

BAB II

TINJAUN PUSTAKA

A. Resiko Infeksi Akibat Luka Episiotomi Ibu Post Partum

1. Konsep luka episiotomi

Episiotomi dilakukan untuk mencegah kerusakan yang lebih parah pada jaringan lunak akibat peregangan melebihi kapasitas adaptasi atau elastisitas perineum. Keputusan untuk melakukan episiotomi didasarkan pada pertimbangan klinis yang matang serta pemilihan teknik yang sesuai dengan kondisi pasien. Berdasarkan data empiris, pasien yang menjalani episiotomi sering mengalami nyeri saat proses penjahitan luka. Prosedur yang seharusnya dapat diselesaikan dengan cepat sering membutuhkan waktu lebih lama, sehingga meningkatkan risiko terjadinya infeksi. (Zulianti 2023)

2. Pengertian luka episiotomi

Episiotomi adalah sayatan pada perineum yang dilakukan untuk mempermudah proses persalinan dan mencegah terjadinya ruptur perineum total.

a. Terdapat empat jenis luka episiotomi, yaitu:

- 1) Episiotomi medialis, dilakukan di garis tengah perineum.
- 2) Episiotomi medioateralis, dimulai dari garis tengah dan diarahkan ke samping, menjauhi anus.
- 3) Episiotomi lateralis, dilakukan 1-2 cm di atas komisura posterior dan diarahkan ke samping.
- 4) Episiotomi Schuchardt, dilakukan jika ada indikasi ruptur perineum atau episiotomi medialis yang melebar sehingga berisiko menyebabkan ruptur perineum totalis, dengan sayatan diperpanjang ke arah samping.

3. Tujuan tindakan luka episiotomi

- a. Episiotomi menghasilkan sayatan lurus dengan tepi yang rapi, sedangkan ruptur perineum spontan cenderung menyebabkan luka robek dengan tepi yang tidak rata. Sayatan yang lurus dan rapi lebih mudah dijahit dan memiliki peluang penyembuhan yang lebih baik.
- b. Mengurangi tekanan pada kepala bayi.
- c. Mempercepat proses persalinan pada tahap kedua.
- d. Episiotomi lateralis dan mediolateralis membantu mencegah terjadinya ruptur perineum totalis.

4. Penyebab dilakukannya tindakan episiotomi

Dari banyaknya kasus ibu persalinan normal yang dilakukan tindakan episiotomi dipuskesmas IV Denpasar Selatan tercatat direkam medis pasien disebabkan oleh

- a. Kepala janin terlalu besar
- b. Kekakuan perineum pada ibu
- c. Perineum kurang elastis

5. Penatalaksanaan perawatan luka episiotomi

- a. Infeksi insisi atau robekan perineum (mis. Episiotomi)
- b. Menjaga area perineum agar tetap bersih dan bebas dari kontaminasi
- c. Pengaturan selama persalinan dan pengelolaan perineum perlu didiskusikan
- d. dengan wanita untuk memastikan pilihan yang terinformasi dan pertimbangan rencana kelahiran mereka.
- e. Fasilitas dalam membersihkan perineum
- f. Pertahankan perineum tetap kering
- g. Berikan posisi nyaman

- h. Berikan kompres
- i. Bersihkan area perineum secara teratur
- j. Berikan pembalut yang menyerap cairan
- k. Ajarkan pasien dan keluarga mengobservasi tanda abnormal pada perineum (mis. infeksi kemerahan, pengeluaran, cairan yang abnormal (PPNI Tim Pokja SIKI 2018)).

6. Resiko infeksi akibat luka episiotomi pada ibu post partum.

Risiko infeksi berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (Buku Ajar SDKI DPPN PPNI 2017). Perawatan luka perineum (vulva hygiene) sangat penting untuk menjaga kebersihan area perineum, mencegah keputihan yang berbau tidak sedap dan gatal, mempertahankan keseimbangan pH vagina, serta mencegah infeksi pasca persalinan (Sthepani Sari Hidayat and Susanti Susanti 2024)

7. Faktor resiko infeksi akibat luka episiotomi pada ibu post partum.

Robekan perineum umumnya terjadi pada persalinan

- a. Efek prosedur invasive
- b. Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan (Buku Ajar SDKI DPPN PPNI 2017)

8. Faktor pencetus resiko infeksi luka episiotomi

- a. Bakteri ektogen : bakteri ektogen pada ibu post partum adalah bakteri yang berasal dari luar tubuh dan dapat menyebabkan infeksi nifas atau infeksi lainnya setelah persalinan, infeksi ini bisa terjadi akibat kurangnya kebersihan selama atau setelah proses persalinan. contoh bakteri ektogen

- 1. Streptococcus pyogenes (group a streptococcus)

Bisa menyebabkan infeksi serius seperti sepsis puerperalis

(infeksi nifas berat), penularan bisa terjadi dari tenaga Kesehatan atau lingkungan yang tidak steril.

2. *Staphylococcus aureus*

Termasuk MRSA (methicillin – resistant *staphylococcus aureus*), dapat masuk melalui luka jahitan, robekan perineum

3. *Escherichia coli*

Meski ada diusus (endogen), *escherichia coli* dari luar (ektogen) bisa masuk ke saluran genital dan menyebabkan infeksi.

b. Bakteri autogen : kuman masuk dari tempat lain ke dalam tubuh

Bakteri autogen adalah bakteri yang berasal dari tubuh individu sendiri, biasanya berasal dari satu tempat tubuh (seperti kulit atau usus) dan berpindah ke tempat lain yang seharusnya steril, sehingga menyebabkan infeksi. biasanya ini terjadi karena adanya luka atau prosedur medis Contohnya

1. *Escherichia coli*.

Berasal dari saluran pencernaan (usus besar), pindah ke luka episiotomi, terjadi infeksi luka episiotomi. saat proses melahirkan, terjadi risiko kontaminasi feces ke area vagina atau luka. jika kebersihan perineum kurang terjaga, *Escherichia coli* bisa masuk ke luka atau rahim dan menyebabkan infeksi.

2. *Staphylococcus epidermidis*

Berasal dari kulit ibu, pindah ke luka episiotomi atau jahitan caesar termasuk flora normal kulit, tetapi bila masuk ke dalam jaringan luka, *staphylococcus epidermidis* dapat menyebabkan infeksi, terutama bila luka lembab atau kebersihan tidak terjaga.

3. *Proteus mirabilis*

Berasal dari saluran pencernaan, pindah ke saluran kemih, bakteri ini memiliki flagela (alat gerak) sehingga mudah berpindah dari anus ke saluran kemih atau luka vagina, terutama jika perawatan diri setelah bersalin tidak optimal.

4. *Enterococcus faecalis*

Berasal dari saluran pencernaan (usus), pindah ke: luka episiotomi, rahim, atau kemih, jenis infeksi: ISK, endometritis, infeksi luka dapat menjadi patogen bila berpindah dari usus ke tempat luka atau organ reproduksi. Infeksi sering muncul pada ibu dengan imunitas rendah.

c. Bakteri Endogen.

Bakteri endogen adalah bakteri yang berasal dari flora normal tubuh, seperti di vagina, kulit, atau saluran pencernaan. Dalam kondisi tertentu (misalnya luka, perubahan hormonal, atau penurunan imunitas), bakteri ini dapat menjadi patogen oportunistik dan menyebabkan infeksi pada ibu setelah melahirkan.

1. *Streptococcus agalactiae* (Group B *Streptococcus*/GBS)

Berasal dari flora normal vagina dan rektum jenis infeksi endometritis (radang lapisan rahim) infeksi luka episiotomi dapat juga menyebabkan infeksi pada bayi (neonatus) GBS biasanya hidup tanpa menimbulkan gejala. Namun, saat persalinan atau setelahnya, bakteri ini dapat masuk ke luka atau rahim dan menyebabkan infeksi, terutama jika kekebalan tubuh ibu menurun.

2. *Gardnerella vaginalis*

Berasal dari flora normal vagina (dalam jumlah kecil), jenis infeksi:

vaginosis bakterialis, risiko infeksi luka. Jika keseimbangan flora vagina terganggu (misalnya karena perubahan hormon postpartum), *Gardnerella vaginalis* dapat berkembang secara berlebihan dan menyebabkan infeksi serta meningkatkan risiko komplikasi luka episiotomi.

3. *Lactobacillus* spp.

Berasal dari flora dominan normal di vagina sehat, jenis infeksi tidak langsung menyebabkan infeksi, tetapi jika jumlahnya menurun → memicu pertumbuhan patogen lain seperti *Candida* atau *Gardnerella vaginalis* saat keseimbangan flora terganggu (misalnya karena antibiotik pascapersalinan), *Lactobacillus* bisa menurun dan menyebabkan gangguan flora, memicu infeksi oleh bakteri lain.

4. *Candida albicans* (meskipun jamur, sering terkait endogen)

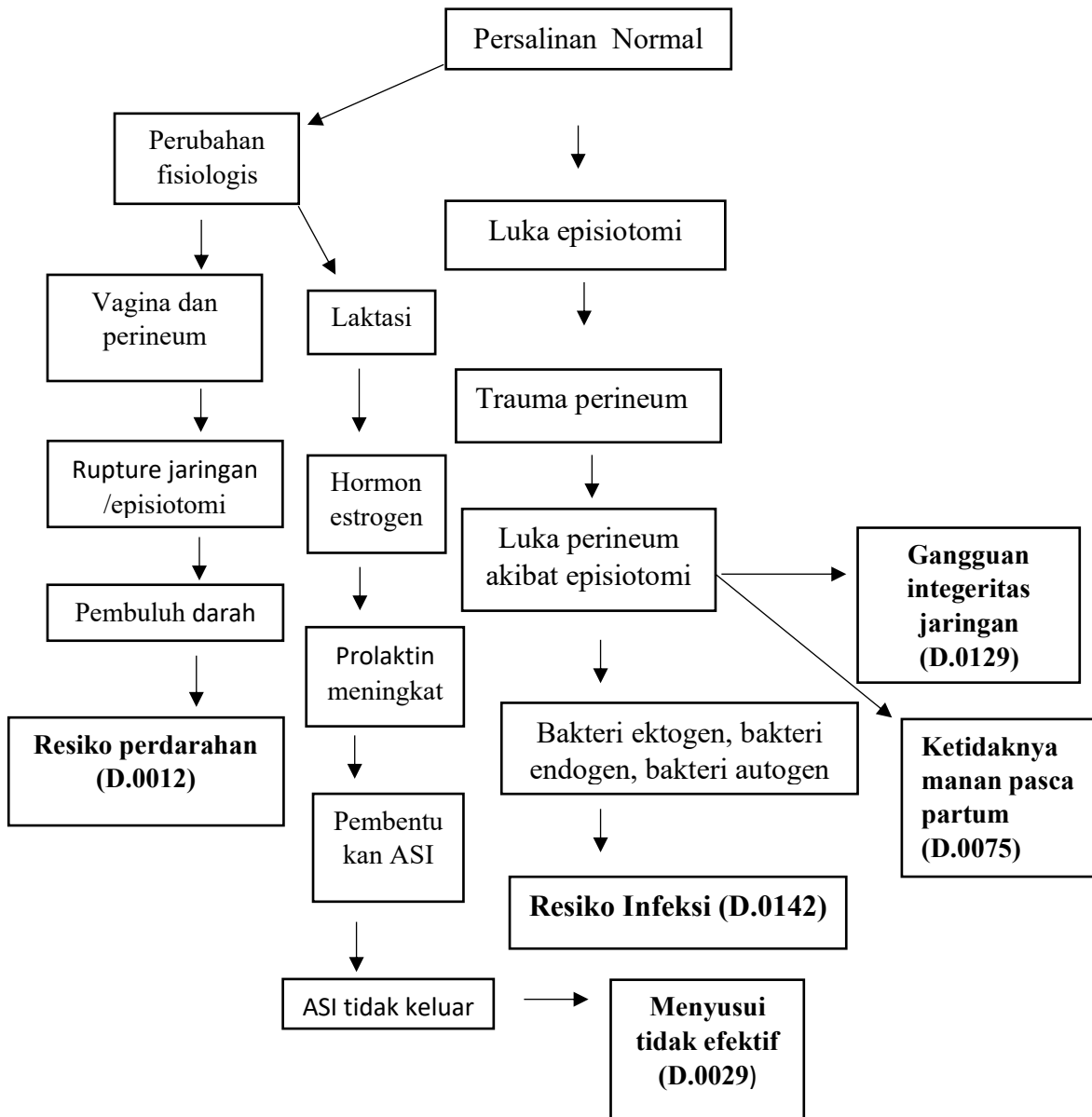
Berasal dari flora normal vagina dan saluran cerna, jenis infeksi: kandidiasis vagina postpartum. Dalam kondisi normal tidak berbahaya, tetapi bila sistem imun menurun atau penggunaan antibiotik menyebabkan ketidakseimbangan flora, *Candida* dapat berkembang berlebih dan menyebabkan infeksi jamur pada vagina atau area luka.

9. **Dampak infeksi luka episiotomi**

- a. Komplikasi infeksi kandung kemih
- b. infeksi jalan lahir
- c. Kematian ibu post partum

10. Problem tree

GAMBAR 2. 1 Problem tree



11. Asuhan keperawatan pada pasien dengan resiko infeksi

a. Pengkajian data keperawatan

1) Identitas

- a) Identitas yang perlu dikaji pada klien dengan infeksi post partum meliputi nama, usia, agama, suku/bangsa, tingkat pendidikan, pekerjaan, golongan darah, diagnosa medis, status pernikahan, dan alamat.
- b) Identitas penanggung jawab klien yang harus dikaji meliputi nama, usia, suku/bangsa, pendidikan terakhir, pekerjaan, agama, hubungan dengan klien, dan alamat.

2) Keluhan Utama.

Keluhan utama yang dialami oleh klien dengan infeksi post partum adalah gatal diarea luka.

3) Riwayat Penyakit:

- a) Riwayat Penyakit Sekarang : keluhan utama yang dirasakan klien. gatal dan bernanah.
 - b) Riwayat Penyakit Dahulu: Informasi yang perlu dikumpulkan mencakup apakah klien pernah menjalani operasi, memiliki riwayat infeksi, alergi terhadap obat, hipertensi, penyakit pernapasan, atau diabetes mellitus.
 - c) Riwayat Penyakit Keluarga : apakah terdapat penyakit keturunan dalam keluarga, seperti diabetes mellitus, hipertensi, penyakit jantung, gangguan darah, serta riwayat kelahiran kembar dan penyakit mental
- #### **4) Riwayat Obstetri:**
- a) Keadaan Haid: Perlu dicatat tentang usia menarche, siklus haid, hari pertama haid terakhir, jumlah dan warna darah, konsistensi darah (encer atau menggumpal), durasi haid, serta adanya nyeri atau bau.

- b) Riwayat Kehamilan: Informasi yang diperlukan mencakup jumlah kunjungan ANC (ante natal care), tempat pemeriksaan selama kehamilan, serta pengukuran tinggi badan dan berat badan.
 - c) Riwayat Persalinan Informasi yang perlu dicatat mencakup jenis persalinan yang baru saja terjadi, apakah secara spontan atau melalui Sectio Caesaria, serta adanya komplikasi selama proses persalinan.
- 5) Pola Kebiasaan Sehari-Hari menurut Virginia Henderson.
- a) Respirasi: Frekuensi pernapasan cenderung meningkat.
 - b) Nutrisi: Sering kali, klien mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan nutrisinya dan kehilangan nafsu makan.
 - c) Eliminasi : Buang Air Besar: Buang air besar seharusnya terjadi dalam 2-3 hari setelah persalinan. Jika belum terjadi, bisa menyebabkan obstipasi, sehingga perlu diberikan obat laksatif secara oral atau rektal. Jika belum berhasil, dapat diberikan pencakar atau laksatif tambahan. Buang Air Kecil: Buang air kecil harus dapat dilakukan secara spontan dalam waktu 8 jam pasca persalinan. Terkadang wanita mengalami kesulitan berkemih karena tekanan kepala janin pada sfingter uretra dan spasme akibat iritasi pada sfingter ani selama persalinan. Jika kandung kemih penuh dan wanita sulit berkemih, kateterisasi mungkin diperlukan.
 - d) Istirahat/Tidur: Klien sering mengalami gangguan dalam istirahat atau tidur akibat nyeri yang dirasakannya.
 - e) Mempertahankan Temperatur Tubuh dan Sirkulasi: Pada klien dengan infeksi post partum, sering terjadi gangguan pada temperatur tubuh, dengan suhu tubuh dapat melebihi 38°C.

- f) Kebutuhan personal hygiene : Menjaga kebersihan diri merupakan bagian penting dari upaya mempertahankan kesehatan pribadi. Pada klien dengan infeksi pasca persalinan, pemenuhan kebutuhan kebersihan diri sering kali memerlukan dukungan atau bantuan dari anggota keluarga.
- g) Aktivitas : Aktivitas klien terganggu, dan mereka mungkin tidak dapat melaksanakan pekerjaan atau kegiatan sehari-hari secara maksimal karena kelemahan yang dialami.
- h) Gerak dan keseimbangan tubuh: Aktivitas berkurang dan klien mungkin kesulitan berjalan karena nyeri akibat trauma persalinan.
- i) Kebutuhan berpakaian : Klien dengan infeksi post partum tidak mengalami masalah dalam memenuhi kebutuhan berpakaian.
- j) Kebutuhan keamanan : Perlu dipastikan apakah klien merasa aman dan terlindungi oleh keluarga. Klien juga harus mampu menghindari potensi bahaya dari lingkungan.
- k) Sosialisasi : periksa sejauh mana klien dapat berkomunikasi dengan orang lain untuk mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran, dan pendapatnya.
- l) Kebutuhan spiritual : Tanyakan apakah klien tetap dapat menjalankan ajaran agamanya atau apakah kondisi saat ini menghambatnya.
- m) Kebutuhan bermain dan Rekreasi : Klien dengan infeksi post partum biasanya tidak dapat memenuhi kebutuhan bermain dan rekreasi karena kondisinya yang lemah.
- n) Kebutuhan belajar : Tanyakan bagaimana klien berusaha untuk belajar, mengeksplorasi, atau memenuhi rasa ingin tahunya yang mendukung perkembangan normal, kesehatan, dan pemanfaatan fasilitas kesehatan yang tersedia.

6) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum : Klien biasanya tampak lemah. Kesadaran: Kesadaran klien umumnya dalam keadaan compos mentis.

b) Pemeriksaan tanda-tanda vital:

(1) Suhu : Meningkat di atas 38°C.

(2) Nadi : Meningkat (>90 x/menit).

(3) Pernafasan : Meningkat (>20 x/menit).

(4) Tekanan darah : Normal atau menurun, sekitar 120/80 mmHg.

7) Pemeriksaan Fisik Head to Toe:

a) Kepala dan rambut : Periksa bentuk kepala, kulit kepala apakah terdapat laserasi atau luka, apakah kulit kepala bersih atau berketombe, dan apakah rambut tampak lusuh atau kusut.

b) Wajah : Periksa warna kulit wajah, apakah tampak pucat atau tidak, serta bentuk wajah, apakah berbentuk lonjong atau bulat.

c) Mata : Periksa bentuk bola mata, adanya gerakan mata, kondisi konjungtiva (apakah tampak anemia atau tidak), serta simetri mata.

d) Hidung : Periksa adanya septum deviasi, polip, dan kebersihan hidung.

e) Telinga: Periksa kebersihan telinga, adanya gangguan fungsi pendengaran, serta kemungkinan kelainan anatomi pada telinga.

f) Mulut, bibir, dan faring: periksa simetri bibir, kelembaban, kebersihan mulut, adanya pembesaran tonsil, serta kemungkinan kelainan bicara.

g) Gigi : Periksa jumlah gigi, kebersihan gigi, adanya peradangan pada gusi atau kerusakan gigi, serta karang gigi.

h) Leher : Periksa adanya pembesaran pada kelenjar tiroid dan vena jugularis.

- i) Integument: Periksa warna kulit, apakah pucat atau tidak, kebersihan, turgor, dan tekstur kulit.
- j) Thorax: Periksa kesimetrisan thorax, adanya suara ronchi, adanya kolostrum, kondisi puting susu (apakah masuk atau tidak), serta kebersihan area tersebut.
- k) Payudara: Periksa kondisi payudara bengkak, warna areola mammae yang mungkin lebih gelap, apakah papilla mammae menonjol, dan apakah keluar ASI.
- l) Abdomen: Periksa adanya diastasis rectus abdominis kontaksi uterus, tinggi fundus uteri, bising usus, serta adanya nyeri tekan.
- m) Genetalia: Periksa adanya pengeluaran lochea, termasuk warna, jumlah, dan baunya. melakukan pemeriksaan REEDA
Tanda – tanda infeksi pada robekan perineum : REEDA : kemerahan (*rednes*) menilai adanya kemerahan di area jahitan luka episiotomi, bengkak (*edema*) menilai adanya bengkak pada area jahitan luka episiotomi, perubahan warna (*ecchymosis*) menilai adanya perubahan warna di area luka jahitan seperti kebiruan, hitam disekitar luka, keluarnya cairan (*discharge*) menilai jenis cairan yang keluar dari luka seperti bernanah, cairan berbau tidak sedap, penyatuan luka (*approximation*) menilai penyatuan luka jahitan kuat
- n) Ekstremitas Atas: Periksa kesimetrisan ekstremitas atas, apakah ujung-ujung jari menunjukkan sianosis, dan apakah terdapat edema.
- o) Ekstremitas Bawah: Periksa kesimetrisan ekstremitas bawah, adanya edema atau sianosis, kondisi pergerakan, dan refleks patella.

b. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian profesional tentang bagaimana klien merespons kondisi kesehatan yang dialaminya, baik yang sedang berlangsung maupun yang berpotensi muncul. Tujuan utamanya adalah untuk memahami respons kesehatan dari individu, keluarga, maupun komunitas. Proses diagnosis keperawatan melibatkan langkah-langkah sistematis yang terbagi menjadi tiga tahap: analisis data, identifikasi masalah, dan perumusan diagnosis.

1) **Komponen diagnosis keperawatan**

Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu Masalah (problem) atau label diagnosis dan indikator diagnostik. Masing – masing komponen diagnosis diuraikan sebagai berikut

a. Masalah (Problem)

Masalah merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya.

Indikator diagnostik faktor risiko dengan uraian sebagai berikut

- 1) Penyebab (Etiology) merupakan faktor – faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan, etiologi dapat mencakup empat kategori yaitu : fisiologis, biologis, atau psikologis ; b) Efek Terpi / Tindakan ; Situasional (lingkungan atau personal), dan d) maturasional.

Tanda (sgin) dan Gejala (symptom). Tanda merupakan data objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan prosedur diagnostic, sedangkan gejala merupakan data subjektif yang diperoleh dari hasil anamnesis Tanda dan Gejala dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu

Mayor tanda / gejala ditemukan sekitar 80%-100% untuk validasi diagnosis

Minor tanda /gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat

mendukung penegakan diagnosis

2) Proses penegakan diagnosis keperawatan

Proses penegakan diagnosis merupakan suatu proses yang sistematis yang terdiri atas tiga tahap, yaitu analisis data identifikasi masalah dan perumusan diagnosis.

Analisis Data dilakukan melalui langkah-langkah berikut : a. Membandingkan dengan nilai normal, Membandingkan data yang diperoleh dari pengkajian dengan nilai normal, serta mengidentifikasi tanda atau gejala yang signifikan. b. Pengelompokan Data : Menyusun tanda dan gejala yang penting ke dalam kategori kebutuhan dasar seperti respirasi, sirkulasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, neurosensori, reproduksi, nyeri, integritas ego, pertumbuhan dan perkembangan, kebersihan diri, penyuluhan atau pembelajaran, interaksi sosial, dan keamanan. Pengelompokan ini dilakukan dengan pendekatan induktif dan deduktif.

b. Analisis data

Tabel 2. 1 Analisi Data

No	Data fokus	Analisis data	Rumusan Masalah keperawatan
1	DS : a. Pasien mengatakan tidak mengetahui cara merawat luka Do : a. Keadaan luka episiotomi basah. 1. Melakukan pengkajian Reeda : ada kemerahan pada area jahitan episiotomi, ada bengkak pada area jahitan episiotomi, E :	Post partum ↓ Luka episiotomi ↓ Trauma perineum ↓ Luka perineum akibat episiotomi ↓	Resiko infeksi (D.0142)

	adanya kebiruan diarea luka, D : tidak ada pengeluaran cairan yang berlebihan A : penyatuan luka jahitan kuat	Bakteri Ektogen ↓ Bakteri Endogen ↓ Bakteri Autogen ↓ Resiko infeksi (D.0142)	
--	---	---	--

Rumusan diagnosis keperawatan pada ibu post partum pada Ny.M dengan risiko infeksi akibat luka episiotomi. Resiko infeksi (D.0142). dibuktikan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan Pasien mengatakan luka episiotomi terasa nyeri dengan skala nyeri 2 ringan, Pasien mengatakan tidak mengetahui cara merawat luka Pasien tampak lemah, Keadaan luka episiotomi basah, Reda : ada kemerahan pada area jahitan episiotomi, ada bengkak pada area jahitan episiotomi, terdapat pengeluaran lukrea rubra, penyatuan luka jahitan kuat (Buku Ajar SDKI DPPN PPNI 2017).

c. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah setiap tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan pertimbangan klinis untuk mencapai hasil yang diinginkan.(PPNI Tim Pokja SIKI 2018)

Deskripsi Intervensi Keperawatan (Tabel 3.1): Komponen ini menjelaskan makna label intervensi keperawatan, yang diawali dengan kata kerja yang

menggambarkan tindakan perawat, bukan pasien . Tindakan: Merupakan serangkaian aktivitas yang dilaksanakan perawat untuk menerapkan intervensi keperawatan. Tindakan tersebut meliputi observasi, tindakan terapeutik, edukasi, dan kolaborasi (PPNI Tim Pokja SIKI 2018)

- a. Tindakan Observasi : Adalah tindakan yang bertujuan untuk mengumpulkan dan menganalisis data mengenai kondisi kesehatan pasien. Biasanya, kata yang digunakan adalah 'periksa', 'identifikasi', atau 'monitor'. Dianjurkan untuk menghindari kata 'kaji', karena istilah ini lebih berkaitan dengan tahap awal dalam proses keperawatan dan agar tidak membingungkan dengan tindakan pascadiagnosis, sementara pengkajian lebih berkaitan dengan tahap prediagnosis.
 - b. Tindakan Terapeutik : Merupakan tindakan yang secara langsung bertujuan untuk memperbaiki kondisi kesehatan pasien atau mencegah masalah kesehatan menjadi lebih buruk. Kata-kata yang sering digunakan untuk tindakan ini adalah 'berikan', 'lakukan', dan sejenisnya.
- Tindakan Edukasi : Tindakan ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam merawat dirinya sendiri dengan memberikan pengetahuan atau keterampilan baru untuk mengatasi masalah kesehatannya. Kata-kata yang biasanya Tindakan kolaborasi : kerjasama perawat lainnya maupun profesi kesehatan lainnya. (PPNI Tim Pokja SIKI 2018).

Tabel 2. 2Perencanaan keperawatan resiko infeksi

Diagnosis keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi \ (SIKI)
Resiko infeksi dibuktikan dengan Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan	setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... jam maka tingkat infeksi menurun dengan kriteria 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan Meningkat 3. Nafsu makan Meningkat 4. Demam menurun 5. Kemerahan Menurun 6. Bengkak menurun 7. Cairan berbau busuk menurun	Intervensi utama A. Pencegahan infeksi Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara cuci tangan dengan benar 3. Ajarkan teknik batuk 4. Ajarkan memeriksa kondisi luka 5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan 6. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 7. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu. Intervensi pendukung

		1. Perawatan perineum Observasi 2. Tanda – tanda infeksi pada robekan perineum : REEDA : kemerahan (<i>rednes</i>) menilai adanya kemerahan diarea jahitan luka episiotomi, bengkak (<i>edema</i>) menilai adanya bengkak pada area jahitan luka episiotomi, perubahan warna (<i>ecchymosis</i>) menilai adanya perubahan warna diarea luka jahitan seperti kebiruan, hitam disekitar luka, keluarnya cairan (<i>discharge</i>) menilai jenis cairan yang keluar dari luka seperti bernanah, cairan berbau tidak sedap, penyatuan luka (<i>approximation</i>) menilai penyatuan luka jahitan kuat 3. Identifikasi warna lochea : (lochea merah) lochea rubra, lochea merah kuning (lochea sanguinolenta), lochea kuning (lochea serosa), lochea putih (lochea alba), lochea purulenta(lochea berbau busuk). Terapeutik 1. Fasilitas dalam membersihkan perineum 2. Pertahankan perineum tetap kering 3. Berikan kompres NaCl 0,9% 4. Pertahankan perineum tetap kering 5. Berikan pembalut yang menyerap cairan Edukasi 1. Ajarkan pasien dan keluarga mengobservasi tanda abnormal pada perineum (mis.infeksi kemerahan, pengeluaran, cairan yang abnormal) Kolaborasi
--	--	---

		1. pemberian antiinflamasi, jika perlu 2. kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu.
--	--	--

d. Implementasi keperawatan

Pelaksanaan merupakan implementasi dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan secara spesifik. Tahapan implementasi dimulai setelah rencana intervensi selesai disusun dan diarahkan pada perintah keperawatan untuk membantu klien mencapai hasil yang diinginkan. Implementasi adalah proses menjalankan dan mewujudkan rencana keperawatan yang telah dirancang pada tahap perencanaan. Untuk memastikan keberhasilan implementasi agar sesuai dengan rencana, perawat harus memiliki keterampilan kognitif, kemampuan interpersonal, serta keahlian dalam melakukan tindakan. Pelaksanaan keperawatan adalah penerapan tindakan yang dirancang untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan. Selain itu, kegiatan dalam pelaksanaan mencakup pengumpulan data secara terus-menerus, Memantau reaksi klien selama pelaksanaan tindakan dan setelahnya, serta menilai informasi terbaru yang tersedia. (Hadinata and Abdillah 2021).

e. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah proses menilai dengan cara membandingkan perubahan kondisi pasien (hasil yang teramati) terhadap tujuan dan kriteria yang telah ditentukan pada tahap perencanaan. Proses ini menitikberatkan pada penilaian, tahapan pelaksanaan, dan upaya perbaikan. Dalam tahap ini, perawat menilai bagaimana respons klien terhadap intervensi yang telah diberikan menentukan apakah tujuan

dari rencana keperawatan telah tercapai atau dapat diterima. (Hadinata and Abdillah 2021).

- a. S (Subjektif) adalah pernyataan perasaan atau keluhan yang disampaikan oleh ibu atau keluarganya secara subjektif setelah dilakukan tindakan keperawatan.
- b. O (Objektif) adalah hasil pengamatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap sikap ibu saat dan setelah tindakan keperawatan dilakukan.
- c. A (Assessment) adalah analisis tenaga kesehatan setelah mengetahui respon subjektif dan objektif ibu, yang dibandingkan dengan tujuan dan kriteria hasil yang ada dalam rencana keperawatan.
- d. P (Planning) adalah perencanaan tindakan selanjutnya yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan setelah melakukan analisis. Evaluasi yang diharapkan disesuaikan dengan masalah yang dihadapi pasien