

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Dasar *Post Partum Spontan*

##### 1. Pengertian

Persalinan adalah proses di mana bayi, plasenta, dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu bersalin, persalinan yang normal terjadi pada usia kehamilan cukup bulan/setelah usia kehamilan 37 minggu atau lebih tanpa penyulit. Pada akhir kehamilan ibu dan janin mempersiapkan diri untuk menghadapi proses persalinan. Janin bertumbuh dan berkembang dalam proses persiapan menghadapi kehidupan di luar Rahim. Ibu menjalani berbagai adaptasi fisiologis selama masa hamil sebagai persiapan menghadapi proses persalinan dan untuk berperan sebagai ibu. Persalinan dan kelahiran adalah akhir kehamilan dan titik dimulainya kehidupan di luar Rahim bagi bayi baru lahir. Persalinan dimulai/inpartu sejak uterus sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks yang membuka dan menipis dan berakhir dengan lahirnya bayi beserta plasenta secara lengkap. (Fauziah, 2015)

Dalam bahasa latin, waktu mulai tertentu setelah melahirkan anak disebut dengan *puerperium* yang berasal dari kata *Puer* yang berarti bayi dan *Parous* yang berarti melahirkan. Jadi, *puerperium* merupakan masa setelah melahirkan bayi dan masa pulih kembali mulai kala IV selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti saat sebelum hamil. Masa nifas dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta hingga dengan 6 minggu atau 42 hari setelah melahirkan (Dewi & Sunarsih, 2011).

Masa nifas atau *post partum* atau disebut juga masa *puerpeium* merupakan waktu yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ reproduksinya seperti saat sebelum hamil atau disebut *involusi* terhitung dari selesai persalinan hingga dalam jangka waktu kurang lebih 6 minggu atau 42 hari (Maritalia, 2017)

Ada beberapa tahapan pada masa nifas yaitu sebagai berikut

a. *Puerperium dini*

Merupakan masa pemulihan awal dimana ibu yang melahirkan spontan tanpa komplikasi dalam 6 jam pertama setelah kala IV dianjurkan untuk mobilisasi dini atau segera. Ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.

b. *Puerperium intermedial*

Merupakan masa pemulihan yang berlangsung selama kurang lebih 6 minggu atau 42 hari, dimana organ-organ reproduksi secara berangsur-angsur akan kembali ke keadaan saat sebelum hamil.

c. *Remote puerperium*

Merupakan waktu yang diperlukan ibu untuk dapat pulih kembali terutama saat hamil atau waktu persalinan mengaloi komplikasi. Pada tahap ini rentang waktu yang dialami setiap ibu akan berbeda tergantung dari berat ringannya komplikasi yang dialami selama hamil ataupun persalinan.

## 2. Etiologi

Penyebab persalinan belum diketahui dengan pasti, namun ada beberapa teori yang menghubungkan dengan faktor hormonal, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf dan nutrisi (Hafifah, 2011)

a. Teori penurunan hormone

1-2 minggu sebelum partus mulai, terjadi penurunan hormone progesterone dan estrogen. Fungsi progesterone sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila progesterone turun.

b. Teori placenta menjadi tua

Turunnya kadar hormone estrogen dan progesterone menyebabkan kekejangan pembuluh darah yang menimbulkan kontraksi Rahim.

c. Teori distensi Rahim

Rahim yang menjadi besar dan merenggang menyebabkan iskemik otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero-plasenta.

d. Teori iritasi mekanik

Di belakang servik terlihat ganglion servikale (*fleksus franterrhauus*). Bila ganglion ini digeser dan di tekan misalnya oleh kepala janin akan timbul kontraksi uterus.

e. Induksi partus

Dapat pula ditimbulkan dengan jalan gagang laminaria yang dimasukkan dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang pleksus frankenhauser, amniotimi pemecahan ketuban, oksitosin drip (pemberian oksitosin menurut tetesan perinfus).

### 3. Patofisiologi

Masa post partum atau masa nifas, alat-alat genitalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil dan terjadinya perubahan fisiologis serta perubahan psikologis. Perubahan fisiologis ini terdapat involusi uterus yaitu proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan, proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Perubahan – perubahan alat genitalia ini dalam keseluruhannya disebut “involusi”. Involusi terjadi perubahan-perubahan penting yakni mengkonsentrasi dan timbulnya laktasi yang terakhir karena pengaruh hormon laktogen dari kelenjar hipofisis terhadap kelenjar-kelenjar mammae.

Otot-otot uterus berkontraksi segera post partum, pembuluh pembuluh darah yang ada antara nyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah plasenta lahir.

Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks adalah bentuk serviks pada pasien post partum agak menganga seperti corong, bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri terbentuk semacam cincin. Perubahan-perubahan yang terdapat pada endometrium ialah timbulnya trombosis, degenerasi dan nekrosis ditempat implantasi plasenta pada hari pertama endometrium yang kira-kira

setebal 2-5 mm itu mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua dan selaput janin regenerasi endometrium terjadi dari sisa-sisa sel desidua basalis yang memakai waktu 2 sampai 3 minggu. Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis serta fasia yang merenggang sewaktu kehamilan dan perlu setelah janin lahir berangsur-angsur kembali seperti semula (Aspiani, 2017)

#### 4. Manifestasi Klinis

##### a. Sistem reproduksi

###### 1) Proses *involutusi*

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

Pada waktu hamil penuh, berat uterus 11 kali lebih berat dari sebelum hamil, seminggu setelah melahirkan berinvolutusi menjadi sekitar 500 gr dan 350 gr 2 minggu setelah melahirkan dan pada minggu keenam beratnya menjadi 50-60 gr. Seminggu setelah melahirkan uterus berada di dalam panggul.

Penyebab ukuran uterus menjadi sedikit lebih besar setelah hamil adalah pada masa *pasca partum*, penurunan kadar hormone menyebabkan terjadinya autolysis, merusakkan secara langsung jaringan hipertrofi yang berlebihan sehingga sel-sel tambahan yang terbentuk selama masa hamil menetap.

###### 2) Kontraksi

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

###### 3) Tempat plasenta

Segera setelah plasenta dan ketuban dikeluarkan, kontraksi vaskular dan trombus menurunkan tempat plasenta ke suatu area yang meninggi dan bernodul tidak teratur. Pertumbuhan endometrium ke atas menyebabkan pelepasan jaringan nekrotik dan mencegah pembentukan jaringan parut yang menjadi karakteristik penyembuhan luka. Regenerasi endometrium, selesai pada akhir minggu ketiga masa pasca partum, kecuali pada bekas tempat plasenta

4) *Lochea*

*Lochea* merupakan darah yang dibuang dari rahim berbentuk cairan sekret. *Lochea* memiliki bau yang khas. Bau ini tidak seperti bau menstruasi. *Lochea* dibagi menjadi 4 berdasarkan jumlah dan warnanya antara lain: *lochea rubra* berwarna merah dan hitam sisa darah yang keluar mulai hari pertama sampai hari ketiga, *lochea sangiolenta* berwarna putih bercampur merah mulai hari ketiga sampai hari ketujuh, *lochea serosa* berwarna kekuningan dari hari ketujuh sampai hari ke empat belas, *lochea alba* berwarna putih setelah hari ke empat belas.

5) Vagina

Vagina akan mengecil dan timbul *ragae* (lipatan-lipatan atau kerutan) kembali ke ukuran normal kurang lebih 6-8 minggu setelah bayi lahir

6) Perineum

Luka pada episiotomi terasa nyeri, pada tahap *early* edema dan luka kebiruan.

7) Endometrium dan serviks

Hari pertama tebal endometrium 2,5 mm, setelah tiga hari permukaan mulai rata, sehingga tidak ada pembentukan jaringan parut. Perubahan serviks dimulai dari kala I dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan pembukaan serviks lengkap.

b. Sistem Pencernaan

Kurangnya makanan berserat selama persalinan dapat menyebabkan ibu post partum mengalami konstipasi. Faktor lainnya yang menyebabkan adalah karena rasa takut ibu ketika buang air besar, jika terdapat luka pada perineum

c. Sistem Perkemihan

Saluran kencing biasanya akan kembali normal dalam waktu 2 sampai 8 minggu paska melahirkan. Pelvis ginjal dan ureter yang meregang dan berdilatasi selama proses kehamilan akan kembali normal pada minggu ke empat.

d. Tanda-Tanda Vital

1) Nadi dan Pernafasan

Pada proses persalinan denyut nadi akan mengalami peningkatan, dapat terjadi bradikardi (50 – 70 kali per menit) maupun takikardi. Kebutuhan pernafasan pada ibu partus akan meningkat karena proses mengejan atau meneran.

2) Tekanan Darah

Tekanan darah yang mengalami peningkatan lebih dari 30 mmHg pada *Systole* dan 15 mmHg pada *Dyastole* perlu dicurigai terjadinya pre-eklamsi pada ibu post partum. Selama beberapa jam paska persalinan, ibu dapat terjadi *hipotensi orthostik* (penurunan 20 mmHg) yang ditandai dengan pusing setelah berdiri.

3) Suhu Tubuh

Paska melahirkan dapat mengalami kenaikan suhu sekitar 0,5 derajat celcius dari keadaan normal (36°C – 37,5°C) namun tidak lebih dari 38°C. Jika suhu tubuh tidak kembali normal atau meningkat setelah 12 jam post partum perlu dicurigai adanya infeksi.

4) Sistem Endokrin

Selama periode post partum, terjadi perubahan hormon yang besar, salah satunya *hormon estrogene* dan *progesterone* akan diproduksi. Perubahan kadar *estrogene* dan *progesterone* yaitu terjadi fluktuasi hormonal dalam tubuh. Kadar hormone kortisol (hormone pemicu stres) pada tubuh ibu naik hingga mendekati kadar orang yang mengalami depresi.

5) Berat Badan

Peningkatan berat badan pada ibu hamil dapat mencapai 10-15 kg. Sebagian besar ibu akan kembali ke ukuran badan semula setelah 7-8 minggu paska persalinan, tetapi ada pula beberapa ibu yang memerlukan waktu lebih lama.

6) Perubahan Psikologis

Menurut teori Reva Rubin (1977) ada beberapa perubahan yang akan dilalui oleh ibu nifas, di antaranya :

a) Perubahan *Taking In*

Merupakan periode terjadi setelah 1 sampai 2 hari dari persalinan, masa terjadi interaksi dan kontak yang lama antara ayah, ibu dan bayi.

b) Periode *Taking Hold*

Merupakan berlangsung pada hari ke 3 sampai hari ke 4 post partum, ibu berusaha bertanggung jawab terhadap bayinya dengan berusaha untuk menguasai perawatan bayi.

c) Periode *Letting Go*

Merupakan terjadi setelah ibu pulang ke rumah, pada masa ibu hamil mengambil tanggung jawab terhadap bayi.

5. Penatalaksanaan Post Partum Spontan

Menurut Aspiani (2017), setelah melahirkan ibu membutuhkan perawatan yang intensif untuk pemulihan kondisinya setelah proses persalinan yang melelahkan, perawatan post partum antara lain :

a. Mobilisasi dini.

Mobilisasi dini merupakan suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal itu esensial untuk mempertahankan kemandirian, khususnya dilakukan oleh ibu post partum. Mobilisasi dini adalah kebijakan agar secepat mungkin membimbing ibu post partum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. Jika tidak ada kelainan paska persalinan, mobilisasi dini dapat dilakukan sedini mungkin yaitu 2 jam paska persalinan. Mobilisasi dini dapat membantu pemulihan dan mempercepat waktu berada di rumah sakit.

b. Rawat gabung

Perawatan ibu dan bayi dalam satu ruangan bersama-sama sehingga ibu lebih banyak memperhatikan bayinya, segera memberikan ASI, sehingga kelancaran pengeluaran ASI lebih terjamin.

c. Pemeriksaan umum

Pemeriksaan umum antara lain kesadaran penderita, keluhan yang terjadi setelah persalinan.

d. Pemeriksaan khusus

Pemeriksaan khusus pada ibu post partum spontan antara lain :

- 1) Pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu, dan pernafasan.
- 2) Fundus uteri : Tinggi fundus uteri, kontraksi uterus.
- 3) Payudara : puting susu, pembesaran dan pengeluaran ASI.
- 4) *Lochea* : *Lochea rubra*, *lochea sangiolenta*, *lochea serosa*, *lochea alba*.
- 5) Luka jahitan episiotomi : apakah baik atau terbuka, apakah ada tanda-tanda infeksi.

e. Pemberian cairan intravena

Untuk mencegah dehidrasi dan meningkatkan kemampuan perdarahan darah dan menjaga agar jangan jatuh dalam keadaan syok, maka cairan pengganti merupakan tindakan yang vital, seperti Dextrose atau Ringer

f. Pemberian oksitosin

Segera setelah plasenta dilahirkan oksitosin (10 unit) ditambahkan dengan cairan infuse atau diberikan secara intramuskuler untuk membantu kontraksi uterus dan mengurangi perdarahan post partum

g. Obat nyeri

Obat-obatan yang mengontrol rasa sakit termasuk sedative, alaraktik, narkotik dan antagonis narkotik. Anastesi hilangnya sensori, obat ini diberikan secara regional/ umum (Hamilton, 1995)



## 6. Komplikasi Post Partum Spontan

Komplikasi post partum spontan menurut Aspiani, 2017 antara lain :

- a. Pembengkakan payudara
- b. Mastitis (peradangan pada payudara)
- c. Endometritis (peradangan pada endometrium).
- d. Post partum blues.
- e. Infeksi puerperalis ditandai dengan pembengkakan, rasa nyeri, kemerahan pada jaringan terinfeksi atau pengeluaran cairan berbau dari jalan lahir selama persalinan atau sesudah persalinan.

## 7. Tanda-tanda Bahaya Post Partum

Menurut Depkes RI (2004), Perdarahan dalam keadaan dimana plasenta telah lahir lengkap dan kontraksi rahim baik maka dapat dipastikan bahwa pendarahan tersebut berasal dari perlukaan jalan lahir. Tanda-tanda yang mengancam terjadinya robekan perineum antara lain :

- a. Kulit perineum mulai melebar dan tegang
- b. Kulit perineum berwarna putih dan mengkilap
- c. Ada perdarahan keluar dari lubang vulva, merupakan indikasi robekan pada mukosa vagina

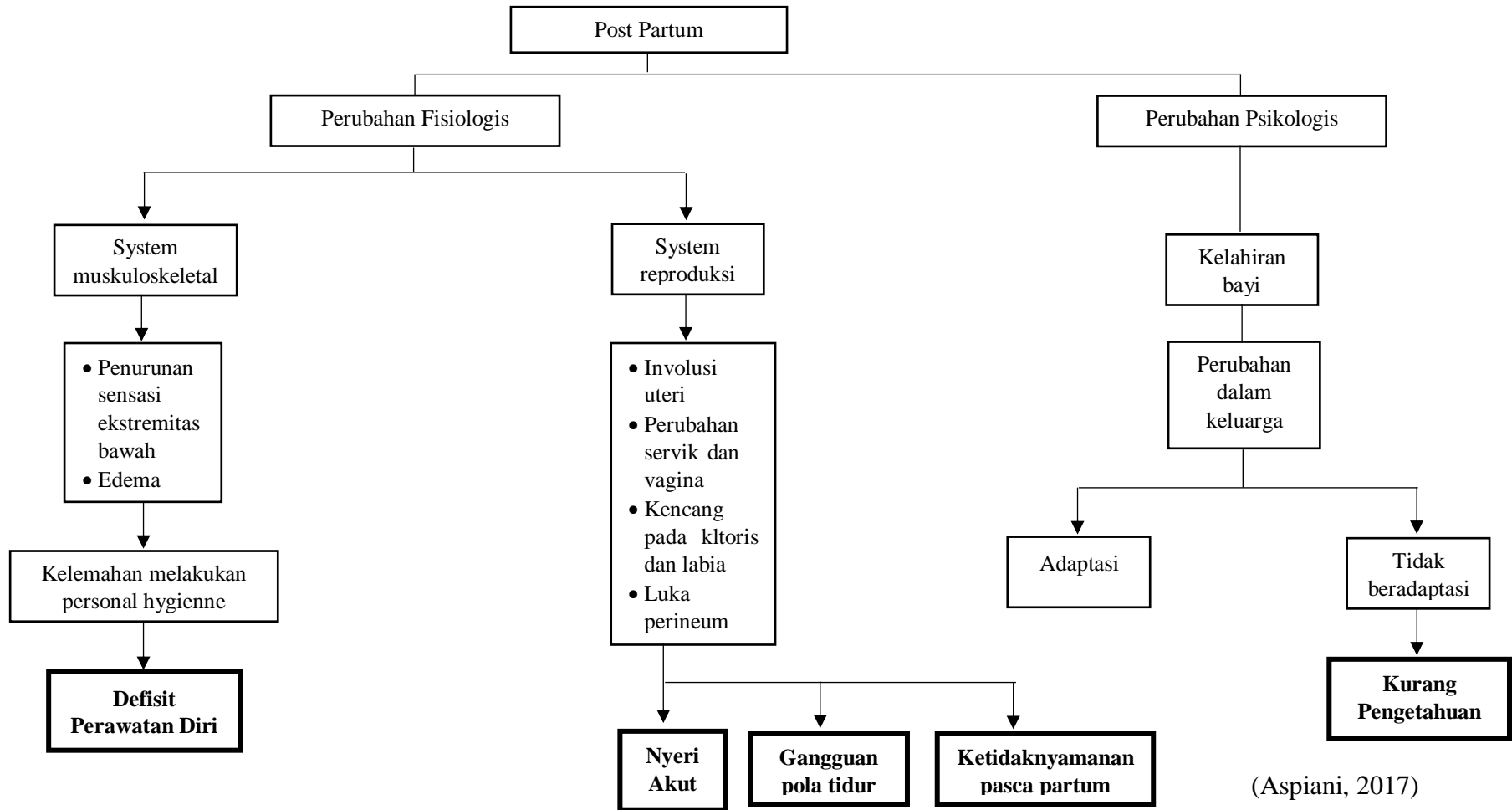
## 8. Pemeriksaan Diagnosis

Pemeriksaan diagnosis yang diperlukan sebelum proses persalinan antara lain :

- a. Darah : Hb, Gula Darah
  - 1) Pemeriksaan Hb dilakukan 2 kali selama kehamilan pada trimester pertama dan pada kehamilan 30 minggu, karena pada usia 30 minggu terjadi puncak hemodilusi (pengenceran darah). Ibu dikatakan anemia apabila Hb < 11 gr% dan anemia berat apabila < 8 gr%.
  - 2) Pemeriksaan golongan darah, protein, dan kadar glukosa pada urin.
- b. USG (*Ultrasonografi*)

Untuk melihat apakah terdapat sisa plasenta ataupun gumpalan darah

**Gambar 2.1**  
**Pathway Post Partum Spontan**



## **B. Konsep Kebutuhan Rasa Nyaman**

### **1. Definisi Rasa Nyaman**

Kenyamanan / rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah dan nyeri) (Kolcaba, 1992 dalam Potter & Perry, 2006). Berbagai teori keperawatan menyatakan kenyamanan sebagai kebutuhan dasar klien yang merupakan tujuan pemberian asuhan keperawatan. Konsep kenyamanan mempunyai subjektifitas yang sama dengan nyeri. Setiap individu memiliki karakteristik fisiologis, sosial, spiritual, psikologis, dan kebudayaan yang mempengaruhi cara mereka menginterpretasikan dan merasakan nyeri. Setiap individu memiliki karakteristik fisiologis, sosial, spiritual, psikologis, dan kebudayaan yang mempengaruhi cara mereka menginterpretasikan dan merasakan nyeri.

Kenyamanan dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu:

- a. Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh.
- b. Sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan sosial.
- c. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan).
- d. Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warna dan unsur alamiah lainnya.

Perubahan kenyamanan adalah dimana individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dan berespon terhadap rangsangan yang berbahaya (Linda Jual, 2000). Nyeri merupakan perasaan dan pengalaman emosional yang timbul dari kerusakan jaringan yang aktual dan potensial atau gambaran adanya kerusakan (NANDA, 2005).

Potter & Perry, 2006 menyebutkan bahwa ada beberapa faktor yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman, yaitu :

- a. Emosi : Kondisi psikis dengan kecemasan, depresi, dan marah akan mudah mempengaruhi keamanan dan kenyamanan

- b. Status Mobilisasi : Status fisik dengan keterbatasan aktivitas, paralisis, kelemahan otot, dan kesadaran menurun memudahkan terjadinya resiko cedera
- c. Gangguan Persepsi Sensori : Adanya gangguan persepsi sensori akan mempengaruhi adaptasi terhadap rangsangan yang berbahaya seperti gangguan penciuman dan penglihatan
- d. Keadaan Imunitas Daya tahan tubuh kurang memudahkan terserang penyakit
- e. Tingkat Kesadaran : Tingkat kesadaran yang menurun, pasien koma menyebabkan respon terhadap rangsangan, paralisis, disorientasi, dan kurang tidur.
- f. Informasi atau Komunikasi : Gangguan komunikasi dapat menimbulkan informasi tidak diterima dengan baik.
- g. Penggunaan antibiotik yang tidak rasional : Antibiotik dapat menimbulkan resisten dan anafilaktik syok
- h. Status nutrisi : Keadaan kurang nutrisi dapat menimbulkan kelemahan dan mudah menimbulkan penyakit, demikian sebaliknya dapat beresiko terhadap penyakit tertentu.
- i. Usia Pembedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia anak- anak dan lansia mempengaruhi reaksi terhadap nyeri
- j. Jenis Kelamin : Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam merespon nyeri dan tingkat kenyamanannya.
- k. Kebudayaan Keyakinan dan nilai-nilai kebudayaan mempengaruhi cara individu mengatasi

Kenyamanan/rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah atau nyeri).

## 2. Kebutuhan Rasa Nyaman Pada Ibu Post Partum Spontan

Kebutuhan dasar yang terganggu pada klien dengan post partum spontan adalah rasa aman nyaman atau kebutuhan bebas dari rasa nyeri. Hal

ini disebabkan karena kondisi yang mempengaruhi perasaan tidak nyaman pada klien. Rasa tidak nyaman ini ditunjukkan dengan timbulnya tanda dan gejala seperti ketika ada nyeri, klien tampak meringis, bersikap protektif (posisi menghindari nyeri), gelisah, peningkatan tekanan darah, frekuensi nadi, peningkatan atau penurunan frekuensi pernafasan ( Uliyah & Hidayat, 2002). Penyebab ketidaknyamanan pasca partum yaitu nyeri karena trauma perineum selama persalinan dan kelahiran, involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula, pembengkakan payudara di mana alveoli mulai teisi ASI, kekurangan dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan, ketidaktepatan posisi duduk, dan faktor budaya (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

Menurut (Varney, 2008) terdapat beberapa ketidaknyamanan pada masa nifas. Meskipun dianggap normal, ketidaknyamanan tersebut dapat menyebabkan distress fisik yang bermakna.

a. Nyeri setelah melahirkan

Nyeri setelah melahirkan disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus yang berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri ini lebih umum terjadi pada paritas tinggi dan pada wanita menyusui. Alasan nyeri yang lebih berat pada wanita dengan paritas tinggi adalah penurunan tonus otot uterus secara bersamaan, menyebabkan relaksasi intermiten. Berbeda pada wanita primipara yang tonus ototnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi tanpa relaksasi intermiten. Pada wanita menyusui, isapan bayi menstimulasi produksi oksitosin oleh hipofise posterior. Pelepasan oksitosin tidak hanya memicu refleksi let down (pengeluaran ASI) pada payudara, tetapi juga menyebabkan kontraksi uterus. Nyeri setelah melahirkan akan hilang jika uterus tetap berkontraksi dengan baik saat kandung 13 kemih kosong. Kandung kemih yang penuh mengubah posisi uterus ke atas, menyebabkan relaksasi dan kontraksi uterus lebih nyeri.

b. Keringat berlebih

Ibu post partum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraselular selama kehamilan. Cara menguranginya sangat sederhana yaitu dengan membuat kulit tetap bersih dan kering.

c. Pembesaran payudara

Diperkirakan bahwa pembesaran payudara disebabkan oleh kombinasi akumulasi dan stasis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ketiga post partum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam.

d. Nyeri perineum

Beberapa tindakan dapat mengurangi ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau luka episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut. Sebelum tindakan dilakukan, penting untuk memeriksa perineum untuk menyingkirkan komplikasi seperti hematoma. Pemeriksaan ini juga mengindikasikan tindakan lanjutan apa yang mungkin paling efektif.

e. Konstipasi

Rasa takut dapat menghambat fungsi bowel jika wanita takut bahwa hal tersebut dapat merobek jahitan atau akibat nyeri yang disebabkan oleh ingatannya 14 tentang tekanan bowel pada saat persalinan. Konstipasi lebih lanjut mungkin diperberat dengan longgarnya abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga atau empat.

f. Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid, mungkin mereka sangat merasakan nyeri selama beberapa hari. Hemoroid yang terjadi selama masa kehamilan dapat menimbulkan trauma dan menjadi lebih edema selama kala dua persalinan.

Nyeri merupakan pengalaman yang tidak menyenangkan baik sensori maupun emosional yang berhubungan dengan risiko atau aktualnya kerusakan jaringan tubuh (Judha, Sudarti, & Fauziah, 2012). Nyeri adalah suatu mekanisme proteksi bagi tubuh yang timbul ketika jaringan sedang rusak dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri (Prasetyo, 2010)

Menurut lama gejalanya nyeri diklasifikasikan menjadi nyeri akut, nyeri kronis dan nyeri persalinan. Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi dan berlangsung untuk singkat. Nyeri akut akan berhenti sendirinya dan akhirnya menghilang tanpa pengobatan setelah keadaan pulih. Nyeri akut berdurasi kurang dari 6 bulan. Kebanyakan orang mengalami nyeri seperti sakit kepala, sakit gigi, terbakar, tertusuk duri, pasca persalinan. Nyeri kronis adalah nyeri yang terjadi sepanjang waktu dan berlangsung dalam waktu lama nyeri kronis berdurasi lebih dari 6 bulan (Andarmoyo, 2013). Nyeri persalinan adalah pengalaman nyeri sensorik dan emosional yang bervariasi dari menyenangkan sampai tidak menyenangkan, yang dikaitkan dengan persalinan atau melahirkan (Herdman; T, Heather, 2015)

Menurut (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015), teknik mengatasi nyeri sebagai berikut :

1) Teknik distraksi.

Teknik distraksi adalah suatu metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian klien pada hal-hal lain sehingga klien akan lupa terhadap nyeri yang dialami. Teknik distraksi dapat mengalihkan nyeri berdasarkan teori aktivitas reticular, yaitu menghambat stimulus nyeri ketika seseorang menerima masukan sensori yang cukup berlebihan, sehingga menyebabkan terhambatnya impuls nyeri ke otak (nyeri berkurang atau tidak dirasakan klien).

Macam-macam teknik distraksi sebagai berikut :

- a. Bernafas pelan-pelan
- b. Masase sambil menarik nafas pelan-pelan
- c. Mendengarkan lagu sambil menepuk-nepukkan jari/kaki

- d. Membayangkan hal-hal yang indah sambil menutup mata
- e. Menonton TV (acara kegemaran) dan lain-lain.

2) Teknik relaksasi.

Teknik relaksasi merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada klien yang mengalami nyeri kronis. Relaksasi adalah kegiatan yang memadukan otak dan otot. Otak yang "lelah" dibuat tenang dan otot yang tegang dibuat relaks. Jika seseorang melakukan relaksasi, puncaknya adalah fisik yang segar dan otak yang siap menyala kembali (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015)

### C. Konsep Asuhan Keperawatan Post Partum Spontan

1. Proses Keperawatan Post Partum Spontan

Proses keperawatan adalah suatu pendekatan sistematis untuk mengenal masalah-masalah pasien dan mencari alternatif pemecahan masalah dalam memenuhi kebutuhan-kebutuhan klien. Proses keperawatan terdiri dari 4 tahap yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi, atau ada pula yang menerjemahkannya ke dalam 5 tahap yaitu pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Suarni & Apriyani, 2017)

Menurut Aspiani (2017), konsep asuhan post partum sebagai berikut :

- a. Pengkajian adalah langkah pertama pada semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, untuk memperoleh data dilakukan melalui anamnesis. Anamnesis adalah pengkajian dalam rangka mendapatkan data tentang pasien melalui pengajuan pertanyaan-pertanyaan dan anamnesis dapat dilakukan melalui dua cara antara lain :
  - 1) Autoanamnesis yaitu Anamnesis yang dilakukan kepada pasien langsung, sedangkan Alloanamnesis yaitu Anamnesis yang dilakukan kepada keluarga pasien untuk memperoleh data tentang klien, hal ini dilakukan pada keadaan darurat ketika klien tidak memungkinkan lagi untuk memberikan data yang akurat (Sulistyawati & Nugraheny, 2010).



- 2) Identitas : Identitas klien dan identitas penanggung jawab meliputi nama, umur, alamat, pekerjaan, tanggal lahir, suku bangsa, status perkawinan, pendidikan, ruang rawat, nomor medical record, diagnosa medis, alasan masuk, keadaan umum, tanda-tanda vital
- 3) Keluhan utama : Keluhan utama yang dirasakan pada klien dengan post partum adalah nyeri pada daerah perineum atau vagina.
- 4) Riwayat penyakit sekarang : Klien merasakan nyeri karena trauma akibat proses persalinan, ASI sudah keluar dan klien dapat memberikan ASI pada bayinya.
- 5) Riwayat Penyakit Dahulu : Riwayat penyakit yang pernah diderita yang ada hubungannya dengan penyakit sekarang (post partum spontan).
- 6) Riwayat Penyakit Keluarga : Riwayat penyakit yang pernah diderita menyangkut penyakit keluarga atau keturunan.
- 7) Riwayat Obstetri : Riwayat obstetri pada klien dengan post partum sebagai berikut : Keadaan haid, tentang menarche, siklus haid, hari pertama haid terakhir, jumlah dan warna darah keluar, encer, menggumpal, lamanya haid, nyeri atau tidak dan berbau.
- 8) Riwayat kehamilan, berapa kali melakukan antenatal care, selama kehamilan periksa dimana, ukur tinggi badan dan berat badan.
- 9) Riwayat persalinan, jenis persalinan spontan atau sectio caesaria, penyulit selama persalinan.
- 10) Pola Kebiasaan Sehari-hari  
Menurut Virginia Henderson : Respirasi, frekuensi pernafasan meningkat, nutrisi, eliminasi, buang air kecil secara spontan sudah dapat dilakukan dalam 8 jam post partum. Buang air besar terjadi pada 2-3 hari post partum, istirahat/ tidur, kebutuhan personal *hygiene*, gerak dan keseimbangan tubuh, aktivitas berkurang dan tidak bisa berjalan karena nyeri akibat adanya trauma persalinan.
- 11) Pemeriksaan Fisik  
Pemeriksaan fisik pada klien dengan post partum :

- a) Keadaan umum, keadaan umum klien biasanya lemah setelah persalinan.
- b) Kesadaran, kesadaran klien biasanya baik (composmentis).
- c) Pemeriksaan fisik *head to toe*
  - 1. Kepala dan rambut
  - 2. Bentuk kepala, kulit kepala, apakah kotor atau berketombe, rambut apakah tampak lusuh atau kusut, apakah ada luka/laserasi.
  - 3. Wajah : Wajah pucat atau tidak, bentuk wajah lonjong atau oral.
  - 4. Mata : Bentuk bola mata, ada tidaknya gerak mata, konjungtiva anemis atau tidak, bentuk mata simetris atau tidak.
  - 5. Hidung : Ada tidaknya septuminasi, polip dan kebersihan.
  - 6. Telinga : Kebersihan atau tidaknya kelainan fungsi pendengaran, kelainan anatomi pada telinga.
  - 7. Mulut, bibir : Bentuk bibir simetris atau tidak, kelembapan, kebersihan mulut, ada tidaknya pembesaran tonsil, ada tidaknya kelainan bicara.
  - 8. Gigi : Jumlah gigi lengkap atau tidak, kebersihan gigi, ada tidaknya peradangan pada gusi atau caries gigi.
  - 9. Leher : Ada tidaknya pembesaran kelenjar *thyroid* dan vena jugularis Integument kulit
  - 10. Warna kulit, apakah pucat atau tidak, kebersihan, turgor kulit, tekstur kulit
  - 11. Payudara : Payudara membesar, areola mammae warnanya lebih gelap, papilla mammae menonjol, keluar colostrum ASI.
  - 12. Thorax atau dada
    - a. Jantung
      - 1) Inspeksi : seperti tak tampak retraksi dinding dada
      - 2) Perkusi : bunyi pekak.
      - 3) Palpasi : seperti tak ada nyeri tekan
      - 4) Auskultasi : seperti S1, S2 reguler.

## b. Paru-paru

- 1) Inspeksi : seperti tidak ada jejas
- 2) Perkusi : bunyi sonor.
- 3) Palpasi : seperti tidak ada nyeri tekan, fokal fremitus seimbang kanan dan kiri.
- 4) Auskultasi : vesikuler

## c. Abdomen

- 1) Inspeksi : diastasis rektus abdominalis
- 2) Auskultasi : fungsi pencernaan untuk mengetahui bising usus.
- 3) Perkusi : kuadran I bunyi redup, kuadran II, III, IV tympani.
- 4) Palpasi : involusi uterus suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil, fundus uterus, kandung kemih dan kontraksi.

## d. Genetalia

- 1) Vagina (integritas kulit, edema, hematoma)
- 2) Perineum : utuh/ episiotomi/ ruptur.
- 3) Tanda REEDA :
  - Redness : seperti tidak ada kemerahan.
  - Edema : seperti tidak ada pembengkakan
  - Echimosi : seperti tidak ada kebiruan
  - Dischargetment : seperti tidak ada cairan sekresi yang keluar
  - Approximity : seperti ada jahitan luka

## e. Lochea ( jumlah, jenis, konsistensi, bau)

- f. Ekstremitas atas dan bawah: seperti tidak ada bengkak, tidak ada varises.

## b. Diagnosa Keperawatan.

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap proses kehidupan/masalah kesehatan.

Menurut asuhan keperawatan berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2016)

Diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu post partum adalah:

- 1) Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan dan kelahiran
- 2) Defisit perawatan diri: mandi, kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan post partum.
- 3) Gangguan pola tidur berhubungan dengan proses pasca partum

c. Rencana Keperawatan

Perencanaan disusun untuk menyelesaikan masalah yang dialami klien, masalah yang dirumuskan dalam diagnosa keperawatan. Dalam menyelesaikan masalah ini juga harus menggunakan standar. Perencanaan yang disusun terdiri dari: perencanaan tujuan (*outcome*) dan perencanaan tindakan (*intervention*) (Suarni & Apriyani, 2017)

**Tabel 2.1**  
**Rencana Keperawatan**

Diagnosa (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intevensi (SIKI)
<p><b>1</b></p> <p><b>Ketidaknyamanan Pasca Partum (D.0075)</b>  <b>Definisi :</b> Perasaan tidak nyaman yang berhubungan dengan kondisi setelah melahirkan  <b>Penyebab :</b> Trauma perinium selama persalinan dan kelahiran, Involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula, Pembekuan payudara di mana alveoli mulai terisi ASI, kekurangan dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan, ketidaktepatan posisi duduk, faktor budaya.  <b>Gejala dan Tanda Mayor</b>  <i>Subjektif :</i> Mengeluh tidak nyaman  <i>Objektif :</i> Tampak menangis, Terdapat kontraksi uterus, luka nyeri epislotomi, payudara bengkak</p> <p><b>Gejala dan Tanda Minor</b>  <i>Subjektif :</i> (tidak tersedia)  <i>Objektif :</i> Tekanan darah meningkat , frekuensi nadi meningkat, berkeringat berlebihan, menangis/merintih, haemoroid</p> <p><b>Kondisi Klinis Terkait</b>  Kondisi: pasca persalinan</p>	<p><b>2</b></p> <p><b>Status Kenyamanan Pasca Partum (L.07061)</b>  Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meringis menurun (5)</li> <li>2. Nyeri luka episiotomi menurun (5)</li> <li>3. Payudara tidak bengkak (5)</li> <li>4. Tekanan darah menjadi normal (5)</li> <li>5. Frekuensi nadi menjadi normal (5)</li> <li>6. Kontraksi uterus baik (5)</li> </ol>	<p><b>3</b></p> <p><b>Manajemen Nyeri (I. 08238)</b>  Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>2. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>2. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>4. Kolaborasi :</li> <li>5. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>

1	2	3
<p><b>Gangguan Pola Tidur (D.0055)</b></p> <p><b>Definisi :</b> Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal</p> <p><b>Penyebab :</b> Hambatan lingkungan, kurang kontrol tidur, kurang privasi, restrain fisik, ketiadaan teman tidur, tidak familiar dengan peralatan tidur</p> <p><b>Gejala dan tanda mayor</b> Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh sulit tidur</li> <li>2. Mengeluh sering terjaga</li> <li>3. Mengeluh tidak puas tidur</li> <li>4. Mengeluh pola tidur berubah</li> <li>5. Mengeluh istirahat tidak cukup</li> </ol> <p>Objektif : (tidak tersedia)</p> <p><b>Gejala dan tanda minor</b> Subjektif : Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun Objektif : (tidak tersedia)</p> <p><b>Kondisi Klinis Terkait :</b> Nyeri/kolik, periode pasca partum</p>	<p><b>Pola Tidur (L.05045)</b> Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan sulit tidur menurun (5)</li> <li>2. Keluhan sering terjaga menurun (5)</li> <li>3. Keluhan tidak puas tidur menurun (5)</li> <li>4. Keluhan pola tidur berubah menurun (5)</li> <li>5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun (5)</li> </ol>	<p><b>Dukungan Tidur (I.05174)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur</li> <li>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur</li> <li>4. Mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modifikasi lingkungan</li> <li>2. Batasi waktu tidur siang</li> <li>3. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur</li> <li>4. Tetapkan jadwal rutin tidur</li> <li>5. Lakukan prosedur untuk eningkatkan kenyamanan</li> <li>6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan unruk menunjang siklus tidur terjaga</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>2. Anjurkan menepati kebiasaan tidur</li> </ol>

<p><b>1</b></p> <p><b>Defisit Perawatan Diri (D.0109)</b></p> <p><b>Definisi :</b> Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri</p> <p><b>Penyebab :</b> Gangguan muskuloskeletal, Gangguan neuromuskuler, Kelemahan, Gangguan psikologis dan/atau psikotik, Penurunan motivasi/minat</p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor</b>  <i>Subjektif :</i> Menolak melakukan perawatan diri  <i>Objektif :</i> Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri, Minat melakukan perawatan diri kurang</p> <p><b>Gejala dan Tanda Minor</b>  <i>Subjektif:</i> -  <i>Objektif:</i> -</p>	<p><b>2</b></p> <p><b>Perawatan Diri (L.11103)</b></p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memiliki kemampuan untuk mandi (5)</li> <li>2. Meningkatnya minat melakukan perawatan diri (5)</li> <li>3. Mempertahankan kebersihan diri meningkat (5)</li> <li>4. Kemampuan ke toilet meningkat (5)</li> </ol>	<p><b>3</b></p> <p><b>Dukungan Perawatan Diri (I.11352)</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tingkat kemandirian</li> <li>2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Siapkan keperluan pribadi</li> <li>2. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</li> <li>3. Jadwalkan rutinitas perawatan diri</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</li> </ol>
--	---	--

d. Pelaksanaan/Implementasi

Implementasi adalah tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri merupakan tindakan keperawatan berdasarkan analisis atau kesimpulan perawat, serta bukan atas petunjuk tenaga kesehatan lain, tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan di dasarkan oleh hasil keputusan bersama dokter atau petugas lainnya. Setelah rencana keperawatan tersusun, selanjutnya diterapkan tindakan nyata untuk mencapai hasil yang diharapkan berupa hilang atau berkurangnya masalah. Tahap implementasi ini terdiri dari beberapa kegiatan, yaitu validasi rencana keperawatan, menuliskan atau mendokumentasikan rencana keperawatan, serta melanjutkan pengumpulan data. Saat melakukan implementasi keperawatan, tindakan harus cukup mendetail dan jelas supaya semua tenaga tenaga keperawatan dapat menjalankan dengan waktu yang telah ditentukan (Ratnawati, 2017)

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.

Tahapan implementasi adalah pelaksanaan sesuai rencana yang sudah di susun pada tahap sebelumnya.

e. Evaluasi

Menurut (Suarni & Apriyani, 2017), Evaluasi dalam keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Untuk mempermudah proses mengevaluasi/memantau perkembangan klien digunakan komponen SOAP adalah sebagai berikut :

1. S : Data subjective adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan



2. O : Data objective adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan setelah tindakan dilakukan.
3. A : Analisa adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi.
4. P : Planning adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa