

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Post Partum

1. Definisi

Masa pemulihan sesudah sembilan bulan kehamilan serta melahirkan disebut dengan post partum. Post partum merupakan masa sekurang-kurangnya enam minggu sesudah masa persalinan sebagai masa selaput ketuban yang diperlukan untuk kelahiran dan persalinan bayi, plasenta, serta organ dalam dikembalikan ke keadaan sebelum hamil (Saleng & Ahmi, 2020).

2. Tahapan post partum

Post partum dibedakan ke dalam tiga tahap, yaitu :

a. *Immediate postpartum* (sesudah plasenta lahir - 24 jam)

Tahap ini adalah periode segera sesudah lahirnya plasenta dan hingga dengan dua puluh empat jam. Berdasarkan masa ini seringkali yang dialami pada permasalahan seperti perdarahan akibat atonia uteri. Pada tahap ini perlu dilakukan pemeriksaan rutin terhadap pengeluaran lochea, kontraksi rahim, suhu tubuh, tekanan darah, dan lain-lain.

b. *Early postpartum* (24 jam - 1 minggu)

Berdasarkan tahap ini pastikan involusi uterus normal, lochea tidak memiliki bau busuk, tidak terjadi perdarahan, ibu mendapat cukup cairan dan makanan, tidak demam, dan ibu bisa menyusui bayinya secara baik.

c. *Late postpartum* (1 minggu - 6 minggu)

Di tahapan ini tetaplah melaksanakan pemeriksaan juga perawatan sehari-harinya dan konseling mengenai KB (Wahyuningsih, 2019).

3. Perubahan fisik ibu post partum pada perineum

Vagina luas berangsur-angsur berkurang namun sangat jarang kembali sebagaimana nullipara, hymen terlihat seperti tonjolan jaringan kecil serta mengalami perubahan menjadi karunkula mitiformis. Minggu ketiga rugae vagina kembali dan perineum yang ada jahitan dan pembengkakan akan terjadi pemulihan setelah enam sampai tujuh hari dan tidak ada infeksi apabila rajin melakukan vulva hygiene (Wahyuningsih, 2019). Saat melakukan vulva hygiene perlu untuk memperhatikan lochea. Lochea merupakan cairan yang asalnya dari kavun uteri beserta bagina pada masa post partum, jenis lochea diantaranya :

- a. Lochea rubra dengan warna merah berisikan darah segar dan sisa selaput ketuban yang berlangsung selama dua hari post partum
- b. Lochea serosa dengan warna kuning yang memiliki kandungan serum, desidua yang terjadi tujuh sampai empat belas hari post partum
- c. Lochea sanguilenta dengan warna merah kuning berisikan darah maupun desidua yang terjadi tiga sampai tujuh hari post partum
- d. Lochea alba dengan warna putih mencakup sel desidua beserta leukosit yang terjadi selama 14 hari-2 minggu selanjutnya (Wahyuningsih, 2019)

B. Konsep Episiotomi Perineum

1. Definisi

Beberapa ibu terjadi robekan perineum dikarenakan Tindakan episiotomy ataupun robekan alami, yang memunculkan rasa nyeri perineum. Luka perineum merupakan robekan yang muncul ketika bayi lahir baik menggunakan alat serta secara spontan (Rostika, Choirunissa, & Rifiana, 2020). Sengaja membuat luka

perineum guna melakukan pembesaran pada muara vagina ketika vagina dan perineum mengalami peregangan sebelum keluarnya kepala bayi, umumnya dikarenakan bayi yang besar.

2. Derajat robekan perineum

Luka perineum dibagi ke dalam 4 derajat luka, yaitu :

- a. Derajat I : Robekan terjadi pada mukosa vagina, kulit perineum tepat di bawahnya. Robekan tingkat satu bisa sembuh sendiri, tidak perlu jahitan bila tidak perdarahan, luka bisa menyatu secara baik.
- b. Derajat II : Luka perineum tingkat dua mencakup mucosa vagina, otot perineum serta kulit perineum. Perbaikan luka dilaksanakan sesudah diberikan anestesi lokal lalu otot diafragma urogenitalis dikoneksikan di garis tengah dengan jahitan lalu luka pada kulit perineum dan vagina dituip dengan melibatkan jaringan di bawahnya.
- c. Derajat III : Robekan perineum mencakup kulit perineum, mukosa vagina, otot spingterani eksternal serta otot perineum. Pada laserasi partialis denyut ke-3 yang robek hanya spingter.
- d. Derajat IV : Laserasi yang total spingter recti terpotong lalu laserasi mengalami perluasan sehingga dinding anterior rektum dengan jarak beragam (Mulati & Susilowati, 2018).

3. Bentuk luka perineum

Adanya dua bentuk luka perineum, yakni

- a. Ruptur

Yakni dikarenakan ada robekan perineum alami dengan luka tidak teratur, dikarenakan ada desakan kepala bayi yang sangat cepat ataupun bahu dalam proses

persalinan. Biasanya bentuk ruptur tidak beraturan kemudian sulit untuk dijahit (Mulati, 2016).

b. Episiotomi

Luka episiotomi disebabkan oleh terdapatnya tindakan medis dikarenakan terdapat suatu indikasi yaitu dengan sengaja menciptakan luka perineum guna melakukan perbesaran muara vagina ketika perineum lalu vagina mengalami peregangan sebelum keluarnya kepala bayi (Mulati, 2016).

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka perineum

Faktor yang memberi pengaruh pada penyembuhan luka perineum, yakni :

a. Pengetahuan

Ibu yang kurang memiliki pengetahuan mengenai kebersihan maka penyembuhan lukanya akan terjadi lebih lama. Tingkat Pendidikan ibu yang rendah memberi kemungkinan akan terjadi keterlambatan untuk menangkap pengetahuan baru terkhusus hal yang berkaitan dengan penyembuhan luka perineum pada ibu nifas.

b. Usia

Pada usia muda penyembuhan luka lebih cepat karena fungsi penyatuan jaringan di kulit ibu post partum yang telah tidak berusia produktif sudah menurun diakibatkan faktor usia.

c. Vulva hygiene

Ibu nifas yang rajin melaksanakan vulva hygiene maka semakin cepat proses penyembuhan luka perineum karena ibu nifas bertanggung jawab bahwa sering melakukan vulva hygiene akan menjaga vagina juga area sekitar tetaplah nyaman maupun bersih.

d. Parietas

Parietas merupakan banyaknya janin yang memiliki Bb melebihi lima ratus gram yang pernah lahir mati dan hidup jika Bb tidak diketahui, yang dipergunakan yakni usia kehamilan melebihi dua puluh empat minggu. Robekan perineum hampir dialami terhadap seluruh persalinan pertama serta tak jarang pada persalinan selanjutnya (Reviana, Gita, & Mabruroh, 2023).

5. Fase penyembuhan luka

Proses penyembuhan luka mencakup berbagai fase penyembuhan yang dibedakan ke dalam 3 fase penyembuhan, yakni :

a. Fase inflamasi

Fase ini dialami awal kejadian ataupun ketika luka muncul hari ke nol hingga ketiga ataupun kelima. Adanya 2 aktivitas utama dalam fase ini, yakni respon inflamasi dan vaskuler. Respon vaskuler dimulai dengan respon hemostatik tubuh selama lima detik setelah luka. Sekitaran jaringan luka terjadi iskemia yang memberi rangsangan pelapisan vasoaktif serta histamine yang menjadikan vasodilatasi pelepasan thrombosis, reaksi vasokonstriksi, vasodilatasi, maupun membentuk lapisan fibrin. Respon inflamasi merupakan reaksi non spesifik tubuh untuk mempertahankan juga memberikan perlindungan pada benda asing yang masuk ke dalam tubuh. Fase ini diketahui dengan terdapatnya bengkak, nyeri, kemerahan, panas maupun fungsi jaringan menghilang (Sulistianingsih & Wijayanti, 2019).

b. Fase proliferasi

Fase ini dialami hari kelima hingga tujuh setelah tiga hari luka sayat menutup. Fase ini diketahui dengan pengeluaran neutrophil maupun makrofak sehingga

daerah luka bisa melaksanakan remodelling juga sintesis dalam matriks sel ekstraselular. Proliferasi makrofak memiliki fungsi menstimulasikan fibroblast guna menghasilkan elastin maupun kolagen lalu adanya proses angiogenesis (Sulistianingsih & Wijayanti, 2019).

c. Proses maturasi

Fase maturasi terjadi pada hari ke-8 hingga tahunan. Fase ini terbentuk jaringan kolagen pada kulit guna menyembuhkan luka. Jaringan kolagen akan menciptakan jaringan fibrosis dan terbentuk jaringan baru. Sitokin dalam sel endothelial membuat aktif faktor pertumbuhan sel serta vaskularisasi di area luka kemudian bekas luka bisa dikurangi (Sulistianingsih & Wijayanti, 2019).

6. Nyeri episiotomi perineum

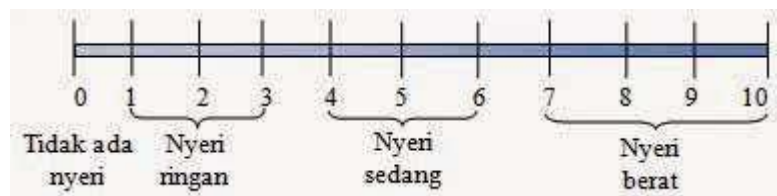
Nyeri adalah pengalaman sensorik multidimensi yang tidak menyenangkan diakibatkan jaringan yang rusak. Nyeri yang ditimbulkan oleh IASP yaitu nyeri merupakan pengalaman emosional juga sensorik yang tidak menyenangkan diakibatkan jaringan yang rusak, baik potensial dan aktual, ataupun yang dideskripsikan pada bentuk kerusakan jaringan. Pengalaman sensoris terhadap nyeri akut dikarenakan stimulus noxious yang diperantarai system sensoris nosiseptif. Sistem ini bergerak mulai dari perifer lewat batang otak, spinalis, korteks cerebri, thalamus. Jika sudah adanya kerusakan jaringan, system nosiseptif fungsi akan mengalami pergeseran, dari fungsi protektif ke fungsi yang membantu untuk memperbaiki jaringan rusak (Pinzon, 2016). Berdasarkan intensitasnya (berat ringannya) nyeri dibagi menjadi 4, yaitu :

- a. Tidak nyeri, yaitu keadaan di mana individu tidak memiliki keluhan ada rasa nyeri.

- b. Nyeri ringan, yaitu mengalami nyeri dengan tingkat rendah sehingga individu masih dapat berkomunikasi secara baik, masa dapat melaksanakan kegiatan sebagaimana biasanya serta kegiatan tidak terganggu.
- c. Nyeri sedang, umumnya mulai memunculkan respon nyeri sedang yang akan mulai mengganggu kegiatan individu.
- d. Nyeri berat merupakan nyeri yang menjadikan orang tidak bisa melaksanakan kegiatan sebagaimana biasanya, dan mengganggu secara psikologi sdi mana seseorang akan marah atau tidak bisa mengontrol dirinya(Pinzon, 2016).

7. Penilaian respon nyeri

Hal yang haruslah diingat untuk penilaian nyeri yaitu menilai intensitas juga menentukan jenis nyeri. Hal ini amat krusial sebab terkiait dengan jenis pengobatan yang selaras untuk diberikan kepada pasien. Alat yang digunakan dalam melakukan pengukuran intensitas nyeri merupakan Numeric Rating Scale (Pinzon, 2016).



Gambar 1 Numeric Rating Scale Sumber : (Pinzon, 2016)

Ket :

- a. 0 : Tidak nyeri
- b. 1-3 : Nyeri ringan, pasien secara objektif bisa melakukan komunikasi secara baik.
- c. 4-6 : Nyeri sedang, pasien secara objektif menyeringai, mendesis, bisa menunjukkan area nyerinya, bisa mendeskripsikan, bisa menjalankan perintah secara baik.

- d. 7-10 : Pasien secara objektif tidak melaksanakan perintah tapi masih merespon pada tindakan, dapat menunjukkan area nyerinya namun tidak bisa mengekspresikannya.

C. Konsep Ketidaknyamanan Pasca Partum

1. Definisi

Persalinan bisa memunculkan luka di area perineum, kemudian akan menimbulkan rasa tidak nyaman setelah partum seperti nyeri pada luka jahitan perineum. Ketidaknyamanan pasca partum merupakan perasaan tidak nyaman yang berhubungan dengan kondisi setelah melahirkan.(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2. Penyebab ketidaknyamanan pasca partum

Ketidaknyamanan pasca partum disebabkan oleh trauma perineum selama persalinan dan kelahiran, involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula, pembengkakan payudara dimana alveoli mulai terisi ASI, kekurangan dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan, ketidaktepatan posisi duduk, faktor budaya (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

3. Tanda dan gejala ketidaknyamanan pasca partum

Tanda dan gejala dari ketidaknyamanan pasca partum yakni mengeluh tidak nyaman, tampak meringis, terdapat kontraksi uterus, luka episiotomi, payudara bengkak, tekanan darah meningkat, frekuensi nadi meningkat, berkeringat berlebihan, menangis/merintih, haemorroid (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

4. Kondisi klinis terkait

Kondisi klinis berkaitan dengan ketidaknyamanan pasca partum merupakan kondisi pasca persalinan.

D. Konsep Kompres Dingin

1. Definisi

Kompres dingin merupakan cara untuk memberikan stimulasi jaringan beserta kulit guna mengurangi peradangan, nyeri, dan memperoleh efek terapeutik yang lain lewat paparan dingin (PPNI, 2021). Kompres dingin yakni modalitas terapi fisik mempergunakan sifat fisik dingin bagi terapi beberapa kondisi, misalnya nyeri luka perineum. Tujuan dilakukannya kompres dingin yakni menurunkan inflamasi yang muncul di area yang mengalami nyeri, kemudian bisa menurunkan rasa nyeri pasien (Munafiah et al., 2022).

2. Fisiologi kompres dingin

Kompres dingin mempergunakan sifat fisik dingin bagi terapi beberapa kondisi, misalnya nyeri luka perineum. Kompres dingin menstimulasikan permukaan kulit guna mengendalikan nyeri. Kompres dingin cara kerjanya yakni melepas endorphin, lalu memblok transmisi serabut saraf sensori A-beta yang lebih cepat dan besar. Proses ini mengurangi transmisi nyeri lewat serabut C maupun delta-A dengan diameter kecil, sehingga gerbang sinap menutupi transmisi impuls nyeri. Terapi dingin menimbulkan efek analgetik kemudian impuls nyeri akan sampai ke otak lebih rendah sehingga berkurang sensasi nyeri pasien (Choirunissa et al., 2019).

3. Langkah – langkah

Pemberian kompres dingin merupakan cara untuk menstimulasi kulit dengan memanfaatkan suhu yang memberikan efek analgetik berupa perlambatan kecepatan hantaran saraf kemudian akan lebih sedikitnya impuls nyeri yang sampai di otak (Azzah, Setyarini, & Mediawati, 2022). Kompres dingin dapat dilakukan 2 kali dalam sehari (Wenniarti, Murharyani, & Jaji, 2016). Langkah-langkah melakukan kompres dingin, yakni :

- a. Mengidentifikasi pasien menggunakan paling tidak 2 identitas
- b. Menerangkan langkah prosedur dan tujuan
- c. Menyiapkan bahan beserta alat yang dibutuhkan :
 - 1) Alat kompres dingin (Ice gel)
 - 2) Sarung tangan bersih
 - 3) Kain penutup kompres
- d. Menutup sampiran disekitar pasien
- e. Memilih alat kompres yang mudah diperoleh dan nyaman
- f. Melakukan kebersihan tangan enam langkah
- g. Memasang sarung tangan bersih
- h. Memeriksa suhu alat kompres 15°C
- i. Posisikan pasien pada posisi dorsal rekumben
- j. Pilih lokasi kompres
- k. Balut ice gel dengan kain tipis, lembut, dan bersih
- l. Melakukan kompres dingin di area yang telah dipilih
- m. Menghindari pemakaian kompres dalam jaringan yang terpapar terapi radiasi
- n. Biarkan kompres selama 20 menit

- o. Merapikan pasien beserta alat yang dipergunakan
- p. Melepaskan sarung tangan
- q. Melakukan kebersihan tangan enam langkah
- r. Mendokumentasikan prosedur yang sudah dilaksanakan beserta respon pasien (PPNI, 2021)

E. Konsep Asuhan Keperawatan Ketidaknyamanan Pasca Partum

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan yakni dasar pemikiran untuk memberi asuhan keperawatan selaras dengan kebutuhan pasien. Pengkajian yang sistematis juga lengkap selaras dengan kondisi ataupun fakta yang dialami pasien sangatlah krusial guna melakukan perumusan diagnosis keperawatan dan untuk memberi asuhan keperawatan selaras dengan respon seseorang (Kartikasari et al., 2020).

a. Identitas

Identitas klien mencakup usia, Pendidikan, nama, status perkawinan, pekerjaan, suku, agama, nomor rekam medis, alamat, tanggal pengkajian, tanggal masuk RS. Identitas penanggung jawab meliputi nama, Pendidikan, usia, alamat, pekerjaan.

b. Keluhan utama

Keluhan utama yang dialami klien dengan ketidaknyamanan pasca partum yakni mengeluh tidak nyaman pada perineum

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat penyakit saat ini

Keluhan yang dirasakan pasien saat dilakukan pengkajian adalah memiliki keluhan tampak meringis, tidak nyaman, adanya kontraksi uterus, payudara membengkak, terdapat luka episiotomi, meningkatnya tekanan darah, meningkatnya frekuensi nadi, tampak menangis, berkeringan berlebih, haemoroid, tampak merintih.

2) Riwayat penyakit terdahulu

Terkait Riwayat penyakit yang pernah dialami pasien yang memiliki hubungan dengan penyakit saat ini, Riwayat alergi obat ataupun makanan tertentu, dan adanya ataukah tidak Riwayat operasi umum yang lain.

3) Riwayat penyakit keluarga

Terkait Riwayat penyakit yang pernah dialami mencakup penyakit keturunan ataupun keluarga. Penyakit tersebut bisa penyakit sistemik, metabolik, cacat bawaan, atau keturunan.

d. Riwayat obstetri serta ginekologi

Mengkaji pasien secara bertanya tentang Riwayat perkawinan, menstruasi, persalinan, kehamilan, nifas yang lalu, Riwayat kehamilan sekarang ini maupun Riwayat KB.

e. Pola kebutuhan dasar

Mengkaji pola kebutuhan keseharian pada pasien mencakup sirkulasi, respirasi, eliminasi, cairan atau nutrisi, istirahat/aktivitas, seksualitas/reproduksi, neurosensory, kenyamanan atau nyeri, integritas ego, kebersihan diri,

perkembangan pertumbuhan, perkembangan/penyuluhan, proteksi, serta interaksi sosial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

f. Pemeriksaan fisik

1) Kondisi umum

Kondisi umum pasien biasanya baik

2) Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran pasien umumnya composmentis

3) Pemeriksaan tanda vital:

a) Tekanan darah : normal 120/80 mmHg

b) Suhu : 36,5°C - 37,5°C

c) Pernapasan : mengalami peningkatan (>20x/menit)

d) Nadi : mengalami peningkatan (>90x/menit)

4) Head to toe

a) Wajah serta kepala

Inspeksi kebersihan maupun kerontokan rambut, inspeksi wajah apakah pucat atau tidak, terdapat cloasma atau tidak, sklera (normal sklera memiliki warna putih), konjungtiva (umumnya memiliki warna merah muda, jika pucat disebut anemis), kebersihan mulut dan gigi (umumnya gigi, mulut bersih tidak terdapat karies gigi, tidak berbau, dan bibir berwarna merah muda), Melakukan palpasi palpebra, palpasi pembesaran getah bening, edema pada wajah serta mata, kelenjar tiroid, dan JVP.

b) Dada

Inspeksi irama napas, mendengarkan bunyi jantung, bunyi napas, maupun hitunglah frekuensi. Memeriksa payudara pada ibu post partum mencakup inspeksi

bentuk, ukuran, kesimetrisan, warna, palpasi konsisten, apakah adanya nyeri tekan untuk melakukan penentuan status laktasi. ASInya menetes atau tidak, payudara bengkak, serta periksa apakah puting menonjol atau tidak.

c) Abdomen

Inspeksi terdapatnya striae, linea ataukah tidak, ada insisi atau luka ataukah tidak, memeriksa involusi uteri, kemajuan involusi yakni proses kembalinya uterus ke ukuran semula, dilakukan pengukuran dengan melakukan pengkajian pada konsistensi serta tinggi masar, fundus uterus, maupun peremasan fundus dan jumlah maupun karakter lokhea 4-8 jam.

d) Genetalia, perineum, dan anus

Amati vulva bersih atau tidak, kaji daerah perineum guna mengidentifikasi karakteristik normal ataupun deviasi dari normal misalnya memar, edema, hematoma, nyeri tekan, dan kemerahan. Amati jahitan luka episiotomi perineum dengan melakukan pemeriksaan tanda infeksi dengan REEDA. Anus dilakukan pengkajian apakah fisura serta hemoroid. Periksa karakteristik lokhea seperti warna, bau, dan jumlah. Jumlah lokhea akan berkurang secara perlahan dengan perubahan warna yang khas yang membuktikan komponen darah dalam aliran lokhea menurun.

e) Ekstremitas

Ekstremitas bawah beserta atas bisa bergerak dengan baik, memeriksa apakah terdapat varises di tungkai kaki, edema, adanya ataukah tidak tromboflebitis dikarenakan menurunnya aktivitas, beserta reflek patella baik.

f) Pemeriksaan penunjang

Data penunjang dilaksanakan terhadap suatu indikasi yang digunakan dalam mendapatkan keterangan jelas. Pemeriksaan yang dilaksanakan guna memperoleh data penunjang misalnya laboratorium maupun pemeriksaan USG.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terkait respons klien pada proses kehidupan ataupun permasalahan kesehatan yang dialami baik yang terjadi potensial ataupun aktual. Diagnosis keperawatan ini bertujuan mengidentifikasi respon klien individu, komunitas, dan keluarga pada kondisi yang berhubungan dengan Kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan yang ditegaskan dalam penelitian ini adalah Ketidaknyamanan setelah partum berkaitan dengan trauma perineum pada saat kelahiran serta persalinan ditunjukkan dengan mengalami keluhan tidak nyaman, meringis, luka episiotomy, kontraksi uterus, payudara bengkak, meningkatnya tekanan darah, berkeringan berlebih, peningkatan frekuensi nadi, haemoroid, menangis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

3. Perencanaan keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan semua bentuk tindakan yang dilaksanakan perawat yang dilandaskan kepada penilaian klinis dan pengetahuan guna mewujudkan hasil yang diinginkan seperti pencegahan, pemulihan, peningkatan kesehatan pasien, komunitas, beserta keluarga (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Luaran keperawatan adalah aspek yang bisa diukur juga diamati terdiri dari perilaku, kondisi, ataupun pandangan pasien, komunitas ataupun pasien merupakan respon pada intervensi keperawatan. Komponen luaran keperawatan diantaranya

label, harapan, kriteria hasil menjadi dasar dalam mengukur capaian hasil intervensi (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Tabel 1
Intervensi Keperawatan Sesuai Dengan Diagnosis Keperawatan
Ketidaknyamanan Pasca Partum

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
(1)	(2)	(3)	(4)
Ketidaknyamanan Pasca Partum (D.0075) berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan dan kelahiran dibuktikan dengan mengeluh tidak nyaman karena merasa nyeri di bagian luka jahitan episiotomi perineum, nyeri terasa hilang timbul dan terfokus pada luka jahitan, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, dari 1-10 skala nyeri 5, tampak meringis, tampak luka episiotomi, tampak berkeringat.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x30 menit, maka status kenyamanan pasca partum meningkat dengan kriteria hasil : 1. Keluhan tidak nyaman meningkat 2. Meringis meningkat 3. Luka episiotomi meningkat 4. Berkeringat meningkat	1. Intervensi Utama Manajemen Nyeri (I.08238) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 6. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	1. Intervensi Utama Manajemen Nyeri (I.08238) <i>Observasi</i> 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui skala nyeri 3. Untuk mengetahui respons nyeri non verbal 4. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Untuk mengetahui bagaimana pengaruh nyeri pada kualitas hidup

(1)	(2)	(3)	(4)
		<p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. kompres dingin) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan strategi meredakan nyeri Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi penggunaan penggunaan paracetamol, Amoxicilin, Methylergometri ne Maleate <p>2. Intervensi Pendukung Kompres Dingin (I.08234)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Periksa suhu alat kompres (15°C) Monitor iritasi kulit atau kerusakan jaringan selama 5 menit pertama <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Pilih metode kompres yang nyaman dan mudah di dapat (mis. kemasan gel beku) 	<ol style="list-style-type: none"> Mengetahui keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Agar nyeri pada pasien dapat berkurang dengan kompres dingin Agar nyeri pada pasien dapat diredakan <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Agar pasien mengetahui strategi meredakan nyeri Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Untuk mencegah terjadinya infeksi, mengurangi nyeri, dan menghentikan perdarahan <p>2. Intervensi Pendukung Kompres Dingin (I.08234)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Untuk mengetahui suhu alat kompres (15°C) Untuk mengetahui jika ada iritasi kulit atau kerusakan jaringan selama 5 menit pertama

(1)	(2)	(3)	(4)
		2. Pilih lokasi kompres 3. Balut alat kompres dingin dengan kalin tipis yang lembut dan bersih 4. Lakukan kompres dingin pada daerah yang cedera <i>Edukasi</i> 1. Jelaskan prosedur penggunaan kompres dingin	<i>Terapeutik</i> 1. Agar pasien dapat menggunakan metode kompres yang nyaman dan mudah di dapat (mis. kemasan gel beku) 2. Agar pasien mengetahui lokasi kompres 3. Agar saat melakukan kompres dingin tidak mencederai jaringan pasien 4. Agar nyeri pada pasien berkurang <i>Edukasi</i> 1. Agar pasien mengetahui prosedur penggunaan kompres dingin

Sumber : (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019), (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan yakni tahap pelaksanaan dalam asuhan keperawatan. Implementasi dilakukan pada pasien dengan ketidaknyamanan post partum untuk mengurangi nyeri episiotomi perineum adalah mengacu pada SIKI yaitu manajemen nyeri di mana tindakan ini terdiri dari edukasi, kolaborasi, observasi, terapeutik. Implementasi yang dilaksanakan dalam penelitian ini adalah pemberian kompres dingin pada episiotomi perineum.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan aspek krusial dalam proses keperawatan sebab simpulan yang ditarik dari pengevaluasian sebagai penentu intervensi

keperawatan harus dilanjutkan, diubah, ataupun diakhiri. Evaluasi keperawatan terdiri dari :

Subjek (S) :

- a. Klien mengatakan tidak nyaman yang dialami meningkat

Objek (O) :

- a. Luka episiotomi meningkat
- b. Tampak meringis meningkat
- c. Berkeringat meningkat

Assesment (A) :

- a. Terwujudnya tujuan jika respon pasien selaras dengan kriteria hasil dan tujuan
- b. Terwujudnya sebagian tujuan jika tujuan dan kriteria hasil berhasil hanya 50%
- c. Belum terwujudnya tujuan jika respon pasien tidak selaras dengan suatu tujuan

Planning (P) :

- a. Mempertahankan keadaan pasien jika tercapainya tujuan
- b. Melanjutkan intervensi jika ada tujuan yang belum dapat diwujudkan pasien