

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Post Partum Normal

1. Definisi

Masa nifas merupakan masa selama persalinan dan segera setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali ke keadaan tidak hamil yang normal. Masa nifas adalah masa setelah seorang ibu melahirkan bayi yang dipergunakan untuk memulihkan kesehatannya termasuk alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang umumnya memerlukan waktu 6-12 minggu.(Tsania and Astuti 2019).

2. Tahapan Masa Nifas (Post Partum)

Tahapan Masa Nifas (Post Partum) Menurut Wulandari (2020) Ada beberapa tahapan yang di alami oleh wanita selama masa nifas, yaitu sebagai berikut :

- a. Immediate puerperium, yaitu waktu 0-24 jam setelah melahirkan. ibu telah di perbolehkan berdiri atau jalan-jalan.
- b. Early puerperium, yaitu waktu 1-7 hari pemulihan setelah melahirkan. pemulihan menyeluruh alat-alat reproduksi berlangsung selama 6- minggu
- c. Later puerperium, yaitu waktu 1-6 minggu setelah melahirkan, inilah waktu yang diperlukan oleh ibu untuk pulih dan sehat sempurna. Waktu sehat bisa berminggu- minggu, bulan dan tahun.

3. Perubahan Fisiologis Masa Nifas (Post Partum)

Sistem tubuh ibu akan kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi post partum. Organ-organ tubuh ibu yang mengalami perubahan setelah melahirkan antara lain Risa & Rika (2014) :

- a. Uterus Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana Tinggi Fundus Uterinya (TFU).
- b. Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lokhea mempunyai perubahan warna dan volume karena adanya proses involusi.
- c. Perubahan Vagina Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol.
- d. Perubahan Perineum Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post partum hari ke-5, perinium sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.
- e. Perubahan Sistem Pencernaan Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran

cairan yang berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan makan, hemoroid dan kurangnya aktivitas tubuh.

- f. Perubahan Sistem Perkemihan Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Penyebab dari keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih setelah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “diuresis”.
- g. Perubahan Sistem Muskuloskeletal Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan perdarahan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.
- h. Perubahan Sistem Kardiovaskuler Setelah persalinan, shunt akan hilang tiba-tiba. Volume darah bertambah, sehingga akan menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita vitum cordia. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ketiga sampai kelima postpartum.

B. Konsep Pemijatan Payudara Pada Ibu Post Partum Normal

1. Definisi

Pemijatan payudara adalah praktik yang melibatkan penggunaan teknik pijat atau tekanan ringan pada payudara. Praktik ini dapat dilakukan dengan tangan kosong atau menggunakan alat bantu tertentu, seperti roller atau bola pijat. Tujuan dari pemijatan payudara bisa bervariasi tergantung pada konteksnya. Dalam konteks kebugaran dan kesehatan, pemijatan payudara dapat dilakukan untuk meredakan ketegangan otot di sekitar area payudara, meningkatkan sirkulasi darah, dan merangsang kelenjar mamaria.

Pemijatan payudara juga merupakan tindakan memijat atau memberikan tekanan pada payudara dengan tangan atau alat tertentu. Tujuannya bisa bermacam-macam, mulai dari meredakan ketegangan otot, meningkatkan sirkulasi darah, merangsang produksi ASI (air susu ibu) pada ibu menyusui, hingga memperbaiki bentuk atau ukuran payudara. Pemijatan payudara juga dapat digunakan sebagai bagian dari perawatan kesehatan payudara, seperti dalam deteksi dini kanker payudara atau untuk mengurangi ketidaknyamanan seputar payudara.

Di samping itu, dalam konteks kesehatan reproduksi, pemijatan payudara dapat digunakan untuk merangsang produksi air susu ibu (ASI) pada ibu menyusui. Teknik pemijatan yang tepat dapat membantu melancarkan aliran ASI dan mencegah penyumbatan saluran susu. Selain itu, pemijatan payudara juga dapat dianggap sebagai bagian dari perawatan payudara yang menyeluruh, karena dapat membantu dalam mendeteksi dini perubahan atau benjolan yang mencurigakan yang dapat menjadi tanda awal kanker payudara.

2. Tujuan pemijatan payudara

Menurut Wahyuni *et al.* 2022 pemijatan payudara pasca persalinan merupakan kelanjutan perawatan payudara semasa hamil, mempunyai tujuan:

1. **Merangsang Produksi ASI:** Salah satu tujuan utama dari pemijatan payudara untuk ibu nifas adalah merangsang produksi ASI. Pemijatan secara lembut dapat membantu merangsang kelenjar mamaria untuk meningkatkan produksi ASI.
2. **Membantu Kelancaran Aliran ASI:** Pemijatan payudara dapat membantu melancarkan aliran ASI, membantu mengurangi risiko tersumbatnya saluran susu. Dengan merangsang payudara dan memijat secara lembut, ibu nifas dapat membantu mengurangi kemungkinan terjadinya penyumbatan saluran susu yang dapat mengganggu aliran ASI.
3. **Mengatasi Masalah Susu yang Tidak Lancar:** Pemijatan payudara juga dapat membantu mengatasi masalah susu yang tidak lancar atau pembengkakan payudara yang dapat terjadi pada masa awal menyusui. Pemijatan yang tepat dapat membantu mengurangi pembengkakan dan memudahkan aliran ASI.
4. **Meningkatkan Kenyamanan:** Pemijatan payudara juga dapat membantu meningkatkan kenyamanan ibu nifas. Dengan meredakan ketegangan atau rasa tidak nyaman di sekitar payudara, pemijatan dapat membantu ibu merasa lebih rileks dan nyaman selama proses menyusui.
5. **Mencegah Mastitis:** Mastitis adalah infeksi pada payudara yang umum terjadi pada ibu menyusui. Pemijatan payudara yang tepat dapat membantu

mencegah mastitis dengan membantu menjaga aliran ASI dan mencegah penyumbatan saluran susu.

3. Cara Pemijatan Payudara

Menurut (Kartini et al. 2023) cara pemijatan payudara meliputi:

a. Teknik pengurutan/massage

Alat-alat yang digunakan: minyak kelapa/baby oil, handuk bersih dua buah, baskom dua buah (satu di isi air hangat, satunya berisi air dingin), kapas, bengkokdan waslap dua buah. Teknik pengurutan/massage:

- 1) Tempelkan kapas yang sudah diberi minyak kelapa selama + 5 menit, kemudian puting susu dibersihkan
- 2) Tempelkan kedua telapak tangan diantara kedua payudara.
- 3) Pengurutan dimulai kearah atas, kesamping, telapak tangan kiri kearah sisi kiri, telapak tangan kanan kearah sisi kanan.
- 4) Pengurutan diteruskan kebawah, selanjutnya melintang, telapak tangan mengurut kedepan kemudian dilepaskan dari payudara, gunakan diulangan 30 kali.
- 5) Telapak tangan kiri menopang payudara kiri dan jari-jari tangan sisi kelingking mengurut payudara kearah puting susu, gerakan diulang sebanyak 30 kali untuk tiap payudara.
- 6) Telapak tangan kiri menopang payudara, tangan kanan menggenggam dan mengurut payudara dari pangkal menuju keputing susu, gerakan ini diulang sebanyak 30 kali untuk setiap payudara.
- 7) Selesai pengurutan, payudara disiram atau dikompres dengan air hangat dan dingin bergantian selama \pm 5 menit, kemudian gunakan BH yang

bersih dan menopang.

C. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Ketidaknyamanan Pasca Partum

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan suatu dari komponen dari proses keperawatan yaitu suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari klien meliputi usaha pengumpulan data tentang status kesehatan sorang klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan (Muttaqin 2020).

Ketidaknyamanan Pasca Partum merupakan perasaan tidak nyaman yang berhubungan dengan kondisi setelah melahirkan (PPNI 2018). Berikut merupakan pengkajian yang tertera pada tabel 1.

Tabel 1
Tanda dan Gejala Ketidaknyamanan Pasca Partum

Gejala Mayor	Gejala Minor
Subjektif	Subjektif
1. Mengeluh tidak nyaman	-
Objektif	Objektif
1. Tampak meringis	1. Tekanan darah meningkat
2. Terdapat kontraksi uterus	2. Frekuensi nadi meningkat
3. Luka episiotomy	3. Berkeringat berlebihan
4. Payudara bengkak	4. Menangis/merintih
	5. Haemorroid

Sumber : (PPNI 2018)

a. Identitas

Data yang dikumpulkan berupa identitas umum meliputi nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan, dan suku bangsa.

b. Keluhan Utama

Ibu dengan persalinan normal di temukan nyeri abdomen, nyeri vagina, nyeri perineum. Karakteristik nyeri dikaji dengan menggunakan P, Q, R, S, T dengan menggunakan skala 0-10. 0 : nyeri tidak di rasakan, 1-3 : nyeri ringan, 4-5 nyeri sedang, 6-8, nyeri berat, 9-10 nyeri tak tertahankan P (Paliatv) : Penyebab nyeri Q (Quality) : Nyeri seperti di tusuk, di potong R (Regional) : Dimana rasa nyeri di rasakan S (Severty) : Skala nyeri T (Time) : Berapa lama nyeri berlangsung. Sedangkan keluhan utama yang harus ada menurut Tim POKJA SDKI PPNI 15 (2016) untuk menentukan pasien yang mengalami masalah keperawatan ketidaknyamanan pasca partum yaitu : Subjektif : mengeluh tidak nyaman. Objektif : tampak meringis terdapat kontraksi uterus, luka episiotomy, bendungan payudara.

c. Riwayat Kesehatan masa lalu

Untuk mengetahui tentang pengalaman perawatan kesehatan pasien mencakup riwayat penyakit yang pernah dialami pasien, riwayat rawat inap, rawat jalan, kebiasaan dan gaya hidup.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat penyakit akut atau kronis, seperti : penyakit jantung, DM, hipertensi dan asma yang dapat mempengaruhi masa post partum.

e. Riwayat Obstetri

Untuk mengetahui Riwayat obstetric pada klien dengan letak lintang yang perlu diketahui adalah:

1) Keadaan haid

Perlu ditanyakan kapan datangnya menarche siklus haid, hari pertama haid terakhir untuk dapat diketahui yang keluar darah muda atau darah tua, encer atau menggumpal, lamanya nyeri atau tidak, pada sebelum atau sesudah haid, berbau atau tidak, dimana untuk mengetahui gambaran tentang keadaan alat kandungan.

2) Perkawinan

Berapa kali kawin dan berapa lama dengan suami yang sekarang.

3) Kehamilan

Riwayat kehamilan pada klien dengan partus bisa terdapat pada primi/multigravida.

4) Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

Ditanyakan kelangsungan dari kehamilan dan persalinan serta nifas yang lalu, bagaimana keadaan bayi yang dilahirkan, apakah cukup bulan atau tidak, kelahiran normal atau tidak, siapa yang menolong persalinan dan dimana melahirkannya, sehingga mendapat gambaran yang jelas tentang Riwayat kehamilan, persalinan yang lalu.

f. Riwayat persalinan sekarang

Ditanyakan tipe persalinan dan lama persalinan pada kala I hingga kala IV.

g. Rencana perawatan bayi

Perlu diketahui rencana bayi akan dirawat oleh ibu sendiri/ orangtua/ lain-lain. Dan mengetahui kesanggupan dan pengetahuan dalam merawat bayi.

h. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan tubuh pasien secara keseluruhan yang dilakukan untuk menegakkan diagnosis tentang pnuakit yang diderita oleh pasien, meliputi

pemeriksaan secara inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.

1) Keadaan umum

Meliputi keadaan pasien, kesadaran, suara, bicara dan tanda-tanda vital

2) Pemeriksaan head to toe

a) Kepala

Meliputi bentuk wajah apakah simetris atau tidak, keadaan rambut dan keadaan kulit wajah

b) Wajah

Apakah ada kloasma gravidarum, konjungtiva pucat atau merah, adanya odema

c) Leher

Perlu dikaji apakah terdapat benjolan pada leher, pembesaran vena jugularis dan adanya pembesaran kelenjar tiroid.

d) Dada dan Punggung

Perlu dikaji kesimetrisan dada, ada tidaknya retraksi intercostae, pernafasan tertinggal, suara wheezing, ronchi, bagaimana irama dan frekuensi pernafasan. Pada jantung dikaji bunyi jantung (interval) adakah bunyi gal-lop, mur-mur.

e) Payudara/mammae

Apakah putih menonjol atau tidak, areola menghitam, kolostrum.

f) Abdomen

Ada tidaknya distensi abdomen, bagaimana dengan luka perinium adakah pendarahan, berapa tinggi fundus uteri, bagaimana dengan bising usus, adakah nyeri tekan.

g) Extremitas atas dan bawah

(1) Extremitas Atas

Kesimetrisannya, ujung-ujung jari sianosis atau tidak, ada tidaknya odema klien dengan post operasi biasanya terpasang infus.

(2) Extremitas bawah

Kesimetrisannya, ada tidaknya odema, bagaimana dengan gerakannya biasanya klien dengan post operasi sering takut menggerakkan kakinya, apakah tanda-tanda hormon, refleks patella, adakah tanda-tanda thrombosis vena

h) Genetalia

Adakah pengeluaran lohkea, bagaimana warnanya, banyaknya, bau serta adakah odema vulva, bagaimana posisi kateter terpasang dengan baik atau tidak, apakah lancar dan bagaimana kebersihan klien dengan post operasi yang biasanya akan tampak kotor karena usia darah yang belum dibersihkan.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan pada ibu post partum normal akibat bendungan payudara yaitu Ketidaknyamanan Pasca Partum.

a. Pengertian

Ketidaknyamanan Pasca Partum merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai perasaan tidak nyaman yang berhubungan dengan kondisi setelah melahirkan (PPNI 2018). Diagnosis ini diberi kode D.0075, masuk dalam

kategori psikologis, subkategori nyeri dan kenyamanan dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (PPNI 2018).

b. Tanda dan gejala

Untuk dapat mengangkat diagnosis Ketidaknyamanan Pasca Partum, Perawat harus memastikan bahwa tanda dan gejala dibawah ini muncul pada pasien, yaitu:

1) DS:

a) Mengeluh tidak nyaman

2) DO:

a) Bendungan payudara

b) Merintih

c) Berkeringat

d) Menangis

Bila data diatas tidak tampak pada pasien, maka Perawat harus melihat kemungkinan masalah lain pada daftar diagnosis keperawatan, atau diagnosis keperawatan lain yang masuk dalam sub kategori nyeri dan kenyamanan pada SDKI (PPNI 2018).

c. Penyebab

Penyebab (etiologi) untuk masalah Ketidaknyamanan Pasca Partum, (PPNI 2018) adalah:

1) Trauma perineum selama persalinan dan kelahiran

2) Involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula

3) Pembengkakan payudara dimana alveoli mulai terisi ASI

4) Kekurangan dukungan dari keluarga dan tenaga Kesehatan

- 5) Ketidaktepatan posisi duduk
 - 6) Faktor budaya
- d. Luaran

Dalam Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), luaran utama untuk diagnosis Ketidaknyamanan Pasca Partum adalah: “Status Kenyamanan Pascapartum”. Status Kenyamanan Pascapartum meningkat diberi kode L.07061 dalam SLKI (Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2018). Status Kenyamanan Pascapartum berarti perasaan nyaman yang berhubungan dengan kondisi setelah melahirkan. (Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2018). Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa Status Kenyamanan Pascapartum meningkat adalah:

- 1) Keluhan tidak nyaman meningkat
- 2) Meringis meningkat
- 3) Luka episiotomy meningkat
- 4) Kontraksi uterus meningkat
- 5) Berkeringat meningkat
- 6) Menangis meningkat
- 7) Merintih meningkat
- 8) Hemoroid meningkat
- 9) Kontraksi uterus menurun
- 10) Bendungan Payudara menurun
- 11) Tekanan darah menurun
- 12) Frekuensi nadi menurun

3. Intervensi Keperawatan

Pada penelitian ini menggunakan 1 intervensi utama yaitu perawatan kenyamanan.

1) Perawatan kenyamanan (I. 08245)

Definisi: mengidentifikasi dan merawat pasien untuk meningkatkan rasa nyaman.

a) *Observasi*

- 1) Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis. Mual, nyeri, gatal, sesak)
- 2) Identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya

b) *Terapeutik*

- 1) Berikan posisi yang nyaman
- 2) Berikan kompres dingin atau hangat
- 3) Ciptakan lingkungan yang hangat
- 4) Berikan pijatan
- 5) Dukung keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi/pengobatan yang diinginkan

c) *Edukasi*

- 1) Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan
- 2) Ajarkan latihan pernafasan

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan inisiatif rencana aksi untuk mencapai tujuan tertentu. Fase implementasi dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada intervensi keperawatan untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu, rencana tindakan khusus diterapkan untuk mengubah faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Tujuan

penerapannya adalah untuk membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditentukan, yang meliputi peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan fasilitasi coping.

5. Evaluasi

Keperawatan Tindakan intelektual yang melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan sudah berhasil dicapai. Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan, evaluasi merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini bisa dilaksanakan dengan mengadakan hubungan dengan klien. Format evaluasi menggunakan: S.O.A.P

S : Data subjektif, yaitu data yang diutarakan klien dan pandangannya terhadap data tersebut

O : Data objektif, yaitu data yang di dapat dari hasil observasi perawat, termasuk tanda-tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan penyakit pasien (meliputi data fisiologis, dan informasi dan pemeriksaan tenaga kesehatan).

A : Analisa adalah analisa ataupun kesimpulan dari data subjektif dan objektif.

P : Planning adalah pengembangan rencana segera atau yang akan datang untuk mencapai status kesehatan klien yang optimal.