

## **BAB 2**

### **TUNJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Kompres Dingin**

##### **2.1.1 Pengertian**

Kompres dingin merupakan suatu teknik pengobatan yang memanfaatkan suhu rendah untuk meredakan nyeri, mengurangi pembengkakan, dan mengatasi peradangan. Metode ini biasanya dilakukan dengan menggunakan es, gel dingin, atau kain yang direndam dalam air dingin, yang kemudian diletakkan pada bagian tubuh yang terluka atau yang terasa teras sakit (Pratama, 2021). Menurut Hasibuan (2020) kompres dingin bekerja dengan cara menurunkan suhu jaringan yang terkena, penggunaan es atau gel dingin dapat memperlambat aliran darah ke area yang cedera, sehingga mengurangi peradangan dan memberikan efek anestesi lokal.

##### **2.1.2 Jenis Jenis**

###### **1. Es atau massase Es**

Terapi es dapat disiapkan dengan berbagai metode. Salah satu cara adalah dengan membekukan es di dalam styrofoam. Saat digunakan, ujung styrofoam dapat berfungsi sebagai pegangan selama terapi berlangsung. Penting untuk memastikan bahwa es tidak bersentuhan langsung dengan kulit dan harus digunakan dengan pelindung, seperti handuk. Handuk juga berfungsi untuk menyerap air dari es yang mencair (Festiawan, 2021)

## 2. *Ice Pack*

*Ice packs* adalah wadah yang dirancang untuk menyimpan es dan menjaga suhu dingin es tersebut lebih lama dibandingkan kemasan plastik. Alat ini dapat ditemukan di apotek dan toko obat. Sebagian besar ice packs mengandung bahan kimia yang membantu mempertahankan suhu dingin dalam waktu yang cukup lama. Umumnya, ice packs dapat digunakan selama 15 hingga 20 menit, ice gel dapat digunakan berulang karena berbentuk gel ketika mencair dan berbentuk padat ketika membeku sehingga secara ekonomi menguntungkan (Ramadayani, 2018).

### 2.1.3 **Manfaat**

Menurut Seingo dkk (2018) Kompres dingin memiliki berbagai manfaat yang signifikan, terutama dalam pengelolaan cedera dan peradangan. Salah satu manfaat utamanya adalah mengurangi pembengkakan dan nyeri pada area yang terkena, karena suhu dingin dapat memperlambat aliran darah ke area tersebut, sehingga mengurangi inflamasi. Selain itu, kompres dingin juga dapat membantu mengurangi rasa sakit dengan menghambat sinyal nyeri yang dikirim ke otak. Penggunaan kompres dingin dapat menurunkan aliran darah ke daerah tubuh yang mengalami cedera atau mengalami nyeri dan dalam penggunaan kompres dingin mempunyai keuntungan yaitu tidak mengeluarkan biaya mahal dan bisa dilakukan sendiri di rumah.

#### **2.1.4 Mekanisme kompres dingin terhadap nyeri perineum**

Dalam dunia kedokteran, kompres dingin sering dimanfaatkan untuk meredakan rasa nyeri. Penggunaan suhu dingin memiliki efek fisiologis, seperti mengurangi respons peradangan, memperlambat aliran darah, mengurangi pembengkakan (edema), serta mengurangi rasa nyeri pada area tertentu. Penggunaan kompres dingin memiliki berbagai efek fisiologis, dimana cara kerjanya menurunkan aliran darah ke area tertentu, yang membantu mengurangi perdarahan dan pembengkakan. Selain itu, kompres dingin memiliki efek analgesik dengan memperlambat kecepatan penghantaran impuls saraf, sehingga jumlah sinyal nyeri yang mencapai otak berkurang, sensasi dingin yang dihasilkan dapat mendominasi dan mengurangi persepsi terhadap nyeri (Saleng & others, 2020).

Menurut Potter and Perry (2006) dalam Permatasari (2021) kompres dingin dapat mengurangi sensitivitas kulit terhadap nyeri dengan merangsang pelepasan endorfin, yang berperan dalam menghambat transmisi nyeri melalui serabut saraf sensorik A-beta yang lebih besar dan cepat. Selain itu, kompres dingin juga dapat mengurangi aktivitas serabut saraf C dan A-delta, yang berkontribusi pada penutupan gerbang sinaptik sehingga transmisi impuls nyeri berkurang.

## **2.2 Konsep Nyeri**

### **2.2.1 Pengertian**

Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan, yang biasanya berkaitan dengan adanya kerusakan jaringan, baik yang aktual maupun fungsional yang terjadi dalam waktu 3 bulan (Tim Pokja SDKI

DPP PPNI, 2016). Selain itu, Berdasarkan definisi dari International Association for the Study of Pain (IASP), nyeri berfungsi sebagai sinyal peringatan tubuh untuk menunjukkan adanya masalah yang memerlukan perhatian. Kondisi ini dapat memberikan dampak besar pada kualitas hidup seseorang.

### **2.2.2 Tanda dan Gejala**

Menurut SDKI (2016) Gejala dan tanda dari nyeri akut terbagi menjadi dua yaitu:

1) Gejala dan tanda mayor

a) Subjektif: mengeluh nyeri

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

2) Gejala dan tanda minor

a) Subjektif: (tidak tersedia)

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

### **2.2.3 Klasifikasi Nyeri**

1. Nyeri berdasarkan lokasi :

1) Nyeri Somatik Superfisial (Kulit)

Nyeri kulit 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. Apabila kulit hanya yang terlibat, nyeri sering dirasakan sebagai penyengat, tajam, meringis atau seperti terbakar, tetapi apabila pembuluh darah ikut.

## 2) Nyeri Somatik Dalam

Nyeri somatic dalam mengacu kepada nyeri yang berasal otot, tendon, ligamentum, tulang, sendi dan arteri. Struktur-struktur ini memiliki lebih sedikit reseptor nyeri sehingga lokalisasi nyeri kulit dan cenderung menyebar ke daerah sekitarnya.

## 3) Nyeri Visera

Nyeri Visera mengacu pada nyeri yang berasal dari organ-organ tubuh. Reseptor nyeri visera lebih jarang di bandingkan dengan reseptor nyeri somatik dan terletak di dinding otot polos berongga. Mekanisme utama yang menimbulkan nyeri visera adalah perenggangan atau distensi abnormal dinding atau kapsul organ, iskemia dan peradangan.

## 4) Nyeri Alih

Nyeri alih didefinisikan sebagai nyeri berasal dari salah satu daerah di tubuh tetapi di rasakan terletak di daerah lain. Nyeri visera sering di alihkan ke dermatom (daerah kulit) yang di persarafi oleh segmen medulla spinalis yang sama dengan viksus yang nyeri tersebut berasal dari masa mudigah, tidak hanya di tempat organ tersebut berada pada masa dewasa.

## 5) Nyeri Neuropati

Sistem saraf secara normal menyalurkan rangasangan yang merugikan dari sistem saraf tepi (STT) ke saraf pusat (SSP) yang menimbulkan perasaan nyeri. Lesi di SST atau SSP dapat menyebabkan gangguan atau hilangnya sensasi nyeri. Nyeri

neuropatik sering memiliki kualitas seperti terbakar, perih atau seperti tersengat listrik. Pasien dengan nyeri neuropti menderita akibat instabilitas sistem saraf otonom (SSO). Nyeri sering bertambah parah oleh stress emosi atau fisik (dingin, kelelahan) dan mereda oleh relaksasi..

## 2. Nyeri Berdasarkan Karakteristik:

### 1) Nyeri akut

Nyeri akut biasanya munculnya tiba-tiba dan umumnya berkaitan dengan cedera spesifik. Nyeri akut mengindikasikan bahwa kerusakan atau cedera telah terjadi. Nyeri akut dapat dijelaskan sebagai nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga 6 bulan.

### 2) Nyeri kronis

Nyeri kronik Merupakan nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri ini berlangsung diluar waktu penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik. Nyeri kronis biasanya sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respons terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya. Nyeri kronis dapat berlangsung lebih dari 6 bulan (Felicia, 2022)

### 2.2.4 Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi nyeri yaitu (Astria, 2021):

#### 1.Usia

Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan memahami nyeri dan prosedur yang dilakukan perawat yang menyebabkan nyeri, sedang pada lansia untuk menginterpretasi nyeri dapat mengalami komplikasi dengan keberadaan berbagai penyakit disertai gejala samar-samar yang mungkin mengenai tubuh yang sama.

#### 2.Jenis kelamin

Secara umum laki-laki dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam merespon terhadap nyeri, toleransi terhadap nyeri dipengaruhi oleh faktor- faktor biokimia tanpa memperhatikan jenis kelamin.

#### 3.Kebudayaan

Individu mempelajari apa yang diharapkan dan diterima oleh kebudayaan mereka, hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri.

#### 4.Makna nyeri

Dikaitkan secara dekat dengan latar belakang budaya individu yang akan mempersepsikan nyeri secara berbeda-beda.

#### 5.Perhatian

Perhatian yang meningkat dikaitkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun

## 6. Ansietas

Seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas, pola bangkitan otonom adalah sama dalam nyeri dan ansietas, sulit untuk memisahkan dua sensasi.

## 7. Kelelahan

Rasa lelah menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping.

## 8. Pengalaman

Klien yang tidak pernah merasakan nyeri, maka persepsi pertama nyeri dapat mengganggu coping terhadap nyeri.

### 2.2.5 Patofisiologi Nyeri Pada Perineum

1. Peregangan dan Robekan: Selama persalinan, perineum mengalami peregangan yang signifikan. Pada wanita primipara, perineum belum pernah teregang sebelumnya, sehingga lebih rentan terhadap robekan. Robekan ini dapat terjadi secara spontan atau akibat tindakan episiotomi, yang meningkatkan risiko cedera pada jaringan
2. Derajat Robekan: Ruptur perineum dapat dibedakan menjadi beberapa derajat:
  - 1) Derajat 1: Hanya mengenai mukosa vagina dan kulit perineum.
  - 2) Derajat 2: Melibatkan otot-otot perineum.

- 3) Derajat 3: Menjangkau sfingter ani eksternal.
  - 4) Derajat 4: Meluas hingga ke mukosa rektum
3. Rangsangan Saraf: Nyeri yang dirasakan berasal dari aktivasi nosiseptor di area yang terkena. Saraf pudendus, yang menyuplai sensasi ke perineum, berperan penting dalam transmisi rasa nyeri ini. Rangsangan pada struktur somatik dangkal menyebabkan nyeri tajam dan terlokalisasi di daerah tersebut (Dian Anisya et al., 2023).

## **2.3 Konsep Perineum**

### **2.3.1 Pengertian**

Perineum adalah area permukaan di bagian bawah panggul yang terletak di antara vulva dan anus. Struktur ini terdiri dari otot, fascia urogenital, serta diafragma pelvis. Perineum berperan sebagai dasar panggul dan memiliki batas anatomi yang jelas dalam struktur panggul ((Harry Oxorn & William R. Forte 2018) dalam (Amalia, 2020)). Menurut Farlikhatun (2024) perineum dapat mengalami robekan selama proses persalinan sehingga mengakibatkan luka perineum yang dapat terjadi baik secara spontan maupun melalui tindakan seperti episiotomi, dan ini merupakan bagian penting dari proses persalinan

### **2.3.2 Fungsi Perineum**

Perineum memiliki beberapa fungsi penting dalam tubuh, terutama terkait dengan kesehatan reproduksi dan sistem pencernaan. Berikut adalah beberapa fungsi utama perineum :

1. Dukungan Organ Panggul: Perineum berfungsi sebagai fondasi yang menopang organ-organ dalam rongga panggul, termasuk kandung kemih, usus besar, dan organ reproduksi. Ini membantu menjaga posisi organ-organ tersebut dan mencegah prolaps (turunnya organ ke dalam rongga tubuh)
2. Fungsi Seksual: Perineum adalah zona sensitif yang mengandung banyak ujung saraf, berkontribusi pada gairah seksual dan respons seksual. Sensitivitas ini memainkan peran penting dalam pengalaman seksual dan kepuasan
3. Proses Buang Air: Perineum juga berperan dalam proses buang air kecil dan buang air besar. Struktur yang ada di perineum membantu mengontrol aliran urine dan feses, berfungsi sebagai bagian dari mekanisme pengendalian otot dasar panggul
4. Peran dalam Persalinan: Selama proses melahirkan, perineum dapat mengalami peregangan atau robekan. Ini adalah area yang sering mengalami trauma saat bayi keluar melalui vagina, sehingga pemeliharaan elastisitas perineum sangat penting untuk mengurangi risiko robekan (Widya et al., 2024).

### **2.3.3 Struktur Perineum**

Perineum terdapat pada area yang terletak di antara alat kelamin dan anus, terdiri dari jaringan otot, kulit, dan jaringan ikat. Berikut adalah penjelasan mengenai struktur perineum :

### 1. Diafragma Pelvis

Terdiri dari otot levator ani dan otot koksigeus. Otot-otot ini membentuk dasar panggul dan berfungsi untuk mendukung organ-organ panggul serta berperan dalam kontrol fungsi seksual dan buang air besar

### 2. Diafragma Urogenital

Terletak di bawah diafragma pelvis, terdiri dari otot-otot seperti transversus perinei profundus dan otot konstriktor uretra. Ini berfungsi dalam pengendalian aliran urine dan feses

### 3. Badan Perineum

Badan ini dikenal sebagai tendon sentral perineum, merupakan struktur fibromuscular yang terletak pada garis tengah perineum. Badan perineum berfungsi untuk memperkuat dasar panggul dan menjadi titik pertemuan berbagai otot, termasuk otot bulbospongiosus dan sfingter ani

### 4. Fascia

Terdapat dua lapisan fascia di perineum: fascia superfisial yang menghubungkan membran perineum dengan badan perineum anterior, dan rectovaginal septum (pada wanita) yang bergabung dengan badan perineum superior.

## 5. Persarafan dan Pembuluh Darah

Perineum dipersarafi oleh saraf pudenda, yang menyediakan sensasi ke area genital dan membantu dalam kontrol otot dasar panggul. Pasokan darah berasal dari arteri pudenda interna dan cabang-cabangnya (Ika herlina, Arini kusmintarti, 2023).

## 2.4 Konsep Post Partum

### 2.4.1 Pengertian

Menurut (Winarningsih dkk, 2024) Post partum adalah masa setelah persalinan yang diperlukan untuk pulihnya kembali alat-alat kandungan seperti sebelum hamil yang berlangsung selama 6 minggu. Komplikasi masa ini adalah keadaan abnormal pasca nifas yang disebabkan oleh masuknya kuman kuman ke dalam alat genitalia pada waktu persalinan dan pada masa periode pemulihan, ibu mengalami berbagai perubahan fisik yang bersifat fisiologis, yang dapat menyebabkan ketidaknyamanan pada awal masa nifas. Namun jika tidak diberikan perawatan yang tepat, terdapat kemungkinan terjadinya perkembangan patologis.

### 2.4.2 Periode post Partum

Menurut Hilmiah dkk (2023) periode post partum meliputi :

#### 1. Periode immediate postpartum

Masa ini berlangsung dari saat plasenta lahir hingga 24 jam setelahnya. Pada fase ini, sering muncul berbagai masalah, seperti perdarahan akibat atonia uteri (ketidakmampuan rahim untuk berkontraksi). Oleh karena itu, pemeriksaan secara rutin sangat penting dilakukan.

## 2. early postpartum (24 jam-1 minggu)

Dalam fase ini, bidan memastikan bahwa involusi uteri (kembalinya fungsi dan ukuran rahim ke keadaan normal) berlangsung dengan baik, tidak ada perdarahan, lochea (cairan atau darah yang keluar dari vagina selama masa nifas) tidak berbau busuk, tidak ada demam, ibu mendapatkan asupan makanan dan cairan yang cukup, serta dapat menyusui dengan baik.

## 3. Periode late postpartum (1 minggu- 5 minggu)

Pada fase ini, ibu perlu terus melakukan pemeriksaan secara teratur untuk memantau kondisi kesehatan dan pemulihan sesuai anjuran yang sudah ditentukan.

### **2.4.3 Perubahan Fisiologi**

Menurut safitri dkk (2023) perubahan fisiologi ibu post partum meliputi :

#### 1. Payudara

Selama masa nifas, payudara mengalami pembesaran akibat peningkatan hormon estrogen, yang bertujuan untuk mempersiapkan produksi ASI dan proses laktasi. Pada semua ibu yang telah melahirkan, proses laktasi berlangsung secara alami. Fisiologi menyusui melibatkan dua mekanisme, yaitu produksi ASI dan sekresi ASI atau refleks let down. Jenis-jenis ASI dapat dibedakan berdasarkan waktu produksinya dan kandungan nutrisinya seperti kolostrum (hari 1-5 setelah melahirkan), ASI transisi (hari 6-14 setelah melahirkan) dan ASI matur (setelah 2 minggu- seterusnya).

## 2. Uterus

Setelah plasenta dilahirkan, rahim akan mulai mengencang akibat kontraksi dan retraksi otot-ototnya. Rahim secara bertahap akan mengecil hingga mencapai ukuran sebelum kehamilan, yang dikenal sebagai involusi uteri. Proses ini berlangsung selama 4-6 minggu setelah persalinan dan dipengaruhi oleh kontraksi otot rahim, hormon, serta kegiatan menyusui.

## 3. Lochea

Lochea merupakan cairan nifas yang keluar dari rahim setelah melahirkan, terdiri dari darah, lendir, dan jaringan sisa plasenta. Berikut beberapa jenis lochea yaitu :

- 1) Lochea rubra, berwarna merah karena mengandung darah segar serta sisa-sisa selaput ketuban, desidu, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium, dan berlangsung selama 2 hari setelah persalinan.
- 2) Lochea sanguinolenta, berwarna merah kekuningan, mengandung darah dan jaringan, serta berlangsung selama 3-7 hari setelah persalinan.
- 3) Lochea serosa, berwarna kuning karena mengandung serum, jaringan desidua, leukosit dan eritrosit berlangsung 7-14 hari pasca post partum
- 4) Lochea alba  
Berwarna putih terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua berlangsung 14 hari-2 minggu berikutnya.

#### 4. Endometrium

Setelah persalinan, area bekas implantasi plasenta mengalami proses nekrosis, di mana jaringan yang tidak lagi dibutuhkan akan luruh dan dikeluarkan melalui lochea rubra.

#### 5. Serviks

Setelah bayi lahir, serviks mulai mengalami involusi atau pemulihan bertahap agar kembali ke bentuk dan fungsinya semula.

#### 6. Vagina

Setelah melahirkan vagina tetap terbuka lebar, mungkin mengalami beberapa derajat edema dan memar, dan celah pada introitus. Sekitar minggu ketiga post partum, ukuran vagina menurun kembali dengan kembalinya rugae vagina.

#### 7. Perineum

Setelah melahirkan perineum sedikit bengkak dan terdapat luka jahitan bekas robekan atau episitomy, yaitu sayatan untuk memperluas pengeluaran bayi. proses penyembuhannya biasanya selama 2-3 minggu post partum.

#### 8. Sistem Endokrin

Selama masa nifas, perubahan sistem endokrin sangat berpengaruh terhadap pemulihan tubuh ibu, produksi ASI, serta kembalinya kesuburan. Hal ini disebabkan oleh penurunan kadar estrogen dan progesteron setelah melahirkan, yang memicu peningkatan prolaktin untuk merangsang produksi ASI.

#### 9. Tanda vital post partum

Tanda vital post partum sangat penting untuk memastikan kondisi kesehatan ibu setelah melahirkan. Pemantauan yang cermat terhadap tanda-tanda vital ini dapat

membantu mendeteksi adanya komplikasi atau masalah kesehatan yang mungkin timbul, sehingga intervensi yang tepat dapat dilakukan dengan segera.

## **2.5 Konsep Asuhan Keperawatan**

Menurut Husna (2024) Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien atau pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan.

### **2.5.1 Pengkajian**

1. Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien baik fisik, mental sosial dan lingkungan.
  - 1) Identitas, yang berisikan data pribadi pasien yang meliputi Nama, alamat, tanggal lahir dan lain sebagainya
  - 2) Staus kesehatan yang menampilkan alasan kunjungan, keluhan utama, Riwayat kesehatan, riwayat kesehatan keluarga.
  - 3) Riwayat obstetri dan Ginekologi
 

Riwayat haid Menarche usia ke berapa tahun , siklus teratur setiap bulan selama berapa hari, selama haid apakah mengalami nyeri haid yang hebat.
  - 4) Riwayat perkawinan
  - 5) Riwayat KB
  - 6) Riwayat kehamilan sebelumnya

7) Riwayat kesehatan dengan cara mengumpulkan data-data tentang respons pasien terhadap kelahiran bayinya serta penyesuaian selama masa post partum.

## 2. Pemeriksaan fisik

### 1) Kaji Tanda-tanda vital

Pengkajian meliputi tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu pada Ibu. Periksa tanda-tanda vital tersebut setiap 15 menit selama satu jam pertama setelah melahirkan atau sampai stabil, kemudian periksa setiap 30 menit untuk jam-jam berikutnya. Nadi dan suhu diatas normal dapat menunjukkan kemungkinan adanya infeksi. Tekanan darah mungkin sedikit meningkat karena upaya untuk persalinan dan kelelahan. Tekanan darah yang menurun perlu diwaspadai kemungkinan adanya perdarahan post partum.

### 2) Pemeriksaan thorax

Pemeriksaan meliputi inspeksi payudara, palpasi payudara. pemeriksaan payudara pasca persalinan, yang meliputi inspeksi dan palpasi, bertujuan untuk mengevaluasi kondisi kesehatan payudara ibu setelah melahirkan. Pemeriksaan ini penting untuk mendeteksi adanya masalah seperti pembengkakan (engorgement), nyeri, atau tanda-tanda infeksi seperti mastitis. Pada periode postpartum, payudara mengalami perubahan signifikan akibat proses laktasi, dan penting untuk memastikan bahwa kelenjar susu berfungsi dengan baik dalam memproduksi ASI

### 3) Pemeriksaan abdomen

Pengkajian adanya striae dan linea alba, Kaji keadaan abdomen, apakah lembek atau keras, abdomen yang keras menunjukkan kontraksi uterus bagus sehingga perdarahan dapat diminimalkan

#### 4) Uterus

Uterus setelah kelahiran plasenta, akan menjadi massa jaringan yang hampir padat. Dinding belakang dan depan uterus yang tebal saling menutup, yang menyebabkan rongga bagian tengah merata.

#### 5) Kandung kemih

Keadaan kandung kemih Kaji dengan palpasi kandungan urine di kandung kemih. Kandung kemih yang bulat dan lembut menunjukkan jumlah urine yang tertampung banyak dan hal ini dapat mengganggu involusi uteri, sehingga harus dikeluarkan

#### 6) Edema

Tanda homan positif menunjukkan adanya tromboflebitis sehingga dapat menghambat sirkulasi ke organ distal. Cara memeriksa tanda homan adalah memposisikan ibu terlentang dengan tungkai ekstensi, kemudian didorsofleksikan dan tanyakan apakah ibu mengalami nyeri pada betis, jika nyeri maka tanda homan positif dan ibu harus dimotivasi untuk mobilisasi dini agar sirkulasi lancar

#### 7) Perineum

Kebersihan Perhatikan kebersihan perineum ibu. Kebersihan perineum menunjang penyembuhan luka. Serta adanya hemoroid derajat 1 normal untuk ibu hamil dan pasca persalinan, selain itu penting untuk observasi luka secara berkala untuk mencegah adanya infeksi

#### 8) Pengkajian status nutrisi

Pengkajian awal status nutrisi pada periode post partum didasarkan padadata ibu saat sebelum hamil dan berat badan, saat hamil, bukti simpanan besi yang

memadai (misal : konjungtiva) dan riwayat diet yang adekuat atau penampilan. Perawat juga perlu mengkaji beberapa faktor komplikasi yang memperburuk status nutrisi, seperti kehilangan darah yang berlebih saat persalinan

### 2.5.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan. (TIM POKJA SDKI DPP PPNI, 2016)

1. Nyeri akut Berhubungan dengan agen pencedera fisik, luka episiotomi post partum spontan Dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah
2. Defisit nutrisi Berhubungan dengan peningkatan kebutuhan karena laktasi Dibuktikan dengan kekuatan otot menelan menurun, bising usus buruk
3. Ansietas Berhubungan dengan tanggung jawab menjadi orang tua dibuktikan dengan merasa bingung, merasa khawatir, tampak gelisah, sulit tidur.
4. Gangguan pola tidur Berhubungan nyeri Dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh istirahat tidak cukup.

### 2.5.3 Intervensi Keperawatan

| Diagnosa Keperawatan                            | Luaran Keperawatan                                                                                                                             | Intervensi Keperawatan                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nyeri akut bd agen pencedera fisik.<br>(D.0077) | Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 1x 24 jam di harapkan Nyeri akut bd agen pencedera fisik menurun L. 08066 dengan Kriteria hasil : | Manajemen nyeri (I.O8238)<br>Observasi<br>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas, intensitas nyeri.<br>Identifikasi skala nyeri |

|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Gelisah menurun</li> <li>4. Kesulitan tidur menurun</li> </ol>                                                                                                  | <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>3. identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik Teraupeutik</li> <li>4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Edukasi</li> <li>5. Jelaskan strategi meredakan nyeri Kolaborasi</li> <li>6. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol> |
| Defisit nutrisi bd peningkatan kebutuhan karena laktasi | <p>Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 1x 24 jam di harapkan defisit nutrisi bd peningkatan kebutuhan laktasi membaik Kriteria hasil (L.03030)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi makan membaik</li> <li>2. Nafsu makan membaik</li> </ol> | <p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>3. Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien</li> <li>5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</li> </ol>                   |

|  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | <p>6. Monitor asupan makanan</p> <p>Terapeutik</p> <p>7. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan)</p> <p>8. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>9. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>10. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>11. Berikan suplemen makanan, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>12. Ajarkan posisi duduk, jika mampu</p> <p>13. Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>Terapeutik</p> <p>14. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu</p> <p>15. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien</p> |
|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Ansietas bd tanggung jawab menjadi orang tua. (D. 0080)</p> | <p>Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 1x 24 jam di harapkan Ansietas bd tanggung jawab menjadi orang tua. Ekspetasi : menurun Kriteria hasil : (L.09093)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perilaku gelisah menurun</li> <li>2. Perilaku tegang menurun</li> <li>3. Verbalisasi kebingungan menurun</li> <li>4. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang di hadapi menuru</li> <li>5. Frekuensi pernafasan membak</li> <li>6. Keluhan pusing menurunPolatidur membaik</li> </ol> | <p>Reduksi ansietas (I.09314)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah</li> <li>2) Identifikasi ke,mampuan mengambil keputusan</li> <li>3) Monitor tanda tanda ansietas Teraupeutik               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan suasana teraapeutik untuk menunbuhkan kepercayaan</li> <li>2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan</li> <li>3. Pahami situasi yang membuata ansietas</li> <li>4. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>5. Gunakan pendakan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>6. Tempatkan barang pribadi yang memberi kenyamanan Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> <li>7. Diskusi perancangan realistis tentang peristiwa yang akan datang</li> </ol> </li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasi secara faktual mengenai</li> </ol> |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>diagnosis, pengobatan dan prognosis</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien jika perlu</li> <li>3. Anjurkan melakukan kegiatan yang kompetitif, sesuai kebutuhan</li> <li>4. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>5. Latihan melakukan kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan Latih penggunaan mekanisme Pertahankan diri yang tepat</li> </ol>                                                                                                     |
| Gangguan pola tidur<br>bd Nyeri | <p>Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan Gangguan pola tidur bd tanggung jawab memberi asuhan pada bayi teratasi</p> <p>Ekspetasi : Membaik</p> <p>Kriteria hasil :<br/>(L.050450)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan beraktivitas membaik</li> <li>2. Keluhan sulit tidur menyrun</li> <li>3. Keluhan sering terjaga menurun</li> <li>4. Keluhan pola tidur berubah</li> </ol> | <p>Edukasi Aktivitas dan Istirahat (I.12362)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan materi dan media pengaturan istirahat dan istirahat</li> <li>2. Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya melakukan istirahat</li> <li>2. Anjurkan menyusun</li> </ol> |

|  |  |                                                                                                                      |
|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | <p>jadwal aktivitas dan istirahat</p> <p>3. Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat misalnya kelelahan</p> |
|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|