

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep *Episiotomi***

##### **2.1.1 Pengertian**

*Episiotomi* adalah suatu tindakan insisi pada perineum untuk memperlebar jalan lahir menurut alur waktu tertentu, insisi dilakukan pada saat kontraksi, ketika jaringan sedang merentang, agar mudah terlihat daerahnya, dan perdarahan dengan kemungkinan tidak terlalu parah (Nurasiah Ai dkk,2014). Pendapat selanjutnya mengatakan bahwa *Episiotomi* adalah suatu tindakan insisi bedah yang dilakukan pada perineum untuk memudahkan kelahiran pada bagian presentase janin , praktik ini harus dibatasi sesuai kebutuhan klinis (Baston Hellen dkk, 2016).

##### **2.1.2 Tujuan *Episiotomi***

1. Fasilitas untuk persalinan dengan tindakan atau menggunakan instrument
2. Mencegah robekan perineum yang baku atau diperkirakan tidak mampu beradaptasi terhadap regangan yang berlebihan (misalnya bayi yang sangat besar atau makrosomnia)
3. Mencegah kerusakan jaringan pada ibu dan bayi pada kasus presentase upnormal (bokong, muka, ubun-ubun kecil di belakang) dengan menyediakan tempat lebih luas untuk persalinan yang aman (Pudiastuti Ratna Dewi, 2012).

### 2.1.3 Etiologi

1. Etiologi yang berasal dari janin menurut (Damayanti dkk, 2014)

- a. Janin prematur
- b. Janin letak sungsang, letak defleksi
- c. Bayi yang besar

Berat seorang bayi normal adalah antara 2.500-4.000 gram. Bayi besar (*makrosomia*) adalah bayi dengan berat badan diatas 4 kilogram (Andalas. 2014)

2. Etiologi yang berasal dari ibu

- a. Primagravida, khusus pada primagravida, laserisasi jalan lahir sulit dihindari sehingga untuk keamanan dan memudahkan menjahit laserisasi kembali dilakukan *Episiotomi*, selain itu *Episiotomi* dipertimbangkan pada multigravida dengan intoroitus vaginae yang sempit.
- b. Ada bekas *Episiotomi* yang sudah diperbaiki (Mutmainah dkk., 2017).
- c. Perineum kaku dan riwayat robekan perineum pada persalinan lalu.
- d. Terjadi peregangan perineum yang berlebihan misalnya persalinan sungsang, persalinan cunam dan ekstraksi vakum.

### 2.1.4 Jenis-jenis *Episiotomi*

1. *Episiotomi* Mediolateralis menurut (Oxorn, 2010)

- a) Pemotongan dimulai dari garis tengah *fossa vestibula* vagina ke posterior ditengah antara *spina ishiadica* dan anus

- b) Dilakukan pada ibu yang memiliki perineum pendek dan pernah *rupture grade*
- c) Kemungkinan perluasan laserisasi ke *sphincter ani* akan semakin kecil
- d) Penyembuhan terasa lebih sakit dan lama
- e) Mungkin ibu merasakan kehilangan darah yang lebih banyak
- f) Sulit dijahit
- g) Bekas luka parut kurang baik.
- h) Intritus vagina melebar
- i) Biasanya luka *Episiotomi* diikuti dengan rasa nyeri karena berhubungan dengan *dyspareunia*

## 2. *Episiotomi* Medialis

- a) Tindakan *Episiotomi* medialis penyembuhannya tidak terlalu sakit karena menghindari pembuluh-pembuluh darah dan syaraf
- b) Secara anatomis lebih alamiah
- c) Dengan anatomis yang lebih muda menjadikan penjahitan luka lebih mudah
- d) Kehilangan darah lebih sedikit
- e) Jika meluas bisa lebih memanjang sampai ke *spinchter ani* yang mengakibatkan kehilangan darah lebih banyak, lebih sulit dijahit dan jika sampai *sphincter ani* harus dirujuk (Tando Naomy Marie, 2013).

### 2.1.5 Patofisiologi

Ibu dengan persalinan *Episiotomi* disebabkan adanya persalinan yang lama karena ditemukan janin yang prematur, letak sungsang, janin dengan ukuran besar, selain itu tindakan ini dilakukan karena kondisi ibu dengan perineum yang kaku, ataupun adanya riwayat robekan perineum dimasa lalu. Persalinan *Episiotomi* mengakibatkan terputusnya jaringan yang dapat menyebabkan penekanan pembuluh syaraf sehingga timbul rasa nyeri, pada kondisi seperti ini ibu pasti akan merasa cemas bahkan untuk BAB pun takut, kondisi seperti ini menyebabkan resti kontipasi. Selain itu terputusnya jaringan juga menyebabkan rusaknya pembuluh darah dan timbul resiko defisit volume cairan, apabila tidak dirawat dengan baik ibu akan mengalami resiko infeksi pada insisi *Episiotomi* karena kuman akan mudah berkembang.

Pada saat masa nifas setelah 6 minggu persalinan ibu akan mengalami perubahan fisiologis dan psikologis. Perubahan fisiologisnya uterus pada ibu berkontaksi kondisi ini menyebabkan ibu mengeluhkan nyeri. Pada perubahan psikologis ibu mengalami *Taking In*, *Taking Hold*, dan *Letting Go*. pada fase *Taking In* biasanya ibu mengalami kondisi yang lemah terfokus pada diri sendiri sehingga ibu sangat membutuhkan bantuan dari orang lain yang mengakibatkan defisit perawatan diri, sedangkan pada fase *Taking Hold* ibu akan menjumpai hal baru sehingga ibu membutuhkan banyak informasi dari orang lain, setelah itu perlahan ibu mampu menyesuaikan diri dengan

keluarga sehingga ibu disebut mandiri, menerima tanggung jawab dan peran baru sebagai orang tua fase ini disebut *Letting Go*.

### 2.1.6 Manifestasi Klinis

#### 1. Laserisasi perineum

Biasanya terjadi sewaktu kepala janin dilahirkan, luas robekan didefinisikan berdasarkan kedalam robekan :

- 1) Derajat pertama (robekan mencapai kulit dan jaringan)
- 2) Derajat kedua (robekan mencapai otot-otot perineum)
- 3) Derajat ketiga (robekan berlanjut ke otot sfinger ari)
- 4) Derajat empat (robekan mencapai dinding rectum anterior)

#### 2. Cedera Serviks

Terjadi jika serviks beretraksi melalui kepala janin yang keluar, laserisasi serviks akibat persalinan terjadi pada sudut lateral *ostium eksterna*, kebanyakan dangkal dan perdarahan minimal.

#### 3. Laserasi Vagina

Sering menyertai robekan perineum, robekan vagina cenderung mencapai dinding lateral (*sulsi*) dan jika cukup dalam, dapat mencapai *lavetor ani*.

### 2.1.7 Indikasi *Episiotomi*

1. Gawat janin, untuk menolong keselamatan janin, maka persalinan harus segera diakhiri.
2. Persalinan pervaginium dengan penyulit, misalnya presbo, distokia bahu, akan dilakukan ekstraksi forcep, ekstraksi vacum.
3. Jaringan parut pada perineum ataupun pada vagina

4. Perinium kaku dan pendek
5. Adanya ruptur yang membakak pada perineum
6. Premature untuk mengurangi tekanan pada kepala janin (Nurasiah Ai dkk, 2014).

#### **2.1.8 Kontraindikasi *Episiotomi***

1. Bila persalinan tidak berlangsung pervaginium
2. Bila terdapat kondisi untuk terjadinya perdarahan yang banyak seperti penyakit kelainan darah maupun terdapatnya varises yang luas pada vulva dan vagina

#### **2.1.9 Resiko *Episiotomi***

Tindakan *Episiotomi* sering kali mengakibatkan ibu mengalami inkontinensia urine hal ini disebabkan adanya sayatan yang dilakukan dengan memotong jaringan otot dan kulit, selain itu *Episiotomi* juga berkaitan dengan timbulnya trauma pada perineum yang robek. Ibu yang mengalami tindakan ini memerlukan penjahitan untuk menutup sayatan dan waktu yang lebih lama untuk pulih, sayatannya juga memberikan ketidaknyamanan yang dirasakan, ibu juga cenderung takut untuk bergerak karena merasakan nyeri pada sayatan. Anestesi lokal yang diberikan kepada ibu sebelum tindakan dilakukan juga menyebabkan edema, penurunan fleksibilitas dan peningkatan robekan area sayatan. Pemulihan area perineum yang robek secara alami menunjukkan hasil yang lebih baik dibandingkan sayatan buatan (Pratami, 2016).

### 2.1.10 Komplikasi

#### 1. Kehilangan Darah

Karena tindakan *Episiotomi* mengakibatkan terputusnya jaringan sehingga merusak pembuluh darah maka akan terjadi perdarahan selain itu juga bisa disebabkan karena tindakan *Episiotomi* terlalu dini, sedangkan persalinan masih jauh, jika perdarahan merembes yang tidak diketahui akan menimbulkan hematoma lokal.

#### 2. Dispareunia

Mungkin hanya bersifat sementara, karena takut, tetapi sekitar 5% dapat menjadi permanen.

#### 3. Infeksi

Terputusnya jaringan pada tindakan *Episiotomi* jika tidak dilakukan perawatan luka yang benar maka akan menyebabkan kuman mudah berkembang, selain itu resiko infeksi juga berhubungan dengan ketidaksterilan alat-alat yang digunakan dan adanya jahitan terbuka kembali.

#### 4. Gangguan Psikososial

Ibu pasca lahiran akan mengalami perubahan psikososial yang dapat berpengaruh pada integritas keluarga dan menghambat ikatan emosional antara bayi dan ibu, beberapa kondisi menunjukkan keamanan dan kesejahteraan ibu terancam.

#### 5. Hematoma lokal

- 1) Perdarahan merembes yang tidak didasari dapat menimbulkan hematoma

- 2) Hematoma dapat menjadi sumber : infeksi sekunder dan menyebabkan terjadi luka terbuka kembali.

### 2.1.11 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Tucker, Susan martin, 1998. Dalam buku Aplikasi nanda 2015)

1. Pemantauan janin kesehatan janin
2. Pemantauan EKG
3. JDL dengan diferensial
4. Elektrolit
5. Hemoglobin/Hematokrit
6. Golongan Darah
7. Urinalis
8. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
9. Ultrasound sesuai pesanan.

### 2.1.12 Perawatan Postpartum *Episiotomi*

Pada ibu pasca melahirkan biasanya mengalami komplikasi obstetric ataupun medis membutuhkan observasi secara ketat setelah resiko *Episiotomi*. Ibu sangat memerlukan perawatan intensif, bagi tim kesehatan harus siap sedia dalam memberikan asuhan keperawatan.

Perawatan yang umum dilakukan kepada ibu, diantaranya :

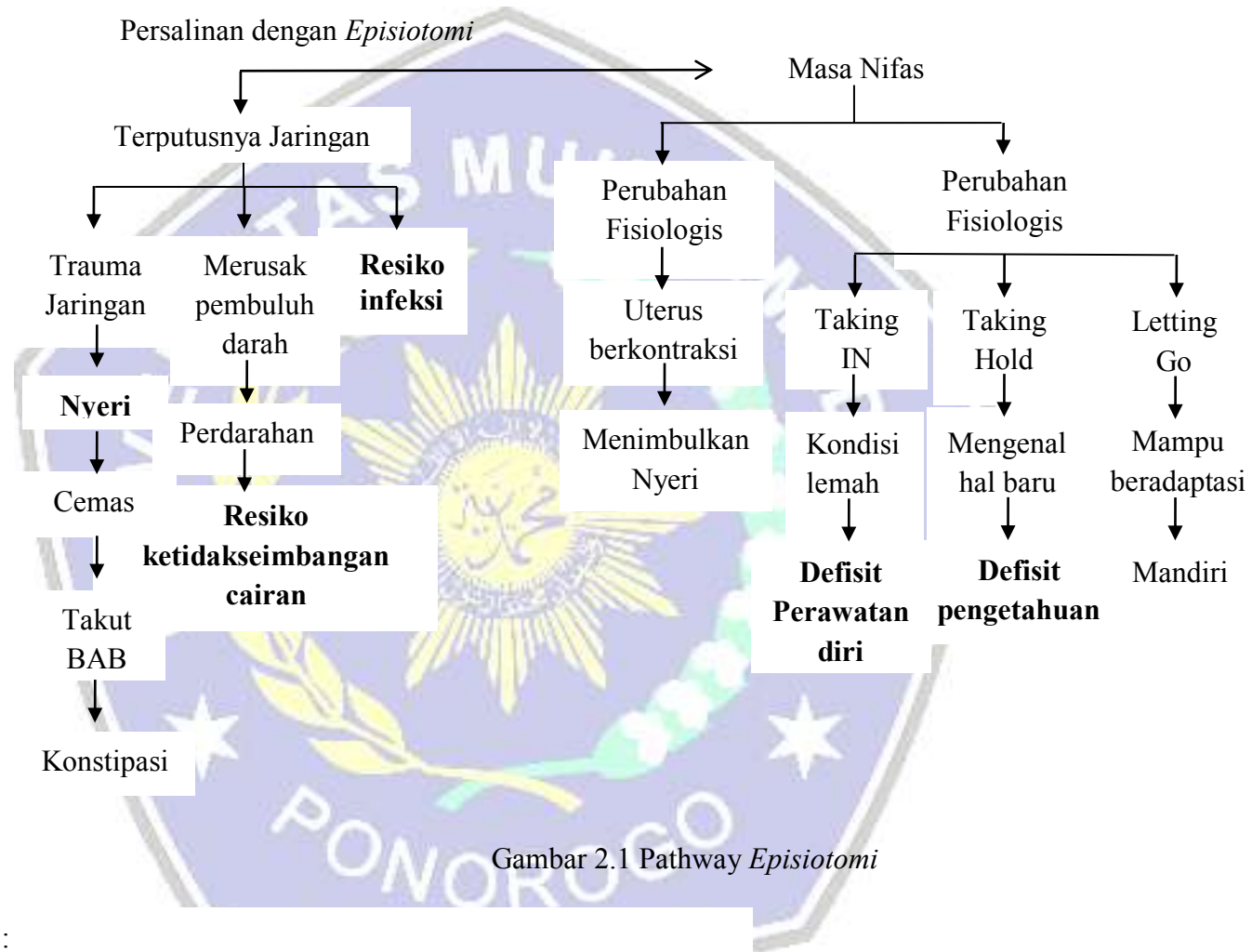
1. Pengkajian tanda-tanda vital dengan interval diatas (15menit).  
Pastikan ibu dalam kondisi stabil.
2. Ukur tinggi fundus uteri (TFU), adanya perdarahan dari luka sayatan dan jumlah lokea.



3. Cairan pada ibu harus seimbang.
4. Pastikan ibu diberikan anelgesa yang adekuat.
5. Anjurkan fisioterapi dada dan ambulasi dini jika tidak ada kontraindikasi.
6. Sebelum pemulangan berikan adukasi ringan seputar hal yang ibu belum ketahui, beri kesempatan ibu untuk bertanya dan jawab pertanyaan-pertanyaan ibu dengan tepat.
7. Berikan jadwal bagi ibu untuk melakukan pengkajian ulang pasca persalinan guna memastikan penyembuhan akan berlangsung cepat, diskusikan perihal kehamilan berikutnya dan juga tindak lanjut perawatan untuk kondisi medisnya (Fraser, 2012).



### 2.1.13 Pathway



Gambar 2.1 Pathway *Episiotomi*

Sumber :

1. Bobak, L.M, 2014
2. Doengoes, E.M. 2011

## 2.2 Konsep Teori Nyeri

### 2.2.1 Pengertian

Nyeri adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (SDKI).

*International Association for the study of pain* (IASP) mendefinisikan nyeri sebagai pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial selain itu nyeri juga didefinisikan sebagai suatu sensori subyektif yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan (Potter dan Perry, 2005 Dalam Mohammad, 2012).

### 2.2.2 Penyebab Nyeri

Penyebab nyeri diklasifikasikan ke dalam dua penyebab yaitu:

#### 1. Fisik

##### a. Trauma (Mekanik, termis, kimiawi, dan elektik)

1) Trauma mekanik menimbulkan nyeri karena ujung-ujung saraf mengalami kerusakan akibat benturan, gesekan atau luka.

##### 2) Trauma Termis

Trauma termis menimbulkan nyeri karena ujung saraf reseptor mendapat rangsangan akibat panas, dingin.

##### 3) Trauma Kimiawi

Terjadi karena tersentuh zat asam atau basa yang kuat

#### 4) Trauma Elektrik

Dapat menimbulkan nyeri karena pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor area nyeri.

b. Neoplasma menyebabkan nyeri karena terjadinya tekanan atau kerusakan jaringan yang mengandung reseptor nyeri dan juga tarikan, jepitan, atau *metastase*.

c. Nyeri pada peradangan terjadi karena kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya peradangan atau terjepit oleh pembengkakan.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa nyeri yang disebabkan oleh faktor fisik berkaitan dengan terganggunya saraf reseptor nyeri.

#### 2. Psikologis

Nyeri yang disebabkan faktor psikologis merupakan nyeri yang dirasakan bukan karena penyebab organik, melainkan akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik. Nyeri karena faktor ini disebut *psychogenic pain*.

#### 2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Menurut prasetyo (2010), faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi dan reaksi nyeri antara lain:

##### 1. Usia

Usia merupakan variable yang penting dalam mempengaruhi nyeri pada individu. Anak yang masih kecil mengalami kesulitan dalam memahami nyeri, belum bisa mengucapkan nyeri dengan kata-kata dan juga belum bisa mengekspresikan

nyeri kepada orang tua maupun kepada perawat, sebagian anak takut untuk mengungkapkan nyeri yang mereka alami, biasanya mereka takut akan tindakan perawat yang harus mereka terima nantinya, berbeda dengan lansia, perawat akan mudah dalam melakukan pengkajian rinci terhadap nyeri yang dilaporkan pasien, namun seringkali lansia memiliki sumber nyeri lebih dari satu, terkadang penyakit yang berbeda-beda yang diderita lansia menimbulkan gejala yang sama, sebagai contoh nyeri dada tidak selalu mengindikasikan serangan jantung, nyeri dada dapat timbul karena gejala arthritis pada spinal dan gejala gangguan abdomen.

### 2. Lokasi dan tingkat nyeri

Nyeri yang dirasakan setiap individu pasti berbeda dalam intensitas dan tingkat keparahannya. nyeri yang dirasakan dibedakan menjadi 3 yaitu : ringan sedang dan berat, dalam kaitannya dengan kualitas nyeri, masing-masing individu juga akan bervariasi, ada yang mengungkapkan nyeri seperti tertusuk, nyeri tumpul, berdenyut, terbakar dan lain sebagainya, sebagai contoh individu yang mengalami luka bakar akan melaporkan nyeri yang berbeda dengan individu yang tertusuk jarum.

### 3. Jenis kelamin

secara umum pria dan wanita tidak mengalami perbedaan yang signifikan dalam merespon nyeri, akan tetapi budaya masyarakat menganggap bahwa dibandingkan wanita, laki-laki harus lebih

berani dan tidak menangis dalam mengalami situasi yang sama ketika merasakan nyeri.

#### 4. Kepercayaan

kepercayaan seseorang dapat meningkatkan maupun menahan rasa nyeri, terutama pemahaman tentang nyeri yang dimiliki individu merupakan penyebab yang mungkin atau implikasinya.

#### 5. Perhatian

tingkat perhatian individu terhadap nyeri akan mempengaruhi persepsi nyeri sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan penurunan respon nyeri. Konsep inilah yang mendasari berbagai terapi untuk menghilangkan nyeri, seperti latihan pernapasan, teknik imajinasi terbimbing (*guide imagery*), dan masase.

#### 6. Ansietas (kecemasan)

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks, ansietas yang dirasakan seseorang seringkali meningkatkan persepsi nyerinya.

#### 7. Keluarga dan support sosial

Individu yang mengalami nyeri seringkali membutuhkan dukungan, bantuan, perlindungan dan anggota keluarga lain, atau teman terdekat, walaupun nyeri masih dirasakan oleh klien, kehadiran orang terdekat akan meminimalkan ketakutan kesepian.

#### 8. Pola koping

penderita biasanya mencari jalan untuk mengatasi efek nyeri baik fisik maupun psikologis, penting untuk mengerti sumber koping individu selama nyeri, sumber-sumber koping ini berasal dari keluarga, latihan dan bernyanyi dapat digunakan sebagai rencana untuk mensupport klien dan menurunkan rasa nyeri. Kepercayaan pada agama dapat memberi kenyamanan untuk berdo'a, memberikan banyak kekuatan untuk mengatasi ketidaknyamanan yang dialami.

#### 9. Kebudayaan

latar belakang etnik dan warisan budaya telah lama dikenal sebagai factor-faktor yang mempengaruhi nyeri dan ekspresi nyeri tersebut, perilaku yang berhubungan dengan nyeri adalah sebuah bagian dari proses sosialisasi.

### 2.2.4 Klasifikasi Nyeri

Nyeri umumnya dikelompokkan menjadi 2, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis :

#### 1. Nyeri akut

Nyeri akut biasanya datang tiba-tiba, umumnya berkaitan dengan cedera spesifik, jika kerusakan tidak lama terjadi dan tidak ada penyakit sistematik, nyeri akut biasanya menurun sejalan dengan penyembuhan. Nyeri akut didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung tidak melebihi 6 bulan dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot.

## 2. Nyeri kronis

merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan biasanya berlangsung dalam waktu yang cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan, yang termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis dan psikomatik.

Perbedaan nyeri akut dan nyeri kronis :

### a. nyeri akut

1. pengalaman : suatu kejadian
2. sumber : sebab eksternal atau penyakit dari dalam
3. serangan : mendadak
4. waktu : tidak lebih dari 6 bulan
5. pernyataan nyeri : daerah nyeri tidak diketahui dengan pasti
6. gejala-gejala klinis : pola respon yang khas dengan gejala yang lebih jelas
7. pola : terbatas
8. perjalanan : biasanya berkurang setelah beberapa saat
9. contoh : nyeri bedah, trauma

### b. nyeri kronis

1. pengalaman : suatu situasi ataupun eksistensi
2. sumber : tidak diketahui atau pengobatan yang terlalu lama
3. serangan : mendadak, berkembang dan terselubung
4. waktu : lebih dari 6 bulan
5. pernyataan nyeri : daerah nyeri sulit dibedakan sehingga sulit dievaluasi



6. gejala-gejala : pola respon yang bervariasi sedikit gejala-gejala (adaptasi)
7. pola : berlangsung terus dan bervariasi
8. perjalanan : penderitaan meningkat setelah beberapa saat
9. contoh : nyeri kanker, arthritis, eurigal terminal

selain klasifikasi nyeri diatas, terdapat lagi jenis nyeri yang lebih spesifik diantaranya nyeri verisal, nyeri somatic, nyeri menjalar, nyeri psikogenik, nyeri phantom, (referensi pain) dan ekstremitas, nyeri neugrologis dan lain sebagainya.

#### **2.2.5 Respon terhadap nyeri**

Nyeri didefinisikan sebagai suatu pengalaman sensori dan emosional yang tentunya akan menimbulkan respon terhadap tubuh kita, respon tubuh tersebut akan berespon pada seluruh sistem organ tubuh, mulai dari respon fisiologi, psikologi dan metabolik pada pasien yang menderita nyeri.

Pada awalnya saraf simpatik pada tubuh kita akan berespon melawan atau menghindari rasa nyeri, apabila rasa nyeri terus berlanjut maka tubuh kita akan beradaptasi. Adaptasi terhadap nyeri tersebut akan terjadi apabila sudah lama, beberapa jam atau beberapa hari setelah mengalami nyeri, umumnya penderita nyeri akan belajar bagaimana mengendalikan nyeri yang dialami seperti akan melakukan perilaku pengalihan, imajinasi, melakukan aktifitas kognitif dan dengan banyak tidur, selain itu juga pemberian analgetik, melakukan pemijatan

terhadap area nyeri dan berolahraga akan mengurangi rasa nyeri yang timbul.

Individu yang mengalami nyeri akan mengalami keletihan dan membuat penderita terlalu letih untuk merintih dan menangis, tak jarang orang yang mengalami nyeri waktu tidurnya akan bertambah lama, bahkan dengan nyeri hebat sekali pun, kondisi tersebut menunjukkan bahwa individu sudah mampu mengendalikan nyeri yang dialami dirinya dengan baik, sudah tampak rileks karena sudah mahir dalam pengalihan perhatian terhadap nyeri.

#### **2.2.6 Karakteristik Nyeri**

Seorang perawat diharapkan tidak mendiagnosis nyeri yang dialami pasien dengan sederhana, mengkaji pasien hanya mengalami ketidaknyamanan.

Perawat dapat mengkaji perilaku pasien yang menarik diri dari komunikasi, postur tubuh kaku. keluhan yang diungkapkan pasien dan ungkapan verbal mengenai ketidaknyamanan. Pasien yang mengalami nyeri biasanya akan menunjukkan kecemasan yang dapat ditegakkan dengan mengobservasi ketegangan, raut wajah klien, kontak mata minimal, gelisah dan ungkapan verbal kecemasan yang dialami. Selain itu penting untuk memahami lebih lanjut perihal karakteristik nyeri yang dialami pasien, dapat diukur dengan lokasi nyeri, durasi nyeri (menit, jam, hari atau bulan), periode nyeri (terus-menerus. hilang timbul, periode bertambah atau berkurangnya intensitas), dan kualitas nyeri (nyeri seperti ditusuk, seperti terbakar, dan lain sebagainya).

Untuk mempermudah pengukuran nyeri, bisa menggunakan metode PQRST, P *Provocate*. Q *Quality*. R *Region*, S *Scale*, and T *Time*.

1. P *Provocate*

perawat harus mengkaji, apakah ada peristiwa yang menjadi penyebab nyeri, apakah berkurang apabila dibuat beristirahat, apakah nyeri bertambah berat apabila dibuat beraktivitas, faktor-faktor yang dapat meredakan nyeri (misalnya dengan melakukan gerakan, kurang bergerak, pengerahan tenaga, istirahat, obat-obatan bebas, dan sebagainya) dan apa yang dipercaya klien dapat membantu mengatasi nyerinya.

2. Q *Quality*

kualitas nyeri merupakan sesuatu yang sifatnya subjektif yang dirasakan pasien pasti berbeda-beda, perawat harus mengkaji nyeri yang dirasakan seperti apa atau bagaimana penggambaran pasien, apakah seperti terbakar, berdenyut, tajam atau menusuk.

3. R *Region*

untuk mengkaji lokasi nyeri, perawat meminta klien menunjukkan lokasi nyeri yang dialami dengan tepat. Untuk melokalisasi lebih spesifik sebaiknya perawat meminta pasien menunjukkan daerah nyeri yang dirasakan dari rasa nyeri minimal sampai kearah nyeri yang hebat, hal ini akan sulit dilakukan apabila pasien mengungkapkan nyeri yang dirasakan bersifat menyebar atau difuse.

#### 4. S Scale

merupakan tingkat keparahan atau seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan, untuk mempermudah pengukuran, perawat dapat menunjukkan nilai nyeri dalam skala 1-10 dengan 0 berarti tidak sakit dan 10 rasa nyeri yang tak tertahankan (paling sakit).

#### 5. T Time

perawat mengkaji waktu muncul rasa nyeri, apakah muncul perlahan atau tiba-tiba, apakah nyeri muncul secara terus-menerus atau kadang-kadang, berapa sering untuk kambuh dan lainnya.

### 2.2.7 Pengukuran Nyeri

#### 1. *Visual Analog Scale* (VAS)

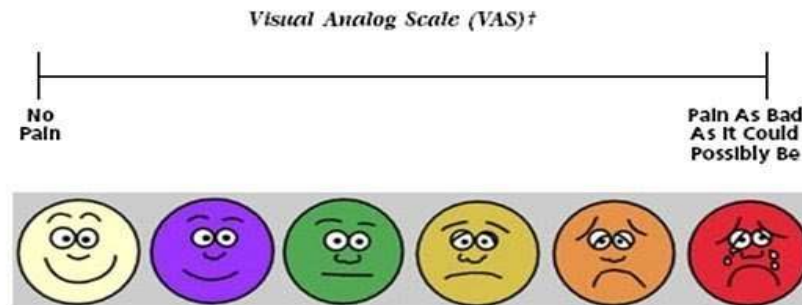
*Visual Analog Scale* (VAS) merupakan cara yang paling banyak dipergunakan untuk menentukan nilai nyeri, penggambaran pengukuran VAS dengan skala line secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami klien, rentang nyeri sebagai garis sepanjang 10cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter.

Tanda yang terdapat pada kedua ujung garis liner dapat berupa angka maupun deskriptif, ujung yang satu mewakili adanya nyeri yang dialami klien, sedangkan ujung yang lainnya mewakili rasa nyeri terparah, untuk skalanya dapat dibuat vertikal atau horizontal.

VAS juga dikembangkan menjadi skala meredanya rasa nyeri yang dirasakan klien, digunakan pada pasien anak >8 tahun dan dewasa.

Manfaat utama pengukuran VAS adalah penggunaannya sangat mudah, namun untuk periode pasca bedah VAS tidak memberikan

banyak manfaat karena VAS membutuhkan koordinasi visual dan motoric serta kemampuan konstruksi



Gambar 2.3 Skala Nyeri *Visual Analog Scale (VAS)*

Sumber : (Kozier, 2011)

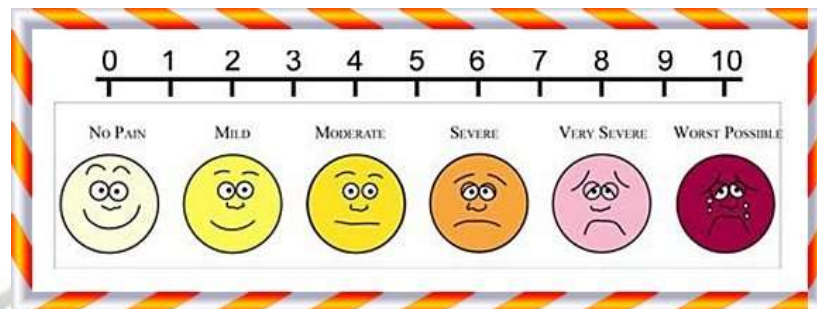
## 2. *Verbal Rating Scale (VRS)*

Pengukuran pada skala ini menggunakan ujung ekstrim, tidak berbeda jauh dengan VAS atau skala pereda nyeri lainnya, skala numeric verbal ini lebih bermanfaat pada periode pasca bedah, karena secara alami kata-katanya tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motoric. Skala verbal menggunakan kata-kata bukan garis ataupun angka untuk mengetahui tingkat nyeri pasien. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang dan parah, redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak merasakan nyeri, sedikit berkurang, cukup berkurang, dan nyeri hilang, karena VRS membatasi pilihan kata pasien, skala ini dapat membedakan berbagai tipe.



#### 4. Wong Baker Pain Rating Scale

Pengukuran ini digunakan pada pasien dewasa dan anak dengan usia >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka



Gambar 2.6 Skala Nyeri *Wong Baker Pain Rating Scale*

Sumber : (Agus wahadyo, 2013)

#### 2.2.8 Klasifikasi Pengalaman Nyeri

Klasifikasi nyeri dibedakan menjadi 3 fase yaitu antisipatori, sensasi dan akibat, dengan mengetahui fase nyeri akan memudahkan perawat untuk memahami gejala yang dialami pasien dan untuk mengetahui jenis terapi yang paling tepat dilakukan.

##### 1. Fase Antisepatori (terjadi sebelum nyeri diterima)

Pada fase ini memungkinkan seseorang belajar tentang nyeri dan upaya untuk menghilangkan nyeri tersebut, peran perawat dapat memberikan informasi pada pasien.

##### 2. Fase Sensasi (terjadi saat nyeri terasa)

Nyeri yang dirasakan pasien akan bereaksi berbeda-beda, toleransi terhadap nyeri merupakan titik dimana adanya suatu hal yang tidak diinginkan untuk menerima rasa nyeri dengan tingkat keparahan yang lebih tinggi dengan durasi waktu yang

lama, toleransi bergantung pada sikap, motivasi dan nilai yang diyakini setiap individu. Pasien dengan tingkat toleransi tinggi terhadap rasa nyeri yang dialami akan mampu memahami nyeri tanpa bantuan (Potter dan Perry, 2012).

### 3. Fase Akibat (Terjadi ketika nyeri berkurang dan berhenti)

Pada fase ini pasien masih membutuhkan kontrol dan pengawasan dari seorang perawat, karena nyeri bersifat krisis, sehingga dimungkinkan pasien masih mengalami gejala sisa. Perawat berperan dalam membantu memperoleh kontrol diri untuk menimbulkan rasa takut akan kemungkinan nyeri berulang (Potter dan Perry, 2012)

#### **2.2.9 Teori Nyeri Persalinan**

Terdapat beberapa teori yang menjelaskan tentang nyeri menurut (Maryuni, 2010), Berikut penjelasannya :

##### 1. *Specificity Theory*

Teori ini mengungkapkan bahwasannya reseptor nyeri tertentu dirangsang oleh tipe rangsangan spesifik yang mengirimkan impuls ke otak. Teori ini menyatakan adanya dasar fisiologis nyeri terapi, tidak menjelaskan komponen-komponen fisiologis dari nyeri maupun derajat toleransi nyeri.

##### 2. *Pattern Theory*

Teori ini menambahkan teori-teori yang belum ada pada teori *specificity theor*, teori ini menjelaskan bahwa rasa nyeri berasal dari tanduk dorsal spinal cord. Pola impuls saraf tertentu



diproduksikan dan menghasilkan stimulus reseptor kuat yang dirangsang oleh sistem saraf pusat dan menandakan nyeri, seperti *specificity theory*, *Pattern Theory* tidak menguraikan faktor-faktor psikologis nyeri.

### 3. *Gate Control Theory*

Teori *Gate Control Theory* merupakan teori yang paling dapat diterima dan dipercaya dalam masyarakat teori muncul dari ide Melzack dan Wall pada tahun 1965 yang lalu, para pakar dibidang kebidanan juga menggunakan teori ini untuk menjelaskan rasa nyeri dalam persalinan.

Dasar pemikiran teori ini yaitu adanya keberadaan dan intensitas pengalaman nyeri tergantung pada kondisi tertentu pada impuls-impuls saraf. Kedua, mekanisme gate/pintu sepanjang sistem saraf mampu mengedalikan rangsangan nyeri, yang pada akhirnya, jika gate/pintu terbuka, impuls yang menyebabkan sensasi nyeri dapat mencapai tingkat kesadaran, jika gate tertutup, impuls tidak mencapai tingkat kesadaran dan sensasi nyeri tidak dialami.

Terdapat tiga tipe utama keterlibatan sistem neurologis yang berpengaruh pada gate/pintu yakni:

- a) Tipe pertama membahas adanya sangkut paut aktifitas dan serat-serat (*Fibers*) saraf besar dan kecil yang mempengaruhi sensasi nyeri.

Impuls nyeri melalui serat-serat yang berdiameter menutup gate/pintu pada impuls yang melalui serat-serat kecil, teknik dengan menggunakan stimulus kutaneous pada kulit, yang mempunyai banyak serat berdiameter besar, bisa menutup gate pada transmisi impuls yang menimbulkan rasa nyeri, dengan mekanisme demikian akan meringankan/menurunkan sensasi rasa nyeri.

Intervensi yang dilakukan pada teori ini meliputi : pijatan, kompres hangat atau dingin, sentuhan, *transcutaneous electric nerve stimulation* (TENS) dan juga bisa melakukan *akupresur/acupressure*

b) Tipe keterlibatan neurologis kedua menjelaskan bahwasannya dengan adanya impuls-impuls yang berasal dari brainstem akan mempengaruhi sensasi nyeri, monitor formasi retikuler dalam brainstem mengatur inout sensori, jika si penderita merasakan stimulus nyeri yang adekuat, *brainstem* tidak menghambat impuls nyeri, gate/pintu membuka, dan impuls nyeri di-transmisikan. Intervensi yang dapat dilakukan dalam teori ini dengan melakukan teknik distraksi, *guided imagery*, dan visualisasi.

c) Tipe keterlibatan neurologis ketiga menguraikan bahwa adanya aktivitas atau impuls neurologis dalam konteks pikiran, serebri/thalamus, emosi, ingatan seseorang akan mampu mengaktifkan impuls-impuls tertentu dalam konteks *serebri*

yang menimbulkan impuls nyeri, yang ditransmisikan ke tingkat kesadaran.

Adanya pengalaman nyeri di masa lalu akan mempengaruhi bagaimana seseorang merespon rasa nyeri yang dialami sekarang, untuk itu penting adanya penelusuran pengalaman nyeri di masa lalu sebelumnya dan mengajarkan klien apa yang diinginkan dari situasi sekarang ini.

Intervensi yang dapat dilakukan yaitu dengan menggunakan dan mengajarkan klien latihan pernapasan, mengupayakan klien untuk mengontrol rasa nyeri dengan meminum obat pereda nyeri dan bisa juga dengan memberikan obat-obatan pereda rasa sakit nyeri kepada klien sebagai pencegahan timbulnya rasa nyeri yang hebat.

d) *Endogenous opiate theory*

teori ini termasuk teori yang baru, dikembangkan oleh Avron Goldstein, dimana ia menemukan *substansi opiate* yang terjadi secara alami didalam tubuh manusia.

Substansi ini disebut *Endorphine*, berasal dari 2 kata yaitu *morphine* dan *heroin*. Avron Goldstein menemukan bahwa reseptor dalam otak cocok dengan molekul *morphine* dan *heroin*. Avron Goldstein bertanya pada dirinya sendiri mengapa reseptor-reseptor itu terletak di otak, dan setelah melakukan penelitian ternyata Avron Goldstein mendapatkan jawaban bahwa otak menghasilkan opiate otak secara alami. Berikut

ulasan yang menjelaskan tentang cara-cara endorphine mempengaruhi nyeri persalinan dan kelahiran bayi adalah sebagai berikut :

Endorphine mempengaruhi transmisi impuls yang diinterpretasikan sebagai nyeri, kemungkinan endorphine bertindak sebagai neurotransmitter atau neuromodulator yang menghambat transmisi dari pesan nyeri, dari penjelasan tersebut menyatakan dengan adanya endorphine pada sel-sel saraf akan menurunkan sensasi nyeri.

Kadar endorphine tiap individu berbeda-beda, hal ini menyatakan bahwa mengapa beberapa orang lebih merasa nyeri daripada seksamanya. orang-orang dengan kadar endorphine yang tinggi akan merasakan rasa nyeri yang ringan.

Situasi-situasi tertentu seperti stress dan kehamilan menyebabkan status peningkatan kadar endorphine, selama kehamilann dan persalinan, baik ibu maupun janin memungkinkan mengalami penurunan sensitivitas terhadap nyeri karena adanya peningkatan kadar endorphine dalam tubuh.

Pada saat nyeri persalinan dirasakan ibu, terdapat adanya reseptor opiate pada otak dan tulang belakang dan juga akan menentukan bahwa susunan saraf pusat melepaskan zat seperti morfin (endorphine dan encephalin). Endogenous opiate menjepit untuk reseptor opiate dan mengganggu rangsangan nyeri.

Berbagai cara bisa dilakukan untuk mengurangi rangsangan nyeri ini, di antaranya akupressur dan akupuntur yang akan merangsang pengeluaran endogenous opioides, selain itu melakukan edukasi atau stimulus kulit seperti pijat dapat meningkatkan kadar endorphine, yang pada gilirannya dapat meredakan rasa nyeri.

## 2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.3.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah proses sistematis dari pengumpulan, verifikasi dan komunikasi data tentang klien (Potter & Perry, 2010). Pengkajian merupakan suatu proses yang kontinu dilakukan pada setiap tahap proses keperawatan. Semua tahap proses keperawatan tergantung pada pengumpulan data (informasi) yang lengkap dan akurat (Padila, 2015).

#### 1. Identitas Umum

Identitas umum meliputi nama, umur, agama, jenis kelamin, suku/bangsa, alamat, tanggal dan jam masuk pasien ke rumah sakit, sumber informasi, diterima dari, dan cara dating.

#### 2. Riwayat Perawatan

##### a. Keluhan Utama (Saat Pengkajian)

Keluhan utama adalah keluhan paling utama yang dirasakan pasien postpartum adalah nyeri seperti ditusuk-tusuk, perih, mules, panas dan sakit pada jahitan perineum (Mohamed & Saied, 2012).

Biasanya ibu mengeluh sakit pada luka jahitan, perdarahan nyeri pada luka jahitan, dan takut bergerak.

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Kapan timbulnya masalah, apa penyebabnya apabila ibu merasakan nyeri pada luka jahitan *Episiotomi* kaji nyeri menggunakan metode PQRST

1. P Problem : Pencetus nyeri

Faktor-faktor yang merangsang nyeri?

Apa yang membuat nyeri bertambah buruk?

Apa yang mengurangi nyeri?

2. Q Quality : Kualitas nyeri

Nyeri dirasakan seperti apa?

Apakah nyeri dirasakan tajam, tumpul, ditekan dengan berat, atau berdenyut seperti diiris?

3. R Region : Lokasi nyeri

Dimana nyeri tersebut?

Apakah nyeri menyebar atau menetap pada satu tempat?

4. S Squerity : Intensitas nyeri

Apakah nyeri ringan sedang atau berat?

Seberapa lama nyeri?

5. T Time : waktu

Berapa lama nyeri dirasakan?

Apakah nyeri terus-menerus atau kadang-kadang?

b. Riwayat Penyakit Dahulu

Penyakit kronis atau menular dan menurun seperti jantung, hipertensi, DM, TBC, hepatitis, penyakit kelamin atau abortus.

c. Riwayat Penyakit Keluarga

Meliputi penyakit yang pernah diderita keluarga baik penyakit kronis, keturunan, maupun menular (Potter dan Perry, 2010)

d. Riwayat Reproduksi

Frekuensi dalam berhubungan kebanyakan berkurang, fenomena ini dikarenakan ibu masih enggan untuk diajak berhubungan dengan pasangannya karena masih mengalami rasa sakit pada area bekas jahitan *Episiotomi*. dalam pengkajian ini , perawat biasa menanyakan:

1) Riwayat Menstruasi, meliputi :

Manarache, siklus, sifat darah, lamanya haid.

Ada atau tidaknya gangguan menstruasi meliputi :  
HPHT, taksiran persalinan.

2) Riwayat Perkawinan, meliputi :

Usia perkawinan, lamanya perkawinan dan pernikahan  
keberapa.

3) Riwayat keluarga berencana, meliputi :

Jenis kontrasepsi, waktu dan lama penggunaan, apakah  
ada masalah, kontrasepsi yang direncanakan setelah

persalinan dan berapa anak yang direncanakan oleh keluarga.

### 3. Pengkajian Psikososial

Hal yang dikaji meliputi emosional, perilaku dan sosial pada masa pascapartum memungkinkan perawat dapat mengidentifikasi kebutuhan ibu dan keluarga terhadap dukungan, penyuluhan, bimbingan, antisipasi, dan respon mereka terhadap pengalaman kehamilan, persalinan dan perawatan pascapartum, juga faktor-faktor yang mempengaruhi rasa tanggung jawab menjadi orang tua baru, selain itu perawat juga dapat mengkaji kemampuan dan pengetahuan ibu mengenai perawatan diri, perawatan bayi baru lahir, dan pemeliharaan kesehatan serta perasaan tentang diri dan gambaran diri si ibu.

### 4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum : tampak lemah

b. Tanda-tanda Vital

- a) Tekanan Darah, pada orang dewasa tekanan darah normal untuk *systole* berkisar antara 110-140mmHg dan untuk *diastole* 60-80 mmHg. Apabila setelah melahirkan ibu mengalami penurunan tekanan darah dari kondisi sebelum persalinan biasanya hal itu disebabkan terjadinya perdarahan saat melahirkan. Apabila tekanan darah ibu meningkat melebihi 30 mmHg pada *systole* atau lebih 15 mmHg pada *diastole* harus dicurigai ibu mengalami,



kecemasan, nyeri atau preeklamsi pada ibu post partum (Marliandiani dan Nyna, 2015)

b) Suhu Tubuh, perawat biasanya melakukan pengukuran suhu tubuh ibu setiap 4 sampai 8 jam selama beberapa hari pascapartum, hal tersebut dimaksudkan untuk memantau kondisi ibu, karena gejala awal dari infeksi pascapartum adalah demam dengan suhu tubuh  $>80^{\circ}\text{C}$ . mungkin disebabkan oleh dehidrasi akibat pengeluarandarah serta cairan saat persalinan. apabila pada hari ke 2 sampai hari berikutnya, suhu tubuh ibu masih  $>80^{\circ}\text{C}$ , harus diwaspadai ibu beresiko infeksi (Marliandiani & Nyna.2015).

c) Nadi, normalnya ibu pascapersalinan adalah 60-100x/menit. jika frekuensi nadi  $>100\text{x/menit}$  dapat menandakan terjadi gejala syok karena infeksi khususnya bila disertai peningkatan suhu tubuh (Marliandiani & Nyna, 2015).

d) Pernafasan, Normalnya adalah 20-30x/menit. Pada umumnya respirasi lambat atau bahkan normal. Bila ditemukan respirasi cepat pasca partum ( $>30\text{x/menit}$ ) diwaspadai ibu mengalami syok (Marliandiani & Nyna, 2015).

#### c. Kepala dan muka

Inspeksi : Amati kesimetrisan muka, ada atau tidak hiperpigmentasi pada wajah ibu (*cloasmagruvidarum*), warna rambut ibu dan juga kebersihannya, amati apakah ada edema

atau tidak. dan juga perhatikan raut muka ibu, bagaimana raut muka ibu ketika mengalami nyeri, nyeri dirasakan apakah ketika ibu melakukan perpindahan posisi tidur atau sewaktu ibu melakukan aktifitas lainnya

Palpasi : Raba dan tentukan turgor kulit elastis atau tidak, teksturnya kasar atau halus, akril dingin/hangat.

#### d. Rambut

Inspeksi : Distribusi rambut merata atau tidak, rambut kotor atau bersih, bercabang atau tidak.

Palpasi : Rambut mudah rontok atau tidak, tekstur rambut halus atau kasar.

#### e. Mata

Inspeksi : kelopak mata ibu apakah mengalami peradangan atau tidak, bagaimana kesimetrisanya, konjungtiva ibu (konjungtivitis atau anemis), sclera (ikterik atau ada indikasi hiperbilirubin atau gangguan pada hepar), pupil ibu (isokor kanan kiri (normal)), reflek pupil terhadap cahaya (miosis atau mengecil),

Palpasi : ada atau tidaknya nyeri tekan atau mungkin peningkatan tekanan intramuskuler pada kedua bola mata ibu.

#### f. Hidung

Inspeksi : septum ibu, apakah tepat ditengah, kaji juga adanya masa abnormal dalam hidung dan adanya secret, kaji adanya nyeri tekan pada hidung, Kaji apakah ada terjadinya

peningkatan pernafasan, lihat juga apakah ada tarikan dinding dada, frekuensi pernafasan, irama nafas serta kedalaman bernafas ibu.

Palpasi : Apakah ada nyeri tekan massa

g. Mulut

Inspeksi : bibir ibu apakah ada kelianan congenital (bibir sumbing), warna, kesimetrisan, kelembapan, pembengkakan, lesi, amati jumlah dan bentuk gigi, gigi berlubang atau tidak, warna plak dan kebersihan gigi.

Palpasi : Pegang dan tekan daerah pipi kemudian rasakan ada massa/tumor, pembengkakan dan nyeri.

h. Telinga

Inspeksi : warna dengan daerah sekitar telinga, ada atau tidaknya luka pada telinga, bagaimana kebersihan telinga, amati juga ada tidaknya *serumen* dan *otitis media*.

Palpasi : tekan daun telinga ibu, apakah ada respon nyeri, rasakan kelenturan kartilago.

i. Leher

Inspeksi : adanya lesi, masa abnormal dan kesimetrisan, kaji apakah ada distensi vena jugularis

Palpasi : Letakkan tangan pada leher ibu, anjurkan ibu untuk menelan dan rasakan adanya kelenjar tiroid.

## j. Thorak

## a) Paru-paru

Inspeksi : Kesimetrisan dada, bentuk dari rongga dada, pergerakan nafas (frekuensi nafas, irama, kedalaman pernafasan, dan upaya pernafasan/penggunaan otot-otot bantu pernafasan), warna kulit, lesi, edema maupun penonjolan.

Palpasi : kesimetrisan, pergerakan dada, masa dan lesi, nyeri tractile fremitus apakah berbunyi kanan dan kiri.

## b) Jantung

Inspeksi : mengamati pulsasi di ictus cordis

Palpasi : teraba atau tidaknya pulsasi

Perkusi : Normalnya terdengar pekak

Auskultasi : Normalnya terdengar tunggal suara jantung pertama dan kedua.

## c) Payudara

Inspeksi : ukuran, bentuk, warna, dan kesimetrisan, amati warna mammae, ada atau tidaknya pembengkakan mammae, bagaimana warna areolla mammae, papilla mammae menonjol/datar/kedalam, bagaimana colostrum ibu dan perhatikan juga kebersihan mammae.

Palpasi : Kaji apakah kolostrum sudah keluar atau belum, kaji apakah terasa keras atau tidak, nyeri pada payudara.

k. Abdomen

Inspeksi : Amati warna kulit, turgor kulit, apakah tampak linea alba/linea nigra, bagaimana striae.

Palpasi : nyeri tekan yang dirasakan ibu, lokasi massa, lingkaran abdomen, bising usus, kontraksi uterus, abdomen ibu lunak/keras/kenyal.

Perkusi : Tympani/Hipertimpani.

l. Genetalia

Inspeksi : Jahitan luka Episiotomi meliputi kondisi luka, kering atau basah adanya nanah atau tidak, dan bagaimana kondisi jahitan (membuka atau menutup) adanya tanda-tanda infeksi serta warna kemerahan pada area jahitan luka post Episiotomi atau tidak. Amati juga kebersihan dari genetalia ibu, adanya lesi atau nodul, kaji juga keadaan lochea ibu. Lochea yang berbau menunjukkan tanda-tanda resiko infeksi (Handayani, 2011).

Bagaimana kondisi labia mayora dan minora apakah terdapat benjolan. Kaji lochea warna bau dan jenis, hitung pembalut yang dipakai ibu.

m. Ekstremitas bawah

Inspeksi : inspeksi ukuran, bentuk, kesimetrisan, adema, varises dan juga warna. Suhu tubuh dan pembengkakan, atau varises

Palpasi : Suhu tubuh ibu, Apakah ada tanda-tanda tromboflebitis (bengkak unilateral), kemerahan, panas dan nyeri tekan pada betis, karena biasanya trombosis pada vena femoralis menyebabkan nyeri dan nyeri tekan pada bagian distal paha dan daerah popliteal. Tanda homan, munculnya nyeri betis saat gerakan dorsofleksi.

Perkusi : reflek patella

n. Anus

Inspeksi : kebersihan anus, ada atau tidaknya pembesaran hemoroid.

5. Nutrisi

Ibu yang menyusui harus dianjurkan untuk mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari, setidaknya 40 hari pasca persalinan ibu minum pil zat besi untuk menambah zat gizi ibu, makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup, disarankan ibu mengkonsumsi kapsul vitamin A 9200.000 unit, agar mampu memberikan vitamin A kepada bayinya lewat Asi (Saifuddin 2001 dalam siti dkk, 2013). Makanan bergizi terdapat pada sayur seperti bayam, sawi, dan sayur hijau lainnya, sedangkan untuk lauk pauk ibu dapat memilih ikan, daging telur dan sejenisnya, dan tak lupa ibu juga dianjurkan mengkonsumsi buah untuk memenuhi kebutuhan vitamin dan serat yang dibutuhkan bayinya.

## 6. Eliminasi

Kaji BAB dan BAK klien meliputi frekuensi, konsistensi, jumlah, bau serta masalah eliminasi ibu (Anggraini, 2010). Pada klien post *Episiotomi* sering ditemukan ibu mengalami kesulitan buang air besar (konstipasi) kondisi tersebut dikarenakan ibu masih takut akan rasa sakit pada daerah jahitan atau khawatir jahitannya bisa robek (Handayani, 2011).

## 7. Pemeriksaan Laboratorium

pada pemeriksaan ini tujuannya untuk mengetahui apakah ada anemisa, pemeriksaan hitung darah lengkap, hematokrit atau hamoglobin yang dilakukan 2 hingga 48 jam pasca persalinan.

Biasanya ibu mengalami perubahan pada nilai darah setelah melahirkan hal tersebut dikarenakan adaptasi fisiologis ibu, dengan rata-rata kehilangan darah 400-500ml, dengan penurunan 1kg kadar hemoglobin atau 30% nilai hematokrit masih dalam kisaran yang diharapkan, jika terjadi penurunan nilai darah yang besar disebabkan perdarahan hebat saat ibu melahirkan, hemoragi, atau anemia prenatal.

Hari pertama sampai hari ke sepuluh pasca persalinan, jumlah sel darah putih ibu dapat meningkat samapai dengan 20.000/mm<sup>3</sup> sebelum akhirnya kembali ke nilai normal (Bond, 1993 dalam Sharon J dkk, 2011). Komponen selular lekosit itu mirip dengan komponen selular selama infeksi, kondisi ini dapat menutupi

proses infeksi kecuali jika jumlah sel darah putih lebih tinggi dari jumlah fisiologis.

### 2.3.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan kesimpulan dari analisa data hasil pengkajian yang dilakukan sebelumnya, kesimpulan inilah yang nantinya akan dijadikan landasan untuk menentukan intervensi mana yang tepat untuk pasien serta melibatkan keluarganya, dengan demikian asuhan keperawatan dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan berupa fisik, emosi atau psikologis, tumbuh kembang, pengetahuan, social dan spiritual dari pengkajian tadi (Wilkins dan Williams, 2015).

Masalah potensial dan aktual yang sering muncul pada ibu post partum *Episiotomi* berdasarkan definisi dan klasifikasi diantaranya adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan sekunder terhadap luka *Episiotomi*
2. Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan perdarahan
3. Resiko infeksi berhubungan dengan terputusnya jaringan dari tindakan *Episiotomi*
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
5. Defisit pengetahuan tentang hal baru berhubungan dengan perawatan bayi

Diagnosis keperawatan yang ditegakkan penulis dalam masalah ini adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisik (Trauma *Episiotomi*). Nyeri akut sendiri didefinisikan sebagai pengalaman



sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan yang disebabkan adanya trauma jaringan pada luka bekas *Episiotomi* dengan gejala mayornya yaitu mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, bersikap protektif (mis.waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat dan kesulitan untuk tidur. Gejala minornya yaitu ditantadi dengan tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri dan diaforesis. Kondisi klinis terkait diagnosis diatas yaitu cedera traumatis

### 2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1.	<b>D.0077</b> Nyeri Akut Definisi : Pengalaman sensorik atau emosial yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Penyebab : Agen pencendera	<b>L.08066</b> Luaran Utama Tingkat Nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri pada ibu post partum Episiotomi dengan masalah keperawatn nyeri akut menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif	<b>I.08238</b> Intervensi Utama Manajemen Nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Idetifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan mempengaruhi nyeri Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis

fisik (Trauma jaringan <i>Episiotomi</i> ) Gejala dan Tanda Mayor : Subjektif 1. Mengeluh Nyeri Objektif 1. Tampak meringis 2. Bersikap Protektif (posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur Kondiri Klinis Terkait : 1. Cedera Traumatis	Menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun  <b>L.08063</b> Luaran Tambahan Kontrol Nyeri 1. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat 2. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat 3. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat 4. Kemampuan Menggunakan teknik non-farmakologis meningkat	untuk mengurangi rasa nyeri (teknik imajinasi terbimbing) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitas istirahat dan tidur Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgesic, jika perlu  <b>I.01007</b> Intervensi Tambahan Latihan Pernapasan Observasi : 1. Identifikasi indikasi dilakukan latihan pernapasan Terapeutik : 1. Posisikan pasien yang nyaman dan rileks 2. Tempatkan satu tangan di dada dan satu tangan di perut 3. Pastikan tangan di dada mundur ke belakang dan telapak tangan di perut maju ke depan saat menarik napas 4. Ambil napas
--	---	--

dalam secara perlahan melalui hidung dan tahan selama tujuh hitungan

5. Hitungan ke delapan hembuskan melalui mulut dengan perlahan

Edukasi

1. Jelaskan tujuan dan prosedur latihan pernapasan
2. Anjurkan mengulangi latihan 4-5 kali

**I.08247**

Intervensi Tambahan Teknik Distraksi

Observasi :

1. Identifikasi pilihan teknik distraksi yang diinginkan

Terapeutik :

1. Gunakan teknik distraksi (membaca buku, aktivitas terapi)

Edukasi :

1. Anjurkan menggunakan teknik sesuai dengan tingkat energi
2. Anjurkan berlatih teknik distraksi

(sumber SDKI-SLKI-SIKI, 2018)

### 2.3.4 Implementasi

Implementasi merupakan salah satu bagian dari proses keperawatan dengan cara melakukan tindakan keperawatan yang dilakukan dan disesuaikan dengan intervensi atau perencanaan dan perwujudan dari

tahap perencanaan yang telah dibuat tujuannya untuk mencapai tujuan ataupun kriteria hasil yang telah ditentukan (Wahyuni, 2016). Implementasi keperawatan yang dilakukan pada ibu post partum *Episiotomi* dengan masalah nyeri akut adalah menurut (SDKI, SLKI, SIKI, 2018) adalah :

1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Mengidentifikasi skala nyeri
3. Mengidentifikasi respon nyeri nyeri non verbal
4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan mempengaruhi nyeri
5. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. latihan pernapasan, teknik distraksi)
6. Mengontrol lingkungan lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan)
7. Memfasilitasi istirahat dan tidur
8. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
9. Menjelaskan strategi meredakan nyeri

yang menjadi intervensi unggulan peneliti dalam melakukan penelitian adalah dengan mengajarkan teknik non farmakologis yaitu latihan pernapasan dan teknik distraksi serta mengajarkan mobilisasi dini.

### **2.3.5 Evaluasi**

Evaluasi merupakan suatu tahap yang paling akhir dalam proses keperawatan, dimana perawat melakukan penilaian apakah tujuan ataupun kriteria hasil yang telah ditentukan tercapai atau tidak.

Perumusan evaluasi formatif mencakup 4 komponen yang dikenal istilah SOAP, yaitu :

S : Subjektif (data berupa keluhan informan)

O : Objektif (data hasil pemeriksaan)

A : Analisis data (pembanding data dengan kategori)

P : Perencanaan

Tujuan kegiatan evaluasi dalam asuhan keperawatan adalah untuk melihat perkembangan kemampuan pasien dalam mencapai tujuan.

Evaluasi keperawatan pada ibu post partum *Episiotomi* dengan masalah keperawatan nyeri akut menurut (SDKI, SLKI, SIKI, 2018) adalah :

1. Keluhan nyeri menurun
2. Meringis menurun
3. Sikap protektif menurun
4. Gelisah menurun
5. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat
6. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat
7. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat

### 2.3.6 Segi Keislaman

Islam sebagai agama yang sempurna, mengatur semua aspek kehidupan didalamnya termasuk mengenai penciptaan manusia, hal ini dapat dilihat dari proses terbentuknya manusia mulai dari kehamilan hingga persalinan. Pengorbanan ibu saat hamil mencapai puncak dalam proses persalinan, ibu harus menanggung rasa sakit yang luar biasa bahkan ibu juga harus rela vaginanya digunting dan dijahit agar bayi

yang dilahirkan selamat sebagaimana yang telah digambarkan oleh Allah SWT dalam Al-Qur'an surah Maryam ayat 23 :

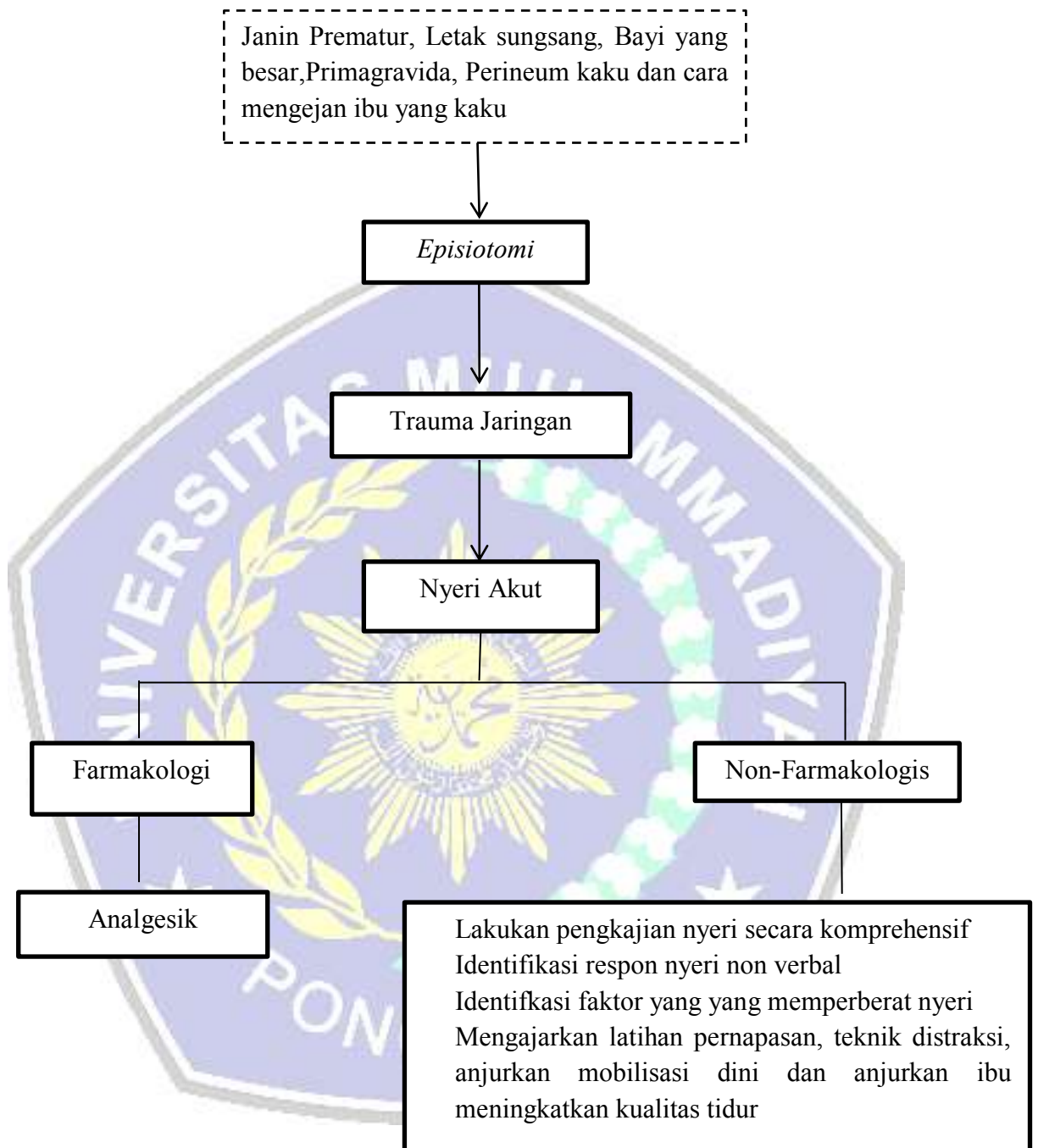
فَأَجَاءَهَا الْمَخَاضُ إِلَى جُذْعِ النَّخْلَةِ قَالَتْ يَلَيْتَنِي مِتُّ قَبْلَ هَذَا وَكُنْتُ نَسِيًّا مَنَسِيًّا

Artinya : “ kemudian rasa sakit akan melahirnya memaksanya (bersandar) pada pangkal pohon kurma, dia (Maryam) berkata, “Wahai, betapa (baiknya) aku mati sebelum ini, dan aku menjadi seorang yang tidak diperhatikan dan dilupakan”.

Ayat ini menjelaskan bahwa atas kuasa Allah SWT memberikan rasa sakit luar biasa yang dirasakan oleh setiap perempuan untuk membantu lahirnya bayi, bahkan setelah proses persalinan berlangsung ibu juga masih harus merasakan sakit atau nyeri pasca persalinan, oleh karena itu peran perawat disini sangat penting yaitu memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif.



### 2.3.7 Hubungan Antar Konsep



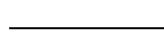
Keterangan :



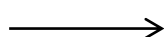
: Diteliti



: Tidak ditelaah dengan baik



: Berhubungan



: Berpengaruh