

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP MEDIS

1. Pengertian

Post partum merupakan periode waktu yang diperlukan untuk pulihnya organ-organ reproduksi kembali pada keadaan semula (tidak hamil) yang lamanya 6 minggu setelah bayi dilahirkan dapat juga disebut dengan masa nifas (*peurperium*) (Rahmi, 2019).

Masa nifas (*puerperiem*), berasal dari bahasa latin, yaitu *puer* yang artinya bayi dan *partus* yang artinya melahirkan atau berarti masa sesudah melahirkan. Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, *plasenta* serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Sarwono, 2010).

2. Etiologi

Menurut (Dewi Vivian, Sunarsih, 2013), etiologi post partum dibagi menjadi 2 yaitu :

a. Post partum dini

Post partum dini adalah atonia uteri, laserasi jalan lahir, robekan jalan lahir dan hematoma.

b. Post partum lambat

Post partum lambat adalah tertinggalnya sebagian plasenta, subinvolusi

didaerah insersi plasenta dari luka bekas SC.

3. Manifestasi Klinis

Menurut (Waylani, 2015) tanda dan gejala post partum, antara lain:

a. Sistem reproduksi

1) Proses involusi

Proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan, proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

2) Kontraksi

Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, hormon oksigen yang dilepas dari kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengopresi pembuluh darah dan membantu hemostasis. Selama 1-2 jam pertama pasca partum intensitas kontraksi uterus bisa berkurang dan menjadi tidak teratur. Untuk mempertahankan kontraksi uterus, suntikan oksitosin secara intravena atau intramuskular diberikan segera setelah plasenta lahir.

3) Tempat plasenta

Segera setelah plasenta dan ketuban dikeluarkan, kontraksi vaskular dan trombus menurunkan tempat plasenta kesuatu area yang meninggi dan bernodul tidak teratur. Pertumbuhan endometrium keatas menyebabkan pelepasan jaringan nekrotik dan mencegah pembentukan jaringan parut yang menjadi karakteristik

penyembuhan luka. Regenerasi endometrium, selesai pada akhir minggu ketiga masa pasca partum, kecuali pada bekas tempat plasenta.

4) Lochea

Lochea rubra terutama mengandung darah dan debris desidua dan debris trofoblastik. Lochea serosa terdiri dari darah lama, serum, leukosit dan denrus jaringan. Sekitar 10 hari setelah bayi lahir, cairan berwarna kuning atau putih. Lochea alba mengandung leukosit, desidua, sel epitel, mukus, serum dan bakteri. Lochea alba bisa bertahan 2-6 minggu setelah bayi lahir.

5) Serviks

Serviks setinggi segmen bawah uterus tetap edematosa, tipis, dan rapuh selama beberapa hari setelah ibu melahirkan 18 jam pasca partum, serviks memendek dan konsistensinya menjadi lebih padat dan kembali ke bentuk semula.

6) Vagina dan *perineum*

Vagina yang semula sangat teregang akan kembali secara bertahap ke ukuran sebelum hamil, 6-8 minggu setelah bayi lahir.

b. Sistem endokrin

1) Hormon plasenta

Penurunan hormon human plasental lactogen, esterogen dan kortisol, serta placental enzyme insulinase membalik efek diabetagenik kehamilan. Sehingga kadar gula darah menurun secara yang

bermakna pada masa *puerperium*. Kadar estrogen dan progesteron menurun secara mencolok setelah plasenta keluar, penurunan kadar estrogen berkaitan dengan pembengkakan payudara dan diuresis cairan ekstra seluler berlebih yang terakumulasi selama masa hamil.

2) Hormon hipofisis

Waktu dimulainya ovulasi dan menstruasi pada wanita menyusui dan tidak menyusui berbeda. Kadar prolaktin serum yang tinggi pada wanita menyusui tampaknya berperan dalam menekan ovulasi. Karena kadar folikel-stimulating hormone terbukti sama pada wanita menyusui dan tidak menyusui disimpulkan ovarium tidak berespon terhadap stimulasi FSH ketika kadar prolaktin meningkat.

3) Abdomen

Apabila wanita berdiri dihari pertama setelah melahirkan, abdomennya akan menonjol dan membuat wanita tersebut tampak seperti masih hamil. Diperlukan sekitar 6 minggu untuk dinding abdomen kembali ke keadaan sebelum hamil.

4) Sistem urinarius

Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Diperlukan kira-kira 2-8 minggu supaya hipotonia pada kehamilan dan dilatasi ureter serta pelvis ginjal kembali ke keadaan sebelum hamil.

5) Sistem cerna

a) Nafsu makan

Setelah benar-benar pulih dari efek analgesia, anestesia, dan kelelahan, ibu merasa sangat lapar.

b) Mortilitas

Secara khas, penurunan tonus dan mortilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir.

c) Defekasi

Buang air besar secara spontan biasa tertunda selama 2-3 hari setelah ibu melahirkan.

6) Payudara

Konsentrasi hormon yang menstimulasi perkembangan payudara selama wanita hamil (estrogen, progesteron, human chorionik gonadotropin, prolaktin, krotison, dan insulin) menurun dengan cepat setelah bayi lahir.

a) Ibu tidak menyusui

Kadar prolaktin akan menurun dengan cepat pada wanita yang tidak menyusui. Pada jaringan payudara beberapa wanita, saat palpasi dilakukan pada hari kedua dan ketiga. Pada hari ketiga atau keempat pasca partum bisa terjadi pembengkakan. Payudara teregang keras, nyeri bila ditekan, dan hangat jika di raba.

b) Ibu yang menyusui

Sebelum laktasi dimulai, payudara teraba lunak dan suatu cairan kekuningan, yakni kolostrum. Setelah laktasi dimulai, payudara teraba hangat dan keras ketika disentuh. Rasa nyeri akan menetap selama sekitar 48 jam. Susu putih kebiruan dapat dikeluarkan dari puting susu.

7) Sistem kardiovaskuler

a) Volume darah

Perubahan volume darah tergantung pada beberapa faktor misalnya kehilangan darah merupakan akibat penurunan volume darah total yang cepat tetapi terbatas. Setelah itu terjadi perpindahan normal cairan tubuh yang menyebabkan volume darah menurun dengan lambat. Pada minggu ketiga dan keempat setelah bayi lahir, volume darah biasanya menurun sampai mencapai volume sebelum lahir.

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 melintasi sirkuit utero plasenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum.

c) Tanda-tanda vital

Beberapa perubahan tanda-tanda vital bisa terlihat, jika wanita

dalam keadaan normal. Peningkatan kecil sementara, baik peningkatan tekanan darah sistol maupun diastol dapat timbul dan berlangsung selama sekitar empat hari setelah wanita melahirkan.

8) Sistem neurologi

Perubahan neurologis selama *puerperium* merupakan kebalikan adaptasi neurologis yang terjadi saat wanita hamil dan disebabkan trauma yang dialami wanita saat bersalin dan melahirkan.

9) Sistem muskuloskeletal

Adaptasi sistem muskuloskeletal ibu yang terjadi selama masa hamil adaptasi ini mencakup hal-hal yang membantu relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat berat ibu akibat pembesaran rahim.

10) Sistem integumen

Kloasma yang muncul pada masa hamil biasanya menghilang saat kehamilan berakhir. Pada beberapa wanita, pigmentasi pada daerah tersebut akan menutup. Kulit yang meregang pada payudara, abdomen, paha, dan panggul mungkin memudar, tapi tidak hilang seluruhnya.

4. Patofisiologi

Pada kasus post partum dengan partus spontan akan terjadi pengeluaran janin, sehingga dapat menyebabkan gangguan pada sistem reproduksi yaitu pada bagian vagina dan *perineum* yang terjadi ruptur/robek sehingga menyebabkan adanya luka *perineum* dan terjadi

kerusakan jaringan sehingga mengakibatkan proteksi luka berkurang dan terjadi invasi bakteri dan kuman, timbulah masalah keperawatan risiko infeksi.

Luka *perineum* dapat menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan pada *perineum* sehingga merangsang area sensorik untuk mengeluarkan hormon bradikinin, histamin dan serotonin yang kemudian diteruskan oleh medulla spinalis ke batang otak, diteruskan ke thalamus sehingga merangsang nyeri dikorteks serebri, kemudian nyeri dipersepsikan dan timbulah gangguan rasa nyaman yang mengakibatkan nyeri akut. Luka *perineum* juga membuat ibu post partum takut akan lepas jahitan sehingga dapat menyebabkan tertahannya urine dan kantong urine menjadi penuh sehingga munculah masalah keperawatan gangguan eliminasi urine.

Luka *perineum* bisa menyebabkan ibu post partum kehilangan darah lebih dari 500ml sehingga munculah masalah keperawatan risiko perdarahan. Pada ibu post partum spontan setelah melahirkan denyut jantung dan curah jantung meningkat mengakibatkan kerja jantung meningkat sehingga menyebabkan kelelahan dan timbulah masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Pada ibu post partum dengan kerja jantung yang meningkat dan menyebabkan kelelahan dapat mengakibatkan masalah keperawatan menyusui tidak efektif. Post partum spontan pada pasca bersalin juga dapat mengakibatkan perubahan psikologis pada ibu sehingga dapat menyebabkan munculnya masalah keperawatan defisit

pengetahuan tentang kesehatan pasca persalinan (Nurarif dan Kusuma, 2015).

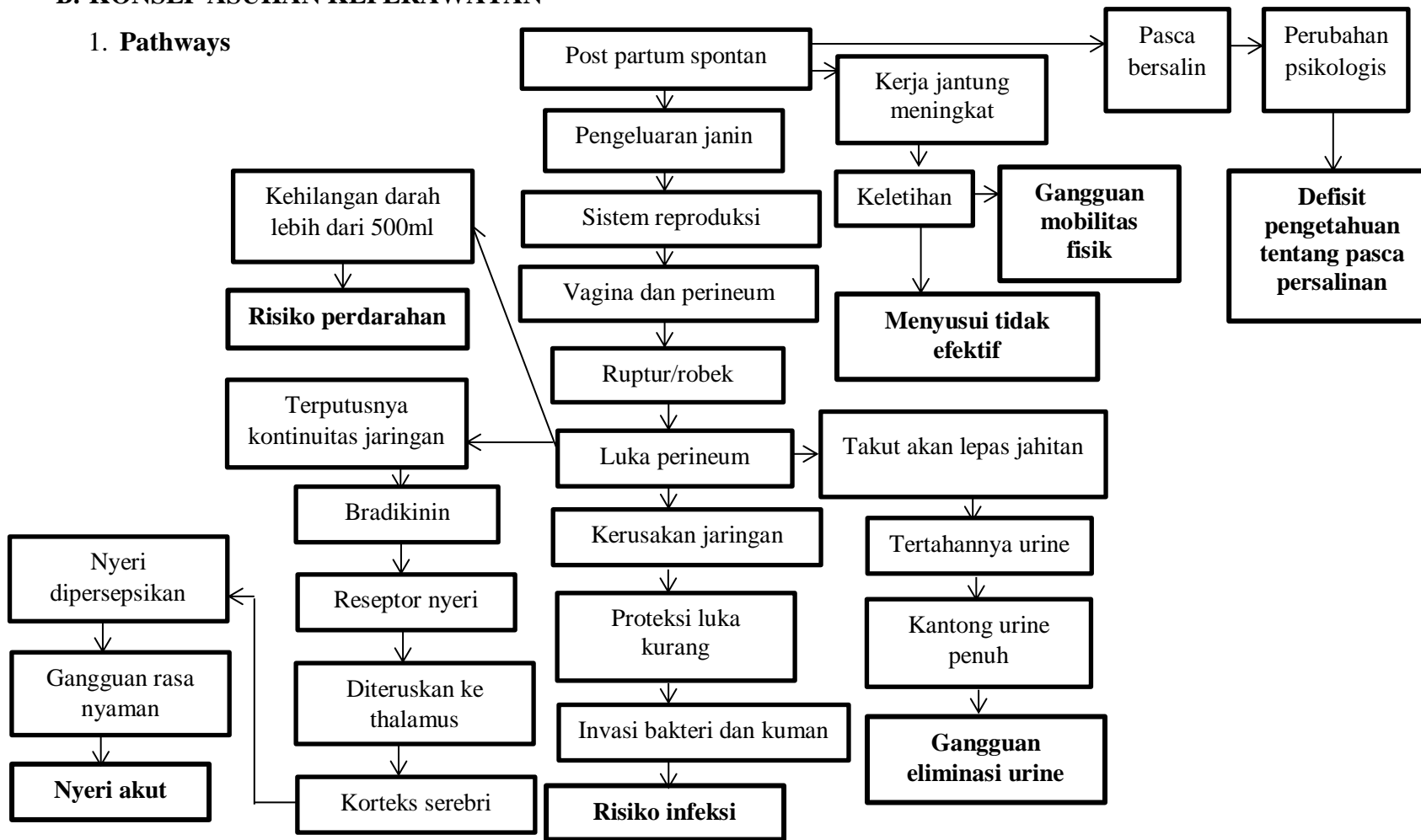
5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan perawatan ibu post partum menurut (Rahmadenti, 2020) adalah:

- a. Observasi ketat 2 jam post partum (adanya komplikasi perdarahan)
- b. 6-8 jam pasca persalinan: istirahat dan tidur tenang, usahakan miring kanan kiri
- c. Hari ke- 1-2: memberikan KIE kebersihan diri, cara menyusui yang benar dan perawatan payudara, perubahan-perubahan yang terjadi pada masa nifas, pemberian informasi tentang senam nifas
- d. Hari ke- 2: mulai latihan duduk
- e. Hari ke- 3: diperkenankan latihan berdiri dan berjalan

B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pathways



Bagan 2.1

Sumber: (Nurarif & Kusuma, 2015)

2. Pengkajian

Menurut (Stuart, 2015), pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Kemampuan perawat yang diharapkan dalam melakukan pengkajian adalah mempunyai kesadaran/tilik diri, kemampuan mengobservasi dengan akurat, kemampuan berkomunikasi terapeutik dan senantiasa mampu berespon secara efektif. Pada dasarnya tujuan pengkajian adalah mengumpulkan data objektif dan subjektif dari klien. Pada tahap pengkajian peneliti memakai model keperawatan *Maternal Role Attainment-Becoming a Mother* pada post partum yakni:

- a. Identitas klien meliputi nama, tempat tanggal lahir, agama, suku bangsa, pendidikan terakhir, pekerjaan, alamat, penghasilan per bulan.
- b. Antisipatori
 - 1) Status kesehatan: alasan kunjungan, kunjungan, keluhan utama, riwayat kesehatan.
 - 2) Riwayat obstetri dan ginekologi: riwayat haid, riwayat perkawinan, riwayat KB, riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu, riwayat kehamilan dan persalinan sekarang.
 - 3) Pemenuhan kebutuhan dasar manusia: nutrisi, eliminasi, oksigenasi, aktivitas dan istirahat.

4) Dukungan sosial: dukungan emosi, dukungan informasi, dukungan fisik, dukungan penghargaan.

5) Fungsi keluarga.

6) Pengkajian budaya.

7) Stress.

8) Pemeriksaan fisik ibu:

a) Mata: konjungtiva normalnya berwarna merah muda dan sklera normalnya berwarna putih.

b) Mammae: payudara simetris atau tidak, puting susu bersih dan menonjol atau tidak. Hiperpigmentasi areola atau tidak, kolostrum sudah keluar atau belum.

c) Abdomen: terdapat luka bekas SC atau tidak, ada linea atau tidak, striae ada atau tidak.

d) Genetalia: bersih atau tidak, oedema atau tidak, kemerahan atau tidak, *perineum* ada bekas luka episiotomi atau tidak.

e) Ekstremitas: oedema atau tidak, dan varises atau tidak.

c. Formal

1) Riwayat persalinan saat ini.

2) Pengkajian bayi.

3) Aspek psikososial ibu.

4) Peran ayah selama dan sesudah kelahiran.

3. Diagnosa Keperawatan

Menurut panduan SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia), diagnosa keperawatan yang telah disusun pada pasien post partum adalah sebagai berikut:

a. Nyeri akut (D.0077)

1) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2) Etiologi

- a) Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)
- c) Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

3) Manifestasi klinis

a) Gejala dan tanda mayor

Subjektif: mengeluh nyeri

Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

b) Gejala dan tanda minor

Subjektif: (tidak tersedia)

Objektif : tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis.

4) Kondisi klinis terkait

- a) Kondisi pembedahan
- b) Cedera traumatis
- c) Infeksi
- d) Sindrom koroner akut
- e) Glaukoma

b. Gangguan Eliminasi Urine (D.0040)

1) Definisi

Disfungsi eliminasi urine

2) Etiologi

- a) Penurunan kapasitas kandung kemih
- b) Iritasi kandung kemih
- c) Penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih
- d) Efek tindakan medis dan diagnostik (mis. Operasi ginjal, operasi saluran kemih, anestesi, dan obat-obatan)
- e) Kelemahan otot pelvis
- f) Ketidakmampuan mengakses toilet (mis. Imobilisasi)
- g) Hambatan lingkungan
- h) Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi

- i) Outlet kandung kemih tidak lengkap (mis. Anomaly saluran kemih kongenital)
 - j) Imaturitas (pada anak usia <3th)
- 3) Manifestasi klinis
- a) Gejala dan tanda mayor
 - Subjektif: desakan berkemih (urgensi), urine menetes (dribbling), sering buang air kecil, nokturia, mengompol, enuresis.
 - Objektif: distensi kandung kemih, berkemih tidak tuntas (hesitancy), volume residu urine meningkat.
 - b) Gejala dan tanda minor
 - Subjektif: (tidak tersedia)
 - Objektif: (tidak tersedia)
- 4) Kondisi klinis terkait
- a) Infeksi ginjal dan saluran kemih
 - b) Hiperglikemi
 - c) Trauma
 - d) Kanker
 - e) Cedera/tumor/infeksi medulla spinalis
 - f) Neuropati diabetikum
 - g) Neuropati alkoholik
 - h) Stroke
 - i) Parkinson
 - j) Skeloris multipel

- k) Obat alpha adrenergic
- c. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
 - 1) Definisi

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri
 - 2) Etiologi
 - a) Kerusakan integritas struktur tulang
 - b) Perubahan metabolisme
 - c) Ketidakbugaran fisik
 - d) Penurunan kendali otot
 - e) Penurunan massa otot
 - f) Penurunan kekuatan otot
 - g) Keterlambatan perkembangan
 - h) Kekakuan sendi
 - i) Kontraktur
 - j) Malnutrisi
 - k) Gangguan muskuloskeletal
 - l) Gangguan neuromuskular
 - m) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
 - n) Efek agen farmakologis
 - o) Program pembatasan gerak
 - p) Nyeri
 - q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik

- r) Kecemasan
 - s) Gangguan kognitif
 - t) Keengganan melakukan pergerakan
 - u) Gangguan sensori persepsi
- 3) Manifestasi klinis
- a) Gejala dan tanda mayor
 - Subjektif: mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
 - Objektif: kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun
 - b) Gejala dan tanda minor
 - Subjektif: nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak
 - Objektif: sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah
- 4) Kondisi klinis terkait
- a) Stroke
 - b) Cedera medulla spinalis
 - c) Trauma
 - d) Fraktur
 - e) Osteoarthritis
 - f) Osteomalasia
 - g) Keganasan

d. Defisit Pengetahuan (D.0111)

1) Definisi

Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu

2) Etiologi

- a) Keterbatasan kognitif
- b) Gangguan fungsi kognitif
- c) Kekeliruan mengikuti anjuran
- d) Kurang terpapar informasi
- e) Kurang minat dalam belajar
- f) Kurang mampu mengingat
- g) Ketidaktahuan menemukan sumber informasi

3) Manifestasi klinis

a) Gejala dan tanda mayor

Subjektif: menanyakan masalah yang dihadapi

Objektif: menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran

b) Gejala dan tanda minor

Subjektif: -

Objektif: menjalani pemeriksaan tidak tepat, menunjukkan perilaku berlebihan

4) Kondisi klinis terkait

- a) Kondisi klinis yang baru dihadapi oleh pasien

- b) Penyakit akut
 - c) Penyakit kronis
- e. Menyusui Tidak Efektif (D.0029)
- 1) Definisi
Kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui
 - 2) Etiologi
Fisiologis:
 - a) Ketidakadekuatan suplai ASI
 - b) Hambatan pada neonates (mis. Prematuritas, sumbing)
 - c) Anomali payudara ibu (mis. Putting yang masuk kedalam)
 - d) Ketidakadekuatan reflek oksitosin
 - e) Ketidakadekuatan refleks menghisap bayi
 - f) Payudara bengkak
 - g) Riwayat operasi payudara
 - h) Kelahiran kembarSituasional:
 - a) Tidak rawat gabung
 - b) Kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan/ atau metode menyusui
 - c) Kurangnya dukungan keluarga
 - d) Faktor budaya

3) Manifestasi klinis

a) Gejala dan tanda mayor

Subjektif: kelelahan maternal, kecemasan maternal

Objektif: bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu, ASI tidak menetes/ memancar, BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam, nyeri dan/ atau lecet terus menerus setelah minggu kedua

b) Gejala dan tanda minor

Subjektif: -

Objektif: intake bayi tidak adekuat, bayi menghisap tidak terus menerus, bayi menangis saat disusui, bayi rewel dan menangis terus dalam jam-jam pertama setelah menyusui, menolak untuk menghisap

4) Kondisi klinis terkait

a) Abses payudara

b) Mastitis

c) Carpal tunnel syndrome

f. Risiko Perdarahan (D.0012)

1) Definisi

Berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi didalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh)

2) Faktor risiko

a) Aneurisma

b) Gangguan gastrointestinal

- c) Gangguan fungsi hati (mis. Sirosis hepatis)
 - d) Komplikasi kehamilan (mis. Ketuban pecah dini, plasenta previa, kehamilan kembar, dll)
 - e) Komplikasi pasca partum (mis. Atoni uteri, retensi plasenta)
 - f) Gangguan koagulasi
 - g) Efek agen farmakologis
 - h) Tindakan pembedahan
 - i) Trauma
 - j) Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan
 - k) Proses keganasan
- 3) Kondisi klinis terkait
- a) Aneurisma
 - b) Koagulasi intravaskuler diseminata
 - c) Sirosis hepatis
 - d) Ulkus lambung
 - e) Varises
 - f) Trombositopenia
 - g) Ketuban pecah sebelum waktunya
 - h) Plasenta previa/ abrupcio
 - i) Atonia uterus
 - j) Retensi plasenta
 - k) Tindakan pembedahan
 - l) Kanker

m) Trauma

g. Risiko Infeksi (D.0142)

1) Definisi

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

2) Faktor risiko

a) Penyakit kronis (mis. Diabetes mellitus)

b) Efek prosedur invasif

c) Malnutrisi

d) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan

Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer:

a) Gangguan peristaltik

b) Kerusakan integritas kulit

c) Perubahan sekresi pH

d) Penurunan kerja siliaris

e) Ketuban pecah lama

f) Ketuban pecah sebelum waktunya

g) Merokok

h) Status cairan tubuh

Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder:

a) Penurunan hemoglobin

b) Imunosupresi

c) Leukopenia

d) Supresi respon inflamasi

e) Vaksinasi tidak adekuat

3) Kondisi klinis terkait

a) AIDS

b) Luka bakar

c) Penyakit paru obstruktif kronis

d) Diabetes mellitus

e) Tindakan invasif

f) Kondisi penggunaan terapi steroid

g) Penyalahgunaan obat

h) Ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW)

i) Kanker

j) Gagal ginjal

k) Imunosupresi

l) Lymphedema

m) Leukositopenia

n) Gangguan fungsi hati

4. Intervensi

Menurut panduan SLKI dan SIKI, diagnosa keperawatan yang telah disusun diatas, berikut rencana keperawatan yang akan dilakukan pada pasien post partum adalah sebagai berikut:

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Diharapkan tingkat nyeri dapat menurun, dengan kriteria hasil:

Tingkat nyeri (L.08066)

- 1) Keluhan nyeri
- 2) Meringis
- 3) Gelisah

Rencana tindakan manajemen nyeri (I.08238), antara lain:

Observasi:

- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- Identifikasi skala nyeri
- Identifikasi respons nyeri non verbal

Terapeutik:

- Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/ dingin, terapi bermain)
- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

Edukasi:

- Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi:

- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

- b. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih

Diharapkan gangguan eliminasi urine dapat membaik, dengan kriteria hasil:

Eliminasi urine (L.04034)

- 1) Frekuensi BAK
- 2) Karakteristik urine

Rencana tindakan manajemen eliminasi urine (I.04152), antara lain:

Observasi:

- Monitor eliminasi urine (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna)

Terapeutik:

- Catat waktu dan haluaran berkemih

Edukasi:

- Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih
- Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih

Kolaborasi:

- Pemberian obat supositoria uretra, jika perlu

c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat menurun, dengan kriteria hasil:

Mobilitas fisik (L.05042)

- 1) Gerakan terbatas
- 2) Nyeri

3) Pergerakan ekstremitas

Rencana tindakan dukungan mobilisasi (I.05173), antara lain:

Observasi:

- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik:

- Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)
- Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu

Edukasi:

- Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Diharapkan defisit pengetahuan dapat menurun, dengan kriteria hasil:

Tingkat pengetahuan (L.12111)

- 1) Perilaku sesuai anjuran
- 2) Perilaku
- 3) Persepsi yang keliru

Rencana tindakan edukasi kesehatan (I.12383), antara lain:

Observasi:

- Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Terapeutik:

- Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi:

- Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai

ASI

Diharapkan menyusui tidak efektif dapat menurun, dengan kriteria hasil:

Status menyusui (L.03029)

- 1) Tetesan/ pancaran ASI
- 2) Suplai ASI adekuat
- 3) Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar

Rencana tindakan edukasi menyusui (I.12393), antara lain:

Observasi:

- Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- Identifikasi tujuan dan kesiapan menyusui

Terapeutik:

- Dukung ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui
- Libatkan sistem pendukung seperti suami, keluarga

Edukasi:

- Berikan konseling menyusui
- Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi
- Jelaskan perawatan payudara post partum
- Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar

f. Risiko perdarahan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan

Diharapkan risiko perdarahan dapat menurun, dengan kriteria hasil:

Tingkat perdarahan (L.02017)

- 1) Perdarahan vagina
- 2) Tekanan darah
- 3) Suhu tubuh

Rencana tindakan pencegahan perdarahan (I.02067), antara lain:

Observasi:

- Monitor tanda gejala perdarahan
- Monitor tanda-tanda vital

Terapeutik:

- Pertahankan bedrest selama perdarahan

Edukasi:

- Jelaskan tanda gejala perdarahan
- Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi
- Anjurkan meningkatkan makanan dan vitamin K
- Anjurkan segera lapor jika terjadi perdarahan

Kolaborasi:

- Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu

g. Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit

Diharapkan risiko infeksi dapat menurun, dengan kriteria hasil:

Integritas kulit dan jaringan (L.14125)

- 1) Kerusakan jaringan
- 2) Perdarahan
- 3) Jaringan parut

Rencana tindakan pencegahan infeksi (I.14539), antara lain:

Observasi:

- Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik:

- Batasi jumlah pengunjung
- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Edukasi:

- Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- Anjurkan meningkatkan asupan cairan

5. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah sebuah fase dimana perawat melaksanakan intervensi keperawatan yang sudah direncanakan sebelumnya. Berdasarkan terminology SDKI implementasi terdiri dari

melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang digunakan untuk melakukan intervensi (Berman, dkk, 2016).

6. Evaluasi

Evaluasi merupakan komponen terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi merupakan upaya untuk menentukan apakah seluruh proses sudah berjalan dengan baik atau belum. Apakah hasil tidak mencapai tujuan, maka pelaksanaan tindakan diulang kembali dengan melakukan berbagai perbaikan. Sebagai suatu proses evaluasi ada empat dimensi menurut (Effendy, 2014), yaitu:

- a. Dimensi keberhasilan, yaitu evaluasi dipusatkan untuk mencapai tujuan tindakan keperawatan
- b. Dimensi ketepatangunaan yaitu evaluasi yang dikaitkan sumber daya
- c. Dimensi kecocokan, yaitu evaluasi yang berkaitan dengan kecocokan kemampuan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan
- d. Dimensi kecukupan, yaitu evaluasi yang berkaitan dengan kecukupan perlengkapan dari tindakan yang telah dilaksanakan

Evaluasi merupakan kegiatan membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya. Kerangka kerja evaluasi sudah terkandung dalam rencana perawatan jika secara jelas telah digambarkan tujuan perilaku yang spesifik maka hal ini dapat berfungsi sebagai kriteria evaluasi bagi tingkat aktivitas yang telah dicapai. Evaluasi disusun

dengan menggunakan SOAP secara operasional. Tahapan evaluasi dapat dilakukan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif dilakukan selama proses asuhan keperawatan, sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir (Friedman, 2017).

Evaluasi disusun menggunakan SOAP menurut Suprajitno (dalam Wardani, 2013), diantaranya:

S: ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan.

O: keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif.

A: merupakan analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif.

P: perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis.

C. EVIDENCE BASE PRACTICE (EBP)

1. Konsep Dasar Vulva Hygiene

a. Pengertian

Vulva hygiene adalah tindakan membersihkan daerah kewanitaian yaitu bagian *vulva* dan didaerah sekitarnya, yang mana adalah untuk pemenuhan kebutuhan yang bertujuan untuk menyehatkan daerah antara paha yang dibatasi oleh vulva dan anus pada ibu dalam masa antara kelahiran plasenta sampai dengan kembalinya organ generik seperti pada waktu sebelum hamil (Ayu, 2010).

Pada masa post partum seorang ibu sangat rentan terhadap terjadinya infeksi. Oleh karena itu kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungannya. Sering melakukan *vulva hygiene* akan meningkatkan kenyamanan dan mencegah infeksi, tindakan yang paling sering dilakukan adalah menggunakan air yang dialirkan setelah berkemih atau *defekasi*, hindari penyemprotan langsung, ajarkan ibu untuk membersihkan sendiri (Ayu, 2010).

b. Tujuan *Vulva Hygiene*

Menurut (Kusmiran, 2011), antara lain:

- 1) Menjaga kesehatan dan kebersihan vagina.
- 2) Membersihkan bekas keringat dan bakteri yang ada disekitar *vulva* diluar vagina.
- 3) Mempertahankan pH derajat keasaman vagina normal yaitu (3,5-4,5).
- 4) Mencegah rangsangan tumbuhnya jamur, bakteri dan protozoa.
- 5) Mencegah timbulnya keputihan.

c. Metode perawatan *vulva hygiene*

Perawatan *vulva hygiene* dilakukan setiap pagi dan sore hari sebelum mandi, sesudah buang air kecil (BAK) atau buang air besar (BAB) (Rukiyah, 2015).

d. Alat-alat

- 1) Selimut mandi
- 2) Perlak pengalas

- 3) Pispot
 - 4) Handscoon
 - 5) Pembalut dan celana pasien
- e. Prosedur pelaksanaan perawatan *vulva hygiene*
- a) Tahap fase orientasi
 - 1) Memperkenalkan diri
 - 2) Menjelaskan tujuan
 - 3) Menjelaskan prosedur dan langkah tindakan yang dilakukan pada keluarga
 - 4) Menempatkan alat-alat didekat klien
 - 5) Mencuci tangan
 - b) Tahap fase kerja

Mengucapkan basmallah

 - 1) Menjaga privacy klien
 - 2) Memasang selimut mandi, menaikan pakaian bawah klien
 - 3) Mengatur posisi dorsal recumbent
 - 4) Memasang perlak pengalas dan pispot dibawah pantat
 - 5) Melepas celana dalam dan memasukan softek kedalam plastik
 - 6) Memakai sarung tangan kiri, membuka vulva dengan tangan kiri, mengamati kondisi vulva dan pengeluaran (teruji menyampaikan dengan lisan PPV: jumlah, warna, bau, dan kondisi vulva)

- 7) Memasang pispot, meminta ibu kencing kemudian mengguyur vulva dengan air hangat dengan tangan kanan, sedangkan tangan kiri membuka labia sampai vestibulum dengan hati-hati
 - 8) Melepas pispot
 - 9) Memakai sarung tangan kanan, membersihkan labia mayora kanan dan kiri bergantian dari atas kebawah dengan sekali usapan sampai bersih, membersihkan labia minora kanan dan kiri bergantian dari atas dan bawah dengan sekali usapan sampai bersih
 - 10) Membersihkan vestibulum dari atas kebawah sampai anus dengan sekali usapan sampai bersih
 - 11) Melepas sarung tangan
 - 12) Memasang pembalut dan celana klien
 - 13) Mengangkat perlak dan pengalas sambil menurunkan pakaian bawah klien
 - 14) Mencuci tangan
Mengucap hamdallah
- c) Tahap fase terminasi
- 1) Merapikan klien dan alat
 - 2) Melakukan evaluasi tindakan yang telah dilakukan
 - 3) Berpamitan dengan klien
- f. Prosedur pelaksanaan perawatan *vulva hygiene* menurut Mumpuni, (2013 dalam Handayani dan Prasetyorini, 2017)

- 1) Mencuci tangan sebelum membersihkan daerah kewanitaan.
- 2) Cebok dari arah vagina kearah anus menggunakan air bersih yang mengalir, tanpa memakai antiseptik.
- 3) Mengeringkannya dengan handuk kering atau tisu kering.

2. Jurnal Penerapan Perawatan *Vulva Hygiene*

- a. Penelitian yang dilakukan oleh (Tiara, 2021), berjudul pengaruh *vulva hygiene* terhadap penyembuhan luka *perineum* pada ibu nifas. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh *vulva hygiene* terhadap penyembuhan luka *perineum*. Penelitian ini menggunakan desain penelitian analitik korelasi dengan menggunakan uji statistik. Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kalianget, Poliandes Marengan Laok, Kecamatan Kalianget dengan sampel sebanyak 30 responden. Pengambilan sampel yaitu dengan teknik total sampling pada semua ibu nifas yang mengalami luka *perineum*. Berdasarkan hasil penelitian kategori *vulva hygiene* dari 30 responden sebagian besar (56,6%), melakukan *vulva hygiene* dengan baik sebanyak 17 ibu nifas, dan kategori penyembuhan luka *perineum* sebagian besar (73,4%) luka *perineum* sembuh 22 ibu nifas.

Hasil uji statistik menggunakan SPSS diperoleh hasil X^2 hitung (7,297) > X^2 tabel (5,991), sedangkan X^2 tabel (5,991) pada α 0,05 dan nilai koefisien kontigensi hitung (0,442). Maka berdasarkan pengujian hipotesis yang telah dilakukan, didapatkan X^2 hitung > X^2 tabel (7,297 > 5,991) dan berdasarkan nilai koefisien (0,442) yang disesuaikan

dengan menggunakan tabel pedoman interpretasi diketahui bahwa terdapat pengaruh antara *vulva hygiene* dengan penyembuhan luka *perineum* hari ke-7 pada ibu nifas di Desa Marengan Laok Wilayah Kerja Puskesmas Kalianget, Kecamatan Kalianget.

- b. Penelitian yang dilakukan oleh (Sari, 2019), berjudul pengaruh kemampuan *vulva hygiene* terhadap penyembuhan luka *perineum* pada ibu post partum primipara. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh kemampuan ibu terhadap kebersihan *vulva* terhadap waktu penyembuhan luka *perineum* pada ibu post partum. Penelitian ini menggunakan desain penelitian longitudinal prospektif (cohort). Penelitian dilakukan di Puskesmas desa wilayah kerja Turi Lamongan dengan sampel sebanyak 30 responden. Pengambilan sampel yaitu dengan teknik total sampling pada semua ibu nifas yang mengalami luka *perineum*.

Berdasarkan hasil penelitian kemampuan *vulva* baik *hygienenya* semua mengalami penyembuhan luka cepat sebanyak 5 orang (100%), dan waktu penyembuhan luka *perineum* cepat sebagian besar 9 orang (30%). Hasil uji statistik yang diperoleh dengan Spearman Rank yaitu 0,05 menggunakan SPSS didapatkan hasil value $0,000 < 0,05$ hal ini berarti H_0 ditolak/ H_a diterima, artinya ada pengaruh kemampuan *vulva hygiene* terhadap waktu penyembuhan luka *perineum* pada ibu post partum.

c. Penelitian yang dilakukan oleh (Ginting, dkk, 2019), berjudul pengaruh *vulva hygiene* terhadap penyembuhan luka *heacting* robekan jalan lahir pada ibu bersalin. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh *vulva hygiene* terhadap penyembuhan luka *heacting* robekan jalan lahir. Penelitian ini menggunakan desain penelitian quasi experimental designs dengan rancangan penelitian two group post-test design. Penelitian dilakukan di BPM Bidan A. Nagori P. Simalungun dengan sampel sebanyak 30 responden. Pengambilan sampel yaitu dengan teknik total sampling.

Berdasarkan hasil penelitian responden dibagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok dibersihkan dengan air DTT sebanyak 15 responden (50%) dan kelompok dibersihkan dengan iodine sebanyak 15 responden (50%). Untuk penyembuhan luka *heacting perineum* normal sebanyak 11 responden (36,7%), dan penyembuhan luka *heacting perineum* cepat sebanyak 6 responden (20%). Hasil uji statistik yang diperoleh dengan korelasi Spearman Rho diketahui nilai $p=0,007$, dimana $p<0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara *vulva hygiene* menggunakan air DTT dengan *vulva hygiene* menggunakan iodine terhadap penyembuhan luka *heacting perineum*.