

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

II.1 Landasan Teori

II.1.1 Pengertian

Masa nifas atau postpartum merupakan periode setelah keluarnya plasenta hingga organ reproduksi kembali berfungsi secara optimal. Proses ini berlangsung sekitar 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan, ibu mengalami berbagai perubahan fisik dan fisiologis yang dapat menyebabkan ketidaknyamanan, bahkan berpotensi menimbulkan gangguan kesehatan jika tidak ditangani dengan baik (Yuliana & Hakim, 2020). Sedangkan Persalinan adalah proses keluarnya hasil konsepsi, yaitu janin dan plasenta, setelah kehamilan cukup bulan (≥ 37 minggu) atau ketika janin sudah mampu hidup di luar rahim. Proses ini dapat terjadi secara spontan maupun dengan bantuan tenaga medis, baik melalui jalan lahir maupun prosedur lainnya (Rukiah & Lia Yulianti, 2018). Ibu dengan Primipara Ibu yang pertama kali melahirkan satu anak hidup. Multipara (Pleuripara) Ibu yang telah melahirkan anak hidup tidak lebih dari lima kali. Grandemultipara Ibu yang telah melahirkan anak hidup lebih dari lima kali (Manuaba, 2012).

Perineum merupakan jaringan yang terdiri atas otot, kulit, dan struktur ikat yang terletak di antara anus dan batas lubang vulva. Struktur ini berperan dalam memperkuat dasar panggul dan membentuk sfingter yang efisien bagi vagina dan rektum. Letaknya berada di antara vagina dan rektum, berfungsi sebagai penunjang kekuatan otot dasar panggul dan membantu dalam proses persalinan (Kraima et al., 2016). Rupture perineum adalah luka robekan pada jaringan perineum jalan lahir baik akibat luka spontan maupun episiotomy pada saat persalinan janin (Walyani dan Purwoastuti, 2021). Rupture perineum yang disebabkan karena proses persalinan. Dimana kejadian tersebut diakibatkan karena tidak rutin senam hamil, berat badan janin lebih dari 2500 gram, Persalinaan terlalu cepat kurang dari 2 jam (Hafizah Nurwindayu, 2019), Persalinan terlalu lama lebih dari 2 jam (Noviani & Adnyani, 2020), Pimpinan persalinan yg salah dan tidak mendorong kuat fundus uteri, Persalinan dengan indikasi episiotomi. (Ferinawati and Marjuani, 2020).

Struktur perineum pada bagian jaringan mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum, dan otot-otot perineum yang robek akibat persalinan baik secara spontan maupun menggunakan alat episiotomy disebut ruptur perineum derajat II.

Berdasarkan pengertian diatas maka dapat disimpulkan ibu primipara dengan Ruptur perineum derajat II adalah perubahan anatomi perineum yang letaknya pada bagian jaringan mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum, dan otot-otot perineum akibat robekan jalan lahir saat persalinan untuk pertama kalinya pada saat proses pengeluaran janin bagian kepala dan bahu.

II.1.2 Klasifikasi

Fase post partum terbagi dalam tiga fase yaitu (Wahyuningsih, 2019) :

- a. Immediate Post Partum masa dimulai dari plasenta lahir hingga 24 jam, masalah yang biasanya muncul misalnya atonia uteri sehingga perlu dilakukan observasi kinerja uterus, lochea, tekanan darah dan suhu ibu.
- b. Early Post Partum dimulai setelah 24 jam berakhirnya masa Immediate post partum hingga 1 minggu. Pada tahap ini dilakukan pemeriksaan berkala kontraksi uterus yang efektif, tidak adanya perdarahan abnormal, lochea yang normal, tidak terjadi demam atau tanda-tanda infeksi, asupan nutrisi dan cairan yang cukup, kemampuan ibu menyusui dengan tepat.
- c. Late Post Partum dimulai setelah 1 minggu Early Post Partum berakhir hingga 42 hari. fase yang dibutuhkan tubuh ibu untuk pulih dan sehat dengan optimal seperti keadaan sebelum hamil biasanya akan berakhir dalam 42 hari atau 6 minggu. Komplikasi yang terjadi saat kehamilan dan atau persalinan mempengaruhi waktu yang diperlukan untuk sehat optimal yaitu dalam kurun waktu berminggu-minggu, bulanan atau tahunan.

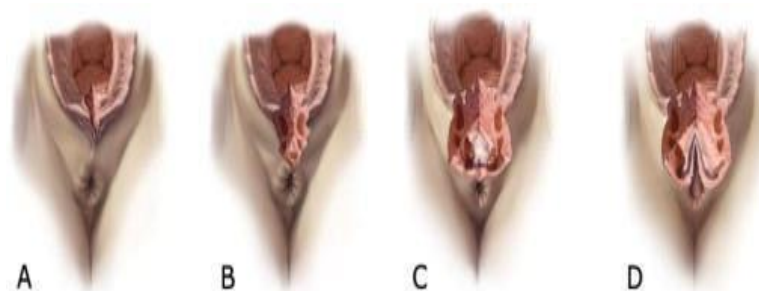
Berdasarkan proses berlangsungnya persalinan dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu (Annisa UI Mutmainnah, 2017):

- a. Persalinan Spontan fase kelahiran bayi dan uri pada kehamilan yang telah mencukupi bulannya (>37 minggu) dengan tenaga ibu sendiri

tanpa bantuan alat-alat. Proses persalinan spontan biasanya berlangsung 24 jam dihitung dari kala 1 hingga kala 4. Kala 1 dimulai dari kontraksi sampai pembukaan lengkap berlangsung selama 12-14 jam. Kala 2 dimulai dari pengeluaran janin dengan his dan mengejan hingga janin lahir berlangsung selama 2 jam, biasanya pada kala 2 ini terjadi robekan perineum. Kala 3 kala plasenta terlepas dari uterus dan berhasil keluar melalui jalan lahir berlangsung 5-10 menit sejak kelahiran bayi. Kala 4 proses observasi pada ibu post partum selama 2 jam setelah plasenta lahir.

- b. Persalinan Buatan melibatkan intervensi eksternal untuk membantu proses kelahiran biasanya dilakukan dengan alat seperti forceps, vakum, atau melalui operasi sesar jika persalinan normal tidak memungkinkan.
- c. Persalinan Anjuran tidak muncul secara spontan, tetapi dipicu oleh tindakan medis, biasanya dilakukan pemecahan ketuban atau pemberian prostaglandin untuk merangsang kontraksi uterus dan mempercepat persalinan

Klasifikasi robekan rupture perineum terbagi menjadi 4 macam, yaitu (Fatimah & Lestari 2019):



Sumber gambar : (Limpo, 2018)

Gambar 1 Klasifikasi Robekan Perineum

- a. Derajat I : Robekan derajat satu terjadi pada jaringan mukosa vagina, vulva bagian depan, dan kulit perineum.
- b. Derajat II : Robekan derajat dua terjadi pada jaringan mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum, dan otot-otot perineum
- c. Derajat III : Robekan mencakup mukosa vagina, vulva bagian

depan, kulit perineum, otot-otot perineum, sfingter ani eksternal, namun mukosa rectum tetap utuh.

- d. Derajat IV : Robekan lebih luas, mengenai seluruh jaringan perineum dan sfingter ani eksternal, robekan meluas hingga ke mukosa rectum menyebabkan komunikasi langsung antara vagina dan rectum.

Lokhea dibagi dalam 4 macam sesuai warna dan masa keluarnya (Ineke, 2016):



Sumber : (bidan Indonesia, 2024)

GAMBAR 2 Klasifikasi Lokhea

- Lokhea rubra dengan warna merah segar karena mengandung darah segar, jaringan sisa plasenta, dinding Rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan meconium. Durasi hari ke-1 hingga hari ke-3 pasca partus.
- Lokhea sanguinolenta dengan warna merah bata dan berlendir, berlangsung pada minggu pertama pasca melahirkan.
- Lokhea serosa dengan warna golden gold yang mengandung serum, leukosit, sisa robekan atau laserasi plasenta, berlangsung pada dua minggu pertama pasca melahirkan
- Lokhea alba berwarna keputihan mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan jaringan mati. Lokhea alba ini keluar selama 2-6 minggu pasca melahirkan.
- Lokhea rubra yang tidak berubah setelah 3 hari dapat menjadi indikasi abnormalitas lokhea, biasanya seperti perdarahan sekunder yang

disebabkan sisa jaringan plasenta yang tertinggal. Begitu juga dengan lokea alba atau serosa yang berlangsung lebih lama dari waktu normal bisa mengindikasikan endometritis terutama jika disertai nyeri perut dan demam tinggi. Sedangkan lokea purulent merupakan lokea yang berubah menjadi bau busuk dan bernanah menandakan infeksi, dan lokea statis merupakan lokea yang tidak keluar dengan lancar sehingga dapat menyebabkan komplikasi lebih lanjut.

II.1.3 Etiologi

Persalinan normal atau dibantu alat dapat menjadi penyebab rupture perineum. Luka spontan merupakan robekan yang terbentuk karena jalan lahir yang meregang dengan maksimal dan terjadi sangat cepat saat pengeluaran bhu dan kepala bayi yang mampu merobek jaringan perineum dan sekitarnya (Elisa et al., 2016).

Luka perineum dapat terjadi akibat tindakan episiotomi yang dilakukan berdasarkan beberapa indikasi medis tertentu. faktor bayi juga berperan penentuan dilakukan tindakan episiotomi, seperti kepala bayi yang terlalu besar, posisi kepala yang abnormal seperti presentasi wajah atau occipitoposterior, serta kelahiran sungsang. Di sisi lain, faktor ibu juga turut memengaruhi, misalnya ketidakmampuan dalam mengontrol dorongan mengejan yang menyebabkan tekanan berlebih pada perineum, serta kondisi panggul yang sempit sehingga menyulitkan proses persalinan. Selain itu, persalinan yang dilakukan secara tergesa-gesa, termasuk memberikan dorongan berlebihan pada fundus uteri, dapat memperparah kondisi ini. Dari segi medis dan prosedural, penggunaan alat bantu seperti forceps atau vakum dapat meningkatkan kemungkinan robekan perineum. (Fatimah, & Lestari, 2019).

II.1.4 Faktor Risiko

faktor ibu, janin, dan faktor persalinan melalui jalan lahir dapat menjadi factor penyebab robekan perineum (Wirakusumah 2014).

a. Faktor Ibu

Paritas pada ibu primipara sebagian besar mengalami rupture perineum

tetapi tidak menutup kemungkinan rupture terjadi pada multipara (Sari, et al., 2023). Ibu harus dibantu untuk mengontrol mengejan dengan benar pada saat ia merasakan dorongan mengejan alami agar tidak terjadi mengeran terlalu cepat karena dapat memperparah robekan perineum. Persalinan ibu yang dibantu dengan alat dapat mengakibatkan terjadinya robekan pada serviks uteri, robekan pada vagina dan rupture perineum. Alat bantu persalinan seperti forceps atau vacuum untuk membantu mengeluarkan janin terutama untuk ibu yang mengejan tidak adekuat dan persalinan ibu dengan tindakan episiotomy yaitu sebuah prosedur bedah dengan membuat sayatan kecil pada bagian perineum atau di area antara lubang vagina dengan anus (Adrian, 2020). Adapun usia ibu dapat mempengaruhi resiko robekan pada perineum yaitu pada usia beresiko untuk melahirkan, dimana usia sehat untuk siap menerima kehamilan dan persalinan dalam rentang 20-35 tahun (Sari, et al., 2023). Ibu yang mempunyai riwayat jarak kehamilan yang kurang dari 2 tahun dengan anak sebelumnya dapat beresiko terjadi robekan perineum (Sari, et al., 2023).

b. Faktor Janin

Berat badan bayi baru lahir lebih dari 4 kg. Resiko trauma persalinan melalui vagina seperti distosia bahu, kerusakan fleksus brakialis, patah tulang klavikula, dan kerusakan jaringan lunak pada ibu seperti laserasi jalan lahir dan robekan pada perineum (Sari, et al., 2023). Presentasi muka merupakan kondisi di mana janin memiliki posisi memanjang dengan sikap ekstensi sempurna. Pada saat memasuki panggul, diameter yang digunakan adalah diameter submentobregmatika yang berukuran 9,5 cm. Bagian janin yang berada paling rendah dalam presentasi ini terletak di antara glabella dan dagu. Sementara itu, presentasi dahi berbeda dengan presentasi muka karena hanya mengalami ekstensi sebagian atau pertengahan. Dalam kondisi ini, bagian janin yang terletak paling rendah berada di antara margo orbitalis dan bregma,

dengan penunjuknya adalah dahi. Diameter terendah yang digunakan pada presentasi dahi adalah diameter vertikomentelis yang memiliki ukuran 13,5 cm, menjadikannya diameter anteroposterior kepala janin yang paling panjang. Sementara itu, presentasi bokong terjadi ketika janin berada dalam posisi memanjang namun mengalami kelainan dalam polaritas, di mana panggul janin menjadi kutub bawah dengan penunjuk sacrum. Berdasarkan posisi janin, presentasi bokong ini dapat diklasifikasikan ke dalam empat jenis, yaitu presentasi bokong sempurna, presentasi bokong murni, presentasi bokong kaki, dan presentasi bokong lutut.

c. Faktor Penolong Persalinan

Penolong persalinan merupakan individu yang memiliki keterampilan dan kewenangan dalam memberikan asuhan selama proses persalinan. Dalam menjalankan tugasnya, penolong persalinan harus mampu bekerja sama dengan ibu serta menggunakan teknik manual yang tepat guna mengatur keluarnya kepala, bahu, dan seluruh tubuh bayi agar dapat mencegah terjadinya laserasi. Kesalahan dalam memimpin persalinan, seperti pemberian dorongan yang tidak tepat pada fundus uteri, dapat meningkatkan risiko terjadinya rupture perineum yang lebih parah. Jika kondisi ini tidak ditangani dengan baik, maka dapat berujung pada perdarahan postpartum yang berpotensi membahayakan keselamatan ibu (Ferinawati and Marjuani, 2020).

II.1.5 Manifestasi Klinik

Tanda dan gejala perubahan ibu postpartum selama masa nifas 42 hari sejak bayi dan uri dilahirkan sampai organ reproduksi pulih seperti sebelum hamil. Tanda dan gejala perubahan fisiologis dan psikologis ibu setelah melahirkan yaitu:

- a. Perubahan Fisiologis menurut Walyani dan Purwoastuti (2020)
 - 1) Sistem Kardiovaskuler, perubahan terjadi pada volume darah setelah persalinan menurun dalam 2-3 minggu dan cardiac output tetap tinggi sampai 48 jam postpartum sampai 2-3 minggu.
 - 2) Sistem reproduksi, perubahan terjadi pada uterus berangsung-angsur

pulih kembali sejak bayi lahir hingga 6-8 minggu. Begitu pula perubahan pada Lokhea (daah nifas) berdasarkan warna dan volume dimulai dari rubra hingga lokhea alba. Adapun lokhea purulenta merupakan lokhea yang muncul Ketika terjadi infeksi seperti cairan bernanah dan berbau busuk. Sedangkan, pada serviks perubahan terjadi seiring uterus berinvolusi bagian ostium eksterna terbuka 2-3 jari tangan sampai serviks menutup pada 42 hari postpartum. Rugae (lipatan dinding vagina) berangsur-angsur kembali muncul dan labia menjadi lebih kencang. Perineum yang kendur sesaat pasca partus dapat kembali kencang namun sebagian otot tonus tetap renggang dibandingkan keadaan semula (Walyani dan Purwoastuti, 2020).

Tabel 1 perubahan uterus pasca melahirkan

Tahap	Tinggi Fundus	Berat Uterus (gr)
Janin lahir	Setara pusat	1 kg
Plasenta lahir	Dua jari bawah pusat	0,75 kg
7 hari	Pertengahan pusat simpisis	0,5 kg
14 hari	Tidak teraba di atas simpisis	0,35 kg
42 hari	Semakin kecil	0,05 kg
56 hari	Kembali normal	0,03 kg

Sumber : Walyani dan Purwoastuti, 2020

Tabel 2 perubahan lochea pasca melahirkan

Jenis Lokhea	Ciri-ciri	Rentang Waktu
Rubra (Cruenta)	Leukosit merah sisa jaringan ketuban, meconium, lanugo, sel desidua	1-3 hari pasca persalinan
Sanguilenta	Warna merah bata mengandung darah dan lendir	4-7 hari pasca persalinan
Serosa	Warna golden gold yang berisi kandungan serum	7-14 hari pasca persalinan
Alba	Berwarna putih kekuningan karena terdapat leukosit, selaput lender serviks, dan Jaringan mati	2-6 minggu pasca persalinan

Sumber : Walyani dan Purwoastuti, 2020

- 3) Perubahan pada payudara yaitu penurunan progesteron dapat meningkatkan hormone prolactin untuk merangsang produksi asi, kolostrum dari yang tidak ada menjadi ada, dan payudara menjadi lebih besar dan keras (Walyani dan Purwoastuti, 2020).
- 4) Buang air kecil biasanya menjadi sulit dalam 24 jam pertama. Kemungkinan akibat spasme sfingter dan edema lapisan kandung kemih setelah terjadi himpitan antara kepala bayi dengan tulang pubis selama persalinan. Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam setelah melahirkan (Walyani dan Purwoastuti, 2020).

- 5) Nyeri di area perineum dapat menyebabkan ketidaknyamanan yang membuat ibu enggan untuk buang air besar (BAB). Akibatnya, pada masa nifas sering kali muncul keluhan konstipasi yang disebabkan oleh pola BAB yang tidak teratur. Kondisi ini dapat diperburuk oleh berbagai faktor, seperti penurunan pergerakan usus pasca persalinan, kurangnya asupan serat dan cairan, serta ketakutan ibu akan nyeri saat mengejan. (Walyani dan Purwoastuti, 2020).
- 6) Setelah persalinan, terjadi perubahan signifikan pada sistem endokrin ibu. Kadar estrogen menurun drastis hingga 10% dalam waktu sekitar tiga jam setelah melahirkan. Sementara itu, kadar progesteron juga mengalami penurunan yang lebih bertahap dan biasanya mencapai titik terendah pada hari ketiga postpartum. Di sisi lain, kadar prolaktin, yang berperan dalam produksi ASI, akan berangsur-angsur menurun jika tidak ada rangsangan dari proses menyusui. Perubahan hormon-hormon ini memengaruhi berbagai aspek fisiologis ibu, termasuk pemulihan pascapersalinan, produksi ASI, serta kestabilan emosional. (Walyani dan Purwoastuti, 2020).
- 7) Perubahan sistem muskuluskeletal, baik otot melemah setelah melahirkan, pergerakan ibu postpartum terbatas seperti tidak bisa mengangkat benda berat, berjalan dengan normal, kesulitan duduk dan kesulitan merubah posisi, mobilisasi dini dapat mencegah komplikasi dan mempercepat pemulihan dan mempercepat proses involusi maupun otot kendur pada bagian otot perut akan kembali mengecil sejalan dengan proses involusi uterus namun harus dibantu olahraga untuk ibu postpartum agar otot perut kembali kencang (Walyani dan Purwoastuti, 2020).
- 8) Sistem kulit dan jaringan, penurunan pada melanin menyebabkan hiperpigmentasi kulit (kulit menjadi gelap), pembuluh darah yang terlihat akan menghilang pada saat estrogen menurun, dan stretchmark yang muncul akan kembali berkurang namun harus dibantu suatu obat oles agar stretchmark hilang sempurna (Walyani dan Purwoastuti, 2020).

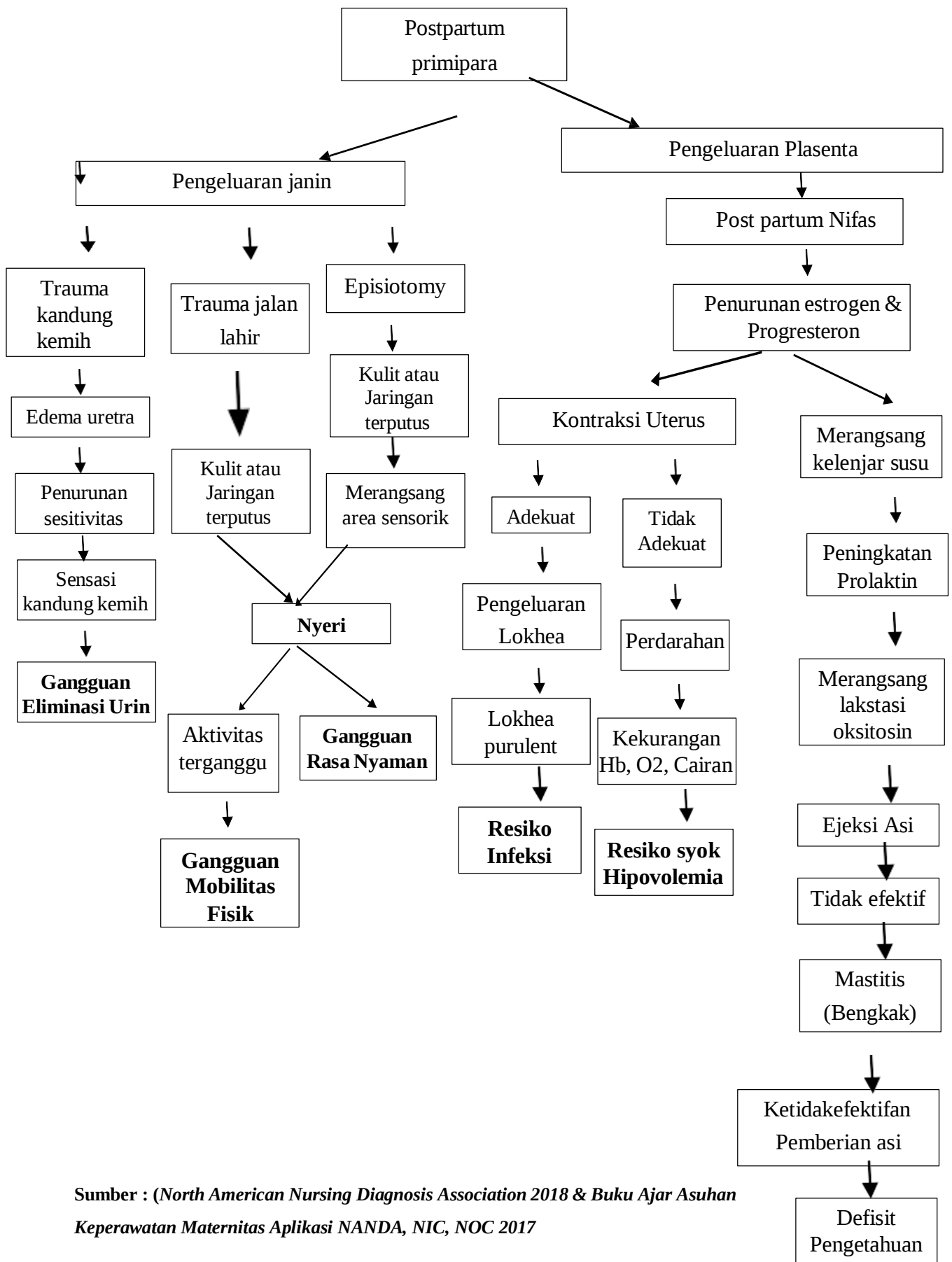
- 9) Perubahan TTV, suhu tubuh meningkat 0,5 derajat dari normal karena terjadi peningkatan metabolisme tubuh namun suhu Kembali normal setelah 12 jam pertama, denyut nadi setelah persalinan menjadi sedikit lebih lambat namun setelah beberapa jam akan kembali normal, darah yang keluar saat partus menyebabkan tekanan darah sedikit lebih rendah, namun apabila tekanan darah meningkat lebih dari 140-150mmHg pada systole dan 95-100mmHg pada diastole perlu diantisipasi timbulnya preeklamsia postpartum, dan saat partus frekuensi pernafasan akan meningkat karena kebutuhan oksigen yang tinggi untuk tenaga ibu mengejan. Setelah partus selesai, frekuensi pernafasan akan kembali normal (Walyani dan Purwoastuti, 2020).
- 10) Menurut Pitriani (2014), terdapat beberapa manifestasi klinis yang menunjukkan tanda dan gejala bahaya pada ibu postpartum salah satunya adalah suhu tubuh ibu yang meningkat di atas 38 derajat Celsius dapat menjadi tanda infeksi yang memerlukan penanganan segera. Ketidakmampuan uterus untuk berkontraksi dengan baik juga merupakan kondisi berbahaya, karena dapat menyebabkan perdarahan postpartum yang berlebihan setelah 24 jam pascapersalinan. Lochea yang berbau tidak sedap menjadi indikasi adanya infeksi dalam rahim, yang dapat membahayakan kesehatan ibu. Selain itu, tanda Human, yaitu munculnya kemerahan pada tungkai kaki saat ditekuk, bisa menjadi pertanda adanya trombosis vena dalam (DVT), yang merupakan kondisi serius akibat terbentuknya gumpalan darah di pembuluh darah kaki. (Walyani dan Purwoastuti, 2020).
- b. Perubahan Psikologis menurut Walyani dan Purwoastuti (2020)
- 1) Fase taking in merupakan periode perasaan dan persepsi yg dialami ibu setelah melahirkan. Ibu postpartum menceritakan pengalaman persalinannya berulang-ulang. Berlangsung 1-2 hari.
 - 2) Fase taking hold merupakan periode ibu mencari tahu cara memenuhi kebutuhan bayi. Biasanya timbul rasa khawatir tidak bisa

merawat bayinya, perasaan ibu menjadi sensitive seperti mudah marah, mudah menangis, dan mudah tersinggung sehingga support moral dibutuhkan untuk membangun percaya diri ibu. Berlangsung 3-10 hari.

- 3) Fase letting go merupakan periode merawat bayi mandiri dan belajar bertanggung jawab mengemban peran sebagai ibu. Ibu banyak peningkatan dalam perawatan bayinya, ibu bisa beradaptasi dengan bayinya yang selalu ketergantungan kepada ibunya dan ibu memahami kebutuhan bayi untuk di beri asi.

II.1.6 Patofisiologi

Proses rupture perineum menurut Wilson (2018) dalam jurnalnya, dimulai dengan terjadinya peregangan optimal pada perineum saat persalinan berlangsung, rupture atau robekan mulai muncul saat proses pengeluaran bagian kepala dan bahu bayi yang bisa menyebabkan robekan pada dinding vagina dan bisa meluas hingga anus. Secara mekanisme perineum belum cukup lentur menahan ukuran janin dan tekanan dorongan ibu serta anatomi ukuran perineum yang terlalu pendek menyebabkan perineum tidak dapat mentoleransi tekanan yang terjadi. Proses persalinan bagi ibu primipara sebagian besar mengalami rupture perineum karena vagina dan perineum belum pernah teregang secara optimal sebelumnya. Selain itu, proses persalinan dengan Tindakan episiotomy atau dengan alat seperti vacuum dan forceps dapat menimbulkan tekanan dan regangan lebih tinggi pada perineum sehingga terjadi robekan atau rupture pada perineum.



II.1.7 Komplikasi

Beberapa komplikasi pasca persalinan menurut Aspiani, 2017, yaitu :

- a. Distosia adalah persalinan yang sulit akibat dari kelainan kontraksi Rahim hipotonik dimana kontraksi uterus lemah tidak mampu mendorong janin keluar dan kontraksi hipertoniik dimana kontraksi terlalu kuat dan tidak terkoordinasi dapat menyebabkan persalinan terlalu cepat (< 3 jam), kelainan jalan lahir, posisi janin yang abnormalitas.
- b. Perdarahan saat sekaligus setelah partus yaitu kehilangan darah melebihi 500 cc, tekanan darah turun 30 mmHg, Hb turun 3% setelah kelahiran akibat retensi plasenta melebihi 30 menit setelah bayi lahir, Emboli air ketuban dimana air ketuban masuk ke pembuluh darah ibu, perlukaan vulva, mukosa vagina, serviks, rupture uteri.
- c. Sisa plasenta atau selaput janin yang tertinggal dalam rahim dapat menghambat kontraksi uterus secara optimal, sehingga pembuluh darah di area tersebut tetap terbuka. Kondisi ini berpotensi menyebabkan perdarahan postpartum yang berkepanjangan, karena rahim tidak dapat mengecil dan menutup pembuluh darah secara efektif.
- d. Inversio plasenta keadaan lapisan rahim endometrium dan seluruh isinya turun keluar lewat ostium bahkan dapat keluar lewat vagina baik secara kompliit maupun inkompliit.
- e. Infeksi seperti endometritis (infeksi dalam uterus), mastitis (infeksi payudara), dan infeksi saluran kemih. masa postpartum yang ditandai dengan kenaikan suhu > 38 derajat Celsius.
- f. Tromboplebitis yaitu pembentukan thrombosis di pembuluh darah.
- g. Depresi post partum seperti ibu merasa bingung, takut pada dirinya, kurang konsentrasi, merasa kesepian, tidak aman, cemas, dan kehilangan control.

II.1.8 Pemeriksaan Diagnostik

- a. Pemeriksaan darah
- b. Uji laboratorium dilakukan segera pasca partum. Nilai Hb dan Hematokrit seringkali dibutuhkan untuk mengkaji kehilangan darah pada ibu postpartum hari pertama.
- c. Pemeriksaan urin yang diambil baik dengan kateter atau dengan botol specimen yang diberikan ke laboratorium untuk dilakukan pemeriksaan urin.
- d. Inspeksi jalan lahir guna mengobservasi tanda-tanda bahaya postpartum seperti pendarahan yang mengalir dari vagina adalah tanda-tanda perdarahan postpartum akibat robekan pada mukosa vagina.
- e. Palpasi jalan lahir guna mengobservasi tanda-tanda bahaya postpartum seperti pemeriksaan pada kulit perineum yang terdapat edema, kemerahan, ekimosis, drainase purulent yang berbau, dan permukaan kulit perineum yang mulai melebar, tegang, berwarna pucat, dan mengkilap merupakan indikasi infeksi organ reproduksi pada masa postpartum.
- f. Observasi berkala setelah 2 jam partus dan 3 hari setelah postpartum guna memantau tanda-tanda infeksi dan bahaya pada ibu postpartum seperti lokhea rubra yang tidak kunjung berubah setelah 3 hari bahkan lokhea menjadi lokhea purulent, bekas jahitan yang tidak kunjung mengering, dan adanya tanda kemerahan pada tungkai kaki ibu saat ditekuk. Hal tersebut ditandai dengan kenaikan suhu melebihi 38 derajat Celsius (Pitriani, 2014).

II.1.9 Penatalaksanaan

- a. Penanganan rupture perineum diintervensikan dengan menjahit luka secara bertahap jaringan demi jaringan, memastikan tidak ada ruang kosong yang dapat terisi oleh bekuan darah, yang berpotensi menghambat proses penyembuhan luka. Selain itu, pemberian antibiotik yang memadai dapat membantu mencegah infeksi dan

mempercepat pemulihan.

- b. Luka yang dirawat dengan baik dan benar sangat penting untuk mempercepat regenerasi pemulihan serta membantu jaringan kembali normal. Sebaliknya, perawatan yang kurang optimal dapat memperlambat penyembuhan luka dan meningkatkan risiko komplikasi. (Solikha, et al., 2023).
- c. Perdarahan pasca partum dapat dievaluasi dengan melihat sumber perdarahan apakah berasal dari sisa plasenta akibat uterus tidak berkontraksi dengan baik atau berasal dari perlukaan jalan lahir yang menandakan perlu dilakukan tindakan penjahitan segera
- d. Pemantauan tanda-tanda vital (TTV) juga penting dalam perawatan ibu postpartum. Tekanan darah yang meningkat lebih dari 140/90 mmHg dapat mengindikasikan preeklamsia, sementara suhu tubuh yang meningkat menandakan gejala infeksi, stress, ataupun dehidrasi.
- e. Untuk mencegah dehidrasi dan memastikan suplai darah yang optimal, pemberian cairan intravena seperti Dextrose atau Ringer menjadi tindakan penting, terutama untuk mencegah ibu mengalami syok akibat kehilangan darah.
- f. Setelah plasenta lahir, pemberian oksitosin sebanyak 10 unit melalui infus atau injeksi intramuskular dianjurkan untuk membantu kontraksi uterus dan mengurangi risiko perdarahan postpartum.
- g. Dalam manajemen nyeri, obat-obatan seperti metformin atau paracetamol dapat diberikan untuk mengontrol rasa sakit. Jika diperlukan, sedatif, analgesik, narkotik, atau antagonis narkotik dapat digunakan, serta anestesi yang diberikan secara regional atau umum untuk menghilangkan sensasi nyeri selama prosedur tertentu.

II.1.10 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah fase awal dan mendasar dari asuhan keperawatan. Pada pengkajian adalah tahap penting yang menentukan untuk tahap selanjutnya. Kemampuan mengenali masalah yang muncul akan menjadi acuan dalam menegakkan diagnosis keperawatan (Rohmah & Walid, 2012). Pada tahap

pengkajian dilakukan dengan menggunakan model keperawatan Maternal Role Attainment-Becoming a Mother untuk memahami proses adaptasi ibu dalam masa postpartum. Pengkajian dimulai dengan identitas klien yang mencakup informasi dasar seperti nama, tempat dan tanggal lahir, agama, suku bangsa, pendidikan terakhir, pekerjaan, alamat, serta penghasilan per bulan.

Pada tahap antisipatori, pengkajian mencakup status kesehatan ibu yang meliputi alasan kunjungan, riwayat kesehatan, serta keluhan utama. Riwayat obstetri dan ginekologi juga dikaji, termasuk riwayat haid, perkawinan, penggunaan kontrasepsi, serta riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya serta saat ini. Pemenuhan kebutuhan dasar ibu postpartum juga menjadi perhatian, mencakup aspek nutrisi, eliminasi, oksigenasi, serta aktivitas dan istirahat. Selain itu, dukungan sosial dari keluarga dan lingkungan sekitar dianalisis, baik dalam bentuk dukungan emosional, informasi, fisik, maupun penghargaan. Fungsi keluarga, aspek budaya, tingkat stres, serta pemeriksaan fisik ibu juga menjadi bagian dari pengkajian ini. Pemeriksaan fisik meliputi kondisi mata (konjungtiva dan sklera), payudara (simetri, kondisi puting susu, hiperpigmentasi areola, serta keluarnya kolostrum), abdomen (bekas luka partus, adanya linea atau striae), serta genetalia (kebersihan, adanya edema, kemerahan, atau bekas luka episiotomi). Selain itu, kondisi ekstremitas juga diperiksa untuk mendeteksi adanya edema atau varises.

Pada tahap formal, pengkajian meliputi riwayat persalinan saat ini, keterikatan ibu dengan bayi menggunakan scoring Gray, pemeriksaan kondisi bayi, aspek psikososial ibu, serta peran ayah selama dan setelah kelahiran. Tahap informal berfokus pada orang-orang yang terlibat dalam perawatan bayi, peran mereka dalam pengasuhan, pengalaman mereka sebelumnya dalam merawat bayi, serta harapan terkait perawatan bayi ke depan. Sementara itu, pada tahap personal, pengkajian mencakup pandangan ibu terhadap perannya sebagai orang tua, pengalaman masa lalu yang dapat memengaruhi perannya, tingkat kepercayaan diri dalam menjalankan peran ibu, serta pencapaian peran yang telah dirasakan. Dengan pendekatan ini, diharapkan dapat diperoleh gambaran komprehensif mengenai adaptasi ibu dalam menjalankan peran barunya pascapersalinan.

II.1.11 Diagnosis Keperawatan

Hasil dari jawaban pasien terhadap penilaian klinis untuk mengetahui kesehatan yang bermasalah baik actual maupun potensial (PPNI, 2017). Menurut (Wayan, 2017), (Arma, 2015), dan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) diagnosa keperawatan pada Ibu Post Partum, Primipara dan Bayi Baru Lahir adalah :

- a. Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik.
- b. Menyusui Tidak Efektif Berhubungan Dengan Ketidakadekuatan Suplai ASI.
- c. Gangguan Pola Tidur Berhubungan Dengan Kurangnya Kontrol Tidur.
- d. Deficit pengetahuan Berhubungan Dengan Kurang Terpapar Informasi
- e. Resiko Infeksi Ditandai Dengan Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer.
- f. Resiko Gangguan Perlekatan Ditandai Dengan Khawatir Menjalankan Peran Sebagai Orang Tua.

II.1.12 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan wawasan dan pengkajian klinis untuk mencapai outcome yang diharapkan dalam perawatan pasien. (PPNI, 2018).

- c. Nyeri akut berhubungan dengan Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik (SDKI D.0077).

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun.

Kriteria Hasil : Tingkat Nyeri (SLKI L.08066) :

- 1) Nyeri yang dikeluhkan menurun
- 2) Maeringis menurun
- 3) Gelisah menurun
- 4) Frekuensi nadi membaik

5) Tekanan darah membaik

Intervensi : Manajemen Nyeri (SIKI I. 08238)

- 1) Pemantauan lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri
- 2) Pemantauan skala nyeri
- 3) Pemantauan respon nyeri non verbal
- 4) Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- 5) Fasilitasi istirahat tidur
- 6) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- 7) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 8) Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri
- 9) Kolaborasi pemberian analgetik

d. Menyusui Tidak Efektif Berhubungan Dengan Ketidakadekuatan Suplai ASI (SDKI D.0029).

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status menyusui membaik.

Kriteria hasil : status menyusui (SLKI L.03029):

- 1) Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat.
- 2) Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat.
- 3) Pancaran ASI meningkat d) Suplai ASI adekuat meningkat.
- 4) Pasien melaporkan payudara tidak bengkak

Intervensi : Konseling Laktasi (SIKI I. 03093)

- 1) Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui
- 2) Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui.
- 3) Gunakan tehnik mendengar aktif.
- 4) Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar.
- 5) Ajarkan tehnik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu

e. Gangguan Pola Tidur Berhubungan Dengan Kurangnya Kontrol Tidur (SDKI D.0055)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Pola tidur membaik

Kriteria Hasil : pola tidur (SLKI L. 05045) :

- 1) Keluhan sulit tidur menurun
- 2) Keluhan tidak puas tidur menurun
- 3) Keluhan istirahat tidak cukup menurun
- 4) Keluhan pola tidur berubah menurun
- 5) Keluhan sering terjaga menurun

Intervensi : Manajemen Nyeri (SIKI I.08238)

- 1) Identifikasi karakter nyeri dengan pengkajian PQRST nyeri.
- 2) Berikan Teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 4) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 5) Kolaborasi pemberian analgesic, jika perlu.

f. Deficit pengetahuan Berhubungan Dengan Kurang Terpapar Informasi (SDKI D.0111)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat

Kriteria Hasil : tingkat pengetahuan (SLKI L. 12111) :

- 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat
- 2) Verbalisasi minat dalam belajar meningkat
- 3) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat
- 4) Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat
- 5) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat
- 6) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun
- 7) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun
- 8) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun
- 9) Perilaku membaik

Intervensi : Edukasi Kesehatan (SIKI I. 12383)

- 1) Identifikasi kesiapan menerima informasi
- 2) Identifikasi factor yang dapat meningkatkan dan menurunkan perilaku hidup bersih dan sehat

- 3) Sediakan materi dan media penkes
- 4) Jadwalkan penkes sesuai kesepakatan
- 5) Berikan kesempatan bertanya
- 6) Jelaskan factor resiko yang mempengaruhi kesehatan
- 7) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- 8) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

g. Resiko Infeksi Ditandai Dengan Ketidakadekuatan

Pertahanan Tubuh Primer. (SDKI D.0142)

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun.

Kriteria Hasil : Tingkat Infeksi Menurun (SLKI L.14137)

- 1) Kebersihan tangan dan badan meningkat
- 2) Demam, nyeri, bengkak, kemerahan menurun
- 3) Cairan berbau busuk menurun
- 4) Drainase purulent menurun
- 5) Kadar sel darah putih membaik
- 6) Kultur darah dan urine membaik
- 7) Kultur area luka membaik
- 8) Nafsu makan membaik

Intervensi : Pencegahan infeksi (SIKI I. 14539)

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik
- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- 3) Pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresikotinggi
- 4) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 5) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- 6) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka
- 7) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

h. Resiko Gangguan Perlekatan Ditandai Dengan Khawatirm

Menjalankan Peran Sebagai Orang Tua (SDKI D.0127)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan

kemampuan perlekatan ibu dan bayi meningkat (SLKI L. 13122)

Kriteri Hasil :

- 1) Pasien menunjukkan peningkatan verbalisasi perasaan positif terhadap bayi.
- 2) Pasien menunjukkan peningkatan perilaku mencium bayi
- 3) Tersenyum pada bayi, melakukan kontak mata dengan bayi, berbicara dengan bayi, berbicara kepada bayi serta berespon dengan isyarat bayi.
- 4) Pasien menunjukkan peningkatan dalam menggendong bayinya untuk menyusui.

Intervensi : Promosi perlekatan (SIKI I. 10342)

- 1) Monitor kegiatan menyusui
- 2) Identifikasi kemampuan bayi menghisap dan menelan ASI
- 3) Identifikasi payudara ibu
- 4) Monitor perlekatan saat menyusui
- 5) Diskusikan dengan ibu masalah selama proses menyusui
- 6) Ajarkan ibu menopang seluruh tubuh bayi
- 7) Anjurkan ibu melepas pakaian bagian atas agar bayi dapat menyentuh payudara ibu.
- 8) Ajarkan ibu agar bayi yang mendekati ke arah payudara ibum dari bagian bawah.
- 9) Anjurkan ibu untuk memegang payudara menggunakan jarinya seperti huruf "C".
- 10) Anjurkan ibu untuk menyusui pada saat mulut bayi terbuka lebar sehingga areola dapat masuk dengan sempurna.
- 11) Ajarkan ibu mengenali anda, bayi siap menyusui.

II.1.13 Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi yang merupakan pecahan fungsional dalam proses pelaksanaan asuhan dalam keperawatan, petugas memberikan aktivitas yang sesuai dengan luaran yang diharapkan. Aktivitas tersebut bersifat keilmuan, spesifik dan objektif dalam berbagai upaya untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien. Kegiatan

yang dilakukan perawat mengintegrasikan wawasan keperawatan, pedoman keperawatanserta dengan fungsi klinis (Saifudin, 2018).

II.1.14 Evaluasi Keperawatan

Tahap akhir dalam proses melakukan asuhan keperawatan adalah evaluasi. Yang mana untuk menilai apakah treatment yang diberikan dapat mengatasi masalah dan melihat kriteria capaian sudah tercapai atau belum. Catatan perkembangan merupakan rangkuman akhir secara lengkap, dan dipaparkan secara naratif. Catatan perkembangan didokumentasikan dengan menggunakan metode SOAP, dimana cara penulisannya sebagai berikut :

- a. S (subjektif) : Merupakan data yang dikatakan langsung oleh pasien melalui wawancara atau anamnesa.
- b. (Objektif) : Merupakan data yang didapatkan dari hasil observasi petugas.
- c. A (Assessment) : Kesimpulan yang dibuat dari data yang dikumpulkan untuk dibuat analisis dan interpretasi diagnosis serta tindakan yang harus dilakukan.
- d. P (Planning) : Rencana perawatan yang akan dilakukan kepada pasien seperti tindakan mandiri perawat, kolaborasi dan rencana tindak lanjut (Rohmah & Walid, 2012).

II.2 Konsep Range Of Motion

II.2.1 Pengertian Range of Motion

Range of Motion (ROM) Pergerakan sendi maksimum yang dapat dilakukan oleh sendi dan untuk mengukur derajat kemampuan dari tulang , otot serta sendi dalam melakukan gerakan (Istichomah, 2020).

II.2.2 Tujuan Range of Motion

Mencegah perbedaan bentuk, mencegah kekakuan sendi, menurunnya kontraksi, membangkitkan peredaran darah, serta meningkatkan atau mempertahankan dari kekuatan dan keluwesan otot merupakan beberapa tujuan melakukan ROM (Istichomah, 2020).

II.2.3 Manfaat Range of Motion

Mencegah kekakuan sendi dan otot, peredaran darah lancar, mobilitas meningkat, serta mengukur kemampuan sendi, otot dan tulang dalam melakukan pergerakan merupakan manfaat dari melakukan ROM (Istichomah, 2020). Melakukan mobilitas dini selama masa post partum dapat mengurangi nyeri pada robekan perineum (Kusumastuti, dkk., 2024).

II.2.4 Prinsip Latihan Range of Motion

- a. Dilakukan terus menerus sekurangnya 8 kali dalam sehari 2 kali
- b. Bertahap dan hati-hati tanpa memicu kelelahan
- c. Mulai dari leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki, hingga pergelangan kaki dilakukan secara sistematis
- d. Tentukan waktu untuk pengulangan yang sistematis (Istichomah, 2020).

II.2.5 Jenis-jenis Range of Motion

- a. Aktif

Mampu dilakukan mandiri menggunakan kekuatan pasien sendiri. Peran yang diberikan perawat adalah memotivasi dan membina pasien dalam melakukan latihan, dengan kekuatan otot 75 %.

- b. ROM pasif

Melakukan latihan dengan bantuan dari orang lain, peran perawat adalah menggerakkan persediaan pasien sesuai dengan sistematika gerakan ROM, kekuatan otot 50 % (Istichomah, 2020).

II.2.6 Macam-macam Gerakan Range of Motion

- a. Fleksi, mengecilkan sudut
- b. Ekstensi, melebarkan sudut
- c. Hiperekstensi, Selebar-lebarnya sudut
- d. Adduksi, mendekat
- e. Rotasi, memutar
- f. Eversi, memutar keluar
- g. Pronasi, menghadap kebawah

- h. Supinasi, menghadap keatas
- i. Oposisi, pertemuan antara ibu jari dan jari-jari lainnya (Istichomah, 2020).

II.2.7 Indikasi dan Kontraindikasi Range of Motion

Indikasi :

- a. Terjadinya penurunan kesadaran dan stroke
- b. Adanya oto yang melemah
- c. Pemulihan fisik
- d. Riwayat tirah baring dalam jangka waktu panjang

Kontraindikasi :

- a. Adanya gumpalan pada pembuluh darah
- b. Abnormalitas pada sendi dan tulag
- c. Imobilisasi penyakit jantung
- d. Pemantauan tanda-tanda vital (Istichomah, 2020)

II.3 Konsep Manajemen Nyeri

II.3.1 Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan suatu pengalaman subjektif dan pribadi yang dapat dipengaruhi oleh budaya, persepsi individu, serta kondisi psikologis seseorang. Nyeri tidak hanya menimbulkan ketidaknyamanan, tetapi juga dapat mengganggu perilaku dan memotivasi seseorang untuk mencari cara mengatasi atau menghentikannya (McMahon, Koltzenburg, Tracey, & Turk, 2013). Kondisi ini dapat muncul bersamaan dengan berbagai proses penyakit, selama pemeriksaan diagnostik, maupun saat menjalani tindakan medis tertentu (Hamlin & Robertson, 2017). Nyeri sendiri merupakan respons sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat adanya rangsangan yang berhubungan dengan risiko atau kerusakan jaringan tubuh yang telah terjadi. Karena sifatnya yang subjektif dan individual, nyeri sangat dipengaruhi oleh faktor psikologis, perhatian seseorang, serta latar belakang budayanya. Dampak nyeri yang dirasakan bisa mengganggu aktivitas sehari-hari serta memotivasi seseorang untuk mencari tindakan yang dapat mengurangi atau menghilangkan rasa sakit tersebut.

II.3.2 Persepsi Nyeri

Persepsi nyeri adalah perjalanan implus syaraf dari mulai kontak dengan penyebab nyeri menuju syaraf pusat (Netter, 2010). Tahapan proses ransangan nyeri sebagai berikut:

- a. Terpapar dengan stimulus nyeri atau penyebab nyeri yaitu luka bakar, zat kimia, luka tusuk, luka teriris, rasa tekan, dan jaringan terputus
- b. Penerima rangsangan stimulus nyeri adalah ujung saraf yang berfungsi sebagai reseptor di lokasi terbentuknya kerusakan jaringan. Reseptor ini dikenal sebagai nosiseptor, yang mendeteksi rangsangan nyeri akibat cedera, tekanan, atau perubahan suhu ekstrem. Setelah mendeteksi rangsangan nyeri, impuls saraf dihantarkan melalui serabut aferen menuju medula spinalis. Impuls ini melewati ganglion spinalis pada radix posterior medula spinalis sebelum diteruskan melalui jalur ascenden atau traktus spinotalamikus menuju otak.
- c. Tubuh mengeluarkan histamin, bradykinin, serotonin, dan prostaglandin sebagai respon tubuh. Zat zait kimia ini akan menimbulkan nyeri.
- d. Proses transmisi dimana syaraf menghantarkan sinyal nyeri menuju neuron pusat, kemudian sinyal tersebut diterima oleh otak lalu menginstruksi organ untuk bereaksi
- e. Hasil dari proses perjalanan nyeri terbentuknya suatu pengalaman subjektif yang disebut persepsi nyeri
- f. Persepsi nyeri individu tergantung factor fisiologis dan psikososial masing-masing. Factor fisiologis (proses nyeri didalam tubuh) individu yang berbeda akan menghasilkan perasaan subjektif yang berbeda pula. Factor psikososial seperti sistem kepercayaan, memiliki Riwayat berkaitan nyeri, pengaruh budaya dan lingkungan serta emosional berbeda pada setiap individu akan menghasilkan perasaan subjektif yang berbeda.

II.3.3 Klsifikasi nyeri

a. Berdasarkan waktu lamanya menurut Muttaqin (2008) dan SDKI PPNI (2017):

- 1) Nyeri akut adalah nyeri yang dapat dikenali penyebab dan lokasinya, berlangsung singkat atau kurang dari tiga bulan yang diakibatkan oleh kerusakan jaringan akibat pembedahan atau serangan mendadak. Nyeri akut dapat diketahui dari otot tegang dan cemas.
- 2) Nyeri kronis adalah nyeri yang tidak dapat dikenali penyebab dan lokasinya, berlangsung lebih dari tiga bulan yang diakibatkan oleh kerusakan jaringan yang lebih dalam sehingga pasien sulit menunjukkan lokasinya.

b. Berdasarkan lokasi nyeri:

- 1) Nyeri somatik adalah nyeri yang lokasi terjadinya di bagian luar tubuh yaitu pada bagian kulit superfisial dan jaringan subkutis.
- 2) Nyeri visceral adalah nyeri yang lokasi terjadinya di bagian dalam tubuh, seperti organ yang terpotong akibat amputasi namun persepsi pasien seolah-olah bagian tubuh yang sudah dipisahkan dengan operasi medis masih ada disebut nyeri pantom. Sensasi Nyeri yang berpindah tempat dari lokasi awal ke organ tubuh lain dinamakan nyeri radian. Sensasi nyeri yang terpusat di satu lokasi tubuh beralih ke beberapa tempat lain atau dikatakan nyeri berpindah-pindah sehingga lokasi atau tempatnya berlawanan atau berjauhan dari lokasi asal nyeri disebut nyeri alih (nyeri refferes).

c. Berdasarkan Etiologi Nyeri:

- 1) Nyeri fisiologis atau nyeri organik adalah nyeri akibat cedera fisik, penyakit, dan pembedahan.
- 2) Nyeri psikogenik adalah nyeri yang timbul akibat efek anxietas dan perasaan takut yang dirasakan pasien.
- 3) Nyeri neurogenic adalah nyeri akibat gangguan neuron misalnya kasus neuralgia.

II.3.4 Pengkajian Nyeri

Sensasi nyeri sangat spesifik artinya berbagai penyebab yang mempengaruhi persepsi nyeri bergantung pada masing-masing orang dengan respon yang berbeda. Dimana individu tersebut dikaji dari factor usia, ras, agama, jenis kelamin. (Loretz, 2005; (Mander, 1992; (Muttaqin, 2008). Macam-macam cara kaji penilaian nyeri yaitu:

- a. Kaji nyeri berdasarkan PQRST
- b. Skala Wong Baker Faces pain rating scale
- c. Skala nyeri 0-10 (Comparative pain scale)
- d. Visual Analogue Scale (VAS)
- e. *Verbal rating scale* (VRS)
- f. *Numeral rating scale* (NRS)
- d. Pengkajian nyeri berdasarkan **PQRST**

Makna **PQRST** meliputi:

- 1) **Provokes/Palliates** : Pengkajian ini dengan menanyakan penyebab nyeri, apakah nyeri menghambat tidur, apa yang memperburuk dan meringankan nyeri.
- 2) **Quality** : Pengkajian ini menanyakan seberapa berat keluhan nyeri dan gambaran persepsi nyeri secara subjektif menurut pasien.
- 3) **Region/Radiates** : Pengkajian ini menanyakan lokasi keluhan nyeri dirasakan atau ditemukan pasien, apakah menjalar atau menyebar lebih luas, terpusat di satu lokasi atau nyeri bergerak.
- 4) **Scale/Severity** : Pengkajian ini menanyakan rate nyeri 0-10 dengan penilaian semakin besar skalanya maka semakin berat nyerinya.
- 5) **Time** : Pengkajian ini menanyakan waktu kapan munculnya nyeri dan durasi munculnya nyeri, apakah munculnya mendadak atau bertahap, muncul terus tanpa berhenti atau muncul sesaat, perbandingan nyeri yang muncul saat ini dengan yang sebelumnya.

e. Skala Wong Baker Faces pain rating scale



Gambar 3 Skala Wong Baker Faces

Kaji rate nyeri dari observasi wajah pasien :

- 1) Wajah ke-1: Menunjukkan ekspresi sangat senang karena tidak merasakan nyeri sama sekali.
 - 2) Wajah Ke-2: Menunjukkan sedikit ketidaknyamanan, nyeri ringan yang hampir tidak terasa.
 - 3) wajah ke-3: Menggambarkan nyeri yang sedikit lebih kuat, namun masih dapat ditoleransi.
 - 4) Wajah Ke-4 : Ekspresi mulai menunjukkan ketidaknyamanan yang signifikan dengan rasa nyeri yang lebih intens.
 - 5) Wajah Ke-5 : Nyeri yang dirasakan semakin berat dan sangat mengganggu.
 - 6) Wajah Ke-6 : Menggambarkan nyeri yang luar biasa hingga menyebabkan pasien menangis
- f. Skala nyeri 0-10 (Comparative pain scale)
- 1) Skala 1-3 (Nyeri Ringan): Nyeri masih dapat ditoleransi, aktivitas harian tidak terganggu
 - 2) Skala 4-6 (Nyeri Sedang): Nyeri mulai mengganggu aktivitas fisik, namun pasien masih bisa beraktivitas dengan usaha lebih.
 - 3) Skala 7-10 (Nyeri Berat): Nyeri sangat mengganggu hingga pasien tidak dapat beraktivitas secara mandiri.

g. Visual Analogue Scale (VAS)

VAS (Visual Analog Scale) adalah alat ukur nyeri yang menggunakan garis sepanjang 10-15 cm, dengan setiap ujungnya mewakili tingkat intensitas nyeri. Ujung kiri menunjukkan "Tidak Ada Nyeri" (No Pain). Ujung kanan menunjukkan "Nyeri Hebat" (Worst Pain Possible). Pasien diminta untuk menandai atau menarik garis pada titik yang sesuai dengan tingkat nyeri yang mereka rasakan. Hasilnya kemudian diukur dalam satuan sentimeter atau milimeter untuk menentukan intensitas nyeri secara kuantitatif. VAS sering digunakan dalam penelitian dan praktik klinis karena memberikan hasil yang objektif dan mudah digunakan dalam menilai nyeri subjektif pasien.

h. Verbal rating scale (VRS)

VRS adalah alat ukur yang menggunakan kata sifat untuk menggambarkan tingkat rasa nyeri pada setiap intensitas yang berbeda. Cara penilaian yaitu dari range dari “none/no pain” hingga “extrem pain/nyeri hebat/very severe” (Loretz, 2005). Metode evaluasi dengan memanfaatkan skala 5 tingkat, yaitu:

Tabel 3 Verbal Rating Scale

assesment	rate
None (tanpa rasa nyeri)	Nol
Mild (nyeri lemah)	Satu
Moderate (cukup nyeri)	Dua
Severe (nyeri intens)	Tiga
Very severe (menyakitkan sekali)	Empat

Sumber : Loretz, 2005

Kekurangan atau keterbatasan dari VRS adalah ketidakmampuan pasien dalam memilih kata sifat yang sesuai untuk menggambarkan tingkat nyerinya. Selain itu, juga terjadi kesulitan jika pasien tidak dapat membaca atau memahami angka yang digunakan untuk

menggambarkan intensitas rasa nyeri.

i. *Numerical rating scale (NRS)*

NRS adalah metode pengukuran tingkat nyeri dengan meminta pasien untuk memilih angka yang mencerminkan intensitas nyeri yang dialami. Skala pengukuran berkisar antara 1 hingga 10. Tingkat nyeri dibagi menjadi kategori: tanpa rasa sakit (none: 0), nyeri ringan (mild: 1-3), nyeri sedang (moderate: 4-6), dan nyeri parah (severe: 7-10).



Sumber: (Murray & McKinney, 2017).

Gambar 4 Numerical Rating Scale

II.3.5 Faktor – Factor yang Mempengaruhi Persepsi Nyeri

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi persepsi nyeri meliputi usia, jenis kelamin, latar belakang budaya, pemahaman tentang nyeri, tingkat perhatian, kecemasan, kelelahan, pengalaman sebelumnya, pola penanggulangan, serta dukungan dari keluarga dan sosial (Murray & McKinney, 2017).

a. Umur

Seiring bertambahnya usia, kemampuan indera seseorang dapat menurun. Pengkajian nyeri pada lansia seringkali lebih sulit karena adanya perubahan fisiologis dan psikologis yang terjadi seiring penuaan. Anak-anak cenderung kesulitan untuk memahami nyeri dan prosedur medis yang mungkin menyebabkan rasa sakit, sementara pasien lansia seringkali menghadapi lebih dari satu sumber nyeri.

b. Jenis kelamin

Secara umum, tidak ada perbedaan signifikan antara pria dan wanita dalam cara mereka merespons nyeri. Namun, beberapa budaya mengajarkan bahwa anak laki-laki harus lebih berani dan tidak menangis dibandingkan

dengan anak perempuan ketika merasakan nyeri dalam situasi yang sama.

c. Pendidikan

Pendidikan yang lebih tinggi cenderung meningkatkan pemahaman dan kemampuan individu dalam mengelola nyeri.

d. Paritas

Paritas merujuk pada jumlah anak yang telah dilahirkan oleh seorang ibu. Ibu yang telah melahirkan lebih dari satu anak biasanya lebih siap dan memiliki pengalaman dalam menghadapi proses persalinan dan rasa nyeri yang menyertainya.

e. Pengalaman masa lalu

Seseorang yang terbiasa merasakan nyeri akan lebih siap dan mudah mengantisipasi nyeri daripada individu yang mempunyai pengalaman sedikit tentang nyeri.

f. Kecemasan (anxiety)

Kecemasan yang dirasakan seseorang seringkali dapat meningkatkan persepsi nyeri, dan sebaliknya, rasa nyeri itu sendiri bisa menimbulkan kecemasan.

g. Budaya

Budaya dan etnisitas dapat mempengaruhi bagaimana seseorang belajar dan merespons nyeri sesuai dengan tradisi dan nilai yang ada dalam budaya mereka.

h. Makna nyeri

Makna nyeri yang dimiliki seseorang bersifat subjektif dan dapat memengaruhi bagaimana mereka mengalaminya serta bagaimana mereka beradaptasi dengan rasa sakit tersebut.

i. Lokasi dan tingkat keparahan nyeri

Intensitas dan kualitas nyeri yang dialami dapat berbeda-beda antara individu, tergantung pada lokasi dan tingkat keparahan nyeri tersebut.

j. Perhatian

Fokus perhatian pada nyeri dapat memperburuk respons terhadap nyeri, sedangkan upaya untuk mengalihkan perhatian (distraksi) dapat menurunkan respons nyeri.

k. Keletihan

Kelelahan fisik dan mental dapat meningkatkan sensasi nyeri serta menurunkan kemampuan individu dalam mengatasi nyeri.

1. Dukungan keluarga dan sosial

Individu yang sedang merasakan nyeri sering kali memerlukan dukungan dan perlindungan dari keluarga atau orang terdekat. Meskipun rasa sakit masih dirasakan, kehadiran orang terdekat dapat membantu mengurangi perasaan kesepian dan ketakutan.

II.3.6 Manajemen Nyeri (Penatalaksanaan Nyeri)

Secara general, pengelolaan nyeri dibagi menjadi dua kategori, yaitu pengelolaan nyeri melalui metode farmakologi dan non-farmakologi. (Loretz, 2005).

a. Penatalaksanaan nyeri secara farmakologi

Metode farmakologi berarti menggunakan obat medis melibatkan penggunaan opiat (narkotik), nonopiat/ obat AINS (anti inflamasi nonsteroid), serta obat tambahan atau koanalgesik. Analgesik opiat termasuk turunan opium, seperti morfin dan kodein. Narkotika ini membantu meredakan rasa sakit dan memberi perasaan euforia. Seluruh opiat dapat menyebabkan kantuk ringan pada awal pemberian, namun efek samping ini cenderung berkurang seiring pemberian yang rutin. Opiat juga dapat memicu mual, muntah, sembelit, dan depresi pernapasan, sehingga perlu digunakan dengan hati-hati pada pasien yang memiliki gangguan pernapasan (Muttaqin, 2008).

b. Penatalaksanaan nyeri secara non farmakologi menurut (Brunner et al., (2010) sebagai berikut:

1) Imajinasi Terbimbing

Pasien diarahkan untuk memejamkan mata lalu pasien dibimbing untuk menggabungkan teknik relaksasi nafas dalam dengan suatu imajinasi yang dapat membuat pasien relaks, nyaman dan senang.

2) Hipnotis

Hipnotis adalah teknik terapi di mana tenaga medis memberikan sugesti kepada pasien. Teknik ini efektif untuk meredakan nyeri dan mengurangi kebutuhan akan analgesik pada nyeri akut maupun kronis. Keberhasilan hipnosis bergantung pada kemampuan individu untuk menerima sugesti.

3) Teknik Relaksasi nafas dalam.

Pernapasan dalam membantu mengurangi nyeri dengan merilekskan otot yang menegang. Banyak orang dengan nyeri kronis merasa terbantu dengan metode ini. Relaksasi yang rutin dapat mengurangi kelelahan dan ketegangan otot. (Adwitia, et al., 2024).

4) Distraksi

Distraksi dapat menurunkan persepsi nyeri dengan cara menstimulasi sistem control desenden yang mengakibatkan lebih sedikit stimulasi nyeri yang ditransmisikan ke otak. Contoh distraksi kepada pasien adalah melakukan aktivitas ringan yang dapat mengalihkan rasa nyeri kepada aktivitas tersebut sehingga pasien dapat melupakan sejenak rasa nyeri yang ada.

5) *Trancutaneus electric nerve stimulation* (TENS)

TENS menggunakan alat berbaterai dengan elektroda yang ditempelkan pada kulit untuk menciptakan sensasi seperti kesemutan atau getaran pada area nyeri. TENS efektif untuk nyeri akut dan kronis.

6) Kompres dingin dan kompres hangat

Kompres dingin dapat menurunkan prostaglandin dan menghambat proses peradangan (Saleng, H. 2020). Sementara itu, kompres hangat meningkatkan sirkulasi darah ke area yang sakit, mengurangi rasa nyeri, dan mempercepat proses penyembuhan.

7) Pijat atau massage

Pijat dapat merangsang sistem kontrol desenden untuk mengurangi persepsi nyeri dan membantu relaksasi otot yang tegang, memberikan kenyamanan pada pasien.

8) *Acupressure*

Acupressure adalah teknik terapi dengan menekan titik-titik tertentu pada tubuh yang dikenal sebagai titik pengaktif atau "trigger point". Titik ini sering kali bersamaan dengan titik akupunktur menurut pengobatan Barat.

9) *Reframing*

Reframing adalah teknik yang mengajarkan cara untuk memonitor dan mengubah pikiran negatif menjadi pikiran yang lebih positif.

c. Penatalaksanaan nyeri jahitan perineum

1) Salah satu cara sederhana untuk mengurangi nyeri akibat episiotomi atau robekan pada perineum adalah dengan menyarankan ibu untuk berbaring di sisi tubuhnya dan menggunakan bantal saat duduk.

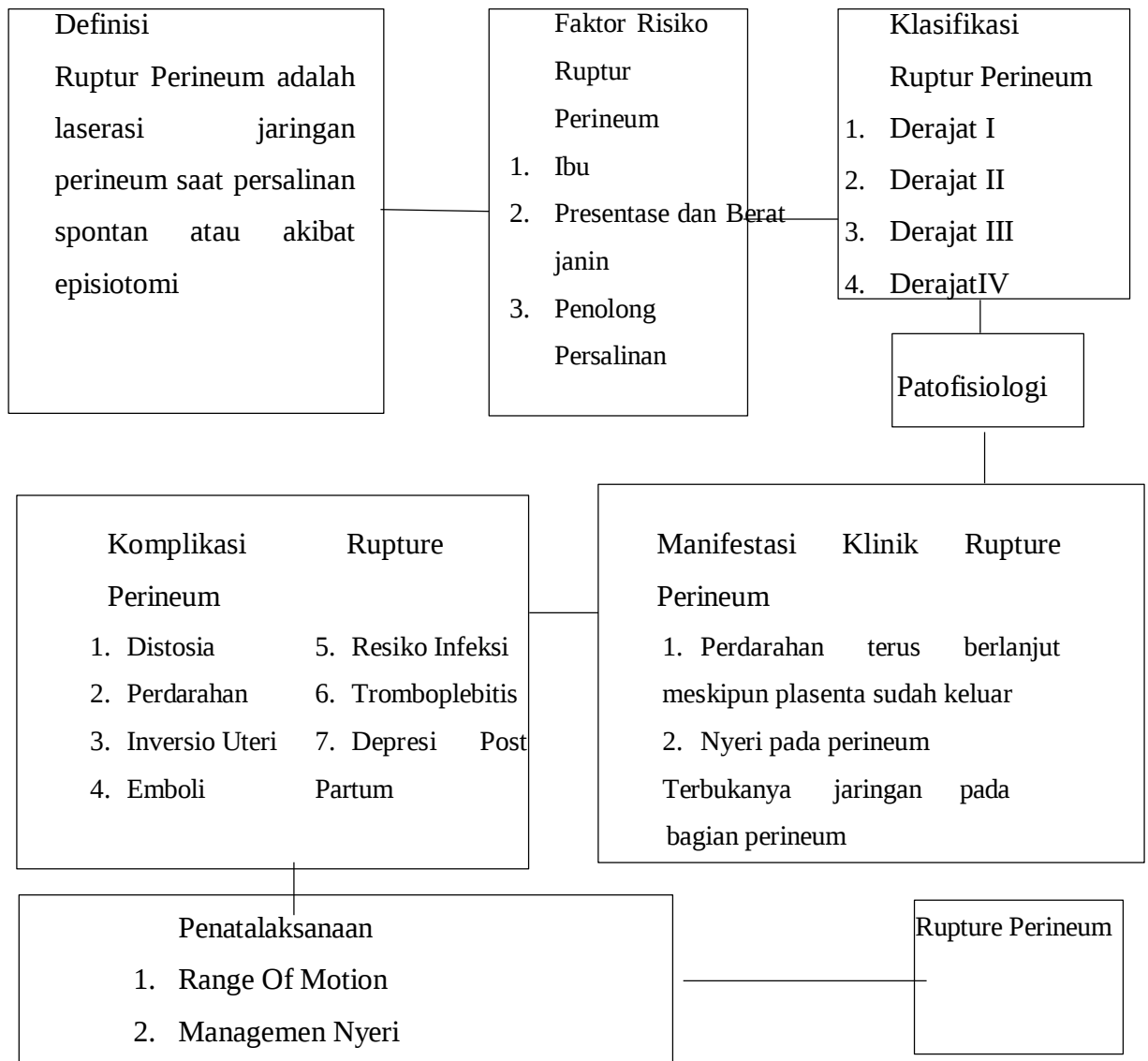
2) Kompres es yang di kemas dalam ice pack.

Kompres dingin setelah dua jam segera setelah kelahiran plasenta untuk meminimalkan terjadinya edema dan memberi efek anestesi sehingga meningkatkan rasa nyaman pada ibu post partum, namun setelah dua jam pertama lewat kompres es tidak banyak membantu (Saleng, H. 2020). Kompres es kimiawi yang menyatu dengan pembalut Wanita, namun harganya mahal dan sekali pakai. Konsep tersebut dapat diganti dengan membungkus es batu dengan plastic lalu kain lap sekali pakai. Lama waktu penggunaan 15-30 menit.

3) Obat salep yang diresepkan dokter.

4) Kompres dengan kain panas kering.

II.4 Kerangka Teori



Sumber : (Kraima et al., 2016); (Wirakusumah, 2014); (Fatimah & Lestari, 2019); (Haelle, 2016); (Walyani & Purwoastuti, 2020); (Aspiani 2017).

Bagan 2 Kerangka Teori Post Partum

II.5 Tabel Penelitian Terdahulu

Tabel 3 Tabel Penelitian Terdahulu

No	Penulis & Tahun	Judul	Desain Penelitian	Hasil Penelitian
1.	(Sari,dkk., 2023)	Analisis Faktor Penyebab Terjadinya Ruptur Perineum Pada Ibu Bersalin	Survey analitik	Terdapat faktor ibu bersalin dan janin menunjukkan bahwa ibu beresiko mengalami rupture perineum yaitu ibu dengan usia beresiko (dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun), ibu primipara, bayi makrosomia, dan jarak kelahiran kurang dari 2 tahun.

2.	(Solikha, et al., 2023)	Hubungan Perawatan Luka Perineum Dengan Penyembuhan Luka Perineum Ibu Post Partum	Analitik Korelasi	Terdapat perbandingan perawatan luka robekan jalan lahir didapatkan hasil perawatan luka yang baik dan benar akan sembuh normal sedangkan yang tidak baik dan tidak benar didapatkan hasil sembuh lambat.
3.	(Saleng, et al., 2020)	Kompres Dingin Terhadap Pengurangan Nyeri Luka Perineum Ibu Post Partum Di RSKDIA Pertiwi	Pre-eksperimental (metode pre test-post test design)	Terdapat pengaruh manajemen nyeri non farmakologis kompres dingin terhadap pengurangan nyeri luka perineum pada ibu postpartum . Dalam jurnal tersebut membahas sensasi dingin dapat menghalangi implus rasa nyeri.

4.	(Kusumastuti, dkk., 2024)	Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Intensitas Nyeri Luka Jahitan Perineum Pada Ibu Post Partum Di Rsud Balaraja	Pre ekperimen design (metoode pre test-post test)	Hasil penelitian menunjukkan mobilisasi dini masa post partum dapat mengurangi intensitas nyeri dibandingkan dengan responden yang tidak melakukan mobilisasi dini.
5.	(adwitia, et al., 2024)	Relaksasi Napas Dalam dan Vulva Hygiene pada Pengelolaan Ketidaknyamanan Ibu Post Partum Spontan dengan Episiotomi	Deskriptif (rancangan studi kasus)	Terdapat perubahan setelah diberikan intervensi Teknik nafas dalam dan perawatan luka perineum dengan vulva hygiene adalah pasien merasa lebih nyaman dan tidak nyeri.

Sumber : (Sari, dkk. 2023), (Solekha, et al. 2023), (Saleng et al, 2020), (Kusumastuti, dkk, 2024), (edwitia et al, 2024)