

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Perawatan Luka Perinium Untuk Mencegah Resiko Infeksi Pada Ibu Post Partum

1. Perawatan luka perinium

Perawatan adalah proses pemenuhan kebutuhan dasar manusia (biologis, psikologis, sosial dan spiritual) dalam rentang sakit sampai dengan sehat (Hidayat, 2004). Perinium adalah bagian permukaan pintu bawah panggul yang terletak di antara vulva dan anus. Perinium terdiri atas otot fascia urogenitalis serta diafragma pelvis (Wiknjosastro, 2007). Perawatan perineum adalah upaya memberikan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman dengan cara menyelamatkan daerah antara kedua paha yang dibatasi antara lubang dubur dan bagian alat kelamin luar pada wanita yang habis melahirkan agar terhindar dari infeksi (Kumalasari, 2015).

2. Tujuan perawatan luka perinium

Adapun tujuan dari perawatan luka perineum menurut Kumalasari (2015) yaitu sebagai berikut:

- a. Menjaga kebersihan daerah kemaluan
- b. Mengurangi nyeri dan meningkatkan rasa nyaman pada ibu
- c. Mencegah infeksi dari masuknya mikroorganisme ke dalam kulit dan membrane mukosa
- d. Mencegah bertambahnya kerusakan jaringan
- e. Mempercepat penyembuhan dan mencegah perdarahan
- f. Membersihkan luka dari benda asing atau debris
- g. Drainase untuk memudahkan pengeluaran eksudat

3. Perawatan luka perinium menurut APN

- a. Menjaga agar perineum selalu bersih dan kering
- b. Menghindari pemberian obat tradisional
- c. Menghindari pemakaian air panas untuk berendam
- d. mencuci luka dan perineum dengan air dan sabun 3-4 kali sehari
- e. Kontrol ulang maksimal seminggu setelah persalinan untuk pemeriksaan penyembuhan luka

4. Dampak perawatan luka perinium

Perawatan perineum yang dilakukan dengan baik dapat menghindarkan hal berikut:

- a. Infeksi
- b. Komplikasi
- c. Kematian ibu postpartum

5. Pengertian infeksi masa nifas

Infeksi nifas adalah semua peradangan yang disebabkan oleh masuknya kuman-kuman ke dalam alat-alat genital pada waktu persalinan dan nifas (Retna Ambarwati & Wulandari, 2010).

6. Etiologi infeksi nifas

- a. Berdasarkan masuknya kuman ke dalam alat kandungan
 - 1) Ektogen (kuman datang dari luar)
 - 2) Autogen (kuman masuk dari tempat lain dalam tubuh)
 - 3) Endogen (dari jalan lahir sendiri)
- b. Berdasarkan kuman yang sering menyebabkan infeksi
 - 1) Streptococcus Haemolyticus Aerobik

Masuknya secara eksogen dan menyebabkan infeksi berat yang ditularkan dari penderita lain, alat-alat yang tidak suci hama, dan tangan penolong

2) *Staphylococcus Aureus*

Masuk secara eksogen, infeksinya sedang, banyak ditemukan sebagai penyebab infeksi di rumah sakit

3) *Eschericia Coli*

Sering berasal dari kandung kemih dan rectum, menyebabkan infeksi terbatas

4) *Clostridium Welchii*

Kuman aerobic yang sangat berbahaya, sering ditemukan pada abortus kriminalis dan partus yang ditolong dukun dari luar rumah sakit.

7. Patofisiologi infeksi masa nifas

Setelah persalinan, terjadi beberapa perubahan penting diantaranya makin meningkatnya pembentukan urin untuk mengurangi hemodilusi darah, terjadi penyerapan beberapa bahan tertentu melalui pembuluh darah vena sehingga terjadi peningkatan suhu badan sekitar 0,5 derajat celcius yang bukan merupakan keadaan yang patologis atau menyimpang pada hari pertama. Perlukaan karena persalinan merupakan tempat masuknya kuman ke dalam tubuh, sehingga menimbulkan infeksi pada kala nifas. Infeksi kala nifas adalah infeksi peradangan pada semua alat genetalia pada masa nifas oleh sebab apapun dengan ketentuan meningkatnya suhu badan melebihi 38 derajat celcius tanpa menghitung hari pertama dan berturut-turut selama dua hari (Sukarni K & Wahyu, 2013).

Mekanisme terjadinya infeksi kala nifas adalah sebagai berikut:

- a. Manipulasi penolong: terlalu sering melakukan pemeriksaan dalam, alat yang dipakai kurang suci hama.

- b. Infeksi yang didapat di rumah sakit (nosokomial)
- c. Hubungan seks menjelang persalinan
- d. Sudah terdapat infeksi intrapartum: persalinan lama terlantar, ketuban pecah lebih dari enam jam, terdapat pusat infeksi dalam tubuh (local infeksi)

8. Tanda dan gejala infeksi masa nifas

Infeksi akut ditandai dengan demam, sakit di daerah infeksi, berwarna kemerahan, fungsi organ tersebut terganggu. Gambaran klinis infeksi nifas dapat berbentuk:

a. Infeksi lokal

Pembengkakan luka episiotomi, terjadi penanahan, perubahan warna kulit, pengeluaran lochea bercampur nanah, mobilitasi terbatas karena nyeri, temperature badan dapat meningkat

b. Infeksi umum

Tampak sakit dan lemah, temperature meningkat, tekanan darah menurun dan nadi meningkat, pernafasan dapat meningkat dan terasa sesak, kesadaran gelisah sampai menurun dan koma, terjadi gangguan involusi uterus, lochea berbau dan bernanah serta kotor.

9. Pencegahan infeksi masa nifas

- a. Lakukan mobilisasi dini sehingga darah lochea keluar dengan lancar
- b. Perlukaan dirawat dengan baik
- c. Rawat gabung dengan isolasi untuk mengurangi infeksi nosocomial

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Partum dengan Resiko Infeksi Luka Perinium

1. Pengkajian post partum

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Nursalam, 2008).

Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya.

Asuhan keperawatan periode post partum adalah waktu penyembuhan dan perubahan, waktu kembalinya keadaan pada keadaan tidak hamil, serta penyesuaian terhadap hadirnya anggota keluarga baru (Mitayani, 2012). Asuhan keperawatan pada periode post partum dimulai dari tahap pengkajian. Beberapa fokus pengkajian pada asuhan keperawatan pasca partum menurut Johnson (2010) yaitu:

Tabel 1
Pengkajian Keperawatan Periode Post Partum

Pengkajian	8 jam pertama paska melahirkan	8-24 jam paska melahirkan	24-48 jam paska melahirkan
1	2	3	4
Tanda Vital	Tekanan darah, nadi, respirasi, suhu. Jam pertama: per 15 menit Jam kedua: per 30 menit Jam ke 3-8: per 4 jam monitor hipotensi dan takikardia Ingat: setelah evaluasi suhu	Setiap 4 jam: Tekanan darah, nadi, respirasi, suhu Monitor kemungkinan hipotensi dan takikardia Peningkatan laju jantung mungkin pertanda nyeri, infeksi, kehilangan darah,	Setiap 8 jam: Kelanjutan pemeriksaan

1	2	3	4
	awal, kecualikan temperatur dari penilaian tanda vital.	atau sakit jantung	
Warna kulit	Periksa warna kulit, bantalan kuku, dan rongga mulut jika terdapat abnormalitas. Jam pertama: per 15 menit Jam kedua: per 30 menit Jam ke 3-8: per 4 jam	Setiap 4 jam: Periksa warna kulit, bantalan kuku, dan rongga mulut seandainya terdapat abnormalitas.	Setiap 8 jam: Kelanjutan pemeriksaan
Penilaian <i>fundus</i>	Cek likasi dan kekuatan. Pastikan kandung kemih kosong. Jika <i>fundus</i> lunak atau lembut, lakukan pemijatan <i>fundus</i> . Periksa <i>lochia</i> dengan setiap pijatan. Jangan pijat <i>fundus</i> jika ia keras. Jam pertama: per 15 menit Jam kedua: per 30 menit Jam ke 3-8: per 4 jam	Setiap 4 jam: Cek lokasi dan kekuatan. Periksa kandung kemih kosong. Jika <i>fundus</i> lunak, lakukan pemijatan <i>fundal</i> . Periksa <i>lochia</i> dengan setiap pijatan.	Setiap 8 jam: Lanjutkan penilaian dan intervensi keperawatan
<i>Lochia</i>	Periksa warna, jumlah, bau, dan gumpalan, di bantalan <i>perineal</i> . Jam pertama: per 15 menit Jam kedua: per 30 menit Jam ke 3-8: per 4 jam	Setiap 4 jam: Periksa jumlah keluaran, frekuensi, dan ketidaknyamanan	Setiap 8 jam, lanjutkan pemeriksaan
Kandung kemih dan keluaran urin	Periksa jumlah keluaran, frekuensi, dan ketidaknyamanan	Setiap 4 jam: Periksa jumlah keluaran, frekuensi, dan	Setiap 8 jam: Lanjutkan pemeriksaan

1	2	3	4
	Jam pertama: 30 menit Jam kedua: per 1 jam Jam ke 3-8: per 4 jam	ketidaknyamanan	
Perineum	Periksa kemerahan, dan keluaran. Jika terdapat episiotomy, periksa garis sayatan. Jam pertama: per 30 menit	Setiap 8 jam: Periksa jumlah keluaran, frekuensi, dan ketidaknyamanan. Jika terdapat episiotomy, periksa garis sayatan.	Setiap 8 jam: lanjutkan pemeriksaan
Nyeri	Penilaian nyeri mencakup 5 tanda vital. Jam pertama: per 15 menit Jam kedua: per 30 menit Jam ke 3-8: per 4 jam Selalu periksa nyeri dengan interval tertentu setelah di berikan analgetik.	Setiap 4 jam dan interval memadai setelah pemberian analgetik	Setiap 4 jam dan interval tertentu setelah di berikan analgetik
Payudara	Periksalah setiap pergantian: ukuran simetri, bentuk, kelembutan, dan munculnya puting	Periksa setiap pergantian	Periksa setiap pergantian

Sumber: Buku Keperawatan Maternitas, 2010

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon manusia terhadap gangguan kesehatan/proses kehidupan, atau kerentanan respon dari seorang individu, keluarga, kelompok, atau komunitas (NANDA, 2015). Menurut

Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), diagnosa yang terkait dengan ibu post partum yang mengalami luka perinium akibat episiotomy yaitu resiko infeksi.

Tabel 2
Diagnosa Keperawatan Resiko Infeksi Pada Ibu Post Partum

Masalah keperawatan	Faktor resiko	Kondisi klinis terkait
Resiko infeksi Definisi Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik	1. Efek prosedur invasif	Tindakan invasif

Sumber: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan didefinisikan sebagai “berbagai perawatan berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan, yang dilakukan oleh seorang perawat untuk meningkatkan hasil pasien” (NANDA, 2015).

Berikut ini adalah intervensi keperawatan untuk pasien dengan masalah resiko infeksi menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018)

Tabel 3
Intervensi Untuk Masalah Resiko Infeksi

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi keperawatan
1	2	3
Resiko Infeksi Definisi: Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik	SLKI 1. Kontrol Resiko Adapun kriteria hasil yang diharapkan adalah sebagai berikut: 1. Kemampuan mencari informasi tentang faktor resiko meningkat 2. Kemampuan mengidentifikasi faktor resiko meningkat 3. Kemampuan mengenali perubahan status kesehatan meningkat 4. Pemantauan perubahan status meningkat	SIKI 1. Pencegahan infeksi Observasi a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik b. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi c. Jelaskan tanda dan gejala infeksi d. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar e. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka 2. Perawatan perineum Observasi a. Inspeksi insisi atau roekan perinium (mis. episiotomi) Terapeutik b. Fasilitasi dalam membersihkan perinium c. Pertahankan perinium tetap kering d. Bersihkan area perinium secara teratur Edukasi e. Ajarkan pasien dan keluarga mengobservasi tanda abnormal pada perinium

Sumber: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Perawat melaksanakan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan, dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat hasil tindakan di catatan perawat (tanggal, jam, paraf, nama terang, kegiatan, dan hasil pengamatan) (Kozier, G, & Snyder, 2010). Salah satu implementasi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mencegah resiko infeksi pada ibu post partum adalah dengan pemberian prosedur perawatan luka perineum.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah fase kelima dan fase terakhir proses keperawatan, dalam konteks ini aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan dan terarah ketika pasien dan professional kesehatan menentukan kemajuan-kemajuan pasien menuju pencapaian tujuan/hasil dan keefektifan rencana asuhan keperawatan. Evaluasi adalah aspek penting proses keperawatan karena kesimpulan yang ditarik dari evaluasi menentukan apakah evaluasi keperawatan harus diakhiri, dilanjutkan, atau dirubah (Kozier et al., 2010).

Tabel 4
Evaluasi Keperawatan

Diagnosa keperawatan	Evaluasi
Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	<p>S (Subjektif): Data yang diperoleh dari respon pasien secara verbal</p> <p>O (Objektif): Data yang diperoleh dari respon pasien secara non verbal atau melalui pengamatan perawat</p> <p>A (<i>Assessment</i>): Tindak lanjut dan penentuan apakah implementasi akan dilanjutkan atau sudah terlaksana dengan baik</p> <p>P (<i>Planning</i>): Rencana selanjutnya</p>

Sumber: Kozier et al., 2010

