

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Mastitis

2.1.1 Definisi Mastitis

Mastitis merupakan kondisi peradangan pada payudara yang disebabkan oleh sumbatan pada saluran air susu ibu, yang mengakibatkan penumpukan ASI di dalam payudara. Kondisi ini dapat terjadi akibat kurangnya pengeluaran ASI, kebiasaan menekan payudara dengan jari atau penggunaan bra yang tidak tepat.

Penumpukan ASI yang akan menjadi statis ASI yang menyebabkan pertumbuhan bakteri yang masuk melalui celah payudara, puting atau mulut bayi. Pertumbuhan bakteri ini dapat memicu infeksi, yang ditandai dengan perubahan warna payudara menjadi kemerahan, bengkak dan nyeri. Mastitis dapat terjadi pada salah satu atau kedua payudara (Heni & Sulastri, 2024).

Penggunaan kompres lidah buaya adalah salah metode nonfarmakologis yang memanfaatkan gel dari tanaman lidah buaya untuk mengurangi peradangan, khususnya pada ibu yang mengalami mastitis.

2.1.2 Klasifikasi Mastitis

Mastitis dapat dikategorikan berdasarkan lokasi, faktor penyebab, dan kondisi yang ada, seperti yang dijelaskan oleh Nugraha (2022). Berikut adalah pembagian lebih lanjut mengenai jenis-jenis mastitis.

1. Mastitis *Periductal*

Jenis mastitis ini biasanya muncul pada wanita yang mendekati masa menopause, dimana terjadi peleburan saluran akibat adanya penyumbatan. Penyebab utama dari kondisi ini masih belum dapat dipastikan.

2. Mastitis *Puerperalis/Lactational*

Mastitis ini sering dialami oleh ibu yang sedang hamil atau

menyusui. Penyebab utamanya adalah adanya bakteri yang menginfeksi payudara ibu melalui kontak langsung yang ditransmisi melalui puting ibu.

3. Mastitis Supurativa

Mastitis ini paling umum dan banyak dijumpa yang disebabkan oleh infeksi dari bakteri *Staphylococcus*, jamur, bakteri TBC dan sifilis. Penanganan untuk infeksi yang disebabkan oleh bakteri TBC memerlukan perawatan yang sangat intensif.

2.1.3 Faktor Risiko Mastitis

a) Faktor risiko mastitis:

1. Pernah mengalami mastitis sebelumnya.
2. Menderita penyakit anemia, yang dapat menurunkan daya tahan tubuh terhadap serangan infeksi, termasuk mastitis.
3. Ketidakmampuan untuk mengeluarkan semua susu saat menyusui, yang dapat mengakibatkan payudara terisi penuh dan saluran susu tersumbat. Hal ini dapat mengakibatkan pembesaran payudara dan meningkatkan keentanan terhadap infeksi bakteri.
4. Frekuensi menyusui yang jarang atau waktu menyusui yang singkat.
5. Pengosongan payudara yang tidak sempurna
6. Teknik pelekatan bayi yang kurang efektif.
Bayi yang hanya mengisap puting (tidak termasuk areola) dapat menyebabkan puting terjepit diantara gusi atau bibir, sehingga aliran ASI menjadi tidak optimal.
7. Kondisi kesehatan pada Ibu atau bayi yang buruk.
8. Frenulum yang pendek.
9. Produksi ASI yang berlebihan.
10. Berhenti menyusui secara cepat/mendadak, misalnya saat bepergian (Ika & Trisanti, 2022).

b) Menurut (Trisanti and Nasriyah, 2019), beberapa faktor risiko mastitis adalah:

1. Stasis atau bendungan ASI

Kebiasaan dalam pengosongan payudara yang tidak tuntas juga bisa menyebabkan statis atau bendungan payudara yang berpotensi menjadi tempat berkembang biaknya mikroorganisme.

2. Putting susu lecet

Jika puting susu mengalami lecet, kondisi ini dapat menjadi akses mikroorganisme untuk menginfeksi jaringan payudara.

3. Faktor kelelahan pada ibu

Kelelahan yang dialami oleh ibu dapat menurunkan daya tahan tubuh, sehingga mempermudah terjadinya infeksi oleh mikroorganisme.

2.1.4 Penyebab Mastitis

1. Daya tahan tubuh yang lemah dan kurangnya menjaga kebersihan puting payudara saat menyusui.
2. Infeksi yang disebabkan oleh bakteri *staphylococcus aureus* yang masuk melalui celah atau retakan pada puting susu.
3. Tersumbatnya Saluran ASI yang tidak segera ditangani, yang dapat menyebabkan terjadinya mastitis.
4. Lecet atau retaknya puting susu yang dapat terjadi akibat posisi menyusui yang tidak tepat. Kondisi ini dapat menyebabkan puting menjadi robek, sehingga memudahkan bakteri untuk masuk kedalam payudara. Bakteri kemudian dapat berkembang biak didalam payudara, yang menyebabkan infeksi.
5. Kontak Payudara dengan kulit yang memang mengandung bakteri atau dari mulut bayi. Bakteri tersebut dapat masuk ke dalam payudara melalui lubang saluran susu (Irma, 2022).

2.1.5 Manifestasi Klinis

1. Terjadinya nyeri pada payudara disertai dengan rasa tegang atau bengkak
2. Terdapat kemerahan dengan batas yang jelas
3. Biasanya terjadi hanya satu payudara
4. Gejala ini biasanya muncul dalam rentang antara waktu 3-4 minggu setelah melahirkan
5. Payudara terasa keras dan terdapat benjol-benjol
6. Merasa lesu atau kurang bertenaga
7. Nafsu makan menurun
8. Suhu tubuh meningkat, dengan angka lebih dari 38°C
9. Nyeri saat dilakukan perabaan (Nur, 2023).

Tanda-tanda payudara yang mengalami mastitis adalah bengkak, perubahan warna menjadi kemerahan dan terasa nyeri, yang sering kali disertai demam. Sedangkan payudara abses adalah perkembangan dari mastitis, dengan ciri payudara yang mengalami abses adalah berwarna merah kehitaman dan terdapat nanah di balik kulit (Trisanti & Nasriyah, 2019).

2.1.6 Patofisiologi

Mastitis diawali dengan peningkatan tekanan di dalam duktus atau saluran air susu ibu (ASI) akibat terjadinya stasis ASI. Jika ASI tidak dikeluarkan dengan segera, tekanan berlebih akan terjadi pada alveoli, yang menyebabkan sel epitel yang memproduksi ASI menjadi datar dan tertekan, sehingga mengakibatkan meningkatnya permeabilitas jaringan ikat. Beberapa komponen, terutama protein kekebalan tubuh dan natrium dari plasma masuk ke dalam ASI, respons inflamasi dan kerusakan jaringan akan mempermudah terjadinya infeksi. Kuman dapat masuk melalui beberapa cara, yaitu melalui duktus laktiferus menuju lobus sekresi, melalui puting yang retak ke kelenjar limfe di sekitar duktus (periduktal) atau melalui penyebaran hematogen pembuluh darah.

Organisme yang paling umum ditemukan adalah *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* dan *Streptococcus*. Terkadang ditemukan pula mastitis tuberkulosis yang menyebabkan bayi dapat menderita tuberkulosa tonsil. Di daerah dengan endemis tuberkulosis, kejadian mastitis tuberkulosis mencapai 1%. Stasis ASI menyebabkan peningkatan tekanan di duktus jika ASI tidak segera dikeluarkan sehingga peningkatan tegangan alveoli yang berlebihan pada sel memicu respon imun respon inflamasi dan kerusakan jaringan yang mempermudah terjadinya infeksi (*Staphylococcus aureus* dan *Streptococcus*) dari pintu masuk seperti duktus laktiferus ke lobus sekresi serta puting yang retak ke kelenjar limfe di sekitar duktus/periduktal dan secara hematogen (Ernauli & Lenny, 2024).

Beberapa langkah penanganan yang dapat dilakukan untuk mengatasi pembengkakan yang disebabkan oleh mastitis non infeksi sebagai berikut:

1. Kompres dan pijat payudara

Lakukan kompres pada payudara menggunakan handuk yang telah direndam dalam air hangat selama beberapa menit, kemudian lakukan pemijatan sebelum menyusui. Setelah menyusui bayi, kompres payudara dengan air dingin. Untuk mengatasi penyumbatan, utamakan menyusui dari bagian yang bengkak terlebih dahulu.

2. Kosongkan payudara

Melanjutkan proses menyusui adalah langkah penting dalam mengatasi mastitis. Pembengkakan pada payudara dapat terjadi akibat penumpukan ASI yang tidak dikeluarkan. Untuk mengosongkan payudara, Anda dapat menyusui bayi atau menggunakan pompa payudara. Pastikan untuk menemukan posisi menyusui yang tepat dan nyaman agar aliran ASI menjadi lebih lancar.

3. Kompres hangat payudara

Kompres payudara dengan handuk yang sudah direndam air hangat. Suhu hangat ini dapat mengendurkan otot-otot yang tegang dan membantu mengurangi rasa nyeri. Selain itu, Anda juga dapat berendam atau mandi air hangat.

4. Kompres dingin payudara

Selain dengan air hangat, Anda juga dapat mengompres dengan handuk yang sudah direndam air dingin atau membungkus es menggunakan handuk, lalu tempelkan pada payudara bengkak. Anda juga dapat menggunakan ice gel yang biasa terdapat pada tas ASI.

5. Gunakan bra yang nyaman

Bra yang nyaman dapat membantu mengurangi nyeri dan mengurangi tekanan di payudara. Hindari menggunakan bra berkawat selama payudara masih bengkak dan sakit. Jika memungkinkan, kenakan bra yang pas dan nyaman ketika tidur agar dapat menyangga payudara dengan baik. Anda juga dapat mengenakan bra khusus olahraga (sport bra), sebab bra ini dirancang khusus untuk menopang payudara dan membantu melindunginya dari tekanan. Jangan lupa juga untuk selalu perhatikan ukuran bra yang pas dengan payudara Anda.

6. Perhatikan makanan dan minuman

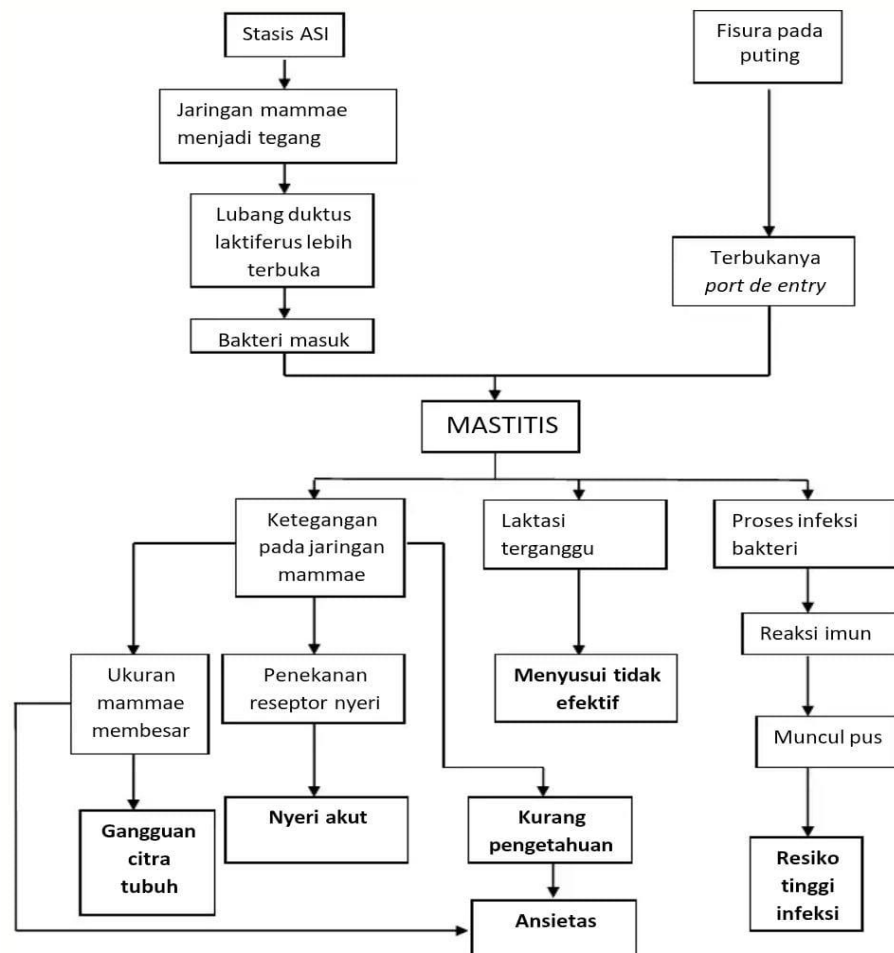
Saat payudara bengkak, anda disarankan untuk lebih memperhatikan asupan makanan dan minuman. Kurangi mengkonsumsi makanan yang berlemak, seperti gorengan, dan ganti dengan buah-buahan dan sayuran. Selain itu, kurangi konsumsi kafein (kopi, teh, coklat) dan makanan yang terlalu asin (Nurhidayati et al., 2023).

Penanganan mastitis infeksi yaitu sebagai berikut:

1. Setelah terjadi mastitis pemberian ASI kepada bayi dihentikan dan diberi antibiotik
2. Terjadi abses karena infeksi yang disebabkan oleh *Staphylococcus aureus* yaitu diberikan Penicillin dalam dosis tinggi.

3. Sebelum pemberian penicillin, dapat diadakan pembiakan ASI supaya penyebab mastitis dapat benar-benar diketahui
4. Bila ada nanah, abses perlu dikeluarkan dengan sayatan sedikit pada abses, untuk mencegah kerusakan pada duktus laktiferus, sayatan dibuat sejajar (Egam & Harlinah, 2022).

2.1.7 Pathway Mastitis



Gambar 2.1 Pathway Mastitis
(Ernauli & Lenny, 2024)

2.1.8 Komplikasi

1. Mammae yang membesar, nyeri, merah dan membengkak.
2. Suhu badan ibu tinggi kadang disertai menggigil.
3. Bila mastitis berlanjut dapat menyebabkan abses payudara (Lisnawati, 2023).

2.1.9 Penatalaksanaan

1. Ibu sebaiknya tirah baring untuk mendapatkan asupan cairan lebih

banyak.

2. Menggunakan bra yang menyangga.
3. Kompres dingin payudara untuk mengurangi rasa nyeri dan bengkak.
4. Menganjurkan ibu untuk melanjutkan pemberian ASI dimulai dari payudara yang sehat, dan jika payudara yang sakit belum kosong, pompa payudara untuk mengosongkan isinya (Nur, 2023).

2.2 Konsep Nyeri Akut

2.2.1 Definisi Nyeri Akut

Nyeri adalah suatu bentuk ketidaknyamanan yang bersifat individual dan sering kali menjadi alasan utama bagi seseorang untuk mencari bantuan medis. Menurut *International Association for the Study of Pain*, nyeri didefinisikan sebagai pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan, yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang mungkin terjadi atau sudah terjadi. Nyeri sering kali muncul bersamaan dengan proses penyakit atau saat menjalani terapi. Dampaknya dapat sangat mengganggu dan menyulitkan kehidupan lebih banyak orang dibandingkan dengan penyakit lainnya.

Nyeri akut adalah jenis nyeri yang muncul secara tiba-tiba dan biasanya cepat mereda, serta ditandai dengan peningkatan ketegangan otot. Nyeri ini menandakan bahwa adanya kerusakan atau cedera. Jika kerusakan tersebut bersifat sementara dan tidak disertai penyakit sistemik, nyeri akut biasanya akan berkurang seiring dengan proses penyembuhan. Umumnya, nyeri ini berlangsung kurang dari enam bulan, sering kali kurang dari satu bulan, dan dijelaskan juga nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan (Dewi & Rohni, 2022).

Pengkajian nyeri dapat dilakukan dengan cara PQRST, yaitu sebagai berikut:

1. P (*provocation*), yaitu factor yang mempengaruhi gawat atau ringannya nyeri.
2. Q (*quality*), dari nyeri, seperti apakah rasa tajam, tumpul, atau

tersayat.

3. R (*region*), yaitu daerah perjalanan nyeri.
4. S (*severity*), adalah keparahan atau intensitas nyeri.
5. T (*time*), adalah lama atau waktu serangan atau frekuensi nyeri.

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2018), nyeri diklasifikasikan menjadi 2 yaitu :

1) Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan kerusakan jaringan nyata atau fungsional yang bisa terjadi secara mendadak atau bertahap, serta memiliki intensitas yang bervariasi dari ringan hingga berat. Pengalaman ini bersifat sensorik atau emosional yang berlangsung kurang dari 6 bulan. Nyeri ini cenderung mereda dengan sendirinya (*self-miting*) dan dapat hilang atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang terjadi kerusakan. Karakteristik nyeri akut adalah durasinya yang singkat, muncul secara tiba-tiba dan terlokalisasi. Nyeri akut dapat disertai dengan reaksi dari sistem saraf simpatis, yang dapat menimbulkan gejala seperti peningkatan frekuensi pernapasan, tekanan darah, denyut jantung, berkeringat dan dilatasi pupil. Klien yang mengalami nyeri biasanya akan melaporkan adanya ketidaknyamanan yang dirasakan dan menunjukkan berbagai respons emosional seperti menggerutkan wajah, menangis, mengerang, atau menyeringai.

2) Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah kondisi yang melibatkan kerusakan jaringan yang dapat aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau bahkan lambat dan berintensitas ringan sampai berat dan konstan merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berlangsung lebih dari 6 bulan. Nyeri yang memanjang atau nyeri yang menetap setelah kondisi yang menyebabkan nyeri tersebut hilang. Klien yang mengalami nyeri kronis sering menjadi depresi,

mungkin jadi sulit tidur, dan mungkin mengganggu nyeri seperti hal yang biasa. Nyeri kronis dibagi menjadi 2, yaitu :

- a) Nyeri maligna, biasanya terjadi karena berkembangnya penyakit yang dapat mengancam jiwa atau berkaitan dengan terapi. Misalnya nyeri kanker.
- b) Nyeri nonmaligna, nyeri yang tidak mengancam jiwa dan tidak terjadi melebihi waktu penyembuhan yang diharapkan. Nyeri punggung bawah, penyebab utama penderitaan dan dapat mengganggu aktivitas kerja.

2.2.2 Etiologi Nyeri Akut

Menurut Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017), Penyebab nyeri yaitu:

1) Nyeri akut

- a) Agen pencedera fisiologis (misal infamasi, iskemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (misal terbakar, bahan kimia intan)
- c) Agen pencedera fisik (misal terbakar, abses, prosedur operasi, amputasi, trauma, terpotong, latihan fisik berlebihan, mengangkat berat)

2) Nyeri Kronis

- a) Kerusakan sistem saraf
- b) Ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor
- c) Riwayat penganiayaan (misal fisik, psikologis, seksual)
- d) Gangguan imunitas (misal neuropati, virus varicella-zoster)
- e) Peningkatan indeks masa tubuh
- f) Infiltrasi tumor
- g) Penekanan saraf
- h) Gangguan fungsi metabolik
- i) Tekanan emosional

- j) Kondisi muskuloskeletal kronis
- k) Riwayat penyalahgunaan obat/zat
- l) Riwayat posisi kerja statis
- m) Kondisi pasca trauma

2.2.3 Patofisiologi Nyeri Akut

Proses terjadinya nyeri dimulai ketika ada rangsangan yang dapat berupa stimulus mekanik, suhu, atau zat kimia yang berpotensi merusak jaringan tubuh. Rangsangan ini diterima oleh reseptor nyeri yang disebut nociceptor, setelah itu nociceptor mengirimkan impuls nyeri melalui serabut saraf aferen, yang berfungsi sebagai saluran untuk sinyal nyeri (tipe Ad atau Tipe-C). Ketika serabut saraf aferen ini diaktifkan, substansi P akan dilepaskan ke interneuron eksitatori di dorsal horn. Substansi P berperan sebagai neurotransmitter yang menghubungkan sinyal antar neuron. Informasi tentang nyeri selanjutnya dikirim melalui jalur ascending menuju thalamus, di mana informasi tersebut diproses menjadi persepsi nyeri. Selanjutnya informasi ini diteruskan ke korteks somatosensori untuk menentukan lokasi nyeri. Selain itu, informasi tentang nyeri juga dikirim ke hipotalamus, yang merupakan bagian dari sistem limbik yang berfungsi untuk memproses respons perilaku atau emosi terhadap nyeri yang dirasakan. Respons ini dapat berupaya untuk mengurangi nyeri, menjauh dari sumber nyeri, atau ekspresi emosi seperti menangis, kesedihan, atau kemarahan. Sistem limbik memainkan peran penting dalam mekanisme nyeri, karena tidak hanya memproses persepsi nyeri melalui perilaku, tetapi juga menyimpan informasi tentang nyeri sebagai pengalaman yang tidak menyenangkan.

Nyeri akut merupakan nyeri yang dirasakan segera setelah terjadinya kerusakan jaringan/cidera. Nyeri akut disebut juga sebagai mekanisme proteksi diri, karena dapat dijadikan sebagai alarm bahwa tubuh sedang tidak dalam keadaan baik (Fuadi et al., 2022).

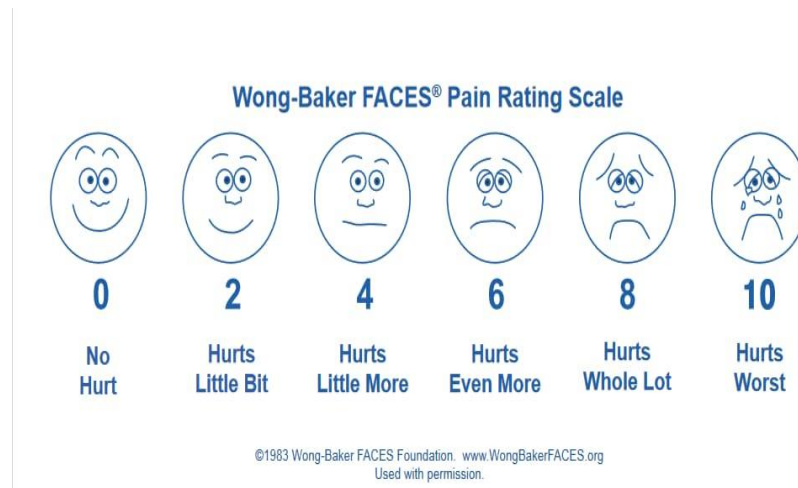
2.2.4 Pengukuran Respon Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah representasi dari seberapa intens nyeri dirasakan oleh individu, penilaian intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, potensi nyeri dengan intensitas yang sama dirasakan cukup berbeda oleh dua orang yang berbeda.

Pengukuran skala nyeri dapat digunakan untuk menilai keparahan nyeri, yaitu sebagai berikut:

1. *Wong Baker FACES Pain Rating Scale*

Skala nyeri ini hanya memerlukan pengamatan terhadap ekspresi wajah pasien saat berinteraksi langsung, tanpa perlu meminta mereka untuk mengungkapkan keluhan. Skala ini dirancang untuk digunakan pada pasien yang berusia dibawah 3 tahun yang tidak dapat menjelaskan tingkat nyeri mereka dengan menggunakan angka.

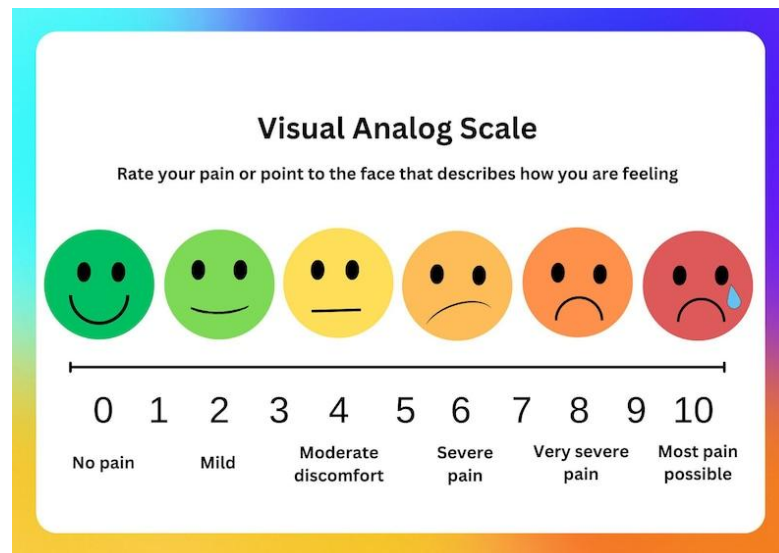


Gambar 2.2 Skala Nyeri Wong Baker FACES Pain Rating Scale

2. Skala Analog Visual/Visual Analog Scale

Skala VAS merupakan sebuah garis horizontal sepanjang 10 cm yang menggambarkan intensitas nyeri secara kontinu, dengan deskripsi verbal di kedua ujungnya. Pasien diminta untuk

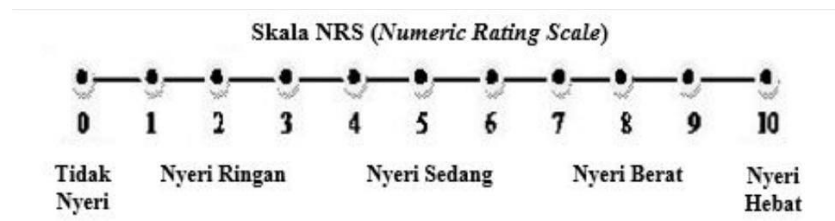
menunjukkan titik pada garis tersebut yang mencerminkan lokasi nyeri yang mereka rasakan.



Gambar 2.3 Skala Nyeri Visual/Visual Analog Scale

3. Skala Penilaian Numerik/*Numeric Rating Scale* (NRS)

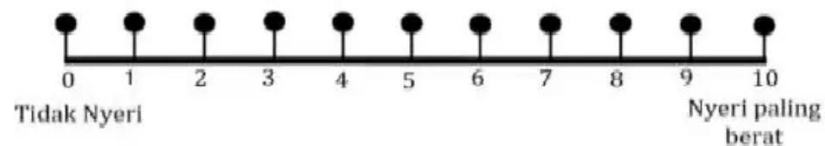
Sebagai pengganti deskriptor kata, pasien diminta untuk menilai tingkat ketidaknyamanan mereka menggunakan skala dari 1 hingga 10. Skala ini efektif untuk mengukur keparahan nyeri sebelum dan sesudah intervensi dilakukan. NRS dianggap lebih baik sebagai alat ukur untuk menilai nyeri karena kesederhanaannya dan kemudahan dalam pemahaman, di mana pasien hanya perlu memilih angka antara 0 hingga 10 untuk mengekspresikan tingkat nyeri yang mereka alami. Selain itu, skala ini memiliki sensitivitas yang lebih tinggi dalam mendeteksi perubahan intensitas nyeri seiring waktu dibandingkan dengan skala VAS (Merdekawati et al., 2019).



Gambar 2.4 Skala Nyeri Numeric Rating Scale (NRS)

4. Skala nyeri deskriptif

Skala deskriptif adalah alat untuk mengukur tingkat keparahan nyeri dengan pendekatan yang lebih objektif. Skala Deskriptor Verbal (*Verbal Descriptor Scale*) terdiri dari sebuah garis yang dibagi menjadi beberapa bagian, biasanya tiga hingga lima, yang menggambarkan rentang dari "tidak nyeri" hingga "nyeri yang sangat parah".



Gambar 2.5 Skala Nyeri Deskriptif

2.2.5 Nyeri Mastitis Pada Ibu menyusui

Nyeri mastitis yaitu rasa sakit pada bagian payudara yang disebabkan oleh adanya peradangan yang bisa disertai infeksi maupun non infeksi (Ika et al., 2022). Peradangan ini umumnya terjadi pada ibu menyusui dalam bulan pertama setelah melahirkan, dan dapat disebabkan oleh frekuensi menyusui yang rendah, teknik menyusui yang tidak tepat, serta tekanan pada payudara. Kondisi ini memungkinkan bakteri untuk masuk dan berkembang biak di payudara melalui puting susu yang mengalami luka.

Mastitis infeksi dan non infeksi sama-sama menunjukkan proses inflamasi. Mastitis non-infeksi biasanya dimulai dari proses menyusui

yang normal, tetapi dipengaruhi oleh faktor risiko yang dapat mengganggu aliran Air Susu Ibu (ASI), yang dikenal sebagai stasi ASI. Stasi ASI terjadi ketika ASI tidak mengalir dengan baik, menyebabkan peningkatan tekanan di dalam duktus (saluran ASI) dan mengakibatkan peradangan tanpa adanya infeksi bakteri. Dalam situasi ini, ibu akan merasakan nyeri pada payudara, sementara bagian tubuh lainnya tetap dalam kondisi baik. Sebaliknya, mastitis infeksi dapat muncul ketika terdapat fisura, robekan, atau luka pada puting susu yang terjadi pada awal laktasi, yang menjadi pintu masuk bagi bakteri. Luka pada puting yang pecah sering kali terjadi bersamaan dengan mastitis, karena keduanya disebabkan oleh teknik menyusui yang tidak tepat, di mana luka pada puting menjadi titik awal terjadinya infeksi (Hasanah et al., 2017).

Pengukuran nyeri pada mastitis dilakukan dengan menggunakan skala Numeric Rating Scale (NRS). Dalam penelitian yang dilakukan oleh Ratih Indasari et al. yang berjudul "Efektivitas kompres *aloe vera* terhadap nyeri pembengkakan payudara pada ibu menyusui," pengukuran nyeri dilakukan sebelum dan setelah intervensi (Sarif, 2016).

2.3 Konsep Kompres dingin aloevera

2.3.1 Definisi Kompres Dingin Aloe vera

Kompres dingin adalah teknik nonfarmakologis yang memberikan stimulasi pada kulit dan jaringan dengan cara menempatkan benda dingin di permukaan tubuh. Efek fisiologis dari metode ini meliputi vasokonstriksi pada pembuluh darah, pengurangan rasa nyeri, dan penurunan aktivitas pada ujung saraf otot. Terapi kompres dingin terbukti efektif dalam meredakan nyeri, karena dapat memperlambat kecepatan hantaran saraf, sehingga jumlah impuls nyeri yang mencapai otak berkurang. Selain itu, kompres dingin juga menstimulasi kulit dengan suhu yang lebih rendah. Salah satu

keuntungan dari penggunaan kompres dingin adalah kemampuannya untuk mengurangi jumlah prostaglandin, yang berfungsi sebagai reseptor rasa sakit, menghentikan proses inflamasi, dan merangsang pelepasan hormon endorfin (Arifin et al., 2022).

Lidah buaya (*Aloe vera*) terkenal karena sifat anti-inflamasi, antibakteri, dan kemampuannya dalam regenerasi, yang sangat membantu dalam mempercepat penyembuhan luka. Senyawa aktif yang terdapat dalam lidah buaya seperti glukomanan dan gibberellin yang dapat meningkatkan produksi kolagen, protein utama yang berperan dalam regenerasi jaringan kulit. Selain itu, lidah buaya juga dikenal efektif dalam meredakan rasa sakit dan peradangan pada luka superfisial, termasuk peradangan yang terjadi pada puting susu ibu menyusui. Senyawa aktif lainnya seperti flavonoid, alkaloid, dan tanin, juga berkontribusi dalam mengurangi peradangan (Ni Nyoman, 2022). Tanaman ini mengandung berbagai enzim seperti bradikinas, karboksipeptidase, selulase, amilase, katalase, dan oksidase. Enzim-enzim ini dapat mengurangi intensitas nyeri dengan menghambat sintesis bradikinin siklooksigenase-2, dan tromboksan sintase. Selain itu, lidah buaya juga meningkatkan jumlah fibroblas dan kolagen, yang dapat mempercepat proses penyembuhan luka (Refi, 2024).

2.3.2 Tujuan terapi kompres dingin aloevera

Menurut (Augustin, 2022).

1. Perawatan payudara secara non farmakologi yang dapat digunakan untuk mencegah dan menangani nyeri payudara.
2. Mengurangi rasa nyeri/ rasa sakit pada bagian tertentu.

2.3.3 Indikasi terapi kompres dingin aloevera

Pasien dengan nyeri payudara pada ibu melahirkan (Augustin, 2022).

a. Teknik

1) Bahan/ peralatan

1. *Aloevera* gel yang sudah didinginkan hingga mencapai suhu 13-16 °C atau didiamkan selama 10 menit di *freezer*.
2. Mangkok kecil
3. Waslap
4. Handuk kecil

b. Prosedur Tindakan Kompres Dingin *Aloe Vera*

1) Tahap pra interaksi

1. Melakukan kontrak waktu dengan pasien
2. Melakukan pengkajian
3. Meminta persetujuan pasien
4. Mencuci tangan

2) Tahap orientasi

1. Memberikan salam
2. Memperkenalkan diri
3. Menjelaskan prosedur tindakan
4. Menanyakan persetujuan pasien

3) Tahap kerja

a. Pembuatan gel *aloe vera* dingin

SOP pembuatan gel *aloe vera* dingin

Pengertian	Gel lidah buaya untuk mengatasi nyeri akibat pembengkakan payudara. Kompres lidah buaya pada payudara yang bengkak dan mampu menurunkan nyeri yang dirasakan.
Tujuan	Sebagai media kompres untuk

	perawatan payudara secara nonfarmakologis tersebut dapat digunakan untuk mencegah dan menangani nyeri payudara.
Persiapan	1. Lidah buaya 2. Pisau 3. Mangkok kecil 4. Sendok
Prosedur	Tahap pembuatan gel 1. Cuci lidah buaya sebanyak 135 gram (lidah buaya sebanyak 4 buah ukuran sedang) dengan air mengalir 2. Lidah buaya dikupas terlebih dahulu 3. Kemudian, ambil cairan/gel lidah buaya menggunakan sendok (dikerok) 4. Gel ditempatkan mangkok kecil 5. Dimasukkan ke dalam <i>freezer</i> selama 10 menit

(Indah et al., 2023).

b. Tahap Implementasi Kompres dingin *aloe vera*SOP Kompres dingin *Aloe Vera*Tabel 2. 1 SOP Kompres dingin *Aloe Vera*

Pengertian	Kompres lidah buaya untuk mengatasi nyeri akibat pembengkakan payudara. Kompres lidah buaya pada payudara yang bengkak dan mampu menurunkan nyeri yang dirasakan.
Tujuan	1. Perawatan payudara secara nonfarmakologis tersebut dapat digunakan untuk mencegah dan menangani nyeri payudara. 2. Mengurangi rasa nyeri / rasa sakit pada bagian tertentu.
Indikasi	Pasien dengan nyeri superfisial, seperti nyeri payudara pada ibu melahirkan.
Alat dan bahan	1. <i>Aloe vera</i> 2. Waslap 3. Handuk kecil 4. Wadah kecil 5. Air dingin

Prosedur tindakan	1. Menjaga privasi pasien 2. Mencuci tangan 3. Jelaskan pada pasien tindakan yang akan dilakukan 4. Menyiapkan alat dan dekatkan ke pasien 5. Atur posisi pasien senyaman mungkin, dengan posisi duduk atau tiduran 6. Bebaskan daerah yang akan dilakukan pengompresan <i>aloe vera</i> 7. Bersihkan payudara terlebih dahulu dengan menggunakan air dingin dan waslap, setelah itu dikeringkan 8. Ambil gel <i>aloe vera dingin</i> sebanyak 135 gram menggunakan kedua tangan 9. Tempatkan kedua telapak tangan di salah satu payudara, kemudian dengan gerakan memutar mengelilingi payudara
-------------------	--

	kearah luar 10. Ketika tangan sebelah kiri berada dibagian bawah payudara, kemudian angkat payudara sebentar lalu lepas secara perlahan. Sebanyak 2 kali olesan gel <i>aloe vera</i>, tunggu sampai 15 menit 11. Bilas dengan air dingin 12. Dilakukan sebanyak 1 kali sehari selama 4 hari 13. Keringkan payudara dengan menggunakan handuk 14. Cuci tangan setelah melakukan tindakan.
--	--

(Augustin, 2022)

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Ibu Mastitis

Konsep pengkajian asuhan keperawatan menurut (Musalio, 2015)

2.4.1 Pengkajian Mastitis

Pengkajian adalah langkah awal dari tahapan dalam proses keperawatan. Dalam pengkajian, harus mempertahankan data dasar pasien. Informasi yang didapat oleh klien (sumber data primer) data yang didapat oleh orang lain yaitu (data sekunder). Catatan kesehatan klien informasi atau laporan laboratorium, tes diagnostik, keluarga dan orang yang terdekat atau anggota tim kesehatan merupakan pengkajian data dasar. Pengumpulan data menggunakan berbagai metode seperti observasi (data yang dikumpulkan berasal dari pengamatan), wawancara (bertujuan mendapatkan respon dari klien dengan cara tatap muka), konsultasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium ataupun pemeriksaan tambahan. Manusia mempunyai respon terhadap masalah kesehatan yang berbeda sehingga perawat harus mengkaji respon klien terhadap masalah secara individual.

3. Riwayat kesehatan :

1. Riwayat kesehatan dahulu kemungkinan wanita yang mengalami mastitis ini karena adanya faktor-faktor predisposisi.
2. Riwayat kesehatan sekarang: pasien biasanya kelihatan lemah, suhu tubuh meningkat (38°C), tidak ada nafsu makan, nyeri, bengkak dan merah pada payudara.

4. Pengkajian keperawatan

1. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Masih banyak masyarakat yang menganggap bahwa nyeri yang sering muncul saat masa menyusui adalah hal yang normal, di mana tidak perlu mendapat perhatian khusus untuk penanganannya. Pasien dengan mastitis biasanya kebersihan badannya kurang terjaga terutama pada area payudara.

2. Pola nutrisi metabolic

Asupan garam yang terlalu tinggi dapat memicu terjadinya mastitis.

Wanita yang mengalami anemia juga akan berisiko mengalami mastitis.

3. Pola eliminasi

Secara umum pada pola eliminasi tidak mengalami gangguan yang spesifik akibat terjadinya mastitis.

4. Pola aktivitas dan latihan

Pola aktivitas terganggu akibat peningkatan suhu tubuh dan nyeri.

5. Pola tidur terganggu karena kurang nyaman saat tidur akibat nyeri.

6. Pola kognitif dan perceptual kurang mengetahui kondisi yang dialami, anggapan yang ada hanya nyeri biasa. Pasien merasa biasa dan jika ada orang lain yang mengetahui maka dapat terjadi penurunan harga diri.

7. Pola persepsi diri: tidak ada gangguan.

8. Pola seksual dan reproduksi biasanya pola seksual terganggu akibat adanya penurunan libido dan pasien pasti akan lebih focus pada gejala yang muncul sehingga untuk pemenuhan kebutuhan seksualitas ini sudah tidak lagi menjadi prioritas.

9. Pola peran dan hubungan ada gangguan, lebih banyak untuk istirahat karena nyeri.

10. Pola manajemen koping-stres pasien terlihat tidak banyak bicara, lebih banyak istirahat.

11. System nilai dan keyakinan akan mengalami gangguan, namun hal itu juga tergantung pada masing-masing individu yang lebih rajin ibadah dan mendekatkan diri kepada Tuhan, namun di lain sisi juga ada individu yang karena sakti itu, ia malah menyalahkan dan menjauh dari Tuhan.

5. Pengkajian fisik

1. Keadaan umum baik.

2. Pemeriksaan fisik

a) Tanda-tanda vital tekanan darah normal (120/80 mmHg). Nadi

mengalami kenaikan (90-110/ menit). Frekuensi pernapasan meningkat (30/menit). Suhu tubuh meningkat (39,5° C).

- b) Kulit tidak ada gangguan, kecuali pada area payudara sehingga perlu pemeriksaan fisik yang terfokus pada payudara.
- c) Kepala tidak terdapat gangguan. Namun biasanya ibu dengan mastitis mengeluh nyeri kepala seperti gejala flu.
- d) Wajah terlihat meringis kesakitan.
- e) Mata konjungtiva terlihat anemi.
- f) Hidung: napas cuping hidung (-), secret (-/-), darah (-/-), defiasi (-/-). Tidak ada gangguan di area ini.
- g) Mulut mukosa basah, tidak sianosis, tidak pucat, tidak kering.
- h) Telinga: daun telinga dalam batas normal, secret tidak ada.
- i) Tenggorokan: uvula di tengah, tidak ada gangguan pada area ini.
- j) Leher: tidak ditemukan adanya gangguan atau perubahan fisik.
- k) Kelenjar getah bening terdapat pembesaran kelenjar getah bening ketiak pada sisi yang sama dengan payudara yang terkena mastitis.
- l) Payudara terlihat kemerahan atau mengkilat, terdapat lesi atau luka pada putting payudara, teraba keras dan tegang, hangat, terlihat bengkak dan saat dilakukan palpasi terdapat pus.
- m) Thoraks bentuk normal, tidak ada retraksi, gerakan dinding dada simetris. Tidak ada gangguan pada area thoraks. Kordis iktus kordis tidak tampak, batas jantung kesan tidak melebar, bunyi jantung normal. Pulmo pengembangan dada kanan kiri, fremitus raba dada kanan kiri, sonor di seluruh lapang paru, suara dasar vesikuler (+/+), suara tambahan (-/-).

- n) Abdomen dinding perut lebih tinggi dari dinding dada karena post partum sehingga pembesaran fundus uteri masih terlihat. Bising usus (+) normal, perkusi timpani, palpasi supel, hepar dan lien tidak teraba.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan Yang Muncul

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Menurut Tim Okja SDKI DPP PPNI, 2016 diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

1. Nyeri Akut (D. 0077)

Definisi : 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.

a) Penyebab

- 1) Agen pencedera fisiologis (misalnya inflamasi, iskemia, neoplasma)
- 2) Agen pencedera kimiawi (misalnya terbakar, bahan kimia iritan)
- 3) Agen pencedera fisik (misalnya abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

b) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- 1) Mengeluh nyeri
- 2) Tampak meringis
- 3) Bersikap protektif (misalnya waspada posisi menghindari nyeri)
- 4) Gelisah
- 5) Frekuensi nadi meningkat

6) Sulit tidur

c) **Gejala dan Tanda Minor**

Subjektif

Tidak tersedia

Objektif

1. Tekanan darah meningkat
2. Pola napas berubah
3. Nafsu makan berubah
4. Proses berpikir terganggu
5. Menarik diri
6. Berfokus pada diri sendiri
7. Diaforesis

2. Defisit Pengetahuan (D.0111)

Deinisi: Keadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

a. **Penyebab**

1. Keterbatasan kognitif
2. Gangguan fungsi kognitif
3. Kekeliruan mengikuti anjuran
4. Kurang terpapar informasi
5. Kurang minat dalam belajar
6. Kurang mampu mengingat
7. Ketidaktahuan menemukan sumber informasi

b. **Gejala dan Tanda Mayor**

Subjektif

1. Menanyakan masalah yang dihadapi

Tidak tersedia

1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

c. Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

Tidak tersedia

Objektif

1. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat
2. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)

2.4.3 Intervensi Keperawatan Nyeri akut

1. Nyeri akut (D0077)

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: (L.08066)

1. Keluhan nyeri menurun
2. Meringis menurun
3. Gelisah menurun
4. Kesulitan tidur menurun

Intervensi Keperawatan

Manajemen Nyeri (I.08238)

Observasi

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 pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah

diberikan

9. Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik

1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
3. Fasilitasi istirahat dan tidur
4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Kompres Dingin (I.08234)

Deinisi : Melakukan stimulasi kulit dan jaringan dengan dingin untuk mengurangi nyeri, peradangan dan mendapatkan efek terapeutik lainnya melalui paparan dingin.

Observasi

1. Identifikasi kontraindikasi kompres dingin (mis. penurunan sensasi, penurunan sirkulasi)
2. Identifikasi kondisi kulit yang akan dilakukan kompres dingin

3. Periksa suhu alat kompres
4. Monitor iritasi kulit atau kerusakan jaringan selama 5 menit pertama

Terapeutik

1. Pilih metode kompres yang nyaman dan mudah didapat (mis. kantong plastik tahan air, kemasan gel beku kain atau handuk)
2. Pilih lokasi kompres
3. Balut alat kompres dingin dengan kain pelindung, jika perlu
4. Lakukan kompres dingin pada daerah yang cedera
5. Hindari penggunaan kompres pada jaringan yang terpapar terapi radiasi

Edukasi

1. Jelaskan prosedur penggunaan kompres dingin
2. Anjurkan tidak menyesuaikan pengaturan suhu secara mandiri tanpa pemberitahuan sebelumnya
3. Ajarkan cara menghindari kerusakan jaringan akibat dingin

2. Defisit pengetahuan

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: (L.12111)

1. Perilaku sesuai anjuran meningkat
2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat
3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat
4. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat
5. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun

Intervensi Keperawatan

Edukasi Kesehatan (I..12383)

Observasi

1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

Terapeutik

1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
3. Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Pengertian implementasi menurut Nursalam (2020) adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan kedalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Pelaksanaan keperawatan merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien mengatasi masalah medis yang dialami. Implementasi keperawatan membutuhkan keterampilan kognitif, interpersonal, dan psikomotor. Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) Implementasi keperawatan meliputi Observasi, Terapeutik, Edukasi, Kolaborasi.

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap terakhir dalam proses keperawatan di mana dilakukan penilaian untuk menentukan sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan yang telah tercapai. Selain itu harus selalu berdasarkan pada bukti ilmiah dan praktik terbaik dalam profesi keperawatan, untuk memastikan bahwa perawatan yang diberikan sudah sesuai dengan standar profesional yang telah ditetapkan. Hasil dari evaluasi perlu didokumentasikan secara akurat dan lengkap dalam catatan perawatan pasien. Dokumentasi ini penting agar informasi yang terkumpul dapat diakses dan digunakan sebagai pedoman untuk perawatan selanjutnya, serta untuk memenuhi persyaratan standar dokumentasi keperawatan.