

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Post Partum ( Masa Nifas )**

##### **2.1.1 Definisi**

Post partum atau bisa disebut periode nifas merupakan masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil) dan berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Akan tetapi seluruh alat genital baru pulih kembali seperti semula sebelum kehamilan dalam waktu 3 bulan. Batasan waktu nifas yang paling singkat tidak ada batas waktunya, bahkan bisa jadi dalam waktu relative pendek darah sudah keluar sedangkan batasan maksimumnya adalah 42 hari (Ari dan Esti,2010)

Masa nifas (puerperium) didefinisikan sebagai masa persalinan selama dan segera setelah kelahiran , masa ini juga meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduktif kembali ke keadaan tiak hamil yang normal. Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan (Reni H, 2012)

##### **2.1.2 Perubahan Fisiologis**

###### **1. Sistem reproduksi dan struktur terkait**

###### **a. Involusi uterus**

Involusi atau biasa disebut pengerutan adalah proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai setelah plasenta lahir akibat kontraksi

otot- otot polos uterus. Involusi uterus melibatkan reorganisasi dan penanggalan desidua (endometrium) dan pengelupasan lapisan pada tempat implantasi plasenta sebagai tanda dari penurunan ukuran dan berat serta perubahan dari tempat uterus itu sendiri , warna dan jumlah dari lochia. Ukuran uterus pada masa ini akan mengecil seperti sebelum hamil.

Tabel 2.1 Perubahan-perubahan normal pada uterus selama post partum

Involusi uteri	Tinggi fundus	Berat uteri	Diameter
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12.5 cm
7 hari ( 1 minggu )	Pertengahan	500 gram	7,5 cm
14 hari ( minggu 2	pusat dan	350 gram	5 cm
6 minggu	Tidak teraba Normal	60 gram	2,5 cm

Sumber : Reni , H (2012)

Penurunan ukuran yang cepat ini direfleksikan dengan perubahan lokasi uterus yaitu uterus turun dari abdomen dan kembali menjadi organ panggul. Segera setelah kelahiran , TFU (tinggi fundus uteri) terletak sekitar 2/3 -3/4 bagian atas anatar simfisis pubis dan umbilicus. Letak TFU kemudian akan naik , sejajar dengan umbilicus dalam beberapa jam. TFU akan tetap terletak kira-kira sejajar ( satu ruas jari dibawah umbilicus selama satu atau dua hari dan secara bertahap akan turun ke dalam panggul sehingga tidak dapat dipalpasi lagi diatas simfisi pubis setelah hari kesepuluh pascapartum(Reni H, 2012)

b. Involusi tempat plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan yang kasar, tidak rata dan kira-kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka ini akan mengecil dan pada akhirnya di minggu ke 2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir masa nifas 1-2 cm

c. Perubahan serviks dan perineum

Segera setelah persalinan, serviks akan menjadi lembek, kendur dan terkulai berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan oleh korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna pada serviks akan memerah kehitam-hitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Segera setelah janin lahir, tangan pemeriksa masih dapat dimasukan 2-3 jari dan setelah 1 minggu kemudian hanya bisa masuk 1 jari saja. Vagina akan tampak terbuka lebar, tertarik, membusung dan memar. Setelah satu sampai dua hari pertama pasca partum, tonus otot vagina kembali, celah pada vagina tidak akan lebar dan vagina tidak lagi mengalami edema.

Perubahan pada perineum paska persalinan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan atau dengan tindakan episiotomi dengan indikasi tertentu. Akan tetapi latihan pengencangan otot perineum akan mengembalikan tonus otot dan memungkinkan wanita secara perlahan.

d. Lochia

Pengeluaran setelah persalinan selama puerperium terdiri atas darah, jaringan, dan lendir yang biasanya disebut lochia. Pada awalnya berwarna merah terang kemudian berubah menjadi merah muda- kemerahan atau merah kecoklatan. Dalam 1-2 jam pertama paska kelahiran, pengeluaran uterin serupa dengan periode menstruasi yang berat. Warna kemerahan dan jumlah lochia menurun seiring periode paska persalinan dan pada umumnya menurun di minggu ke 4-6. Aliran lochia hanya sedikit di paska melahirkan sesar. Keluaran lochia meingkat saat ibu menyusui dan berjalan. Pengeluaran lochia menjadi banyak ketika ibu bangkit dari tempat tidur akibat terkumpulnya darah di vagina selama periode istirahat. Perawat harus menilai kuantitas, tipe, dan karakteristik dari lochia. Mencatat jumlah pengeluaran lochia pada bantalan perineal per jam merupakan salah satu metode yang digunakan untuk penilaian (Reni H, 2012)

Tabel 2.2 Karakteristik lochia

Tipe	Waktu	Normal	Abnormal
------	-------	--------	----------

Lochia rubra	1-3 hari	Aliran darah sebagian besar darah, gumpalan-gumpalan kecil, bau amis	Bau amis, gumpalan besar, jumlah keluaran vagina memenuhi
Lochia serosa	4-10 hari	Keluarnya serum, merah muda atau kecoklatan, berair, aliran berkurang	Terus menerus berwarna merah, kering berlebihan, bau amis
Lochia alba	11-6 minggu	Krem-keputihan, ringan, jumlah menurun	Pengeluaran lochia rubra, berlanjutan

Sumber : Reni, H (2012)

e. Sistem endokrin

Hormone yang berperan pada proses selama kehamilan dan persalinan antara lain (Reni H, 2012)

1. Hormone plasenta

Pengeluaran pada plasenta menyebabkan penurunan hormone yang diproduksi oleh plasenta. Hormon tersebut menurun sangat spesifik paska persalinan. Penurunan *human placental lactogen* atau hormon plasenta akan menyebabkan kadar gula darah menurun pada masa nifas.

Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke 7 persalinan dan sebagai onset pemenuhan mammae pada hari ke

3.

2. Hormone pituitary

Hormone prolaktin, FSH dan LH adalah termasuk

hormone pituitary. Hormone prolaktin darah meningkat dengan cepat, jika pada wanita yang tidak menyusui akan menurun dalam waktu 2 minggu. Hormone prolaktin sangat berperan besar dalam pembesaran payudara yang bertujuan untuk merangsang produksi ASI. Sedangkan hormone FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikuler di minggu ke 3 dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

### 3. Hipotalamik pituitary ovarium

Hormone ini akan mempengaruhi lamanya kapan menstruasi pada wanita menyusui atau tidak menyusui.

### 4. Hormone oksitosin

Hormone ini disekresikan dari kelenjar otak belakang, bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara

### 5. Hormone estrogen dan progesterone

Hormone estrogen yang meningkat memperbesar hormone anti diuretic yang dapat meningkatkan volume darah. Sedangkan hormone progesterone mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dasar panggul, perineum dan vulva serta vagina.

### f. Sistem pencernaan

#### 1. Nafsu makan

Paska persalinan, biasanya ibu merasa lapar sehingga

diperbolehkan untuk mengonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan memerlukan waktu yaitu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau duahari.

## 2. Motilitas

Penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesic dan anastesi bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

## 3. Pengosongan usus

Paska melahirkan, ibu sering mengalami kontipas. Hal ini diakibatkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada awal postpartum, diare sebelum persalinan juga akan bisa terjadi, enema sebelum melahirkan, kurang asupan makan, dehidrasi, hemoroid dan laserasi jalan lahir. Sistem pencernaan pada masa ini akan membutuhkan waktu untuk kembali seperti semula.

## 4. Payudara

Kelenjar hipofise didasar otak akan menghasilkan hormone prolaktin yang akan membuat sel kelenjar

payudara menghasilkan ASI. Prolaktin adalah hormone pertama yang mempunyai tanggung jawab dalam proses laktasi. Setelah persalinan estrogen dan progesterone menurun dratis sehingga dikeluarkan prolaktin untuk merangsang produksi ASI.

g. Sistem kardiovaskular

1. Volume darah

Perubahan pada volume darah tergantung dari beberapa factor yaitu kehilangan darah selama persalinan dan mobilitas serta pengeluaran cairan ekstrasvaskular. Kehilangan darah merupakan akibat penurunan volume darah total yang tetap tetapi dalam batas normal.

2. Curah jantung

Denyut jantung, volume sekuncup dan curah jantung mingkat selama masa kehamilan. Segera setelah melahirkan, keadaan ini kana meningkat bahkan lebih tinggi selama 30-60 menit karena darah yang biasanya melintas sirkuit plasenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum.

3. Tanda-tanda vital

Suhu badan wanita ipartu tidak lebih dari 37, 2 derajat celcius. Namun paska melahirkan akan naik kira-kira 0,5 derajat celcius dari keadaan normal. Kenaikan suhu tubuh ini diakibatka karena kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan maupun kelelahan. Kurang



lebih pada hari ke 4 postpartum suhu tubuh akan naik lagi. Karena ada pembentukan ASI, kemungkinan payudara membengkak, maupun terjadi infeksi pada endometrium, mastitis, traktus genitalia ataupun sistem lain. Apabila kenaikan suhu tubuh di atas 38 derajat celcius, waspada terhadap infeksi postpartum.

Paska melahirkan denyut nadi dapat menjadi brakikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada dengan infeksi atau perdarahan postpartum. Tekanan darah paska melahirkan normal biasanya tidak berubah. Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah paska melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum merupakan tanda terjadinya eklampsia postpartum.

Pada ibu nifas umumnya pernafasan akan menjadi lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Bila suhu nadi tidak normal maka pernafasan juga akan mengikuti.

#### h. Sistem perkemihan

Pada pasca melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi dari ginjal. Fungsi ginjal akan kembali normal dalam waktu satu bulan setelah melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Bila wanita paska persalinan tidak

dapat berkemih dalam waktu 4 jam mungkin ada masalah dan sebaiknya segera dipasang dower kateter selama 24 jam.

#### i. Sistem muskuloskeletal

Adaptasi pada paska melahirkan mencakup , peningkatan berat badan, bergesernya pusat akibat pembesaran rahim dan mobilitas. Namun pada masa postpartum sistem muskuloskeletal akan berangsur- angsur pulih kembali. Pada periode post partum penurunan tonus otot jelas terlihat, abdomen menjadi lunak, lembt dan lemah, serta musculus rectum abdominis memisah (Joyce , 2010)

#### **2.1.3 Tahapan pada masa nifas (post partum)**

Menurut Reni Heryani, 2012 masa nifas terbagi menjadi tiga tahapan yaitu:

##### 1. Perperium dini

Adalah suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan

##### 2. Puerperium intermedial

Adalah dimana suatu masa kepulihan ibu dari organ-organ reproduksi selama kirang lebih enam minggu

##### 3. Remote puerperium

Adalah waktu yang diperlukan untuk ibu pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi

### 2.1.4 Komplikasi

Menurut Jan M dan Carolyn L, 2012 komplikasi pada ibu post partum adalah

1. Morbiditas

Terjadi kenaikan temperature  $>38$  derajat celcius selama 10 hari pertama paska partum, kecuali 24 jam pertama.

2. Infeksi

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

3. Infeksi trauma genetalia

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

4. Endometritis

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

5. Hematoma

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

jaringan tampak memar.

#### 6. Subinvolusi

Uterus gagal berkontraksi secara efektif selama masa pasca partum. Penyebabnya yaitu potongan plasenta atau selaput ketuban yang tertahan, mioma, dan infeksi (pascapartum awal). Adapun tanda dan gejalanya peningkatan jumlah lochia yang tidak teratasi atau terus menerus diproduksi, fundus uteri lembek, dan uterus naik hingga melebihi lokasi yang diperkirakan.

#### 7. Perdarahan pasca partum sekunder

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

#### 8. Tromboflebitis

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

#### 9. Mastitis

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

flu. Biasanya klien akan menderita demam dengan suhu tubuh 101 derajat fahrenheit atau lebih.

### 2.1.5 Proses Adaptasi Psikologis

Proses adaptasi psikologis sudah terjadi selama kehamilan, menjelang proses kelahiran maupun setelah persalinan. Pada periode tersebut, kecemasan seorang ibu semakin bertambah. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi yang khusus. Karena pada saat itu tanggung jawab ibu mulai bertambah (Reni H, 2012)

#### 1. Adapun fase-fase adaptasi ibu nifas :

##### a. *Fase taking on*

Fase ini adalah fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua paska persalinan. Pada fase ini ibu berfokus perhatian terutama pada bayinya sendiri, sehingga ibu cenderung pasif terhadap lingkungan sekitar. Oleh karena itu kondisi ibu perlu di pahami dengan menjaga komunikasi yang baik. Hak yang sangat diperlukan pada fase ini adalah istirahat yang cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi.

##### b. *Fase taking hold*

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari paska persalinan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidak mampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayinya. Selain itu perasaan yang sensitive sehingga ibu akan mudah tersinggung, dengan pembicaraan. Oleh karena itu ibu memerlukan

dukungan karena saat ini merupakan penyuluhan dalam merawat dirinya dan baying sehingga tumbuh rasa percaya diri.

*c. Fase letting go*

Fase ini merupakan fase dimana ibu menerima tanggung jawab barunya yang berlangsung kira-kira 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Di fase ini muncul keinginan untuk merawat diri dan bayinya semakin meningkat. Ibu akan merasa lebih percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri.

### **2.1.6 Penatalaksanaan**

#### **1. Nutrisi dan Cairan**

Ibu nifas membutuhkan nutrisi yang cukup, gizi yang seimbang, terutama kebutuhan protein dan karbohidrat. Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari (ibu harus mengonsumsi 3 sampai 4 porsi setiap hari). Minum minimal 3 liter air setiap hari (anjurkan untuk ibu minum setiap kali menyusui). Pil zat besi harus diminum, untuk menambah zat gizi setidaknya 40 paska persalinan. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A ke pada bayinya melalui ASI ibu.

#### **2. Ambulasi dini**

Ambulasi dini atau disebut juga early ambulation. Setelah ibu bersalin, ibu akan merasa lelah. Maka dari itu harus beristirahat

dengan cukup. Mobilisasi yang dilakukan tergantung pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhnya luka. Ambulasi dini merupakan mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidur. Ibu post partum diperbolehkan bangun dari tempat tidur 24-48 jam setelah persalinan. Anjurkan ibu untuk miring kanan/kiri, duduk kemudian berjalan.

Menurut penelitian mobilisasi dini tidak berpengaruh buruk pada keadaan ibu. Tidak akan menyebabkan perdarahan abnormal, tidak mempengaruhi penyembuhan luka episiotomi maupun luka di perut, serta tidak memperbesar prolaps uteri. Mobilisasi dini ini tidak dianjurkan pada ibu post partum dengan penyulit, seperti anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam dan sebagainya

### 3. Eliminasi

#### a. Miksi (BAK)

Kebanyakan pasien dapat melakukan BAK secara spontan dalam 8 jam setelah melahirkan. Selama kehamilan terjadi peningkatan ekstraseluler 50%. Umumnya pada partus lama yang kemudian diakhiri dengan ekstraksi vakum atau cumam, dapat mengakibatkan retensio urine. Sebaiknya dipasang dower cateter untuk member istirahat pada otot-otot kandung kencing. Buang air kecil sendiri sebaiknya dilakukan secara cepat. Miksi normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam. Kesulitan dapat

disebabkan karena sfingter uretra tertekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulo sfingter ani selama persalinan atau dikarenakan edema kandung kemih selama persalinan. Lakukan kateterisasi apabila kandung kemih terasa penuh dan sulit untuk berkemih.

#### b. Defekasi (BAB)

Buang air besar biasanya akan tertunda selama 2 sampai 3 hari setelah persalinan karena enema praparsalinan, diet cairan, obat-obatan analgesic selama persalinan dan perineum yang sakit akibat perlukaan jalan lahir. Memberikan asupan nutrisi yang cukup dan seimbang, serta asupan cairan yang cukup bagi wanita post partum

#### 4. Kebersihan diri/perineum

Kebersihan diri bagi seorang ibu pasca melahirkan adalah salah satu hal yang harus diutamakan. Kebersihan diri dapat membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan yang nyaman bagi ibu. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri dengan cara mandi yang teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur serta lingkungan dimana ibu tinggal.

Perawatan luka perineum bertujuan untuk mencegah infeksi, dapat meningkatkan rasa nyaman dan mempercepat penyembuhan. Perawatan luka perineum dapat dilakukan dengan cara mencuci daerah genital dengan sabun dan air setiap



kali BAB dan BAK yang dimulai dari depan baru kemudian ke daerah belakang atau anus. Sebelum dan setelah tindakan ibu diwajibkan untuk mencuci tangan. Pemakaian pembalut hendaknya diganti minimal 2 kali sehari. Apabila pembalut yang dipakai oleh ibu adalah bukan pembalut habis pakai, hendaknya ibu dapat memakai dengan dicuci terlebih dahulu, setelah itu dijemur dibawah sinar matahari dan disetrika.

#### 5. Istirahat

Ibu nifas sangat memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Adapun hal-hal yang dapat dilakukan ibu dalam memenuhi kebutuhan istirahatnya adalah:

- a. Anjurkan ibu untuk cukup istirahat
- b. Sarankan ibu untuk melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan
- c. Tidur siang atau istirahat saat bayi tidur

#### 6. Seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika luka pada episiotomi telah sembuh dan lochia telah berhenti. Hendaknya pula hubungan seksual dapat ditunda sedapat mungkin sampai 40 hari setelah persalinan, karena pada waktu tersebut diharapkan organ-organ tubuh akan kembali pulih. Untuk itu bila senggama tidak mungkin menunggu sampai hari

ke-40, suami dan istri perlu melakukan usaha untuk mencegah kehamilan. Pada saat itu pula adalah waktu yang tepat untuk memberikan konseling tentang pelayanan KB. Program KB sebaiknya dilakukan setelah ibu nifas selesai atau 40 hari, dengan tujuan menjaga kesehatan ibu. Pada saat melakukan hubungan seksual sebaiknya perhatikan waktu, penggunaan kontrasepsi, kenikmatan dan kepuasan pasangan suami istri.

### **2.1.7 Infeksi masa nifas**

Wanita dianggap menderita infeksi puerperium jika terjadi demam pada suhu 38 derajat celcius (100,4 derajat F) atau lebih setelah 24 jam pertama setelah melahirkan dan demam bertahan paling tidak 2 hari dalam 10 hari pertama paska melahirkan (Joyce Y, 2010). Infeksi puerperium adalah infeksi bakteri yang berasal dari saluran reproduksi saluran reproduksi selama persalinan atau puerperium. Menurut Ari dan Esti, 2010 :

#### **1. Vulvalitis**

Pada luka infeksi bekas sayatan episiotomi atau luka perineum, jaringan sekitarnya mebangkakan, tepi luka menjadi merah dan bengkakan, jahitan mudah terlepas, luka yang terbuka menjadi ulkus dan mengeluarkan pus.

#### **2. Vaginitis**

Infeksi pada vagina yang dapat terjadi secara langsung pada luka vagina atau melalui luka perineum. Permukaan mukosa

membengkak dan kemerahan terjadi ulkus, serta getah mengandung nanah dan keluar dari daerah ulkus tersebut.

### 3. Servisititis

Infeksi serviks sering terjadi, akan tetapi biasanya tidak menimbulkan banyak gejala. Luka serviks yang dalam, luas dan langsung ke dasar ligamentum latum dapat menyebabkan infeksi yang menjalar ke parametrium. Adapun tanda dan gejalanya yaitu rasa nyeri dan panas pada area yang terinfeksi, kadang-kadang perih bila kencing, nadi dibawah 100x/menit, getah radang dapat keluar, suhu sekitar 38-40 derajat celcius.

### 4. Septicemia

Infeksi ini merupakan infeksi yang umum yang disebabkan oleh kuman-kuman yang sangat pathogen. Infeksi ini sangat berbahaya dan tergolong 50% penyebab kematian karena infeksi nifas. Septicemia adalah infeksi yang terjadi akibat kuman-kuman langsung masuk keperedaran darah umum dan menyebabkan infeksi umum. Adanya septicemia dapat diartikan bahwa merupakan jalan pembiakan kuman-kuman dari darah. Adapun tanda dan gejala antara lain permulaan penderita sudah sakit dan lemah, samapi hari ke-3 post partum, suhu meningkat dengan cepat dan menggigil, selanjutnya suhu berkisar antara 39-40 derajat celcius, ku memburuk, nadi cepat (140-160x/menit)

### 5. Peritonitis

Adalah peradangan atau infeksi yang terjadi pada

peritoneum(selaput dinding perut). Pada masa nifas peritonitis terjadi akibat menyebarnya atau meluasnya infeksi yang terjadi pada uterus melalui pembuluh darah limfe. Manifestasi klinisnya dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, nyeri perut bagian bawah, nadi cepat dan kecil, perut kembung, muka pucat, mata cekung, kulit muka dan akral dingin.

#### 6. Mastitis

Merupakan peradangan atau infeksi yang terjadi pada payudara atau mammae. Dalam masa nifas dapat terjadi infeksi dan peradangan pada mammae. Penyebab infeksi paling sering adalah staphylococcus aureus. Tanda dan gejalanya yaitu rasa panas dingin disertai dengan peningkatan suhu tubuh, lesu dan tidak ada nafsu makan, mammae membesar, kulit memerah dan nyeri pada perabaan.

#### 7. Thrombophlebitis

Adalah penjaran infeksi melalui vena. Hal ini terjadi pada masa nifas karena terbukanya vena-vena selama proses persalinan sehingga memudahkan mikroorganisme pathogen.

#### 8. Infeksi luka perineum

Infeksi ini terjadi akibat masuknya mikroorganisme ke dalam luka perineum. Luka ini terjadi akibat episiotomi atau rupture/robek pada saat proses persalinan. Tanda dan gejalanya yaitu terasa nyeri, merah dan bengkak. Bila tidak segera ditangani akan melebar, terbuka dan mengeluarkan getah bening.

### 2.1.8 Pemeriksaan penunjang

#### 1. Laboratorium

Pada post partum yang biasa di ukur yaitu kadar Hb, hematokrit, kadar leukosit, golongan darah

#### 2. Pemeriksaan urine

Pengambilan sampel urin dilakukan dengan menggunakan cateter atau dengan teknik pengambilan bersih spesimen ini dikirim ke laboratorium untuk dilakukan urinalisis rutin atau kultur dan sensitivitas terutama jika kateter indwelling di pakai selama pasca inpartum. Selain itu catatan prenatal ibu harus dikaji untuk menentukan status dan rhesus dan kebutuhan therapy yang mungkin.

## 2.2 Konsep Episiotomi

### 2.2.1 Definisi

Episiotomi (*perineotomi*) adalah insisi perineum untuk memperlebar ruang pada lubang keluar jalan lahir sehingga memudahkan untuk kelahiran anak. Saat melakukan episiotomi haruslah tepat. Bila pengerjaanya terlampau terlambat, prosedur tersebut tidak akan berhasil mencegah laserasi dan melindungi dasar panggul ( Harry dan William ,2010)

Episiotomi adalah insisi dari perineum untuk memudahkan persalinan dan mencegah rupture perineum total ( Ari dan Esti , 2010)

Episiotomi atau perineotomi adalah insisi perineum yang

menyebabkan terpotongnya selaput lendir vagina, cincin selaput darah, jaringan pada septum rektovaginal, otot-otot dan fascia serta kulit sebelah depan perineum. Hal ini dilakukan untuk memperlebar ruang pada jalan lahir sehingga memudahkan kelahiran janin(Ahmad dan Hima, 2014)

### 2.2.2 Faktor penyebab

Penyebab dilakukan episiotomi menurut Harry dan William, 2010 adalah:

- a. Untuk melindungi integritas dasar dari panggul
- b. Halangan kemajuan persalinan akibat perineum yang kaku
  1. Jaringan perineum tebal dan sangat berotot
  2. Ada jaringan parut bekas operasi
  3. Ada bekas episiotomi yang sudah diperbaiki
- c. Untuk mengelakkan robekan yang tidak teratur, termasuk robekan yang melebar ke dalam rectum
  1. Kalau perineum yang sempit, antara bagian belakang vagina dan bagian depan rektum hanya terdapat sedikit ruang.
  2. Pada keadaan laserasi yang lebar tidak akan bisa dihindari
- d. Alasan fetal
  1. Bayi yang premature dan lemah
  2. Bayi-bayi yang besar
  3. Posisi abnormal seperti presentasi muka dan presentasi bokong

4. Bayi harus dilahirkan dengan cepat pada keadaan gawat janin dan dilatasi perineum tidak dapat ditunggu

### 2.2.3 Tujuan

1. Mempercepat persalinan dengan memperlebar jalan lahir lunak
2. Mengendalikan robekan pada perineum untuk memudahkan tindakan menjahit
3. Menghindari robekan pada perineum spontan
4. Memperlebar jalan lahir pada tindakan persalinan pervagina

### 2.2.4 Keuntungan

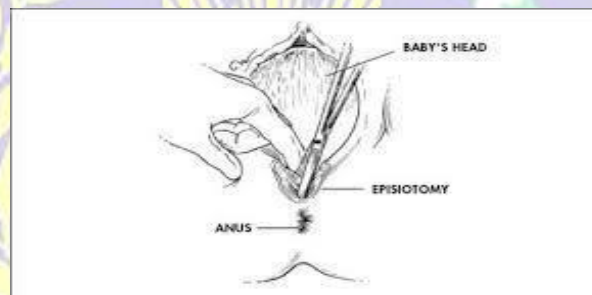
Keuntungan tindakan episiotomi bagi ibu menurut Harry dan William, 2010:

1. Luka insisi yang lurus (rata) akan lebih mudah untuk diperbaiki dan lebih cepat sembuh dibandingkan dengan luka laserasi yang compang-camping serta tidak terkendali
2. Robekan kedalam rectum bisa di kendalikan
3. Dengan tindakan episiotomi sebelum otot dan fascia teregang berlebihan, kekuatan pada dasar panggul dapat dipertahankan dan insidens prolapsus uteri
4. Struktur di sebelah depan maupun disebelah belakang akan terlindungi. Dengan menambah ruang yang ada disebelah posterior, peregangan, dan kerusakan akan menjadi lebih kecil pada bagian anterior dinding vagina, kandung kemih, uretra dan pada jaringan periclititoris

### 2.2.5 Tipe

### 1. Episiotomi garis tengah

Tipe episiotomi ini merupakan tipe yang paling sering dilakukan. Episiotomi ini mudah dilakukan, mudah diperbaiki dan perdarahan lebih sedikit dibanding insisi lainnya serta nyeri yang timbul lebih ringan. Salah satu kekurangannya yaitu bila luka insisi melebar ketika kepala bayi lahir, maka sfingter ani akan terobek dan robekan ini mengenai pula daerah rectum. Untungnya, penyembuhan primer dan perbaikan (jahitan) yang baik akan memulihkan tonus sfingter (Harry dan William, 2010).



Gambar 2.1 Insisi Episiotomi Garis Tengah

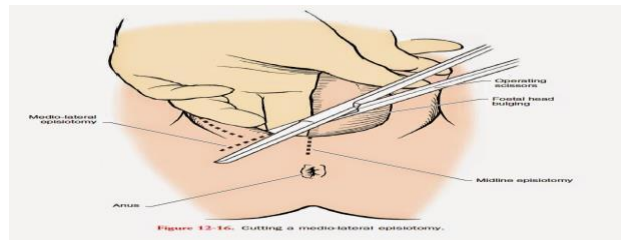
(Sumber: Harry & William, 2010, h.443)

### 2. Episiotomi mediolateral, kiri dan kanan

Episiotomi dilakukan pada persalinan dengan tindakan jika ada kemungkinan terjadi perluasan ke arah posterior. Meskipun demikian robekan derajat empat akan dapat dihindari. Adapun pasien-pasien yang perlu menggunakan tipe ini adalah pasien dengan perineum yang pendek, pintu bawah panggul yang sempit, bayi yang besar, kelahiran dengan muka bayi menghadap pubis, sikap ekstensi, kelahiran bokong dan tindakan forceps lainnya(



Harry dan William , 2010).



Gambar 2.2 Episiotomi mediolateral

(Sumber: <https://id.wikipedia.org/wiki/Episiotomi> akses tanggal 20 Oktober 2019)

### 2.2.6 Manfaat episiotomi

Menurut ( Harry dan William, 2010):

1. Luka insisi yang lurus lebih mudah untuk diperbaiki dan lebih cepat sembuh dibandingkan luka laserasi yang compang-camping serta tidak terkendali
2. Mencegah robekan perineum, insisi yang bersih dan steril dilakukan pada posisi yang benar akan lebih cepat sembuh dari pada robekan yang tidak teratur.
3. Kemungkinan mengurangi regangan otot penyangga kandung kemih atau rectum yang terlalu kuat dan berkepanjangan, yang di kemudian hari menyebabkna inkontenesia urine atau prolaps vagina.
4. Mengurangi lama kala II persalinan yang mungkin penting mengingat keadaan ibu bersalin, misal keadaan hipertensi atau

keadaan janin.

### **2.2.7 Waktu pelaksanaan**

Menurut Cuningham.,dkk(2014), waktu untuk episiotomi yaitu jika dilakukan secara dini dan tidak sesuai kebutuhan, perdarahan akibat episiotomi dapat terjadi mulai dari insisi hingga kelahiran. Umumnya, episiotomi dilakukan ketika kepala bayi terlihat selama kontraksi hingga diameter 3 atau 4 cm. bila digunakan bersamaan dengan kelahiran forcps, sebagian besar melakukan episiotomi setelah penggunaan pisau bedah.

Tindakan episiotomi dikerjakan saat perineum menonjol, diameter kulit bayi terlihat 3 sampai 4 cm sewaktu ada kontraksi, bagian terendah akan dilahirkan dengan tiga atau empat kontraksi berikutnya. Dengan cara ini laserasi dihindari, peregangan yang berlebihan pada dasar panggul dicegah, dan perdarahan yang banyak dapat dihindari (Ahmad dan Hima , 2014)

### **2.2.8 Komplikasi**

Menurut Kumalasari ,2015 komplikasi episiotomi :

1. Nyeri post partum, rasa nyeri setelah melahirkan lebih sering dirasakan pada pasien bekas episiotomi.
2. Nyeri pada saat menstruasi pada bekas episotomy
3. Trauma perineum posterior dan anterior
4. Cedera dasar panggul dan inkontinensia urin dan alvi
5. Infeksi bekas episiotomi. Infeksi local sekitar kulit dan

fasia superficial akan mudah timbul pada bekas episiotomi.

### 2.2.9 Penatalaksanaan

1. Perbaiki episiotomi jika terdapat hematoma, darah dikeluarkan, jika tidak ada tanda infeksi dan perdarahan sudah berhenti, lakukan penjahitan ulang.
2. Jika infeksi mencapai otot dan terdapat nekrosis, berikan antibiotik secara kombinasi sampai pasien bebas demam dalam 48 jam.
3. Perawatan perineum: Luka pada perineum adalah luka yang diakibatkan karena adanya robekan jalan lahir baik karena tindakan episiotomi ataupun karena ruptur perineum.

Perawatan luka perineum dengan menggunakan tindakan *vulva hygiene* yaitu pemenuhan kebutuhan rasa nyaman dengan cara menyehatkan daerah kedua paha yang dibatasi antara lubang dubur dan bagian alat kelamin luar pada wanita yang habis melahirkan agar terhindar dari infeksi (Kumalasari,2015)

Tujuan *vulva hygiene* yaitu untuk menjaga kebersihan daerah kemaluan, mengurangi nyeri dan meningkatkan rasa nyaman pada ibu, mencegah infeksi dari masuknya mikroorganisme ke dalam kulit dan membrane mukosa, mencegah bertambahnya kersuakan jaringan, mempercepat penyembuhan dan mencegah perdarahan, membersihkan luka dari benda asing atau debris dan drainase untuk memudahkan pengeluaran eksudat (Kumalasari,2015)

a. Derajat Perlukaan Perineum

Menurut Afifin dan Eniyati (2013), ruptur perineum dibagi menjadi 4 tingkatan:

- 1) Tingkat I: robekan mengenai mukosa vagina, komisura terior dan kulit perineum
- 2) Tingkat II: robekan mengenai mukosa vagina , komisura posterior, kulit perineum dan otot perineum
- 3) Tingkat III: robekan mengenai mukosa vagina, komisura posterior , kulit perineum , otot perineum dan otot sfingter ani
- 4) Tingkat VI : robekan mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani dna dinding depan rectum.

b. Waktu Perawatan Perineum

1) Saat mandi

Pada saat mandi ibu pasti melepas pembalut, setelah terbuka maka akan memungkinkan terjadi kontaminasi bakteri pada cairan yang tertampung pada pembalut, untuk itu maka perlu dilakukan pergantian pembalut, demikian pula pada perineum ibu perlu untuk dibersihkan.

2) Setelah buang air kecil

Pada saat setelah buang ais kecil, kemungkinan besar terjadi kontaminasi air seni pada rectum akibatnya dapat memicu pertumbuhan bakteri pada perineum

untuk itu diperlukan pembersihan pada perineum

### 3) Setelah buang air besar

Pada saat setelah buang air besar, diperlukan pembersihan sisa-sisa kotoran disekitar anus untuk mencegah terjadinya kontaminasi bakteri dari anus ke perineum yang letaknya bersebelahan maka diperlukan proses pembersihan anus dan perineum secara keseluruhan.

#### **2.2.10 Proses penyembuhan luka**

Proses penyembuhan luka memiliki banyak variasi. Menurut Baranoski and Ayello (2012) membagi 4 tahapan yaitu hemostatis, inflamasi, proliferasi dan maturasi.

Berbeda dengan Carville (2007) yang membagi hanya 3 tahapan yaitu inflamasi, proliferasi dan maturasi. Perbedaan tersebut terletak pada penyebutan istilah dalam proses penyembuhan luka.

Tahapan proses penyembuhan luka berjalan secara tumpang tindih artinya tanpa harus menunggu satu tahapan selesai, tahapan berikutnya sudah mulai. Berikut uraian tiga tahapan fisiologis proses penyembuhan luka menurut I Made S, 2018:

##### 1. Inflamasi

Proses inflamasi berlangsung dari awal cedera sampai 3 hari dan maksimal dapat terjadi sampai 5 hari. Sama halnya dengan pendapat Hess (1999) yang menyatakan inflamasi berakhir hari ke-4 sampai hari ke-6. Tahapan inflamasi yang melebihi 6 hari

akan menjadi tanda awal dari proses infeksi.

## 2. Proliferasi

Tahapan ini berlangsung dari hari pertama sampai 21 hari (3 minggu). Tahapan ini sangat dipengaruhi oleh keberadaan sel fibroblast yang akan mensintesis kolagen sebagai bahan dasar membentuk jaringan granulasi. Lapisan dermis yang banyak terdapat sel fibroblast akan mempercepat proses penyembuhan luka, sehingga pada tahapan ini tidak boleh diganggu dan dihambat oleh teknik perawatan luka yang tidak tepat seperti penggunaan cairan cuci luka.

Serabut fibrin yang mulai berkurang dengan proses fibrinolisis dan adanya kolagen akan membentuk kapiler baru dari tunas endotel dan membentuk jaringan granulasi. Tahapan proliferasi yaitu :

### a. Sintesis kolagen

Sel fibroblast yang terdapat pada lapisan dermis distimulasi oleh makrofag untuk menghasilkan kolagen yang menjadi substansi dalam pembentukan jaringan baru atau granulasi. Kolagen yang terbentuk juga dapat memberikan kekuatan regangan dan strukturnya.

### b. Pembentukan jaringan granulasi

Jaringan granulasi terbentuk dari gelung kapiler baru yang menopang kolagen dan substansi dasar. Jaringan granulasi yang baru tumbuh sangat rapuh dan mudah berdarah,

sehingga dalam perawatan luka perlu teknik yang tepat dalam mencuci dan memilih bahan balutan untuk mencegah trauma berulang.

c. Epitelisasi

Jaringan granulasi yang sudah terbentuk akan dilanjutkan dengan proses migrasi sel epitel dari pinggir luka sampai menutupi luka keseluruhannya. Proses ini terus berlanjut sampai ke tahapan maturasi.

Epitelisasi hanya dapat bergerak di atas jaringan hidup, maka dari itu adanya eskar atau dermis mengering atau jaringan mati akan menghambat dan menghentikan migrasi sel epitel.

3. Maturasi

Tahapan maturasi berlangsung dari hari ke 21 (3 minggu) sampai 2 tahun kemudian. Pembentukan serabut kolagen masih terjadi pada tahapan ini, akan tetapi serabut tersebut akan disusuri menyesuaikan jaringan sekitarnya yang sehat. Proses ini berlangsung sampai mencapai sekitar 80% kekuatan kulit sebelumnya. Jaringan yang baru ini akan tetap beresiko rusak atau dapat kembali menjadi luka oleh karena kekuatan kulit kurang dibandingkan kulit yang tidak mengalami cedera.

Pada tahapan inflamasi terlihat jelas ada rubor, calor, dolor, tumor dan function laesa. Tahap proliferasi terlihat luka dipenuhi dengan jaringan granulasi berwarna merah dan dari

pinggir luka ada epitelisasi yang berwarna merah muda. Tahap maturasi dapat dilihat epitelisasi menutupi seluruh permukaan luka

### 2.2.11 Patofisiologi

Persalinan dengan episiotomi mengakibatkan terputusnya jaringan yang dapat menyebabkan penekanan pembuluh syaraf sehingga timbul rasa nyeri dimana ibu akan merasa cemas sehingga takut untuk BAB dan menyebabkan resiko konstipasi. Terputusnya jaringan juga merusak pembuluh darah dan menyebabkan resiko infeksi apabila tidak dirawat dengan baik, kuman akan mudah berkembang karena semakin besar mikroorganisme masuk ke dalam tubuh semakin besar resiko infeksi yang terjadi. Ibu dengan persalinan dengan episiotomi setelah 6 minggu persalinan ibu berada dalam masa nifas. Pada saat masa nifas ibu mengalami perubahan fisiologis dan psikologis. Dimana kontraksi uterus kuat dimana terjadi adanya perubahan involusi yaitu proses pengembalian uterus ke dalam bentuk normal yang dapat menyebabkan nyeri atau muler, yang prosesnya mempengaruhi saraf pada uterus.

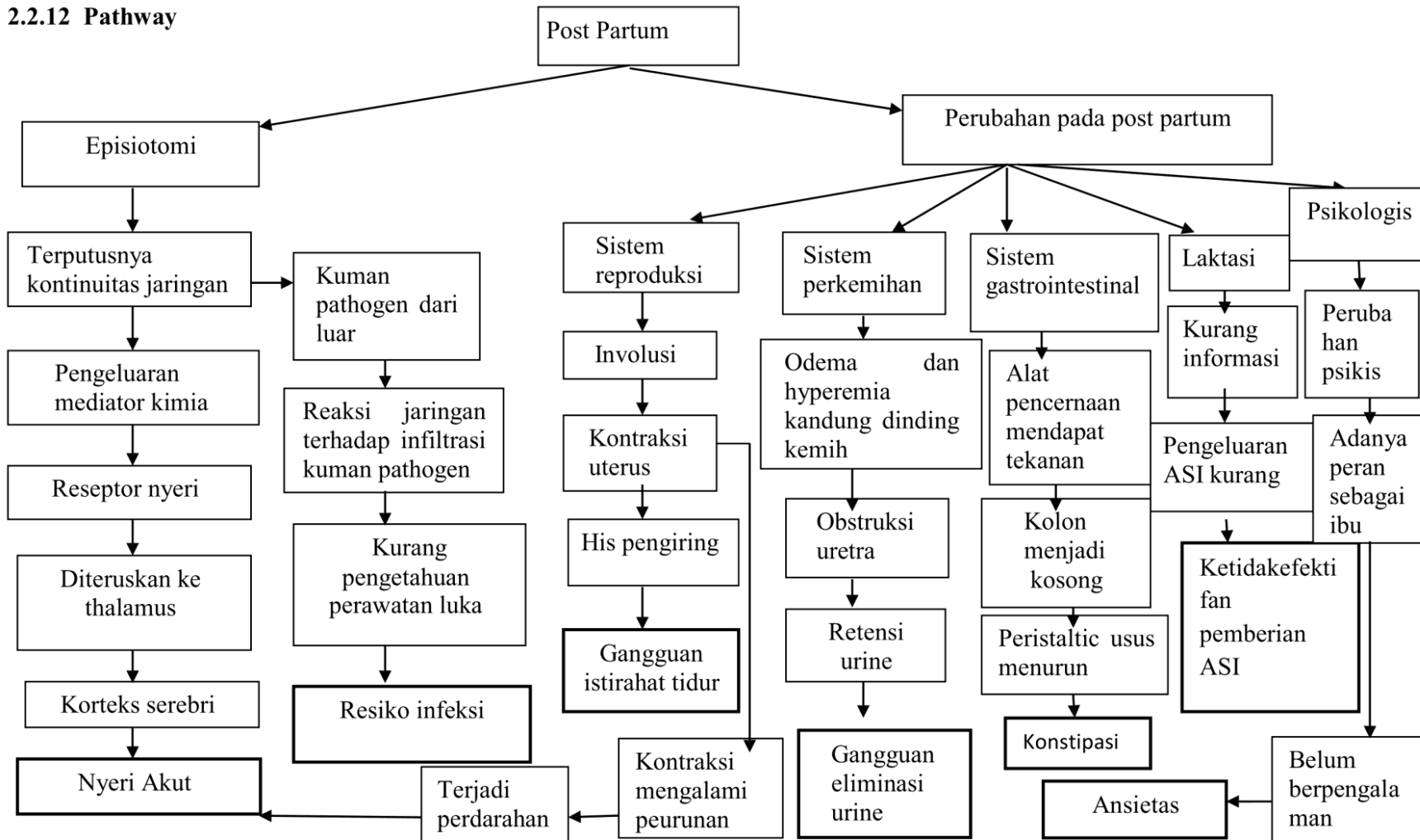
Dimana setelah melahirkan ibu mengeluarkan lochia yaitu rupture dari sisa plasenta sehingga pada daerah vital kemungkinan terjadi resiko kuman mudah berkembang. Dikatakan tidak adekuat dikarenakan kontraksi uterus lemah akibatnya terjadi perdarahan dan atonia uteri. Perubahan fisiologi dapat memengaruhi payudara



dimana setelah melahirkan terjadi penurunan hormone progesterone dan estrogen sehingga terjadi peningkatan hormone prolaktin yang menghasilkan pembentukan ASI dimana ASI keluar untuk pemenuhan gizi pada bayi, apabila bayi mampu menerima asupan ASI dari ibu maka reflek bayi baik berarti proses laktasi efektif, sedangkan jika ASI tidak keluar disebabkan kelainan pada bayi dan ibu yaitu bayi menolak, bibir sumbing, puting lecet, suplai tidak adekuat berarti proses laktasi tidak efektif ( Nurmalasari. 2018).



2.2.12 Pathway



Gambar 2.4 Pathway Post partum

## 2.3 Konsep Risiko Infeksi

### 2.3.1 Definisi

Risiko infeksi adalah berisiko mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik (SDKI, 2018). Infeksi adalah sebagai invasive dan multiplikasi organism di jaringan tubuh, terutama organisme yang menyebabkan cedera pejamu. Tujuan keperawatan dan semua layanan kesehatan adalah memutus rantai infeksi, saat ini sejumlah organisme menajdi resisten terhadap antibiotik dan organisme baru muncul. Terkadang diperlukan tindakan tambahan selain kewaspadaan standart ( Rosdahl, 2014)

### 2.3.2 Faktor-Faktor risiko

Menurut Amin H dan Hardhi K, 2015 antara lain:

1. Penyakit kronis
  - a. Obesitas
  - b. Diabetes mellitus
2. Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemanjaann pathogen
3. Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat
  - a. Gangguan peristalsis
  - b. Kerusakan integritas kulit(prosedur invasive, pemasangan kateter )
  - c. Perubahan sekresi pH
  - d. Pecah ketuban dini
  - e. Pecah ketuban lama
  - f. Merokok

g. Trauma jaringan

4. Ketidakadekuatan pertahanan sekunder
5. Vaksinasi tidak adekuat
6. Pemanjaan terhadap pathogen lingkungan meningkat
7. Prosedur invasive
8. Malnutrisi

### 2.3.3 Manifestasi klinis

Peradangan akut adalah respon langsung terhadap cedera atau kematian sel. Gambaran mikroskopik peradangan diuraikan pada 2000 tahun yang lalu dan masih dikenal sebagai tanda-tanda pokok peradangan yang mencakup kemerahan, panas, nyeri, pembengkakan atau dalam bahasa latin rubor, calor, dolor, tumor dan function laesa.

1. Rubor

Rubor adalah kemerahan, pada area yang terinfeksi akan menimbulkan warna kemerahan pada area yang terinfeksi

2. Kalor

Kalor adalah rasa panas, pada daerah yang terinfeksi. Ini terjadi karean tubuh mengkompensasi aliran darah lebih banyak ke area yang mengalami infeksi untuk mengirim lebih banyak antibody dalam memerangi antigen atau penyebab infeksi,

### 3. Dolor

Dolor adalah rasa nyeri, nyeri tersebut akan terasa pada jaringan yang mengalami infeksi. Rasa nyeri mengisyaratkan bahwa terjadi gangguan atau sesuatu yang tidak normal.

### 4. Tumor

Pada area yang terinfeksi akan mengalami pembengkakan karena peningkatan permeabilitas sel dan peningkatan aliran darah.

### 5. Functio laesa

Functio laesa merupakan perubahan fungsi dari jaringan yang mengalami infeksi.

Infeksi akut ditandai dengan demam, sakit di daerah infeksi, berwarna kemerahan, fungsi organ tersebut terganggu

#### 2.3.4 Faktor yang mempengaruhi

Beberapa factor yang dapat berperan dalam terjadinya infeksi dibagi menjadi 4 yaitu :

1. Factor instrinsik : umur, jenis kelamin, kondisi umum, resiko terapi, adanya penyakit lain, status gizi, tingkat pendidikan dan lamanya masa kerja
2. Factor esktrinsik : dokter, perawat, penderita lain,

bangsal / lingkungan, peralatan, material medis, pengunjung / keluarga, makanan dan minuman.

3. Factor keperawatan : lamanya hari perawatan, menurunnya standart perawatan, dan padatnya penderita.

4. Factor mikroba pathogen : kemampuan invasi/merusak jaringan dan lamanya paparan.

### 2.3.5 Jenis infeksi

Kolonisasi merupakan proses ketika mikroorganisme menjadi flora normal. Pada keadaan ini mikroorganisme dapat tumbuh dan berkembang, tetapi tidak menyebabkan penyakit. Infeksi terjadi apabila mikroorganisme yang beryaerobik yang berhasil menginvasi bagian tubuh ketika mekanisme pertahanan tubuh inang tidak inefektif dan pathogen tersebut menyebabkan kerusakan jaringan. Infeksi dapat menjadi penyakit ketika tanda dan gejala infeksi sangat unik dan dapat dibedakan dari kondisi lainnya.

Adapun jenis infeksi yaitu:

1. Infeksi local dan sistemik. Infeksi local terbatas pada bagian tubuh tertentu tempat mikroorganisme berkembang. Apabila mikroorganisme berkembang dan menjalar ke bagian tubuh lain, disebut dengan infeksi sistemik.
2. Infeksi akut dan kronik. Infeksi akut terjadi

sangat cepat atau berlangsung dalam waktu yang sangat pendek. Infeksi kronik dapat terjadi lebih lambat, berlangsung dalam waktu yang cukup lama dan dapat berlangsung selama berbulan-bulan atau bertahun-tahun.

### 2.3.6 Rantai infeksi

Adanya pathogen tidak berarti bahwa infeksi akan terjadi. Perkembangan infeksi terjadi dalam siklus yang bergantung pada elemen-elemen berikut :

1. Agens infeksius atau pertumbuhan

pathogen Mikroorganisme termasuk bakteri, virus, jamur dan protozoa.

2. Tempat atau sumber pertumbuhan

pathogen Reservoir merupakan tempat pathogen mampu bertahan hidup tetapi dapat atau tidak untuk berkembang biak. Reservoir yang paling umum adalah tubuh manusia. Berbagai macam mikroorganisme hidup di kulit dan dalam rongga tubuh, cairan dan keluaran. Untuk berkembang dengan cepat dan baik, mikroorganisme memerlukan lingkungan yang sesuai yaitu makanan, oksigen, suhu yang tepat, pH, dan cahaya.

3. Portal keluar dari tempat tumbuh

Setelah mikroorganisme menemukan tempat untuk tumbuh dan berkembang biak, mereka harus menemukan jalan keluar jika

mereka masuk ke penjamu lain dan menyebabkan penyakit. Mikroorganisme dapat keluar melalui beberapa tempat yaitu kulit dan membrane mukosa, traktus respiratori, traktus urinaria, traktus gastrointestinal, traktus reproduktif dan darah.

#### 4. Cara penularan

Ada banyak cara penularan mikroorganisme dari reservoir ke penjamu (host). Meskipun cara utama penularan mikroorganisme adalah dari tangan pemberi layanan kesehatan, hampir semua objek dalam penularan patogen. Adapun cara penularan infeksi yaitu melalui kontak langsung, udara, peralatan dan vector.

#### 5. Portal masuk ke penjamu

Organisme dapat masuk ke penjamu lain melalui rute yang sama dengan yang digunakan untuk keluar. Misalnya, pada saat jarum yang terkontaminasi mengenai kulit klien, organisme masuk ke dalam tubuh. Kesalahan pemakaian balutan steril pada luka yang terbuka memungkinkan patogen memasuki jaringan yang tidak terlindungi.

#### 6. Penjamu yang rentan

Hostpes atau penjamu sering terkena infeksi tergantung pada kerentanan terhadap agen infeksi. Kerentanan bergantung pada derajat ketahanan individu terhadap agen infeksius tersebut.



### 2.3.7 Kewaspadaan Strandart

Kewaspadaan isolasi menurut Audrey J, Herman , 2010:

Tingkat 1 : Kewaspadaan standar

Tindakan kewaspadaan ini digunakan dalam perawatan klien rawat inap tanpa menghiraukan diagnose atau kemungkinan status infeksi klien tersebut. Kewaspadaan ini merupakan cirri utama dalam Kewaspadaan Universal dan Isolasi Cairan Tubuh

Tingkat 2 : Kewaspadaan berdasar-penyebaran

Kewaspadaan ini digunakan sebagai penunjang Kewaspadaan standar bagi klien yang diketahui atau diduga mengidap infeksi yang disebarkan melalui satu atau 3 cara penularan, yaitu melalui droplet atau melauai udara ataupun melalui kontak. Rekomendasi Kewaspadaan Isolasi di rumah sakit

1. Kewaspadaat standar (tingkat 1)

- a. Dirancang untuk semua klien di rumah sakit
- b. Kewaspadaan ini berlaku untuk darah, seluruh cairan, ekskresi, dan sekresi tubuh, kecuali keringat : kulit yang tidak utuh, dan membrane mukosa
- c. Dirancang untuk melindungi risiko penyebaran

mikroorganismenya dari sumber yang diketahui dan sumber yang tidak diketahui

1) Cuci tangan setelah kontak dengan darah, cairan, sekresi, dari ekskresi tubuh dan benda yang terkontaminasi baik mengenakan sarung tangan maupun tidak

a) Cuci tangan segera setelah melepas sarung tangan

b) Gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan rutin

c) Gunakan agens antimikroba atau agen antiseptik untuk mengendalikan wabah infeksi tertentu

2) Pasang sarung tangan saat kontak dengan darah, cairan, sekresi, dari ekskresi tubuh dan benda yang terkontaminasi

a) Sarung tangan bersih diperlukan sebagai peralatan nonsteril, kecuali penggunaannya bertujuan mencegah masuknya mikroorganismenya ke dalam tubuh

b) Lepas sarung tangan sebelum kontak dengan benda dan permukaan yang tidak terkontaminasi

- c) Cuci tangan segera setelah melepas sarung tangan
- 3) Gunakan masker, pelindung mata atau pelindung wajah jika kemungkinan terdapat cipratan atau semburan darah, cairan, sekresi atau dan ekskresi tubuh
- 4) Gunakan gaun bersih dan tidak steril jika tindakan keperawatan klien kemungkinan menyebabkan cipratan atau darah, cairan, sekresi, atau ekskresi tubuh, gaun berfungsi melindungi perawat
- 5) Kelola peralatan klien yang kotor oleh darah, cairan, sekresi, dan ekskresi tubuh secara berhati-hati untuk mencegah penyebaran organisme kepada orang lain dan lingkungan
  - a) Pastikan peralatan yang dapat digunakan kembali bersih dan diproses ulang dengan benar
  - b) Buang peralatan sekali pakai dengan benar
- 6) Kelola, pindahkan dan cuci linen yang terkontaminasi oleh darah, cairan, sekresi, dan ekskresi tubuh untuk mencegah terkontaminasi pada pakaian dan penyebaran mikroorganisme kepada orang lain

dan lingkungan

- 7) Cegah cedera akibat penggunaan scalpel atau jarum, dan letakkan peralatan tersebut dalam wadah yang tahan terhadap benda tajam

## 2. Kewaspadaan Berdasar-Penyebaran (tingkat 2)

### a. Kewaspadaan tular-udara

Gunakan tindakan kewaspadaan tingkat satu dan tindakan kewaspadaan berikut :

- 1) Rawat klien di kamar khusus bertekanan negative, 6 sampai 12 pertukaran udara per jam, dan memiliki system pengeluaran udara keluar ruangan atau system penyaring udara untuk udara dalam kamar
- 2) Jika tidak terdapat kamar khusus, tempatkan klien dengan klien lain yang mengidap infeksi akibat mikroorganisme yang sama
- 3) Gunakan alat pernapasan (N95) saat memasuki ruangan klien yang diketahui atau diduga mengidap tuberculosis primer
- 4) Individu yang rentan tidak boleh masuk ke ruangan klien pengidap rubella (campak) atau varisela(cacar). Jika harus masuk ke dalam ruangan

tersebut, mereka harus menggunakan respirator

- 5) Batasi aktivitas klien di luar ruang rawat hanya untuk aktivitas yang penting. Pasang masker bedah jika mungkin

#### b. Kewaspadaan Droplet

Gunakan tindakan keperawatan kewaspadaan tingkat satu dan tindakan kewaspadaan berikut:

- 1) Rawat klien dalam kamar khusus
- 2) Jika tidak tersedia kamar khusus, tematkan klien dengan klien lain yang mengidap infeksi kabita mikroorganisme yang sama
- 3) Gunakan masker jika bekerja pada jarak 1 meter dari klien
- 4) Batasi aktivitas klien di luar ruangan hanya untuk aktivitas yang penting. Pasang masker bedah jika mungkin

#### c. Kewaspadaan Kontak

Gunakan tindakan keperawatan kewaspadaan tingkat satu dan tindakan kewaspadaan berikut:

- 1) Rawat klien dalam ruang khusus
- 2) Jika tidak tersedia kamar khusus, tematkan klien dengan klien lain yang mengidap infeksi

kabita mikrooragnisme yang sama.

- 3) Gunakan sarung tangan seperti yang dideskripsikan pada kewaspadaan standart
  - a) Ganti sarung tangan setelah kontak dengan materi infeksius
  - b) Lepas sarung tangan sebelum meninggalkan ruang klien
  - c) Cuci tangan segera melepas sarung tangan. Gunakan agen antimikroba
  - d) Setelah cuci tangan, hindari kontak dengan permukaan atau benda dalam ruangan klien
- d. Gunakan gaun saat masuk satu ruangan jika terdapat kemungkinan kintak dengan permukaan atau benda yang terkontaminasi atau jika klien mengalami inkontinensia, menderita diare, terpasang kolostomi, atau memiliki drainase luka yang tidak terserap balutan
  - 1) Lepas gaun di dalam ruangan rawat klien
  - 2) Pastikan seragam tidak kontak dengan permukaan yang kemungkinan terkontaminasi
- e. Batasi aktivitas klien di luar ruangan
- f. Gunakan peralatan perawatan klien yang tidak kritis untuk satu klien atau untuk klien yang mengidap

infeksi

### 2.3.8 Strategi pengendalian infeksi

1. Gunakan teknik aseptik ketat ketika melakukan semua prosedur invasive (misalnya memasang jarum atau kateter intravena, melakukan pengisapan jalan napas, dan memasang kateter urine) dan ketika mengganti balutan bedah.
2. Kelola jarum dan spuit secara berhati-hati untuk menghindari infeksi
3. Ganti slang intravena dan wadah larutan sesuai kebijakan rumah sakit
4. Cek tanggal kadaluwarsa dan keutuhan kemasan semua perlengkapan steril.
5. Cegah infeksi selauran kemih dengan mempertahankan system drainase urine tertutup dengan aliran urine ke arah bawah : jangan melakukan irigasi kateter, kecuali diprogramkan, lakukan perawatan kateter teratur, dan pertahankan kantong drainase dan klep kantong drainase agar tidak menyentuh lantai
6. Implementasikan tindakan untuk mencegah kerusakan integritas kulit dan mencegah akumulasi secret di paru

### 2.3.9 Pencegahan Infeksi

1. Mencuci tangan dengan cara dan waktu yang tepat , antara lain:

- a. sebelum kontak dengan pasien b. sebelum tindakan aseptik
  - b. setelah terkena cairan tubuh pasien
  - c. setelah kontak dengan pasien
  - d. setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien
2. Menempatkan pasien dengan daya tahan tubuh yang rendah atau pengidap yang berpotensi untuk menularkan penyakit di ruang isolasi.
  3. Menggunakan alat atau selang yang menempel pada tubuh seperti alat bantu nafas atau kateter urine, serta melakukan tindakan medis lainnya sesuai dengan indikasi.
  4. Mengikuti Standart Operasional Prosedur setiap melakukan tindakan dengan menggunakan pelindung tangan standar (sarung tangan , masker, atau perlengkapan lainnya) yang dianjurkan.
  5. Menjaga kebersihan lingkungan rumah sakit dengan menggunakan cairan pembersih atau desinfektan dengan frekuensi 2-3 kali per hari untuk lantai dan 2 minggu sekali untuk dinding. a. Mencegah infeksi di rumah

Menurut Audrey J dan Herman, 2010 perawat mengajarkan klien dan anggota keluarga untuk :

1. Mencuci tangan sebelum mengolah makanan, sebelum makan, setelah berkemih, sebelum dan sesudah melakukan



tindakan kebersihan rumah, dan setelah kontak dengan semua cairan tubuh.

2. Mempertahankan kuku jari tetap pendek, bersih dan terawat sehingga tidak terdapat ujung kuku kasar atau bintil kuku, yang dapat menjadi tempat berkembang baik mikroorganisme
3. Tidak berbagi alat-alat perawatan diri : sikat gigi, waslap, dan handuk
4. Mencuci buah dan sayuran mentah sebelum memakannya
5. Menyimpan semua makanan yang telah dibuka dan makanan yang tidak berkemasan di dalam lemari es
6. Membersihkan peralatan yang digunakan dengan sabun dan air, dan desinfeksi peralatan tersebut dengan larutan klorin
7. Meletakkan balutan yang telah terkontaminasi dan benda seklai pakai, lain yang mengandung cairan tubuh dalam kantong plastik kedap air
8. Membersihkan linen yang telah terkontaminasi secara terpisah dengan cucian lain. Merendamnya dalam air dingin, mencucui menggunakan air panas , jika mungkin dan menambahkan satu tutup botol pemutih dalam rendaman
9. Tidak batuk, bersin, atau menyemburkan napas

langsung dihadapan orang laun serta menutup mulut dan hidung untuk mencegah penyebaran mikrooragnisme

10. Mewaspadaai semua tanda dan gejala infeksi dan segera semua tanda dan gejala tersebut kepada pemberi pelayanan kesehatan
11. Mempertahankan asupan cairan yang adekuat untuk meningkatkan produksi dan haluaran urine. Tindakan ini membasuh kandung kemih dan uretra dari mikoorganisme

## **2.4 Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.4.1 Pengkajian**

Pengumpulan data dasar adalah mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan pasien. Hal ini merupakan langkah pertama untuk mengumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien. Pengkajian merupakan tahap awal dari landasan dalam proses keperawatan, untuk itu diperlukan kecermatan dan ketelitian tentang masalah klien sehingga dapat memberikan arag terhadap tindakan keperawatan.

#### **1. Identitas isteri dan suami**

Berisi nama serta latar belakang pendidikan, pekerjaan suku dan agamam serta alamat yang lengkap. Hal ini berguna agar saat pemberian asuhan dapat diberikan dengan memperhatikan social budaya dan ekonomi. Pencantuman

alamat lengkap akan memudahkan dalam kunjungan rumah dan kondisi yang mengharuskan tindak lanjut di rumah pasien.

Biodata berisi:

Istri : nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/ras, dan alamat  
Suami : nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/ras, dan alamat.

## 2. Keluhan utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang Kefasilitas pelayanan kesehatan. Kaji apa yang menjadi keluhan saat ini, sejak kapan dan bagaimana pengaruhnya pada ibu. Seperti : ibu merasa nyeri pada perineum akibat adanya jahitan luka jalan lahir, demam, keluar darah segar dan banyak dan infeksi luka jaihtan dan lain-lain ( Yati, dkk, 2011)

## 3. Riwayat kehamilan ,persalinan dan nifas sekarang

Terutama apabila ibu sudah pernah hami dan atau melahirkan sebelumnya.

## 4. Riwayat kelahiran , persalinan dan nifas yang lalu

Kaji riwayat persalinan secara lengkap dengan menyertai durasi setiap kala dalam persalinan serta masalah yang ditemui pada setiap kala , dan tindakan yang dilakukan dalam mengatasi setiap masalah. Untuk mengetahui jumlah kehamilan dan kelahiran, riwayat persalinan yaitu jarak antara dua kelahiran, tempat kelahiran, lamanya melahirkam dan cara melahirkan.

Masalah yang timbul sewaktu hamil dan melahirkan. Riwayat kelahiran anak yang mencakup berat badan bayi sewaktu lahir, adakah kelaian pada bayi, jenis kelamin bayi, keadaan bayi hidup/mati saat persalinan.

## 5. Riwayat kebidanan

### a. Riwayat haid

Data ini memang tidak secara langsung berhubungan dengan masa nifas, tetapi dari data ini dapat diperoleh gambaran tentang keadaan dasar dari organ reproduksi.

Adapun data yang diperoleh :

#### 1) Menarche

Adalah usia pertama kali mengalami menstruasi, pada umumnya sekitar 12-16 tahun

#### 2) Siklus

Siklus merupakan jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya dalam hitungan hari. Biasanya sekitar 23-32 hari

#### 3) Volume

Data ini menjelaskan seberapa banyak darah menstruasi yang dikeluarkan. Sebagai acuan, biasanya menggunakan kriteria banyak, sedang dan sedikit.

Namun jawaban pasien biasanya bersifat subjektif misalnya sampai berapa kali ganti pembalut dalam sehari.

b. Status perkawinan

Hal ini sangat penting untuk dikaji karena dari data ini akan mendapatkan gambaran mengenai suasana rumah tangga pasangan. Beberapa pertanyaan yang dapat diajukan:

- 1) Usia nikah pertama kali
- 2) Status perkawinan
- 3) Lama perkawinan
- 4) Ini adalah suami yang ke
- 5) Berapa anak bawaan dari suami sekarang

c. Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah masa nifas ini dan beralih ke kontrasepsi apa.

6. Riwayat kesehatan yang lalu

Kaji apakah ibu pernah atau sedang menderita penyakit yang dianggap berpengaruh pada kondisi kesehatan ibu saat ini. Misalnya penyakit- penyakit degenerative ( DM , jantung dll) atau pun infeksi saluran kemih.

#### 7. Riwayat kesehatan keluarga

Data ini sangat diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya

#### 8. Riwayat psikososial

Bagaimana respons ibu dan suami terhadap kelahiran bayi, pola hubungan ibu, suami dan keluarga kehidupan spiritual dan ekonomi keluarga serta kepercayaan dan adat istiadat pada keluarga. .

#### 9. Pola kesehatan sehari-hari

##### a. Nutrisi

Menggambarkan tentang gambaran bagaimana pasien mencukupi gizinya selama hamil. Pada saat ini dapat diketahui makanan yang disukai dan tidak disukai oleh pasien serta seberapa banyak mengonsumsinya. Pertanyaan yang perlu ditanyakan :

1) Menu : hal ini dikaitkan dengan pola diet berimbang bagi ibu post partum. Jika pengaturan menu makan yang dilakukan oleh pasien kurang seimbang sehingga ada kemungkinan beberapa komponen gizi tidak akan terpenuhi maka dapat memberikan pendidikan kesehatan mengenai penyusunan menu seimbang.

2) Frekuensi : data ini akan memberi petunjuk seberapa banyak asupan makanan yang dikonsumsi

3) Banyaknya : data ini memberikan informasi tentang seberapa banyak makanan yang di makan dalam satu kali waktu makan.

4) Pantangan : hal ini juga sangat penting di tanyakan karena ada kemungkinan pasien berpantang makanan yang justru sangat mendukung pemulihan fisiknya, misal daging, ikan atau telur.

b. Minuman

Untuk menggambarkan kebiasaan pasien dalam pemenuhan kebutuhannya, apalagi masa nifas in take, sangat dibutuhkan cairan yang cukup. Hal yang harus diperhatikan yaitu frekuensi, jumlah perhari dan jenis minuman.

c. Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi setelah dan sebelum melahirkan yaitu kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi dan bau serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, warna dan jumlahnya.

d. Istirahat

Istirahat sangat diperlukan oleh ibu post partum.

Oleh karena itu, perlu menggali informasi mengenai kebiasaan istirahat pada ibu supaya mengetahui hambatan yang mungkin muncul pada ibu. Pertanyaan yang ditanyakan yaitu berapa lama tidur di siang dan malam hari.

e. *Personal hygiene*

Data ini sangat perlu dikaji karena akan mempengaruhi kesehatan pasien dan bayinya. Beberapa kebiasaan yang dilakukan dalam perawatan diri yaitu : mandi, keramas, ganti baju dan celana dalam.

f. *Aktivitas*

Pada aktivitas sehari-hari perlu dikaji karena data ini memberikan gambaran tentang seberapa banyak aktivitas yang biasa dilakukan pasien di rumah. Karena jika aktivitas terlalu berat biasa menimbulkan perdarahan pervagina

g. *Seksual*

Hal ini merupakan hal yang cukup privasi bagi pasien, namun data dari kebiasaan ini harus digali karena pernah terjadi beberapa kasus keluhan dalam aktivitas seksual yang cukup mengganggu. Adapun hal-hal yang berkaitan frekuensi yaitu berapa kali pasien melakukan hubungan seksual dalam seminggu, dan apakah ada gangguan yang dialami oleh pasien ketika melakukan hubungan seksual, seperti nyeri saat berhubungan, adanya



ketidakpuasan dengan suami, kurangnya keinginan untuk melakukan hubungan dan lain sebagainya

#### 2.4.2 Pemeriksaan fisik

##### a. Keadaan umum dan kesadaran

Keadaan umum klien mulai saat pertama kali bertemu dengan klien dilanjutkan mengukur tanda-tanda vital. Kesadaran klien juga diamati apakah kompos mentis, apatis, somnolen, delirium, semi koma atau koma.

##### b. Tanda-tanda vital

###### 1. Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik, yang kembali secara spontan tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari.

###### 2. Suhu

Suhu maternal kembali dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intrapartum dan stabil dalam 24 jam pertama pascapartum. Perhatikan adanya kenaikan suhu sampai 38 derajat pada hari kedua sampai hari kesepuluh yang menunjukkan adanya morbiditas puerperalis

###### 3. Nadi

Nadi berkisar antara 60-80x/menit. Denyut nadi diatas 100x/menit pada masa nifas adalah mengindikasikan adanya

suatu infeksi, hal ini salah satunya bisa diakibatkan karena proses persalinan sulit atau karena kehilangan darah yang berlebihan. Beberapa ibu post partum kadang-kadang mengalami bradikardi puerperal, yang denyut nadinya mencapai serendah-rendahnya 40 sampai 50x/menit.

#### 4. Pernafasan

Pada ibu nifas umumnya pernafasan akan menjadi lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Bila suhu nadi tidak normal maka pernafasan juga akan mengikuti

##### c. Kepala

Rambut : meliputi warna, kebersihan dan keadaan rambut yang mudah rontok atau tidak

Bentuk kepala simetris atau tidak, ada benjolan abnormal atau tidak

##### d. Telinga

Pada telinga di kaji kebersihan dan gangguan pendengaran

##### e. Mata

Meliputi kelainan bentuk atau tidak, konjungtiva anemis atau tidak, sklera ikterik atau tidak, keadaan pupil isokor atau anisokor, palpebra dan refleks cahaya tidak ada gangguan penglihatan

f. Hidung

Mengkaji kebersihan pada hidung, ada polip atau tidak, dan ada tidaknya gangguan penciuman

g. Mulut

Meliputi warna bibir, keadaan bibir lembab atau kering atau pecah-pecah. Mengkaji keadaan lidah yaitu meliputi warna dan kebersihan dan mengkaji keadaan gigi dengan melihat kebersihan gigi, ada karies gigi atau tidak

h. Leher

Meliputi keadaan apakah ada pembesaran kelenjar limfe atau tidak, ada atau tidaknya pembesaran kelenjar tyroid

i. Dada

Mengkaji bentuk dan kesimetrisan pada dada. Pada pengkajian payudara untuk ibu post partum sangat dispesifikkan yaitu bentuk payudara, apakah pengeluaran ASI lancar atau tidak, kolostrum sudah keluar atau tidak, keadaan puting yang menonjol atau tidak, terjadinya hiperpigmentasi pada aerola dan kebersihan pada payudara, apakah ada gangguan pernafasan atau tidak.

j. Abdomen

Pada khususnya ibu post partum dikaji bentuk simetris atau tidak, bagaimana kontraksi uterus lembek atau keras, bagaimana keadaan TFU

#### k. Ekstremitas

Pada ibu post partum sering terjadi edema pada ekstremitas bawah, bagaimana kekuatan pada ekstremitas atas dan bawah, apakah ada varises pada ekstremitas bawah.

#### l. Genital

Pada ibu post partum difokuskan pada kebersihan pada daerah vagina, pengeluaran lochia dan keadaan lochia, bagaimana keadaan luka jahitan, bagaimana keadaan perineum dan apakah terjadi tanda-tanda infeksi vagina yaitu berbau, jahitan tidak kering atau masih basah, mengeluarkan pus, bengkak, kemerahan, dan adanya rasa nyeri di perineum ( Yati, dkk, 2011) m. Anus Pada anus meliputi apakah terjadi haemoroid atau tidak, bagaimana kebersihan pada daerah anus

#### **2.4.3 Analisa Data**

Data yang telah dikumpulkan dari data subjektif dan data objektif kemudian dianalisa untuk menentukan masalah klien. Analisa merupakan proses intelektual yang meliputi kegiatan menyeleksi data, mengklarifikasi, mengelompokkan data, mengaitkan dan menentukan kesenjangan informasi, membandingkan dengan standar, menginterpretasikan serta akhirnya membuat diagnosa keperawatan.

#### 2.4.4 Pemeriksaan Penunjang

##### 1. Laboratorium

Pada post partum yang biasa di ukur yaitu kadar Hb, hematokrit, kadar leukosit, golongan darah

##### 2. Pemeriksaan urine

Pengambilan sampel urin dilakukan dengan menggunakan kateter atau dengan teknik pengambilan bersih specimen ini dikirim ke laboratorium untuk dilakukan urinalisis rutin atau kultur dan sensitivitas terutama jika kateter indwelling di pakai selama pasca inpartum. Selain itu catatan prenatal ibu harus dikaji untuk menentukan status dan rhesus dan kebutuhan therapy yang mungkin.

#### 2.4.5 Diagnosa keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, (episiotomy)
2. Risiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan dan atau kerusakan integritas kulit (episiotomi, laserasi jalan lahir)

#### 2.4.6 Intervensi keperawatan

Table 2.4 Intrevensi SDKI, SLKI, SIKI (2018)

Diagnose Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Luaran (SLKI)	Intervensi (SIKI)
Risiko Infeksi Definisi : Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik	Luaran : Tingkat Infeksi a. Integritas Kulit dan Jaringan b. Kontrol Risiko	Manajemen Imunisasi/Vaksinasi Tindakan : Observasi a. Identifikasi riwayat kesehatan dan riwayat

<p>Faktor Risiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Penyakit kronis (miss.diabetes mellitus)</li> <li>b. Efek prosedur invasive</li> <li>c. Malnutrisi</li> <li>d. Peningkatan aparan organisme pathogen lingkungan</li> <li>e. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer</li> <li>f. Gangguan peristaltic</li> <li>g. Kerusakan integritas kulit</li> <li>h. Perubahan sekresi Ph</li> <li>i. Penurunan kerja siliaris</li> <li>j. Ketuban pecah lama</li> <li>k. Ketuban pecah sebelum waktunya</li> <li>l. Merokok</li> <li>m. Statis cairan tubuh</li> <li>n. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder</li> <li>o. Penurunan hemoglobin</li> <li>p. Imuninosupresi</li> <li>q. Leukopenia</li> <li>r. Supresi respon inflamasi</li> <li>s. Vaksinasi tidak adekuat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>c. Status Imun</li> <li>d. Status Nutrisi</li> </ul>	<p>alegri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>b. Identifikasi kontraindikasi pemberian imunisasi (mis. Reaksi anafilaksis terhadap vaksin sebelumnya dan atau sakit parah dengan atau tanpa demam)</li> <li>c. Identifikasi status imunisasi setiap kunjungan ke pelayanan kesehatan</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Berikan suntikan pada bayi di bagian aha anterolateral</li> <li>b. Dokumentasikan informasi vaksinasi (mis. Nama produsen, tanggal kadaluwarsa)</li> <li>c. Jadwalkan imunisasi pada interval waktu yang tepat</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan tujuan, manfaat, reaksi yang terjadi, jadwal dan efek samping</li> <li>b. Informasikan imunisasi yang diwajibkan pemerintah ( mis. Hepatitis, campak, BCG, difteri, tetanus, pertussis, H.influenza, polio, rubella)</li> <li>c. Informasikan imunisasi yang melindungi terhadap penyakit namun saat ini diwajibkan pemerintah (mis. Influenza, pneumokokus)</li> <li>d. Informasikan vaksinasi untuk kejadian</li> </ul>
<p>Kondisi klinis terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. AIDS</li> <li>b. Luka bakar</li> <li>c. Penyakit paru obstruksi kronis</li> <li>d. Diabetes mellitus</li> <li>e. Tindakan invasive</li> <li>f. Kondisi penggunaan terapi</li> </ul>		

- steroid
- g. Penyalahgunaan obat
- h. Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW)
- i. Gagal ginjal
- j. Imunosupresi
- k. Lymphedema
- l. Leukositopenia
- m. Gangguan fungsi hati

husus(mis. Rabies, tetanus)

- e. Informasikan penundaan pemberian imunisasi tidak berarti mengulang jadwal imunisasi kembali
- f. Informasikan penyedia layanan Pekan imunisasi Nasional yang menyediakan vaksin gratis

Pencegahan infeksi

Tindakan : Observasi

- a. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik
- Terapeutik
- a. Batasi jumlah pengunjung
- b. Berikan perawatan kulit ada area edema
- c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- d. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Edukasi

- a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- b. Ajarakan cara mencuci tangan dengan benar
- c. Ajarkan etika batuk
- d. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- e. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- f. Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

Pemberian intervensi dengan Perawatan Luka : *Vulva hygiene* telah diuji keefektifannya dalam beberapa penelitian ilmiah penelitian lain sebagai berikut :

1. Jurnal : E-journal Keperawatan (e-Kp) Vol.3,No. 2 Oktober 2015.

- a. Judul : Hubungan *Vulva hygiene* Dengan Pencegahan Infeksi Luka Perineum Pada Ibu Post Partum Di Rumah Sakit Pancaran Kasih Gmim Manado
- b. Peneliti : Sriani Timbawa , Rina Kundre dan Yolanda Bataha
- c. Metode : Desain Penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain deskriptif analitik dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Sampel diambil dengan teknik Total Sampling. Jumlah responden yang diambil secara total sampling yaitu 36 responden. Hasil Penelitian dengan menggunakan *Uji Chi-square* diperoleh nilai *vulva hygiene* yang bermakna yaitu  $p=0,001$  yang lebih kecil dari  $\alpha = 0,05$ .
- d. Tujuan : Tujuan penelitian ini menganalisa hubungan *vulva hygiene* dengan pencegahan infeksi luka perineum pada ibu post partum di Rumah Sakit Pancaran Kasih GMIM Manado
- e. Kata kunci : *Vulva Hygiene*, Luka Perineum



Dengan Episiotomi, Ibu Post Partum

- f. Latar belakang : *Vulva hygiene* adalah membersihkan vulva dan daerah sekitarnya pada pasien wanita yang sedang nifas atau tidak dapat melakukannya sendiri. *Vulva hygiene* juga bertujuan untuk mencegah infeksi, untuk penyembuhan luka jahitan perineum dan untuk kebersihan perineum. Diantara infeksi pada masa nifas adalah infeksi yang terjadi karena perlukaan jalan lahir. Perlukaan jalan lahir dapat terjadi karena kesalahan sewaktu memimpin suatu persalinan tetapi dapat juga terjadi karena laserasi atau tindakan episiotomi
- g. Hasil penelitian : Berdasarkan tingkat *vulva hygiene* didapatkan 4 responden kurang baik sebesar 11,1%, jumlah 32 responden baik sebesar 88,9%. Sedangkan berdasarkan tanda REEDA didapatkan 7 responden kurang baik (19,4%), 29 responden baik (80,6%). Hasil analisa statistik menggunakan uji *chi-square* pada tingkat kemaknaan  $\alpha = 0,05$  atau interval kepercayaan  $p < 0,05$ . Hasil uji statistic diperoleh  $p = 0,001 < \alpha (0,05)$ , dengan demikian dapat dikatakan bahwa ada hubungan *vulva hygiene* dengan pencegahan infeksi luka erineum pada ibu post partum di Rumah Sakit Pancaran Kasih GMIM Manado. Kemudian didapatkan  $OR = 10,667$  yang berarti bahwa peran *vulva hygiene* baik berpeluang 10 kali lipat besar terhadap pencegahan infeksi dibandingkan dengan *vulva hygiene*

kurang.

- h. Kesimpulan : Berdasarkan hasil penelitian maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan *vulva hygiene* dengan pencegahan infeksi luka perineum ada ibu post partum di Rumah Sakit Pancaran Kasih GMIM Manado.

2. Jurnal 2: Oksitosin, Kebidanan. Vol.VI, No.1, Februari 2019

- a. Judul : Pengaruh Kemampuan *Vulva hygiene* Terhadap Waktu Penyembuhan Luka Perineum Pada Ibu Post Partum primipara.
- b. Peneliti : Ponco Indah Arista Sari
- c. Metode : Penelitian ini menggunakan metode studi korelasional, desain penelitian *longitudinal prospektif (cohort)*. Sampel adalah semua ibu nifas yang mengalami ruptur / luka perineum di puskesmas desa wilayah kerja Turi Lamongan sebanyak 30 responden.
- d. Tujuan : Bertujuan untuk mengetahui pengaruh kemampuan ibu terhadap kebersihan vulva terhadap penyembuhan luka perineum post partum waktu
- e. Kata kunci : Kemampuan Kebersihan Vulva, Waktu Penyembuhan Luka, Post Partum
- f. Latar belakang : Perawatan khusus sangat diperlukan agar daerah genetalia yang mengalami perlukaan bias sembuh dengan cepat tanpa komplikasi. Tindakan menjaga kebersihan pada

daerah perineum memberikan kesempatan untuk melakukan inspeksi secara rendahnya kemampuan ibu dalam melakukan *vulva hygiene* secara benar. Pada kasus ini kebanyakan ibu nifas yang mengalami luka perineum tidak melakukan *vulva hygiene* dengan benar dipengaruhi beberapa faktor, salah satu diantaranya yaitu sikap ibu nifas tersebut. Ibu merasa belum mampu melakukan *vulva hygiene* dengan benar.

g. Hasil penelitian : Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu post partum yang kemampuannya kurang dalam melaksanakan *vulva hygiene* semuanya mengalami keterlambatan penyembuhan luka yaitu sebanyak 14 orang (100%), sedangkan yang kemampuan *vulva hygienenya* cukup lebih dari setengah responden mengalami penyembuhan luka yang lambat yaitu sebanyak 7 orang (63,64%), serta yang kemampuan *vulva hygienenya* baik semuanya mengalami penyembuhan luka cepat yaitu sebanyak 9 orang (100%). Setelah dilakukan uji Spearman rank dengan  $\alpha 0,05$  menggunakan SPSS didapatkan hasil  $p$  Value  $< 0,05$  hal ini berarti  $H_0$  ditolak/ $H_a$  diterima, artinya ada pengaruh kemampuan *vulva hygiene* terhadap waktu penyembuhan luka perineum pada ibu post partum.

h. Kesimpulan : Dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan pengaruh kemampuan *vulva hygiene* terhadap waktu penyembuhan luka perineum pada ibu post partum primipara

3. Jurnal 3: Jurnal Siklus Vol.6, No.1, Februari 2017

- a. Judul : Hubungan Antara *Vulva hygiene* Dengan Lama Penyembuhan Luka Perineum Di Bps Ny S Desa Grobog Wetan Kecamatan Pangkah Kabupaten Tegal Tahun 2015
- b. Peneliti : Seventina Nurul Hidayah
- c. Metode : Pada penelitian ini merupakan jenis penelitian analitik. Desain atau rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *case control* atau kasus kontrol. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini dengan *nonprobability* sampling yaitu sampel jenuh atau total sampling sebanyak 50 responden. Data primer didapatkan dari anamnesa dan observasi secara langsung terhadap responden.
- d. Tujuan : Bertujuan untuk mengetahui hubungan *vulva hygiene* dengan lama penyembuhan luka perineum
- e. Kata kunci : *Vulva Hygiene*, Penyembuhan Luka Perineum
- f. Latar belakang : Ibu nifas yang mengalami luka perineum sangat rentan terhadap terjadinya infeksi, karena luka perineum yang tidak dijaga dengan baik dan kebersihan daerah perineum yang tidak terjaga kebersihannya akan sangat berpengaruh terhadap lama kesembuhan luka perineum Luka pada perineum akibat episiotomi, ruptura, atau laserasi

merupakan daerah yang tidak mudah untuk dijaga agar tetap bersih dan kering. Luka pada perineum dapat mengakibatkan infeksi akibat masuknya mikroorganisme ke dalam luka perineum. Infeksi dapat terjadi, tetapi sangat kecil kemungkinannya jika luka perineum dirawat dengan baik.

- g. Hasil penelitian : Hasil penelitian dengan menggunakan *Chi Square* dengan menggunakan program SPSS dengan  $df = 2$  dan taraf kesalahannya 5% (taraf kepercayaan 95%) diperoleh  $\chi^2$  tabel = 3,481 dan  $\chi^2$  hitung = 18,473. Yang berarti  $\chi^2$  hitung lebih besar dari  $\chi^2$  tabel ( $25,027 > 5,991$ ) dan korelasi antara *vulva hygiene* pada ibu post partum dengan tingkat penyembuhan luka perineum didapatkan  $P$  value = 0,000 yang berarti bahwa  $P$  value < dari  $\alpha$  ( $P$  value 0,000 < 0,05). Ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara *vulva hygiene* pada ibu post partum dengan tingkat penyembuhan luka perineum Di BPS Ny S Desa Grobog Wetan Kecamatan Pangkah Kabupaten Tegal Tahun 2015 dengan responden yang melakukan *vulva hygiene* dengan teratur sebagian besar mengalami tingkat penyembuhan luka perineum dengan kategori cepat. Berdasarkan Odds rasio dapat disimpulkan bahwa ibu yang melakukan *Vulva hygiene* mempunyai resiko 18,9 kali mengalami tingkat penyembuhan luka perineum dengan kategori cepat dibandingkan dengan ibu yang tidak melakukan *vulva*

*hygiene.*

- h. Kesimpulan : Dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara *vulva hygiene* pada ibu post partum dengan tingkat penyembuhan luka perineum Di BPS Ny S Desa Grobog Wetan Kecamatan Pangkah Kabupaten Tegal Tahun 2015

Dalam persepektif islam telah mengatur yang ingin manusia lakukan dalam segi hal begitupun dalam segi masa nifas seperti yang dijelaskan. Perawatan vulva dilakukan setiap pagi dan sore sebelum mandi, sesudah buang air kecil atau buang air besar dan bila ibu nifas merasa tidak nyaman karena lochia berbau atau ada keluhan rasa nyeri.

Hadits (HR : Tarmizi)

عَنْ سَعْدِ بْنِ أَبِي وَقَّاصٍ عَنِ أَبِيهِ عَنِ النَّبِيِّ ﷺ : إِنَّ اللَّهَ طَيِّبٌ يُحِبُّ الطَّيِّبَ نَظِيفٌ يُحِبُّ النَّظَافَةَ كَرِيمٌ يُحِبُّ الْكِرَامَ جَوَادٌ يُحِبُّ الْجُودَ فَتَظْفَرُوا أَفْنِيَّتِكُمْ (رواه الترمذي)

Artinya “Diriwayatkan dari Sa‘ad bin Abi Waqas dari bapaknya, dari Rasulullah saw. : Sesungguhnya Allah SWT itu suci yang menyukai hal-hal yang suci, Dia Maha Bersih yang menyukai kebersihan, Dia Maha Mulia yang kemuliaan, Dia Maha Indah yang menyukai keindahan, maka itu bersihkanlah tempat-tempatmu (Hadits (HR : Tarmizi)

عَنْ عَلِيِّ بْنِ عَبْدِ الْأَعْلَى عَنْ أَبِي سَهْلٍ وَ اسْمُهُ كَثِيرُ بْنُ زِيَادٍ عَنْ مَسَّةَ  
كَانَتِ النِّسَاءُ تَجْلِسُ عَلَى عَهْدِ رَسُولِ اللَّهِ ص : أُمِّ سَلَمَةَ قَالَتْ عَنْ الْأَزْدِيَّةِ  
كُنَّا أَرْبَعِينَ يَوْمًا وَالْخَمْسَةَ الْآلِ الْنِسَائِي نُطْلِي وَجُوهَنَا بِالْوَرَسِ مِنَ الْكَلْفِ

Dari „Ali bin „Abdil A“laa, dari Abu Sahal (namanya sendiri : Katsir bin Ziyad), dari Massah Al-Azdiyah, dari Ummu Salamah ia berkata, “Adalah wanita-wanita nifas di masa Rasulullah SAW tidak shalat selama 40 hari, dan kami memberikan pilis pada wajah- wajah kami dengan warna merah tua yang terbua tdari daun wars”. [HR. Khamsah kecuali Nasai]

#### 2.4.7 Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan pengolahan dan perwujudan dari suatu rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap intervensi atau perencanaan. Fokus pada intervensi keperawatan antara lain mempertahankan daya tahan tubuh, mencegah komplikasi, menemukan perubahan system tubuh, menetapkan hubungan.Klien dengan lingkungan, implementasi pesan dokter (Sri Wahyuni, 2016).

Implementasi yang dilakukan perawat dalam studi literatur ini yaitu dengan memberikan perawatan luka atau kulit dengan tindakan *vulva hygiene*. Yang bertujuan untuk membersihkan pada daerah vulva bagian luar sehingga terhindar dari timbulnya infeksi sekaligus dalam proses penyembuhan luka.

#### 2.4.8 Evaluasi keperawatan

Evaluasi atau tahap penilaian merupakan tindakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan (Sri Wahyuni, 2016).

Teknik penulisan SOAP

- a. *S (Subjective)* : bagian ini meliputi data subjektif atau informasi yang didapatkan dari klien setelah mendapatkan tindakan, seperti klien menguraikan gejala sakit atau menyatakan keinginannya untuk mengetahui tentang pengobatan. Ada tidaknya data subjektif dalam catatan perkembangan tergantung pada keautan penyakit klien.
- b. *O (Objective)* : Informasi yang didapatkan berdasarkan hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan perawat setelah tindakan. Misalnya pemeriksaan fisik, hasil laboratorium, observasi atau hasil radiologi.
- c. *A (Assesment)* : Membandingkan antara informasi subjektif & objektif dengan tujuan&kriteria hasil yang kemudian dapat ditarik kesimpulan bahwa masalah teratasi, masalah teratasi sebagian, atau masalah tidak teratasi.



d. P (*Planning*) : Perencanaan bergantung pada pengkajian situasi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Rencana dapat meliputi instruksi untuk mengatasi masalah klien, mengumpulkan data tambahan tentang masalah klien, pendidikan bagi individu atau keluarga, dan tujuan asuhan.

Rencana yang terdapat dalam evaluasi atau catatan SOAP dibandingkan dengan rencana pada catatan terdahulu, kemudian dapat ditarik keputusan untuk merevisi, memodifikasi, atau meneruskan tindakan yang lalu.

Evaluasi membandingkan antara intervensi dan hasil dari implementasi keperawatan. Evaluasi selama tiga hari yaitu tidak ada tanda dan gejala infeksi. Berdasarkan hasil yang didapatkan adanya jumlah leukosit dan suhu yang normal, tidak ada tanda dan gejala dari infeksi, dan keadaan luka yang membaik. Hasil asuhan keperawatan dengan hasil penelitian sebelumnya membuktikan bahwa adanya terhadap hasil yang dicapai yaitu tidak ada tanda dan gejala infeksi dan jumlah leukosit dan suhu normal.

## 2.5 Hubungan Antar Konsep

