BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Pasca Partum

2.1.1 Definisi Pasca Partum

Periode pascapartum atau nifas adalah periode yang dimulai dari lahirnya plasenta dan selaput janin (merupakan akhir periode intrapartum) sampai kembalinya traktus reproduksi/ organ reproduksi wanita pada keadaaan tidak hamil. Perubahan ini adalah perubahan pada kondisi tidak hamil, bukan kondisi prahamil. Waktu pemulihan pascapartum berlangsung selama 6 minggu. Masa nifas (peurperium) dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) (Pramesi, 2022)

Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan banyak memberikan ketidaknyamanan pada awal masa nifas, yang tidak menutup kemungkinan untuk menjadi patologis bila tidak diikuti dengan perawatan yang baik (Nuraini, 2024).

2.1.2 Klasifikasi Pasca Partum

Menurut Putri (2020) klasifikasi masa ibu pasca partum dibagi menjadi 3 bagian yaitu :

1. Puerperium dini adalah kondisi pemulihan dimana seorang ibu sudah diperbolehkan berdiri dan berjalan, serta menjalankan aktifitas layaknya Wanita normal.

2. Puerperium Intermedial adalah kondisi pemulihan organ genitala secara menyeluruh dengan lama ± 6 minggu hingga 8 minggu.
3. Remote Puerperium waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila saat hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi. Waktu yang diperlukan untuk sehat sempurna bisa berminggu - minggu, berbulan - bulan ataupun tahunan

2.1.3 Perubahan Fisiologis dan Psikologis Pada Ibu Pasca Partum

Menurut Putri (2020) perubahan fisiologis dan psikologis pada ibu pasca partum sebagai berikut:

1. Perubahan fisiologis pada ibu pasca partum

   Pada masa pasca partum ibu akan mengalami adanya suatu perubahan– perubahan yang terjadi pada tubuh, terutama meliputi : sistem reproduksi ialah adanya pengerutan pada dinding rahim (involusi), perubahan serviks, lochea, vulva, vagina serta perineum. Pada sistem pencernaan terdapat adanya pembatasan asupan nutrisi serta asupan cairan yang dapat menyebabkan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit dan dapat menimbulkan keterlambatan pemulihan fungsi tubuh. Sedangkan setelah masa pasca partum akan adanya suatu perubahan pada otot – otot uterus yang mulai dari berkontraksi, serta pembuluh darah yang ada diantara otot – otot uterus akan terjepit. Proses ini dapat menghentikan terjadinya perdarahan setelah plasenta telah lahir.

   Menurut Putri (2020) perubahan – perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu setelah post partum, antara lain sebagai berikut :

   1) Perubahan sistem reproduksi

      (1) Involusi uterus adalah kembalinya uterus pada keadaan sebelum hamil, baik dalam bentuk maupun posisi. Proses involusi uterus disertai dengan penurunan

tinggi fundus uteri (TFU). Pada hari pertama TFU diatas simfisis pubis atau sekitar 12 cm. Proses ini terus berlangsung dengan penurunan TFU 1 cm tiap harinya, sehingga pada hari ke-7 TFU sekitar 5 cm dan pada hari ke-10 TFU tidak teraba di simfisis pubis.

(2) Lochea keluar dari uterus setelah bayi lahir sampai dengan 3 atau 4 minggu setelah post partum, perubahan lochea terjadi dalam 4 tahap : rubra, sanguinolenta, serosa dan alba.

(3) Ovarium dan tuba falopi Setelah kelahiran plasenta produksi ekstrogen dan progestern menurun sehingga menimbulkan mekanisme timbal balik dari sirkulasi menstruasi. Pada saat inilah dimulai kembali proses ovulasi sehingga wanita dapat hamil kembali.

4) Perubahan sistem pencernaan

Setelah kelahiran plasenta produksi ekstrogen dan progestern menurun sehingga menyebabkan nyeri ulu hati (Beartburn) dan konstipasi, terutama dalam beberapa hari pertama. Hal ini terjadi karena inaktivitas motilitas usus akibat kurangnya keseimbangan cairan selama persalinan dan adanya reflek hambatan defekasi karena adanya nyeri pada perineum akibat luka episiotomy.

5) Perubahan sistem perkemihan

Saluran kencing kembali normal dalam waktu 2-8 minggu, tergantung pada :

(1) Keadaan ataupun status sebelum persalinan

(2) Lamanya partus kala II dilalui

(3) Besarnya tekanan kepala yang menekan pada saat persalinan disamping itu, dari hasil pemeriksaan sistokopik segera setelah persalinan tidak menunjukkan

adanya edema dan hyperemia dinding kandung kemih, akan tetapi sering terjadi exstravasasi. extravasation, artinya keluarnya darah dari pembuluh-pembuluh darah di dalam badan) ke mukosa.

6) Perubahan sistem kardiovaskuler

Curah jantung meningkat selama persalinan dan berlangsung sampai kala 3 ketika volume darah uterus dikeluarkan. Penurunan terjadi pada beberapa hari pertama postpartum dan akan kembali normal pada akhir minggu ke-3 postpartum.

7) Perubahan sistem endokrin

Saat placenta terlepas dari dinding uterus kadar HCG (hormone chrorionic gonadhotropin) serta HPL (hormone placenta lactogenic) secara berangsur turun dan menjadi normal Kembali setelah 7 hari post partum. HCG tidak terdapat dalam urine ibu hamil setelah 2 hari post partum. Tidak terdapat lagi HPL didalam placenta.

8) Perubahan tanda – tanda vital

Selama 24 jam pertama, mungkin suhu akan meningkat menjadi 38ºC, sebagai akibat meningkatnya kerja otot, dehidrasi dan perubahan hormonal jika terjadi peningkatan suhu 38ºC yang menetap 2 hari setelah 24 jam melahirkan, maka perlu dipikirkan adanya infeksi seperti sepsis puerperalis (infeksi selama postpartum), infeksi saluran kemih, endometritis (peradangan endometrium), pembengkakan payudara, dan lain – lain.

9) Perubahan sistem kematologi

Leukosistosis terjadi selama persalinan, sel darah merah berkisar 15.000 selama persalinan. Peningkatan sel darah putih berkisar 25.000 30.000 yang merupakan manifestasi adanya infeksi pada persalinan lama. Hal ini dapat meningkat pada awal

nifas yang terjadi bersamaan dengan peningkatan tekanan darah serta volume plasma dan volume sel darah merah. Pada 2-3 hari postpartum konsentrasi hematokrit menurun sekitar 2% atau lebih. Total kehilangan darah selama persalinan dan nifas kira-kira 700-1500 ml (200 ml hilang saat persalinan, 500-800 ml hilang pada minggu pertama postpartum, dan 500 ml hilang pada saat masa nifas).

2. Perubahan psikologis pada ibu pasca partum

Adaptasi psikologis pada periode pascapartum menyebabkan stress emosional terhadap ibu baru, bahkan menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat. Perubahan emosi dan psikologis ibu nifas terjadi akibat perubahan tugas dan peran menjadi orang tua. Ibu akan merasa memiliki tanggung jawab untuk merawat bayinya. Perubahan psikologis pada masa nifas terjadi karena pengalaman selama persalinan, tanggung jawab peran sebagai ibu, adanya anggota keluarga baru (bayi) dan peran baru sebagai ibu bagi bayi.

Hubungan awal antara orang tua dan bayi (bounding attachment) dipengaruhi oleh banyak faktor, termasuk status sosial ekonomi ibu, budaya, pengalaman melahirkan dan riwayat keluarga. Adaptasi psikologis pasca partum, ibu biasanya mengalami penyesuaian psikologis selama masa nifasnya. Ibu yang baru melahirkan membutuhkan mekanisme penanggulangan (coping) untuk mengatasi perubahan fisik dan ketidaknyamanan selama masa nifas termasuk kebutuhan untuk mengembalikan figure seperti sebelum hamil serta perubahan hubungan dengan keluarga.

Berikut beberapa fase yang mungkin dialami ibu selama masa pemulihan pasca melahirkan menurut Pramesi (2022):

1) Fase *taking in*

Fase pengambilan adalah saat segera setelah kelahiran ketika klien membutuhkan tidur, bergantung pada orang lain untuk memenuhi kebutuhannya, dan menghidupkan kembali peristiwa seputar proses kelahiran. Fase ini ditandai dengan perilaku ketergantungan. Selama 24 hingga 48 jam pertama setelah melahirkan, ibu sering kali mengambil peran yang sangat pasif dalam memenuhi kebutuhan dasar mereka akan makanan, cairan, dan istirahat, sehingga perawat dapat mengambil keputusan mengenai aktivitas dan perawatan. Mereka menghabiskan waktu untuk menceritakan pengalaman kerja mereka kepada siapa saja yang mau mendengarkan. Tindakan tersebut membantu ibu mengintegrasikan pengalaman melahirkan ke dalam kenyataan-yaitu, kehamilan telah berakhir dan bayi baru lahir kini menjadi individu unik, terpisah dari dirinya sendiri. Saat berinteraksi dengan bayi baru lahir, ibu baru menghabiskan waktu untuk memeluk bayi baru lahir dan menyentuhnya, biasanya mengidentifikasi ciri-ciri tertentu pada bayi baru lahir, seperti "dia punya hidungku" atau "jarinya panjang seperti jari ayahnya" .

2) Fase *taking hold*

Fase pengambilan, fase kedua adaptasi ibu, adalah ditandai dengan perilaku ibu yang bergantung dan mandiri. Fase ini biasanya dimulai pada hari kedua hingga ketiga pascapersalinan dan dapat berlangsung selama beberapa minggu. Saat klien mendapatkan kembali kendali atas fungsi tubuhnya selama beberapa hari ke depan, dia akan mulai menguasai dan sibuk dengan masa kini. Ibu akan sangat memperhatikan kesehatannya, kondisi bayinya, dan kemampuannya dalam merawat bayinya. Ibu menunjukkan peningkatan otonomi dan penguasaan atas fungsi tubuhnya sendiri, dan keinginan untuk mengambil alih tanggung jawab dengan

dukungan dan bantuan orang lain. Ibu akan menunjukkan kemandirian dengan merawat dirinya sendiri dan belajar merawat bayinya yang baru lahir, namun dia tetap membutuhkan jaminan bahwa dia baik-baik saja sebagai seorang ibu. Ibu mengungkapkan minat yang kuat untuk merawat bayinya sendirian.

3) Fase *letting go*

Pada fase pelepasan, fase ketiga adaptasi ibu, wanita membangun kembali hubungan dengan orang lain. Wanita akan beradaptasi menjadi orang tua melalui peran barunya sebagai seorang ibu. Ibu memikul tanggung jawab dan merawat bayi baru lahir dengan lebih percaya diri sekarang. Fokus fase ini adalah untuk bergerak maju dengan mengambil peran sebagai orang tua dan memisahkan diri dari hubungan simbiosis yang ibu dan bayinya miliki selama kehamilan. Ibu menetapkan gaya hidup yang mencakup bayi. Sang ibu melepaskan bayi khayalannya dan menerima bayi aslinya. Perawat telah menyadari pentingnya proses menjadi seorang ibu (BAM) dalam keperawatan ibu-bayi sejak laporan Rubin tentang pencapaian peran ibu (MRA). Persepsi ibu tentang kompetensi atau kepercayaan diri mereka, atau keduanya, dalam menjadi ibu dan ekspresi kasih sayang mereka terhadap bayinya meliputi usia, hubungan dengan ayah, status sosial ekonomi, pengalaman melahirkan, stres yang dialami, dukungan yang tersedia, ciri-ciri kepribadian, konsep diri, anak. sikap pengasuhan, ketegangan peran, status kesehatan, persiapan selama kehamilan, hubungan dengan ibu sendiri, depresi, dan kecemasan.

2.1.4 Komplikasi Pasca partum

Menurut Diniyah (2024) beberapa komplikasi pada ibu postpartum diantaranya sebagai berikut:

1. Morbiditas

   Terjadi kenaikan suhu tubuh >38 derajat celcius selama 10 hari pertama pasca partum, kecuali 24 jam pertama.

2. Infeksi

   Infeksi bakteri pada saluran genetalia selama atau setelah persalinan. Tanda dan gejala yaitu suhu >38 derajad celcius, malaise, lochia berbau tidak sedap, dan nyeri ditempat infeksi.

3. Infeksi trauma genitalia

   Adapun tanda dan gejala yaitu nyeri local, demam, edema local, radang pada tepi jahitan atau laserasi, rabar purulen, dan luka menjadi terpisah.

4. Endometritis

   Tanda dan gejala yaitu suhu meningkat persisten >38 derajat celcius, demam, takikardia, menggigil, nyeri tekan uterus yang menyebar ke samping, nyeri panggul ketika dilakukan pemeriksaan bimanual, lochia mungkin sedikit dan tidak berbau atau sangat banyak, distensi abdomen, dan peningkatan hitung sel darah putih.

5. Hematoma

   Tanda dan gejalanya yaitu biasanya terjadi di vulva atau vagina, nyeri akut, pembengkakan yang tegang dan tidak teratur serta jaringan tampak memar.

6. Subinvolusi

   Uterus gagal berkontraksi secara efektif selama masa pasca partum. Penyebab nya yaitu potongan plasenta atau selaput ketuban yang tertahan, mioma, dan infeksi (pascapartum

awal). Adapun tanda dan gejalanya peningkatan jumlah lochia yang tidak teratasi atau terus menerus diproduksi, fundus uteri lembek, dan uterus naik hingga melebihi lokasi yang diperkirakan.

7. Perdarahan pasca partum sekunder

   Perdarahan yang berlebihan yang terjadi setelah 24 jam pertama pasca partum. Adapun penyebabnya yaitu subinvolusi, potongan plasenta/ketuban yang tertahan, laserasi yang tidak terdiagnosa, dan hematoma. Tanda dan gejalnya yaitu perdarahan, anemia, dan pada kasus berat, syok

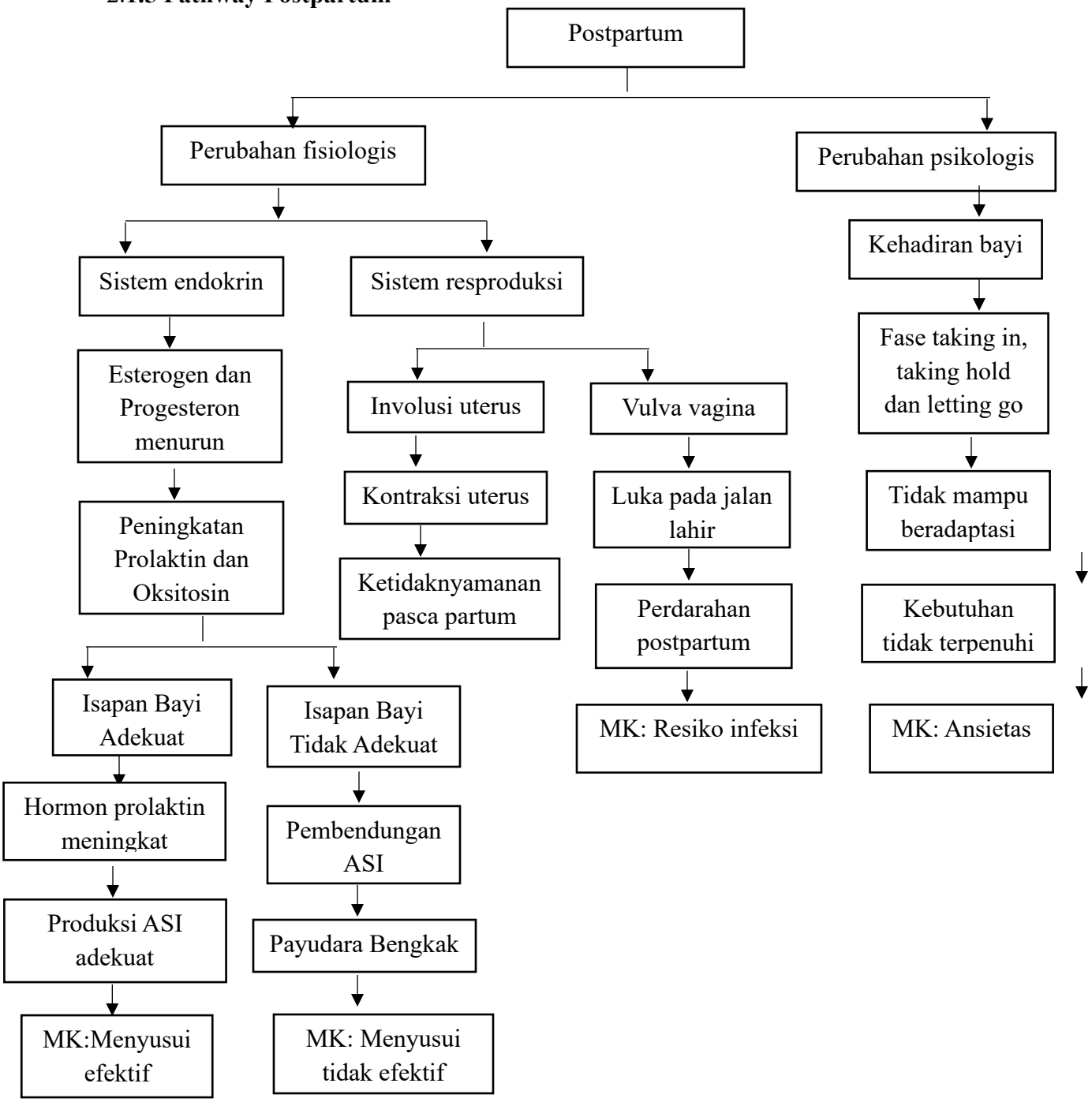
8. Tromboflebitis

   Adapun tanda dan gejalanya yaitu nyeri, nyeri tekan local, peradangan dan terbaba smpul atau urat vena.

9. Mastitis

   Mastitis dapat dialami setiap saat jika seorang ibu menyusi, tetapi biasanya tidak terjadi sebelum hari ke-10 pasca partum. Organisme penyebab biasanya *Staphylococcus aureus* dan ibu baru biasanya tidak dapat membedakannya dari gejala flu.

2.**1.5 Pathway Postpartum**



2.1 Gambar Pathway Postpartum

2.2 Konsep Teknik Effleurage Massage

2.2.1 Definisi Effleurage Massage

Effleurage massage merupakan salah satu metode non farmakologis untuk mengurangi nyeri kontraksi uterus hari-1. Massage effleurage yaitu pijatan ringan dengan menggunakan telapak tangan dan jari tangan, effleurage biasanya diaplikasikan pada perut seirama dengan pernapasan. Effleurage bisa dilakukan oleh keluarga atau ibu sendiri, hal ini dilakukan untuk mengalihkan perhatian ibu saat nyeri muncul (Putri, 2020).

Effleurage massage adalah suatu teknik pemijatan dengan menggunakan kedua telapak tangan yang diletakkan pada perut ibu bersalin dengan gerakan melingkar kearah pusat dan simpisis atau dengan menggunakan satu telapak tangan dengan gerakan melingkar dan searah (Lestaluhu, 2024).

2.2.2 Tujuan Effleurage Massage

Effleurage adalah bentuk massage dengan menggunakan telapak Iangan yang memberi tekanan lembut ke atas permukaan tubuh dengan arah sirkular secara berulang. Teknik ini bertujuan untuk meningkatkan sirkulasi darah, memberi tekanan dan menghangatkan otot abdomen serta meningkatkan relaksasi fisik dan mental. Effleurage merupakan teknik massage yang aman, mudah untuk dilakukan, tidak memerlukan banyak alat, tidak memerlukan biaya, tidak memilikii efek samping dan dapat dilakukan sendiri atau dengan bantuan orang lain (Lestaluhu, 2024).

Dengan dilakukannya tindakan massage effleurage pada ibu pasca partum dapat mengalihkan perhatian ibu terhadap nyeri yang dirasakan sehingga dapat mengurangi nyeri pada ibu paost partum. Stimulasi kulit dengan teknik effleurage dapat menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf besar yang terletak dipermukaan kulit, serabut saraf besar ini yang akan menutup gerbang sehingga otak tidak menerima pesan nyeri karena sudah

diblokir oleh stimulasi kulit dengan teknik effleurage ini, maka akibatnya persepsi nyeri akan berubah. Selain dapat meredakan nyeri teknik effleurage ini juga bisa mengurangi ketegangan otot serta dapat meningkatkan sirkulasi darah pada area yang terasa nyeri (Putri, 2020).

Ada beberapa kondisi yang tidak boleh dilakukan pada tindakan massage ini, antara lain ialah terdapat luka pada area yang akan di massage, adanya penyakit kulit, jangan melakukan massage pada daerah yang mengalami lebam, jangan melakukan massage pada area yang mengalami peradangan, kemudian massage ini juga tidak diperbolehkan pada kondisi ruptur uterus (robekan pada dinding Rahim) (Putri, 2020).

2.2.3 Efek Massage Effleurage

Efek *Massage Effleurage* ada beberapa efek massage yaitu (Sari, 2022):

1) Efek terhadap peredaran darah dan lymphe

   Massage effleurage menimbulkan efek memperlancar peredaran darah. Manipulasi yang dikerjakan dengan gerakan atau menuju kearah jantung, secara mekanis akan membantu mendorong pengaliran darah dalam pembulu vena menuju ke jantung. Massage juga membantu pengaliran cairan limphe menjadi lebih cepat, ini berarti membantu penyerapan sisa-sisa pembakaran yang tidak digunakan lagi.

2) Efek terhadap otot

   Massage effleurage memberikan efek memperlancar proses penyerapan sisa-sisa pembakaran yang berada di dalam jaringan otot yang dapat menimbulkan kelelahan. Dengan manipulasi yang memberikan penekanan kepada jaringan otot maka darah yang ada didalam jaringan otot, yang mengandung zat-zat sisa pembakaran yang tidak diperlukan lagi terlepas keluar dari jaringan otot dan masuk kedalam pembuluh vena.

Kemudian saat penekanan kendor maka darah yang mengandung bahan bakar baru mengalirkan bahan tersebut ke jaringan, sehingga kelelahan dapat dikurangi. Selain itu massage juga memberi efek bagi otot yang mengalami ketegangan atau pemendekan karena massage pada otot berfungsi mendorong keluarnya sisa-sasa metabolisme, merangsang saraf secara halus dan lembut agar mengurangi atau melemahkan rangsang yang berlebihan pada saraf yang dapat menimbulkan ketegangan.

3) Efek *massage* terhadap kulit

Massage effleurage memberikan efek melonggarkan perlekatan dan menghilangkan penebalan-penebalan kecil yang terjadi pada jaringan di bawah kulit, dengan demikian memperbaiki penyerapan.

4) Efek *massage* terhadap saraf

Sistem saraf perifer adalah bagian dari sistem saraf yang di dalam sarafnya terdiri dari sel-sel saraf motorik yang terletak di luar otak dan susmsum tulang belakang. Sel-sel sistem saraf sensorik mengirimkan informasi ke sistem saraf pusat dari organorgan internal atau dari rangsangan eksternal. Sel sistem saraf motorik tersebut membawa informasi dari sistem saraf pusat (SSP) ke organ, otot, dan kelenjar. Sistem saraf perifer dibagi menjadi dua cabang yaitu sistem saraf somatik dan sistem saraf otonom. Sistem saraf somatik terutama merupakan sistem saraf motorik, yang semua sistem saraf ke otot, sedangkan sistem saraf otonom adalah sistem saraf yang mewakili persarafan motorik dari otot polos, otot jantung dan sel-sel kelenjar. Sistem otonom ini terdiri dari dua komponen fisiologis dan anatomis yang berbeda, yang saling bertentangan yaitu sistem saraf simpatik dan parasimpatik, dapat melancarkan sistem saraf dan meningkatkan kinerja saraf sehingga tubuh dapat lebih baik.

5) Efek *massage* terhadap respon nyeri

Prosedur tindakan *massage* dengan teknik *effleurage* efektif dilakukan 10 menit untuk mengurangi nyeri. Stimulasi *massage effleurage* dapat merangsang tubuh melepaskan senyawa endorphin yang merupakan pereda sakit alami dan merangsang serat saraf yang menutup gerbang sinap sehingga transmisi impuls nyeri ke medulla spinalis dan otak di hambat. Selain itu teori gate control mengatakan bahwa *massage effleurage* mengaktifkan transmisi serabut saraf sensori A – beta yang lebih besar dan lebih cepat. Proses ini menurunkan transmisi nyeri melalui serabut dan delta A berdiameter kecil.

2.3 Konsep Relaksasi Nafas Dalam

2.3.1 Definisi Relaksasi Nafas Dalam

Teknik relaksasi nafas dalam membantu mengontrol seseorang ketika ia merasa tak nyaman atau nyeri, serta stres fisik dan emosi yang disebabkan oleh nyeri. Metode ini dapat digunakan dalam kondisi sehat atau sakit. Relaksasi nafas dalam adalah intervensi yang dapat dilakukan secara mandiri oleh perawat jika perawat mengajarkan px teknik untuk melakukan nafas dalam dan nafas lambat (tahan nafas saat inspirasi secara maksimal), dan menghembuskan nafas secara perlahan untuk meredakan ketegangan otot yang menyebabkan nyeri. (Agnesia & Aryanti, 2022). Menurut Findley dalam Rsud et al. (2013) relaksasi merupakan cara untuk meredakan nyeri yang memberi pengaruh besar karena tujuan dari relaksasi ini ialah untuk mencapai kondisi rileks (Putrie, 2022)**.**

2.3.2 Tujuan Relaksasi Nafas Dalam

Teknik relaksasi nafas dalam adalah teknik yang sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapa saja yang berhubungan dengan pengaturan napas dan aliran energi dalam tubuh.

Teknik ini bertujuan untuk meningkatkan ventilasi alveoli, mempertahankan pertukaran gas, mencegah atelektasi paru-paru, meningkatkan efisiensi batuk, dan mengurangi stres fisik dan emosional, yaitu mengurangi intensitas nyeri dan kecemasan (Sanjaya & Puspita, 2024).

Menurut Potter & Perry dalam Kharismawati (2020) tujuan relaksasi nafas dalam ialah untuk mengurangi cemas, nyeri, ketegangan otot, dan rasa jenuh. Sedangkan menurut Kurniyati & Bakara dalam Kharismawati (2020) relaksasi nafas dalam bertujuan untuk membuat individu lebih tenang secara fisik dan mental dengan menurunkan tingkat gejolak mereka.

2.3.3 Mekanisme Kerja Relaksasi Nafas Dalam

Ketegangan atau kecemasan terjadi karena terdapat pemendekan serabut ototoskeletal danokerja sistem saraf simpatis yang menyebabkan kecemasan. Teknik relaksasi nafas dalam berusaha mengaktifkan sistem saraf parasimpatis. Saraf parasimpatis memiliki fungsi yaitu untuk mengontrol detak jantung untuk melemaskan saraf dan membuat tubuh menjadi nyaman (Putrie, 2022).

Mekanisme kerja teknik ini melibatkan proses fisiologis dan psikologis yang saling mendukung dalam menciptakan keadaan relaksasi. Saat seseorang melakukan napas dalam secara perlahan dan terkontrol, tubuh akan mengaktifkan sistem saraf parasimpatis melalui stimulasi saraf vagus. Aktivasi ini menyebabkan penurunan denyut jantung, tekanan darah, dan laju pernapasan, menciptakan respons relaksasi yang menenangkan tubuh. Di sisi lain, proses ini juga memengaruhi otak, khususnya bagian-bagian yang bertanggung jawab atas pengolahan emosi dan persepsi nyeri seperti korteks prefrontal dan sistem limbik. Dengan mengarahkan fokus pada pernapasan, perhatian seseorang dialihkan dari rasa nyeri itu sendiri, sehingga persepsi nyeri dapat berkurang. Selain itu, teknik ini juga membantu

menurunkan kadar hormon stres seperti kortisol dan meningkatkan pelepasan endorfin, zat kimia alami dalam tubuh yang berfungsi sebagai analgesic (Sanjaya & Puspita, 2024).

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal pada proses keperawatan yang dilakukan secara sistematis dalam mengumpulkan data tentang individu, keluarga dan kelompok. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif yang meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Data pengkajian yang diperoleh dari klien menurut (Diniyah, 2024) adalah sebagai berikut:

1. Identitas

   Identitas yang dikaji dari klien yaitu meliputi biodata klien dan penanggung jawab klien yang berisi nama, umur, agama, suku/ bangsa, pendidikan, pekerjaan, serta alamat.

2. Alasan masuk

   Pada umumnya, ibu nifas dengan post sc biasanya mengalami keluhan nyeri dan tidak nyaman pada luka post-op dan tidak nyaman pada perut karena adanya kontraksi yang disebabkan involusi uteri.

3. Riwayat menstruasi

   Riwayat menstruasi yang dikaji dari klien meliputi riwayat menarche, siklus menstruasi, lama menstruasi, banyaknya ganti pembalut dalam sehari ketika menstruasi, serta apakah mengalami dismenorea atau tidak.

4. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

   Riwayat kehamilan, persalinan, dna nifas yang lalu mengkaji tentang anak ke berapa yang lahir sebelum ini, tanggal lahir dan umur, usia kandungan, jenis persalinan, tempat persalinan, penolong persalinan, adakah komplikasi pada ibu maupun bayi saat

persalinan, panjang badang, berat badan, serta keadaan bayi saat dilahirkan, keadaan dan laktasi ibu saat masa nifas.

5. Riwayat persalinan sekarang

   Pada riwayat persalinan sekarang, tanggal dan jam berapa klien melakukan persalinan, di mana tempat persalinan dilangsungkan, siapa penolong persalinan, jenis persalinan, adakah komplikasi dalam persalinan, keadaan plasenta saat lahir, bagaimana tali pusat saat lahir, lama persalinan kala 1 hingga kala 4, jumlah perdarahan saat dilangsungkan persalinan, keadaan bayi saat melahirkan meliputi berat badan, panjang badan, APGAR score, adakah cacat bawaan, serta usia gestasi.

6. Riwayat kesehatan sekarang/ yang lalu

   Apakah klien memiliki riwayat penyakit yang lalu seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes mellitus, penyakit ginjal, asma, hepatitis, dan lain sebagainya.

7. Riwayat operasi abdomen/ SC

   Apakah klien memiliki riwayat melakukan persalinan dengan SC atau operasi sebelumnya, jika iya di mana tempatnya, siapakah petugas yang menolong saat itu, serta dilakukan pada tanggal berapa.

8. Riwayat penyakit keluarga

   Apakah klien memiliki riwayat penyakit keluarga dari ayah atau ibu seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes mellitus, penyakit ginjal, asma, hepatitis, dan lain sebagainya.

9. Riwayat KB

   Apakah klien pernah menggunakan KB sebelumnya, jika iya KB sejenis apa yang digunakan serta kapan terakhir menggunakan.

10. Riwayat sosial ekonomi dan psikologis

    Pada riwayat sosisal ekonomi dan psikologis beberapa data yang perlu dikaji diantaranya status perkawinan klien dan berapa kali kawin, lama menikah, umur menikah pertama kali, riwayat kehamilan yang lalu direncanakan atau tidak, bagaimana perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan, serta siapakah yang berpengaruh dalam pengambilan keputusan dalam keluarga,

11. Riwayat psikososial

    Pada riwayat psikososial, data yang perlu dikaji dari klien yaitu bagaimana klien melewati fase taking in, taking hold, serta letting go.

12. *Activity Daily Living*

    Berikut merupakan beberapa aspek yang dikaji pada pola kehidupan sehari- hari atau ADL bagi ibu nifas:

    1) Pola makan dan minum

       Hal yang perlu dikaji yaitu frekuensi makan dan minum ibu dalam sehari, jenis makanan atau minuman yang dikonsumsi, porsi yang dihabiskan ketika makan, serta keluhan saat makan maupun adakah pantangan makanan atau tidak.

    2) Pola istirahat

       Hal yang perlu dikaji yaitu berapa lama klien tidur di siang maupun malam hari serta apakah ada keluhan dalam pola tidur klien.

    3) Pola eliminasi

       Hal yang perlu dikaji yaitu berapa kali klien BAK maupun BAB dalam sehari, bagaimana konsistensi dan warnanya, serta apakah ada keluhan atau lendir yang keluar saat BAB.

4) *Personal Hygiene*

Hal yang perlu dikaji adalah berapa kali klien mandi dalam sehari serta berapa kali klien berganti pakaian dalam sehari.

5) Mobilisasi

Apakah klien ada masalah pada mobilisasi, apakah klien melakukan mobilisasi secara mandiri atau memerlukan bantuan serta jika memerlukan bantuan bagaimana bentuk bantuan yang diberikan.

6) Aktivitas

Hal yang perlu dikaji adalah bagaimana klien melakukan pekerjaan sehari-harinya, apakah ada keluhan atau tidak, serta berapa kali klien melakukan hubungan seksual dalam seminggu bersama pasangan.

7) Menyusui

Hal yang perlu dikaji yaitu apakah klien ada keluhan dalam menyusui atau tidak.

8) Kebiasaan hidup

Hal yang perlu dikaji yaitu apakah klien memiliki kebiasaan merokok atau tidak, memiliki kebiasaan minum-minuman keras atau tidak, memiliki kebiasaan konsumsi obat terlarang atau tidak, serta memiliki kebiasaan minum jamu atau tidak.

13. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Bagaimana keadaan umum klien saat dikaji serta tingkat kesadaran klien saat dilakukan pengkajian. Tingkat kesadaran klien meliputi compos mentis, somnolen, sopor, apatis, delirium, dan koma.

2) Tanda-tanda vital

Hal yang perlu dikaji pada klien apakah normal atau tidaknya tekanan darah, nadi, suhu serta frekuensi pernapasan klien. Selain itu dilakukan pengukuran pada tinggi badan, berat badan, lingkar lengan atas (LILA) serta berapa kenaikan berat badan klien selama hamil.

3) Kepala dan leher

Pemeriksaan fisik pada kepala dan leher meliputi inspeksi yang dilakukan pada postur tubuh, kepala, rambut, pada muka (apakah terdapat cloasma dan oedema pada klien), pada mata (apakah konjungtiva anemis/ ananemis serta apakah sklera ikterik atau normal), pada hidung (apakah terdapat polip pada hidung klien), serta gigi dan mulut (bagaimana kebersihan pada gigi dan mulut, adakah perdarahan atau lesi). Palpasi dilakukan pada leher untuk memastikan adakah terdapat pembesaran kelenjar tyroid atau tidak pada klien

4) Payudara

Hal yang perlu dikaji dari klien yaitu, apakah bentuk payudara simetris atau tidak, bagaimana keadaan putting susu (menonjol keluar atau ke dalam), bagaiman keadaan dan warna aerola mamae, serta adakah colostrum.

5) Abdomen

Hal yang perlu dikaji dari klien yaitu apakah pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan atau tidak, apakah ditemukan linea nigra atau tidak, serta apakah ada belas luka atau operasi pada abdomen.

6) Genetalia

Hal yang perlu dikaji dari klien yaitu adakah varises atau oedema pada genitalia, adakah pembesaran kelenjar bartholini atau tidak, bagaimana pengeluaran pervaginam pada klien (lochea yang dikeluarkan bagaimana karakteristiknya), adakah bekas luka atau jahitan pada perineum, apakah berbau atai tidak, bagaimana keadaan anus, serta adakah tanda haemorrhoid atau tidak.

7) Tangan dan kaki

Pada tangan dan kaki hal yang perlu dikaji yaitu apakah simestris atau tidak, apakah terdapat oedema pada tungkai bawah atau tidak, adaka tanda varises pada ekstremitas atau tidak, serta bagaimana pergerakan tangan dan kaki (apakah normal atau ada hambatan dalam bergerak)

8) Pemeriksaan penunjang

Pada umumnya pemeriksaan penunjang yang dilakukan oleh klien yaitu pemeriksaan darah lengkap untuk mengetahui kadar hemoglobin (Hb), leukosit (WBC), serta pemeriksan urin lengkap untuk mengetahui apakah terdapat proteinuria atau tidak bagi ibu dengan indikasi preeklamsia.

2.5 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017). Salah satu diagnosa keperawatan yang menjadi masalah utama pada kasus ini adalah ketidaknyamanan pasca partum. Ketidaknyamanan pasca partum adalah perasaan tidak nyaman yang berhubungan dengan kondisi setelah melahirkan.

Ketidaknyamanan pasca partum adalah rasa tidak nyaman yang dirasakan oleh ibu setelah melahirkan yang meliputi aspek fisik, psikologis, dan emosional, sebagai akibat dari proses persalinan, perubahan hormonal, serta adaptasi terhadap peran baru sebagai ibu (Lestaluhu, 2024). Terdapat beberapa faktor penyebab ketidaknyamanan pasca partum yaitu trauma perineum selama persalinan dan kelahiran, involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula, pembengkakan payudara dimana alveoli mulai terisi ASI. kekurangan dukungan dari keluarga dan tenaga Kesehatan, ketidaktepatan posisi duduk serta faktor budaya (PPNI, 2017). Diagnosa keperawatan yang muncul pada ibu postpartum menurut PPNI (2017) yaitu:

1. Ketidaknyaman pasca partum b.d trauma perineum selama persalinan dan kelahiran d.d mengeluh tidak nyaman, tampak meringis, terdapat kontraksi uterus, berkeringat berlebihan, tekanan darah meningkat,dan frekuensi nadi meningkat.
2. Menyusui efektif b.d hormon oksitoksin dan prolactin adekuat d.d ASI menetes/memancar, suplai ASI adequate, bayi melekat pada payudara ibu dengan benar, bayi tidur setelah menyusui
3. Menyusui tidak efektif b.d payudara bengkak d.d ASI tidak menetes /memancar, BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam, nyeri atau lecet terus menerus setelah minggu kedua
4. Resiko infeksi d.d luka episiotomi, masuknya organisme skundern dan lochea.

2.6 Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
Ketidaknyaman pasca partum b.d trauma perineum selama persalinan dan kelahiran d.d mengeluh tidak nyaman, tampak meringis, terdapat kontraksi uterus, berkeringat berlebihan, tekanan darah meningkat,dan frekuensi nadi meningkat	**Status Kenyamanan Pasca Partum (L. 07061)** Setelah dilakukan tindakan ke…x …. jam perawatan, diharapkan status kenyamanan pasca partum menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan tidak nyaman menurun 2. Meringis menurun 3. Luka episiotomy menurun 4. Kontraksi uterus menurun 5. Berkeringat meurun 6. Menangis menurun 7. Payudara bengkak menurun 8. Tekanan darah membaik 9. Frekuensi nadi membaik	**Perawatan Kenyamanan (I.08240)** Observasi 1. Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis. Nyeri, mual, gatal, sesak) 2. Identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya 3. Identifikasi masalah emosional dan spiritual Terapeutik 1. Berikan posisi yang nyaman 2. Berikan kompres dingin atau hangat 3. Ciptakan lingkungan yang nyaman 4. Berikan pemijatan 5. Dukung keluarga terlihat dalam terapi/pengobatan. Edukasi 1. Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi /pengobatan 2. Ajarkan terapi relaksasi 3. Ajarkan Latihan pernapasan 4. Ajarkan teknik distraksi dan imajinasi terbimbing Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, antipruitus, antihistamin, jika perlu

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
Menyusui efektif b.d hormon oksitoksin dan prolactin adekuat d.d ASI menetes/memancar, suplai ASI adequate, bayi melekat pada payudara ibu dengan benar, bayi tidur setelah menyusui	**Status Menyusui (L.03029)** Setelah dilakukan tindakan ke…x …. jam perawatan, diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil : 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat 3. Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam meningkat 4. Berat badan bayi meningkat 5. Tetesan/pancaran ASI meningkat 6. Suplai ASI adekuat meningkat 7. Puting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan meningkat 8. Kepercayaan diri ibu meningkat 9. Lecet pada puting menurun 10. Kelelahan maternal menurun 11. Kecemasan maternal menurun	**Konseling Laktasi (I. 03093)** Observasi 1. Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui 2. Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui 3. Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui Terapeutik 1. Gunakan Teknik mendengarkan aktif (mis: duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan ibu) 2. Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar Edukasi 1. Ajarkan Teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu
Menyusui tidak efektif b.d payudara bengkak d.d ASI	**Status Menyusui (L.03029)**	**Edukasi Menyusui (I.12393)**

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
tidak menetes /memancar, BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam, nyeri atau lecet terus menerus setelah minggu kedua	Setelah dilakukan tindakan ke…x …. jam perawatan, diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil : 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat 3. Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam meningkat 4. Berat badan bayi meningkat 5. Tetesan/pancaran ASI meningkat 6. Suplai ASI adekuat meningkat 7. Puting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan meningkat 8. Kepercayaan diri ibu meningkat 9. Lecet pada puting menurun 10. Kelelahan maternal menurun 11. Kecemasan maternal menurun	Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik 1. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 2. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya 4. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 5. Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga Kesehatan, dan masyarakat Edukasi 1. Berikan konseling menyusui 2. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 3. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (latch on) dengan benar 4. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengkompres

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
		dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa 5. Ajarkan perawatan payudara post partum (mis: memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)
Resiko infeksi d.d luka episiotomi, masuknya organisme skundern dan lochea.	**Tingkat infeksi (L14137)** Setelah dilakukan tindakan ke…x …. jam perawatan, diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat 3. Nafsu makan meningkat 4. Kemerahan menurun 5. Kultur darah membaik 6. Kultur area luka membaik	**Pencegahan infeksi (I.14539)** Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pxdan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptic pada pxberisiko tinggi Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan

2.7 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah fase ketika perawat mengimplimentasikan intervensi keperawatan. Implementasi merupakan langkah keempat dari proses keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat untuk dikerjakan dalam rangka membantu klien untuk mencegah, mengurangi, dan menghilangkan dampak atau respons yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan dan kesehatan. Implementasi keperawatan direncanakan dengan tujuan klien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri (*selfcare*) dengan penyakit yang di alami sehingga klien mencapai derajat kesembuhan yang optimal dan efektif. Sehingga kemandirian pada ibu hamil dengan mual muntah dapat meningkat dengan dilakukan tindakan keperawatan untuk mengurangi penyebab terjadinya mual muntah yang berlebih dan memberikan rasa nyaman dan aman pada ibu (Maharani, 2024).

2.8 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Dalam hal ini, untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan dalam tindakan keperawatan dapat beracuan pada luaran keperawatan. Luaran (outcome) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan (PPNI, 2019).