanjutkan

Lanjutan

(1)	(2)	(3)	(4)
5	Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer. (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x7 jam diharapkan tingkat infeksi menurun. Dengan kriteria hasil (L.09097) : 1) Tidak ada tanda-tanda infeksi (Demam, nyeri, kemerahan dan bengkak). 2) Kadar sel darah putih membaik.	<p>Pencegahan Infeksi ( I.14539 )</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik.</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.</li> <li>2. Pertahankan tehnik aseptik pada pasien beresiko tinggi.</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi.</li> <li>2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.</li> <li>3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka.</li> <li>4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> </ol> <p>Perawatan Perineum ( I. 07225)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inspeksi insisi atau robekan perineum.</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi dalam membersihkan perineum.</li> <li>2. Pertahankan perineum tetap kering.</li> <li>3. Berikan posisi nyaman.</li> <li>4. Berikan kompres es, jika perlu</li> <li>5. Bersihkan area perineum secara teratur.</li> <li>6. Berikan pembalut yang menyerap cairan.</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan pasien dan keluarga mengobservasi tanda abnormal pada perineum (mis. Infeksi, kemerahan, pengeluaran cairan yang abnormal)</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dalam pemberian antiinflamasi, jika perlu.</li> <li>2. Kolaborasi pemberian analgesic, jika perlu.</li> </ol>
6	Risiko gangguan perlekatan berhubungan dengan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x7 jam diharapkan kemampuan berinteraksi ibu dan bayi meningkat. Dengan kriteria	<p>Promosi Perlekatan ( I.10342 )</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kegiatan menyusui.</li> <li>2. Identifikasi kemampuan bayi menghisap dan menelan ASI.</li> </ol>

dilanjutkan

Lanjutan

(1)	(2)	(3)	(4)
	kekhawatiran menjalankan peran sebagai orang tua. (D.0127)	hasil (L.13122): 1) Menunjukkan peningkatan verbalisasi perasaan positif terhadap bayi. 2) Menunjukkan peningkatan perilaku mencium bayi, tersenyum pada bayi, melakukan kontak mata dengan bayi, berbicara dengan bayi, berbicara kepada bayi serta berespon dengan isyarat bayi. 3) Kekhawatiran menjalankan peran orang tua menurun	3. menghisap dan menelan ASI. 4. Identifikasi payudara ibu. 5. Monitor perlekatan saat menyusui. <b>Terapeutik</b> 1. Hindari memegang kepala bayi. 2. Diskusikan dengan ibu masalah selama proses menyusui. <b>Edukasi</b> 1. Ajarkan Ibu menopang seluruh tubuh bayi. 2. Anjurkan bayi yang mendekati kearah payudara ibu dari bagian bawah. 3. Anjurkan Ibu untuk memegang payudara menggunakan jarinya seperti huruf "C" mengarah kemulut bayi. 4. Anjurkan ibu untuk menyusui menunggu mulut bayi terbuka lebar sehingga areola bagian bawah dapat masuk sempurna.

Sumber : (PPNI, 2018).

### 2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan tindakan keperawatan harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Leniwita dan Anggraini, 2019).

Pelaksanaan tindakan keperawatan merupakan realisasi dari intervensi keperawatan yang mencakup perawatan langsung kepada pasien, perawat harus berinteraksi dengan pasien, dan ada keterlibatan aktif pasien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan. Contoh : Perawat menginspeksi insisi atau robekan

perineum, membersihkan area perineum secara teratur, dan mengajarkan pasien dan keluarga mengobservasi tanda abnormal pada perineum.

### **2.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang sudah dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi yaitu mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan serta meneruskan rencana tindakan keperawatan (Hartati dkk.,2022).

Jenis-jenis evaluasi keperawatan dalam asuhan keperawatan menurut Hartati dkk (2022), antara lain :

- a. Evaluasi proses (formatif) : Evaluasi yang dilakukan setiap selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapa.
- b. Evaluasi hasil (sumatif) : Evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna, berorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan/ketidakberhasilan, rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan pasien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan kemudian ditulis dalam catatan perkembangan.

Komponen format atau formula yang digunakan untuk memudahkan perawat dalam mengevaluasi atau memantau perkembangan pasien menurut Hartati dkk (2022), yaitu menggunakan komponen Subjektif, Objektif, Analisis, *Planning*, Implementasi, Evaluasi, *Reassessment* (SOAPIER) :

- a. S (Subjektif) : Data berdasarkan keluhan yang diucapkan atau disampaikan oleh pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.
- b. O (Objektif) : Data objektif adalah data berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi secara langsung kepada pasien, dan yang dirasakan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan
- c. A (Analisis) : Interpretasi dari data subjektif dan data objektif , kemudian akan diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi Sebagian, atau masalah tidak teratasi.
- d. P (*Planning*) : Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, hentikan, modifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.
- e. I (Implementasi) : Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (perencanaan).
- f. E (Evaluasi) : Evaluasi adalah respon pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.
- g. R (*Reassessment*) : *Reassessment* adalah pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi, apakah dari rencana tindakan perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan.