

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI

I. Tinjauan Pustaka

A. Teori Umum

1. Definisi Masa Nifas

Masa Nifas (*Post Partum*) adalah masa di mulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali semula seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan banyak memberikan ketidaknyamanan pada awal postpartum, yang tidak menutup kemungkinan untuk menjadi patologis bila tidak diikuti dengan perawatan yang baik (Yuliana & Hakim, 2020).

Luka perineum adalah luka karena adanya robekan jalan lahir baik karena ruptur maupun karena episiotomi pada waktu melahirkan janin. Ruptur perineum adalah robekan yang terjadi pada perineum sewaktu persalinan. Robekan jalan lahir merupakan luka atau robekan jaringan yang tidak teratur (Suyanti Suwardi & Nurul Mouliza, 2019).

2. Perubahan Masa Nifas

Menurut (Sukma, dkk. 2017), perubahan fisik ibu nifas sebagai berikut :

a. Perubahan system reproduksi

Selama masa nifas alat-alat genetalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan-perubahan alat genetalia ini dalam keseluruhan disebutkan involusi. Pada hari ke-5

postpartum uterus kurang lebih setinggi 7 cm di atas simfisis pusat, sesudah 12 hari uterus tidak dapat diraba lagi diatas simfisis. Postpartum 2 minggu diameternya menjadi 3,5 cm dan pada postpartum 6 minggu telah mencapai 2,4 cm.

b. Lochea

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa nifas. Pada 0-3 hari keluar cairan berwarna merah atau disebut lochea rubra, pada hari ke-3 sampai ke-7 keluar cairan berwarna merah kuning berisi darah dan lendir atau disebut lochea sanguinolenta, pada hari ke-7 sampai ke-14 cairan yang keluar berwarna kuning atau disebut lochea serosa, cairan ini tidak berdarah lagi, selama 2 minggu, lochea hanya merupakan cairan putih yang disebut dengan lochia alba. Lochea mempunyai bau yang khas, tidak seperti bau menstruasi.

c. Endometrium

Perubahan pada endometrium adalah thrombosis, degenerasi, dan nekrosis ditempat implantasi plasenta. Pada hari pertama tebal endometrium 2,5 mm, mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua, dan selaput janin. Setelah tiga hari mulai rata, sehingga tidak ada pembentukan jaringan parut pada bekas implantasi plasenta.

d. Serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks ialah bentuk serviks agak menganga seperti corong, segera setelah bayi lahir. Bentuk ini disebabkan oleh corpus uteri yang akan mengalami kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi

sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korvus dan serviks berbentuk semacam cincin.

e. Perubahan system pencernaan

Sering terjadi konstipasi pada ibu setelah melahirkan. Hal ini disebabkan karena makanan padat dan kurang berserat selama persalinan.

f. Perubahan perkemihan

Saluran kencing kembali normal dalam waktu 2-8 minggu, tergantung pada keadaan sebelum persalinan, lamanya partus kala dua dilalui.

g. Perubahan system musculoskeletal

Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus ke belakang dan menjadi retropleksi karena ligamentum rotundum menjadi kendur. Tidak jarang pula wanita mengeluh kandungannya turun setelah melahirkan karena ligament, fasia, jaringan penunjang alat genetalia menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

h. Perubahan tanda-tanda vital

- 1) Suhu tubuh wanita inpartu tidak dari 37,2 derajat celsius. Sesudah partus dapat naik kurang lebih 0,5 derajat celsius dari keadaan normal.
- 2) Nadi normal berkisar antara 60-80 denyut permenit setelah partus.
- 3) Tekanan darah pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi postpartum akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat

penyakit-penyakit lain yang menyertainya dalam setengah bulan tanpa pengobatan.

3. Perubahan Psikologi Ibu Nifas

Ada 3 fase penyesuaian ibu terhadap perannya sebagai orang tua, yaitu fase *taking in*, fase *taking hold*, fase *letting go*.

a. Fase *Taking-in*

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Oleh karena itu kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik. Gangguan psikologis yang mungkin dirasakan ibu adalah:

- 1) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya misalnya jenis kelamin tertentu, warna kulit, jenis rambut dan lain-lain.
- 2) Ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu misalnya rasa mules karena rahim berkontraksi untuk kembali pada keadaan semula, payudara bengkak, nyeri luka jahitan.
- 3) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.

b. Fase *Taking Hold*

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase taking hold, ibu merasa khawatir atau ketidak mampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Selain itu perasaannya sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati. Oleh karena itu ibu memerlukan dukungan karena saat ini merasakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri.

c. Fase *Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

4. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menurut Nugroho (2014), tujuan asuhan masa nifas yaitu :

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
- b. Melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi.
- c. Memberian pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari.
- d. Memberikan pelayanan keluarga berencana.
- e. Mendapatkan kesehatan emosi.

5. Tahapan Masa Nifas

Menurut Rukiyah (2014), tahapan masa nifas yaitu :

- a. Puerperium dini yaitu pemulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
- b. Puerperium intermedial yaitu pemulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.
- c. Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki komplikasi.

6. Kunjungan Masa Nifas

- a. Asuhan masa nifas berdasarkan waktu kunjungan nifas (Sukma, dkk. 2017)
 - 1) Kunjungan I (6-8 jam setelah persalinan)
 - a) Mencegah perdarahan masa nifas.
 - b) Mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.
 - c) Pemberian ASI awal, 1 jam setelah Inisiasi Menyusu Dini (IMD) berhasil dilakukan.
 - d) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi.
 - e) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.
 - 2) Kunjungan II (6 hari setelah persalinan)
 - a) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau menyengat.
 - b) Menilai adanya tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.

- c) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tandatanda penyulit dalam menyusui.
- d) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi yaitu perawatan tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

3) Kunjungan III (2 minggu setelah persalinan)

- a) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau menyengat.
- b) Menilai adanya tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
- c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat. Dan memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyult dalam menyusui.
- d) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi yaitu perawatan tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari

4) Kunjungan IV (6 minggu setelah persalinan)

- a) Menanyakan pada ibu tentang keluhan dan penyulit yang dialaminya.
- b) Memberikan konseling untuk menggunakan KB secara dini.

7. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

Dalam masa nifas, alat-alat genetalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih seperti keadaan sebelum hamil. Untuk membantu mempercepat proses

penyembuhan pada masa nifas, maka ibu membutuhkan beberapa kebutuhan dasar sebagai berikut :

a. Nutrisi dan Cairan

Ibu nifas membutuhkan nutrisi yang cukup, gizi seimbang, terutama kebutuhan protein dan karbohidrat. Gizi Ibu sangat erat kaitannya dengan produksi air susu yang dibutuhkan bayi untuk tumbuh kembang. Kebutuhan kalori selama menyusui proporsional dengan jumlah air susu ibu yang dihasilkan dan lebih tinggi selama menyusui dibanding selama hamil. Kebutuhan kalori selama menyusui sekitar 400-500 kalori, sebaiknya ibu nifas jangan mengurangi kalori karena akan mengganggu proses metabolisme tubuh dan menyebabkan ASI menjadi rusak (Nugroho dkk, 2014). Sedangkan kebutuhan konsumsi cairan sebanyak 8 gelas perhari. Minum sedikitnya 3 liter tiap hari, kebutuhan cairan diperoleh dari air putih, sari buah, susu dan sup (Nugroho dkk, 2014).

b. Eliminasi (BAB / BAK)

Hendaknya kencing dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang wanita mengalami sulit kencing, karena spingter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi musculus sphincter ani selama persalinan, juga oleh karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan. Bila kandung kemih penuh segera dilakukan pengosongan kandung kemih karena dapat membantu terjadinya kontraksi yang disertai dengan peregangan berlebihan dari kandung kemih yang tidak dapat dikosongkan secara spontan. Sedangkan buang air besar harus dilakukan 3-4 hari pasca persalinan. Bila

masih sulit buang air besar dan terjadi obstipasi dapat diberikan obat laksans per oral atau per-rectal. Jika masih belum bisa dilakukan klisma.

c. Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari, kemudian boleh miring-miring ke kanan dan ke kiri, untuk mencegah adanya trombosis. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal, diantaranya sebagai berikut:

- 1) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi
- 2) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan
- 3) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

d. Kebersihan

Menurut Kemenkes RI (2013), ibu nifas perlu melakukan kebersihan diri untuk mengurangi infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman. Hal-hal yang dilakukan adalah sebagai berikut :

- 1) Membersihkan daerah vulva dari depan ke belakang setelah buang air kecil atau besar dengan sabun dan air.
- 2) Mengganti pembalut dua kali sehari.
- 3) Mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelamin
- 4) Menghindari menyentuh daerah luka episiotomi atau laserasi

e. Kebutuhan seksual

Kebutuhan informasi dan konseling tentang hubungan seksual merupakan salah satu pertanyaan yang banyak diajukan pada masa pasca persalinan. Hubungan seksual dilakukan begitu darah berhenti dan ibu tidak merasa ketidaknyamanan, maka aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap. Setelah 8 minggu pasca persalinan, hanya 71% responden menyatakan telah melakukan hubungan seksual dan pada 10 minggu 90% diantara perempuan yang memiliki pasangan telah melakukan hubungan seksual. Menyusui lebih berpengaruh pada penurunan aktivitas seksual apabila dibandingkan dengan penggunaan susu formula.

f. Keluarga Berencana

Informasi mengenai penggunaan kontrasepsi pada masa postpartum sangat berguna bagi ibu nifas untuk memberikan batasan jarak anak atau mencegah terjadinya kehamilan. Kontrasepsi yang cocok untuk ibu pada masa nifas antara lain adalah metode amenorhea laktasi (MAL), pil progestrin (mini pil), kontrasepsi implan, dan alat kontrasepsi dalam Rahim.

g. Latihan / Senam Nifas

Pada masa nifas organ-organ tubuh wanita akan kembali seperti semula sekitar 6 minggu. Oleh karena itu, ibu dianjurkan untuk melakukan senam nifas sejak hari pertama melahirkan sampai dengan hari ke sepuluh dengan cara sebagai berikut: (Kemenkes RI, 2013). Menarik otot perut bagian bawah selagi menarik napas dalam posisi tidur terlentang dengan lengan disamping, tahan napas sampai hitungan 5, angkat dagu ke dada, ulangi sebanyak 10 kali. Berdiri

dengan kedua tungkai dirapatkan. Tahan dan kencangkan otot pantat, pinggul sampai hitungan 5, ulangi sebanyak 5 kali.

8. Komplikasi Masa Nifas

Beberapa komplikasi yang terjadi pada ibu selama masa nifas antara lain sebagai berikut :

a. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan pervaginam yang melebihi 500 ml setelah persalinan didefinisikan sebagai perdarahan postpartum (Nugroho dkk, 2014). Klasifikasi perdarahan postpartum dibagi menjadi 2 antara lain sebagai berikut (Astuti dkk, 2015).

b. Perdarahan Postpartum Primer

Perdarahan postpartum primer merupakan perdarahan pasca persalinan yang terjadi dalam 24 jam pertama kelahiran. Penyebab utama perdarahan primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, robekan jalan lahir dan inversio uteri.

c. Perdarahan Postpartum Sekunder

Perdarahan postpartum sekunder merupakan perdarahan pasca persalinan yang terjadi setelah 24 jam pertama kelahiran. Perdarahan postpartum sekunder disebabkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik, atau sisa plasenta yang tertinggal.

9. Infeksi Masa Nifas

Infeksi adalah invasi jaringan oleh mikroorganisme patogen, hingga menyebabkan kondisi sakit karena virulensi dan jumlah mikroorganisme patogen

tersebut. Infeksi nifas adalah infeksi yang berasal dari saluran reproduksi selama persalinan atau puerperium (Astuti dkk, 2015).

Gejala umum infeksi dapat dilihat dari temperature atau suhu pembengkakan takikardi dan malaise. Sedangkan gejala lokal dapat berubah uterus lembek, kemerahan, dan rasa nyeri pada payudara atau adanya disuria. Ibu beresiko terjadi infeksi postpartum karena adanya luka pada bekas pelepasan plasenta, laserasi pada saluran genital termasuk episiotomi pada perineum, dinding vagina dan serviks, infeksi post SC yang mungkin terjadi (Nugroho dkk, 2014).

B. Infeksi Luka Perineum

1. Pengertian Luka Perineum

Luka perineum adalah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan menggunakan alat atau tindakan. Robekan perineum umumnya terjadi pada garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat. Perawatan luka perineum pada ibu setelah melahirkan berguna untuk mengurangi rasa ketidaknyamanan, menjaga kebersihan, mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan. Perawatan perineum umumnya bersamaan dengan perawatan vulva (Rostika et al. 2020).

2. Robekan Perineum

Robekan perineum adalah luka pada perineum sering terjadi saat proses persalinan. Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Hal ini karena desakan kepala atau bagian tubuh janin secara tiba-tiba, sehingga kulit dan jaringan perineum robek. Namun hal ini dapat dihindarkan atau dikurangi dengan jalan menjaga

jangan sampai dasar panggul dilalui oleh kepala janin dengan cepat. Robekan perineum, dibagi berdasarkan tingkat keparahan luka. Adapun pembagiannya terdiri dari empat derajat, yakni :

- a. Derajat pertama : kerusakan terhadap fourchette dan otot di bawahnya terbuka.
- b. Derajat kedua : dinding vagina posterior dan otot-otot perineum robek, tetapi sfingter ani intak.
- c. Derajat ketiga : sfingter ani robek, tetapi mukosa rektum intak.
- d. Derajat keempat : kanalis ani terbuka, dan robekan meluas ke rektum.

Penyembuhan luka adalah panjang waktu proses pemulihan pada kulit karena adanya kerusakan atau disintegritas jaringan kulit. Penyembuhan luka pada jalan lahir tidak disertai infeksi akan sembuh dalam 6-7 hari (Mochtar, 2013). Proses penyembuhan luka episiotomi, sama dengan luka operasi lain. Tanda-tanda infeksi seperti nyeri, merah, panas, bengkak, atau rabas atau tepian insisi yang tidak saling mendekat dapat terjadi. Penyembuhan harus berlangsung dalam 2-3 minggu. (Juraida dkk, 2016).

3. Penanganan Robekan Perineum

Terjadinya robekan atau laserasi pada perineum perlu segera ditangani dengan hati-hati dan benar, kalau tidak segera ditangani akan sangat membahayakan kondisi ibu karena kemungkinan terjadi infeksi pada luka robekan yang sangat besar, karena pada saat jarum masuk jaringan tubuh juga akan terjadi luka. Pada proses penjahitan robekan perlu diperhatikan bahwa saat menjahit laserasi atau episiotomi harus digunakan benang yang panjang dan

diusahakan sesedikit mungkin jahitan untuk mencapai tujuan pendekatan dan hemostatis. Robekan derajat pertama mudah diperbaiki, hanya memerlukan satu atau dua jahitan saja. Robekan derajat kedua atau ketiga memerlukan lebih banyak perawatan dan perbaikan. Perbaikan derajat keempat memerlukan keterampilan tinggi dan bagian ujung dari robekan sangat penting diamankan karena dapat menimbulkan fistula rektovagina. Sfingter ani mengalami retraksi kalau putus, karena itu perlu dicari ujung-ujungnya untuk disatukan kembali dengan jahitan.

Luka pada jalan lahir menimbulkan rasa nyeri yang bertahan selama beberapa minggu setelah melahirkan. Pasien dapat pula mengeluhkan nyeri ketika berhubungan intim.

C. Nyeri

1. Pengertian Nyeri

Nyeri adalah alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan kesehatan. *International Association for the study of Pain (IASP)* mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subyektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan.

2. Proses Fisiologik

Suatu rangkaian proses elektrofisiologis terjadi antara kerusakan jaringan sebagai sumber rangsang nyeri sampai dirasakan sebagai nyeri yang secara

kolektif disebut nosiseptif. Terdapat empat proses yang terjadi pada suatu nosiseptif, yaitu sebagai berikut:

a. Proses Transduksi

Proses transduksi merupakan proses di mana suatu stimuli nyeri (*noxious stimuli*) diubah menjadi suatu aktivitas listrik yang akan diterima ujung-ujung saraf (*nerve ending*). Stimuli ini dapat berupa stimuli fisik (tekanan), suhu (panas), atau kimia (substansi nyeri).

b. Proses Transmisi

Transmisi melibatkan proses penyaluran impuls nyeri dari tempat transduksi melewati saraf perifer sampai ke terminal di medula spinalis dan jaringan neuron-neuron pemancar yang naik dari medula spinalis ke otak.

3. Proses Modulasi

Proses modulasi adalah proses dari mekanisme nyeri dimana terjadi interaksi antara sistem analgesik endogen yang dihasilkan oleh tubuh kita dengan input nyeri yang masuk ke kornu posterior medula spinalis. Jadi, proses ini merupakan proses desenden yang dikontrol oleh otak. Sistem analgesik endogen ini meliputi enkefalin, endorfin, serotonin, dan noradrenalin; memiliki efek yang dapat menekan impuls nyeri pada kornu posterior medula spinalis. Kornu posterior dapat diibaratkan sebagai pintu yang dapat tertutup atau terbuka yang dipengaruhi oleh sistem analgesik endogen tersebut di atas. Proses modulasi ini juga memengaruhi subjektivitas dan derajat nyeri yang dirasakan seseorang.

4. Persepsi

Hasil dari proses interaksi yang kompleks dan unik yang dimulai dari proses transduksi dan transmisi pada gilirannya menghasilkan suatu perasaan subjektif yang dikenal sebagai persepsi nyeri. Faktor-faktor psikologis dan kognitif akan bereaksi dengan faktor-faktor neurofisiologis dalam mempersepsikan nyeri.

D. Fisiologi penyembuhan luka

Penyembuhan luka adalah panjang waktu proses pemulihan pada kulit karena adanya kerusakan atau disintegritas jaringan kulit. Penyembuhan luka pada jalan lahir tidak disertai infeksi akan sembuh dalam 6-7 hari (Mochtar, 2013). Proses penyembuhan luka episiotomi sama dengan luka operasi lain. Tanda-tanda infeksi seperti nyeri, merah, panas, bengkak, atau rabas tepian insisi yang tidak saling mendekat dapat terjadi. Penyembuhan harus berlangsung dalam 2-3 minggu. (Juraida dkk, 2016) Proses penyembuhan ditandai dengan terjadinya proses pemecahan atau katabolik dan proses pembentukan anabolik. Dari penelitian diketahui bahwa proses anabolik telah dimulai sesaat setelah terjadi perlukaan dan akan terus berlanjut pada keadaan dimana dominasi proses katabolisme selesai. Tahap-tahap penyembuhan luka adalah sebagai berikut:

1. Hemostatis

Penyembuhan mulai secara instan ketika terjadi luka. Ketika kulit terpotong, tubuh merespon dengan mekanisme kompleks yang melindungi kita dari eksanguinasi (kehilangan darah). Vasokonstriksi terjadi segera untuk mengurangi kehilangan darah.

2. Tahap Inflamasi

Pembuluh darah terputus menyebabkan perdarahan dan tubuh berusaha untuk menghentikannya sejak hari pertama luka hingga hari ke 5.

3. Kontraksi

Kontraksi adalah proses penyembuhan luka dimana menyusut dengan merekrut jaringan yang berdekatan dan menariknya ke dalam luka.

E. Faktor-faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka perineum

1. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan oleh semua ibu post partum, baik ibu yang mengalami persalinan normal maupun persalinan dengan tindakan dan mempunyai variasi tergantung pada keadaan umum ibu, jenis persalinan atau tindakan persalinan. Adapun manfaat dari mobilisasi dini antara lain dapat mempercepat proses pengeluaran lochea dan membantu proses penyembuhan luka.

2. Tradisi menggunakan daun sirih

Di Indonesia ramuan peninggalan nenek moyang untuk perawatan pasca persalinan masih banyak digunakan, meskipun oleh kalangan masyarakat modern. Misalnya untuk perawatan kebersihan genital, masyarakat tradisional menggunakan daun sirih yang direbus dengan air kemudian dipakai untuk membasuh alat genitalia.

3. Pengetahuan

Pengetahuan ibu tentang perawatan pasca persalinan sangat menentukan lama penyembuhan luka perineum. Apabila pengetahuan ibu kurang masalah kebersihan maka penyembuhan lukapun akan berlangsung lama.

4. Usia

Penyembuhan luka lebih cepat terjadi pada usia muda dari pada orang tua. Orang yang sudah lanjut usianya tidak dapat mentolerir stress seperti trauma jaringan atau infeksi.

5. Personal hygien

Personal hygiene (kebersihan diri) dapat memperlambat penyembuhan, hal ini dapat menyebabkan adanya benda asing seperti debu dan kuman.

6. Indeks Masa Tubuh (IMT)

Indeks Masa Tubuh (IMT) adalah cara yang sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan. Berat badan kurang dapat meningkatkan resiko terhadap penyakit infeksi sedangkan berat badan lebih akan meningkatkan resiko terhadap penyakit degeneratif.

F. Klasifikasi Nyeri

1. Berdasarkan Lokasi

Berdasarkan lokasi nyeri, nyeri dapat dibedakan menjadi :

a. Somatic Pain

Nyeri yang timbul karena gangguan bagian luar tubuh, nyeri ini dibagi menjadi dua, yakni nyeri superfisial dan nyeri somatik dalam. nyeri superfisial adalah nyeri kulit yang berasal dari struktur-struktur superfisial kulit dan jaringan subkutis. Stimulus yang efektif untuk menimbulkan nyeri di kulit dapat berupa rangsangan mekanis, suhu, kimiawi, atau listrik. Nyeri somatik dalam adalah nyeri yang berasal dari otot, tendon, ligamentum,

tulang, sendi, dan arteri. Struktur-struktur ini memiliki lebih sedikit reseptor nyeri sehingga lokalisasi nyeri sering tidak jelas.

b. Nyeri visceral

Nyeri yang disebabkan oleh kerusakan organ internal

- 1) Nyeri pantom (*Phantom pain*), merupakan nyeri khusus yang dirasakan klien yang mengalami amputasi, oleh klien nyeri dipersepsikan berada pada organ yang diamputasi seolah-olah organ yang diamputasi masih ada.
- 2) Nyeri menjalar (*radiation of pain*), merupakan sensasi nyeri yang meluas dari tempat awal cedera ke bagian tubuh yang lain.
- 3) Nyeri alih (*referred pain*), merupakan nyeri yang berasal dari salah satu daerah di tubuh tetapi dirasakan terletak di daerah lain, yang timbul akibat adanya nyeri *visceral* yang menjalar ke organ lain sehingga nyeri dirasakan pada beberapa tempat. Nyeri alih ini biasanya timbul pada lokasi atau tempat yang berlawanan atau berjauhan dari lokasi asal nyeri.

2. Berdasarkan Etiologi Nyeri

- a. Nyeri fisiologi atau nyeri organik, Merupakan nyeri yang diakibatkan oleh kerusakan organ tubuh. Penyebab nyeri umumnya mudah dikenali sebagai akibat adanya cedera, penyakit, atau pembedahan salah satu atau beberapa organ.

- b. Nyeri psikogenik, penyebab fisik nyeri sulit diidentifikasi karena nyeri ini disebabkan oleh berbagai faktor psikologis. Nyeri ini terjadi karena efek-efek psikogenik seperti cemas dan takut yang dirasakan klien.
 - c. Nyeri neurogenik, nyeri yang timbul akibat gangguan pada neuron, misalnya pada kasus neuralgia. Nyeri neurogenik ini dapat terjadi secara akut maupun kronis.
3. Berdasarkan lama waktu terjadinya, nyeri dibagi menjadi:
- a. Nyeri akut, adalah nyeri yang mereda setelah intervensi atau penyembuhan. Nyeri akut biasanya mendadak dan berkaitan dengan masalah spesifik yang memicu individu untuk segera bertindak menghilangkan nyeri. Nyeri berlangsung singkat dan menghilang apabila faktor internal atau eksternal yang merangsang reseptor nyeri dihilangkan.
 - b. Nyeri kronik, adalah nyeri yang berlanjut walaupun pasien diberi pengobatan atau penyakit tampak sembuh dan nyeri tidak memiliki makna biologik. Nyeri kronik dapat berlangsung terus menerus, akibat kausa keganasan dan non-keganasan, atau intermitten, seperti pada nyeri kepala migren rekuren. Nyeri yang menetap selama 6 bulan atau lebih secara umum digolongkan sebagai nyeri kronik.

4. Respon Nyeri

a. Reaksi Fisiologis

Pada saat impuls nyeri naik ke medula spinalis menuju batang otak dan talamus, sistem saraf otonom menjadi terstimuli sebagai bagian dari respon stress. Nyeri dengan intensitas ringan hingga sedang dan nyeri

superfisial menimbulkan reaksi “*flight or fight*” dan ini merupakan sindrom adaptasi umum.

b. Respon Psikologis

Respon psikologis sangat berkaitan dengan pemahaman klien tentang nyeri. Klien yang mengartikan nyeri sebagai suatu yang “Negatif” cenderung memiliki suasana hati sedih, berduka, ketidakberdayaan, dan dapat berbalik menjadi rasa marah atau frustrasi. Sebaliknya, bagi klien yang memiliki persepsi yang “positif” cenderung menerima nyeri yang dialaminya. Pemahaman dan pemberian arti nyeri sangat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan, persepsi, pengalaman masa lalu dan juga faktor sosial budaya.

5. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nyeri

a. Usia

Usia merupakan variabel penting yang memengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perbedaan perkembangan, yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat memengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri. Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan dalam menginterpretasikan nyeri, anak akan kesulitan mengungkapkan secara verbal dan mengekspresikan nyeri pada orang tua atau petugas kesehatan. Begitu juga dengan lansia, kemampuan lansia untuk menginterpretasikan nyeri dapat mengalami komplikasi dengan keberadaan berbagai penyakit disertai gejala samar-samar yang mungkin mengenai bagian tubuh yang sama.

b. Jenis kelamin

Beberapa budaya yang memengaruhi jenis kelamin misalnya, seorang pria tidak boleh menangis dan harus berani sehingga tidak boleh menangis sedangkan wanita boleh menangis dalam situasi yang sama.

c. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya memengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka.

d. Makna nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri dapat memengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Tiap klien akan memberikan respon yang berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberi kesan suatu ancaman, kehilangan, hukuman, atau suatu tantangan.

e. Perhatian

Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan peningkatan nyeri, sedangkan upaya untuk mengalihkan perhatian dihubungkan dengan penurunan sensasi nyeri. Pengalihan perhatian dilakukan dengan cara memfokuskan perhatian dan konsentrasi klien pada stimulus yang lain sehingga sensasi yang dialami klien dapat menurun. Berkurangnya sensasi nyeri disebabkan oleh opiat endogen, yaitu endorfin dan enkefalin yang merangsang kerja serabut berdiameter besar (β A) sehingga

menghambat transmisi nyeri oleh serabut berdiameter kecil (delta A dan C).

f. Ansietas

Hubungan antara ansietas dengan nyeri merupakan suatu hal yang kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas.

g. Keletihan

Rasa kelelahan menyebabkan peningkatan sensasi nyeri dan dapat menurunkan kemampuan coping untuk mengatasi nyeri, apabila kelelahan disertai dengan masalah tidur maka sensasi nyeri terasa bertambah berat.

h. Pengalaman sebelumnya

Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang. Klien yang sejak lama mengalami serangkaian episode nyeri tanpa pernah sembuh atau menderita nyeri yang berat maka ansietas atau rasa takut akan muncul. Sebaliknya, apabila seorang klien mengalami nyeri dengan jenis yang sama dan berhasil menghilangkannya, maka akan lebih mudah bagi klien tersebut untuk menginterpretasikan sensasi nyeri dan pasien tersebut akan lebih siap untuk melakukan tindakan untuk mengatasi nyeri. Apabila pasien yang tidak pernah merasakan nyeri, maka persepsi pertama dapat mengganggu mekanisme coping terhadap nyeri.

i. Dukungan keluarga dan sosial

Kehadiran orang terdekat dan bagaimana sikap mereka terhadap klien dapat memengaruhi respon terhadap nyeri. Individu yang mengalami nyeri sering kali bergantung pada anggota keluarga atau teman dekat untuk mendapatkan dukungan, bantuan, atau perlindungan. Walaupun nyeri tetap dirasakan tetapi kehadiran orang terdekat dapat meminimalkan rasa kesepian dan ketakutan. Bagi anak-anak, kehadiran orang tua ketika mereka mengalami nyeri sangat penting.

G. Teori Manajemen Kebidanan

1. Definisi Manajemen Kebidanan

Manajemen Kebidanan adalah suatu metode proses berfikir logis simetris dalam memberikan asuhan kebidanan, agar menguntungkan kedua belah pihak klien maupun pemberi asuhan. Oleh karena itu, manajemen kebidanan merupakan alur fikir bagi seorang bidan dalam memberikan arah / kerangka dalam menangani kasus yang menjadi tanggung jawabnya. Manajemen kebidanan merupakan proses perencanaan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan-temuan, keterampilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.

Pengertian Manajemen Kebidanan menurut beberapa sumber :

a. IBI (Ikatan Bidan Indonesia)

Manajemen Kebidanan adalah suatu proses perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengendalian terhadap pelayanan kebidanan yang

meliputi pelayanan antenatal, persalinan, nifas, menyusui, bayi baru lahir, reproduksi dan kontrasepsi, serta pelayanan kebidanan lainnya, dengan mengedepankan keamanan, keselamatan, kualitas, dan kepuasan pasien serta optimalisasi sumber daya yang ada, Manajemen kebidanan juga mencakup pengembangan sumber daya manusia bidan dan pemantauan pelayanan kebidanan. (IBI, 2020).

b. Menteri Kesehatan RI

Manajemen Kebidanan adalah pengorganisasian dan koordinasi dari sumber daya manusia, sarana dan prasarana, serta pelayanan kebidanan yang tepat guna dan bermutu dalam rangka pencegahan dan pengurangan komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas peningkatan kualitas hidup ibu dan bayi baru lahir. (Menteri Kesehatan RI Nomor 26 Tahun 2020)

c. Helen Varney

Buku ini telah direvisi beberapa kali dan edisi terbaru adalah edisi ke-6 yang dirilis pada tahun 2019. Menurut Varney's Midwifery, manajemen kebidanan dapat di idefinisikan sebagai suatu proses pengambilan keputusan dan tindakan yang melibatkan pengelolaan sumber daya, organisasi dan pengarahan dalam rangka memberikan pelayanan kebidanan yang berkualitas tinggi kepada perempuan dan bayinya. Dalam manajemen kebidanan, keputusan dan tindakan yang diambil harus didasarkan pada bukti ilmiah dan praktek terbaik yang tersedia, serta memperhatikan prinsip-prinsip etika dan hak asasi manusia. Manajemen kebidanan meliputi perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan pengawasan

pelayanan kebidanan, serta pengelolaan sumber daya manusia, sumber daya materi dan sumber daya finansial yang terlibat dalam pelayanan kebidanan. (Varney. H, 2019).

2. Langkah-langkah Manajemen Kebidanan Menurut Varney

A. Langkah 1 : Pengumpulan data dasar

Pada langkah ini kita harus mengumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, untuk peroleh data yang dilakukan dengan cara :

- 1) Anamnesa
- 2) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital
- 3) Pemeriksaan khusus
- 4) Pemeriksaan penunjang

Bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam penatalaksanaan maka kita perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Tahap ini merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya, sehingga kita harus melakukan pendekatan yang komprehensif meliputi data subjektif, objektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi / masukan klien yang sebenarnya dan valid. (Modul Kebidanan, 2021).

B. Langkah II : Interpretasi Data Dasat atau Analisis Data

Pada langkah ini kita akan melakukan identifikasi terhadap diagnose atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat atas data yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnose dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah yang terjadi pada klien tidak dapat didefinisikan seperti diagnose tetapi membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnose. Diagnose kebidanan adalah diagnose yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnose kebidanan (Modul Kebidanan, 2021).

Standar nomenklatur diagnose kebidanan adalah seperti dibawah ini :

- 1) Diakui dan telah disahkan oleh profesi
- 2) Berhubungan langsung dengan praktik kebidanan
- 3) Memiliki ciri khas kebidanan
- 4) Didukung oleh clinical judgement dalam praktik kebidanan
- 5) Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan

C. Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita akan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnose potensial berdasarkan diagnose / masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dapat dilakukan pencegahan. Pada langkah ketiga ini bidan dituntut

untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan Tindakan antisipasi penanganan agar masalah atau diagnose potensial tidak terjadi (Modul Kebidanan, 2021).

D. Langkah IV : Mengidentifikasi Tindakan Segera

Pada Langkah ini kita akan mengidentifikasi perlunya Tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim Kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanaan. Jadi, penatalaksanaan bukan hanya selama asuhan primer periodic atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus.

Pada penjelasan diatas menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan Tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah / kebutuhan yang dihadapi klien. Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnose / masalah potensial pada langkah sebelumnya, bidan juga harus merumuskan Tindakan *emergency* / segera untuk ditangani baik ibu maupun bayinya. Dalam rumusan ini termasuk Tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau yang bersifat rujukan. (Modul Kebidanan, 2021).

E. Langkah V : Merencanakan Asuhan Tindakan Kebidanan

Pada Langkah ini kita harus merencanakan asuhan secara menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini

merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah sebelumnya. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi-kultural atau masalah psikologi. (Modul Kebidanan, 2021).

F. Langkah VI : Rencana Asuhan Tindakan Kebidanan

Pada langkah ke enam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara aman dan efisien. Perencanaan ini dibuat dan dilaksanakan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, bidan tetap bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam kondisi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Pelaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien (Modul Kebidanan, 2021).

G. Langkah VII : Evaluasi Tindakan Asuhan Kebidanan

Tindakan asuhan kebidanan pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya.

Langkah-langkah proses penatalaksanaan umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses penatalaksanaan tersebut berlangsung di dalam situasi klinik, maka dua langkah terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik (Modul Kebidanan, 2021).

H. Data Perkembangan SOAP

1. Definisi SOAP

SOAP adalah catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan tertulis. Model SOAP sering digunakan dalam catatan perkembangan pasien. Seorang bidan hendaknya menggunakan SOAP setiap kali dia bertemu dengan pasiennya. Selama antepartum, seorang bidan bisa menulis satu catatan SOAP untuk setiap kunjungan, sementara dalam masa intrapartum, seorang bidan boleh menulis lebih dari satu catatan untuk satu pasien dalam satu hari (Widagustianingsih, 2013).

2. Format SOAP

Format SOAP ini terdiri dari empat komponen utama, yaitu:

- a. Subjective (Subjektif) Informasi yang diperoleh dari pasien atau keluarganya tentang keluhan, riwayat medis, riwayat obstetri, dan sebagainya.
- b. Objective (Objektif) Informasi yang diperoleh melalui pemeriksaan fisik, hasil tes laboratorium, dan sebagainya.
- c. Assessment (Evaluasi) Diagnosis atau penilaian kondisi pasien berdasarkan informasi subjektif dan objektif.
- d. Plan (Rencana) Tindakan yang akan diambil berdasarkan hasil evaluasi, termasuk rencana tindak lanjut, pengobatan, dan monitoring. Sebagai bidan. SOAP digunakan untuk membuat catatan medis tentang ibu hamil dan bayi yang di bawah pengawasan. Dengan format ini, bidan dapat memantau perkembangan ibu hamil dan bayinya secara teratur, mengevaluasi kondisi kesehatan mereka, dan membuat rencana perawatan yang sesuai. (Varney 's Midwifery, 2014).

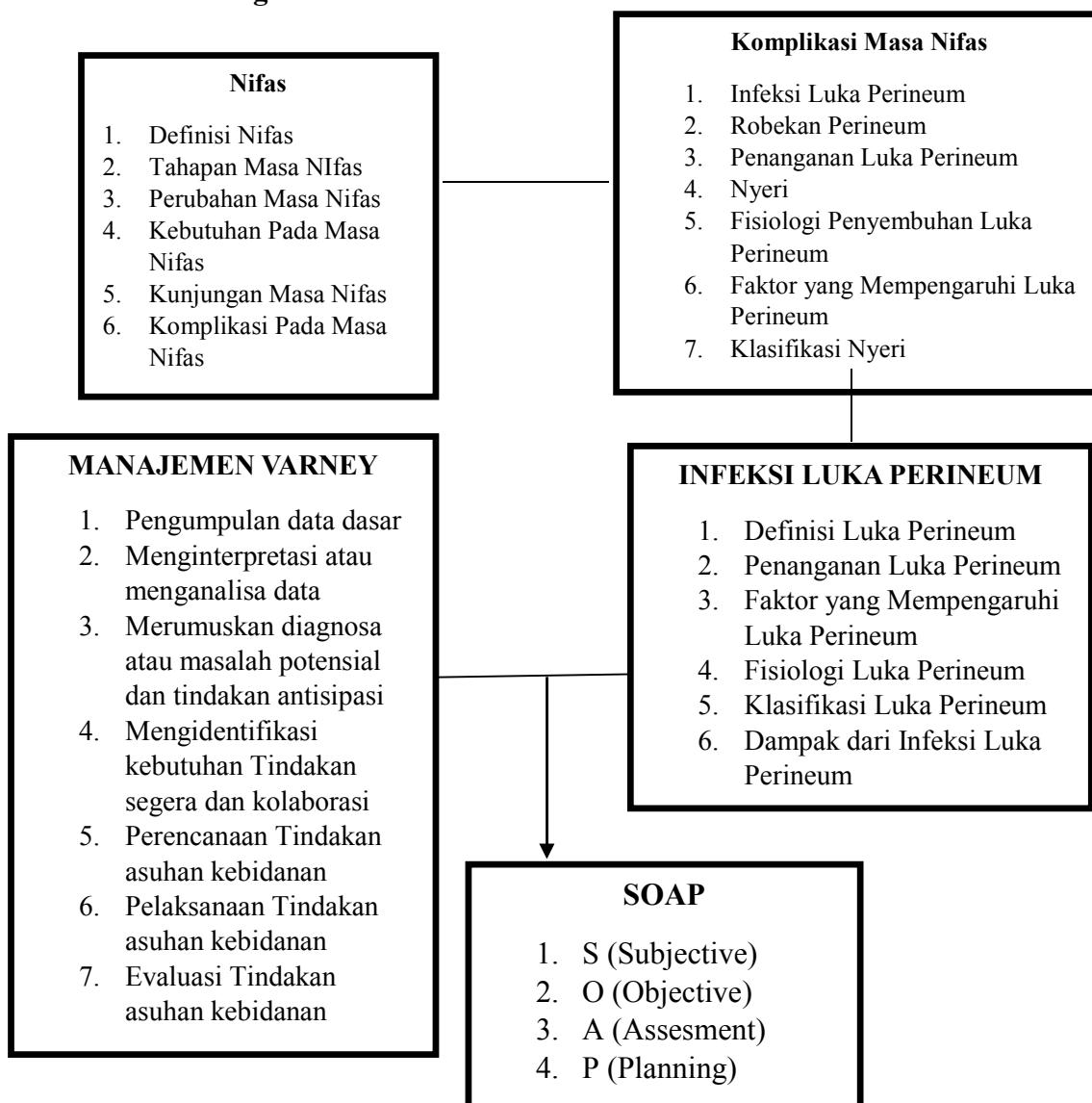
Penanganan Infeksi Luka Perineum Agar luka cepat kering dan tidak terinfeksi, berikut beberapa cara merawat luka episiotomi yang perlu diketahui :

1. Kompres dingin di daerah tersebut. Gunakan handuk atau kantong untuk melapisi es batu agar tidak langsung menyentuh kulit dan membuat lebih nyaman.

2. Setelah buang air kecil, ada baiknya Anda menyiram air hangat (akan lebih baik jika air matang) dari atas ke bawah.
3. Usahakan daerah vagina dan bekas jahitan selalu kering. Pastikan Anda mengeringkannya dengan cara menepuk secara perlahan setelah membersihkannya.
4. Sesekali Anda bisa memberikan udara bebas pada bekas luka jahitan. Lepaskan pakaian yang Anda kenakan, dan berbaringlah selama 5-10 menit. Tujuannya agar luka jahitan Anda tidak lembap dan tetap kering.
5. Duduklah dengan hati-hati. Anda bisa menambahkan bantal atau ganjalan untuk duduk. Jika masih terasa nyeri dan bengkak, perbanyak berjalan atau berbaring terlebih dahulu.
6. Konsumsi obat yang diresepkan dokter sesuai dengan aturan. Biasanya dokter akan memberikan obat antinyeri dan antibiotik untuk mengurangi risiko infeksi. Jangan khawatir karena obat-obatan yang diberikan aman bagi ibu menyusui.
7. Lakukan olahraga ringan seperti senam Kegel untuk membantu menguatkan otot-otot vagina dan sekitarnya.
8. Hindari berhubungan seksual saat luka masih basah. Umumnya dibutuhkan waktu 4-6 minggu hingga luka episiotomi benar-benar pulih. Namun, jika merasa sudah siap dan luka sudah mengering, berhubungan seksual diperbolehkan.

Apabila luka jahitan timbul bengkak, keluar cairan nanah atau darah, nyeri tak tertahankan, serta muncul demam tinggi, sebaiknya periksakan segera ke dokter.

II. Kerangka Teori



Sumber : Yuliana & Hakim (2020), Rostika (2020), Depkes RI (2021), Kemenkes RI (2022), Irmawati, (2019), Siti Maisaroh and Yuliwati, (2019), Masnilawati & Istiqamah (2021), Toloan & Hendrawan (2020), Sukma (2017), IBI (2020), Varney, H (2019), Modul Kebidanan (2021), Duli (2019), Choirian (2014), Wahyudin (2018), Rukiyah Y (2018), Handayani (2017), Suyanti Suwandi & Nurul Mouliza (2019), et al (2018), Milman (2011), Handayani (2014), Komariah E (2018), Fredman M (2010), Mangkuji (2012), Dayana, dkk (2017),