

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Konsep Post Partum

1. Definisi Post Partum

Post partum adalah masa dimana lahirnya plasenta dan berakhir disaat kembalinya alat-alat kandungan pada keadaan sebelum hamil, masa ini berlangsung sekitar 6 minggu (W, 2019)

2. Tahapan Masa Post Partum

1. Plasenta Lahir-24 Jam atau *Immediate Postpartum*

Yaitu masa setelah plasenta lahir 24 jam, masalah yang sering terjadi yaitu perdarahan yang disebabkan atonia uteri, maka dari itu harus melakukan pemeriksaan terhadap pengeluaran lochea, kontraksi uterus, suhu dan juga tekanan darah

2. Waktu 24 jam – 1 minggu atau *Early Postpartum*

Memastikan tidak adanya perdarahan, involusi uteri normal, tidak demam, lochea tidak berbau busuk, ibu dapat menyusui dengan baik dan mendapatkan asupan makanan dan cairan yang cukup

3. Waktu 1 minggu – 6 minggu atau *Late Postpartum*

Melakukan pemeriksaan sehari-hari dan tetap melakukan perawatan juga konseling atau Pendidikan Kesehatan Keluarga Berencana (KB). (W, 2019)

3. Kebutuhan Masa Post Partum

1. Cairan dan Nutrisi

Terkait Nutrisi dan cairan menjadi sangat pentong untuk ibu karena jika ibu mendapatkan nutrisi yang baik dan cukup maka akan mempengaruhi susunan air susu selain untuk mempercepat penyembuhan. Dibawah ini beberapa gizi yang dibutuhkan ibu saat menyusui :

- 1) Diet berimbang, protein, mineral dan vitamin
- 2) Konsumsi tambahan kalori sebanyak 500 kalori setiap hari
- 3) Kapsul Vit. A 200.000 unit
- 4) Minum 2 liter setiap hari (< 8 liter)
- 5) Fe/ tablet penambah darah sampai 40 hari setelah persalinan

2. Ambulasi

Early Ambulation atau ambulasi dini yaitu dimana tenaga kesehatan membimbing ibu *post partum* untuk belajar bangun dari tempat tidur secepat mungkin hingga berjalan. Pada waktu 24-48 jam post partum, ibu *post partum* sudah diperbolehkan untuk bangun dari tempat tidur. Hal ini diperlakukan secara bertahap.

Namun ambulasi ini bagi ibu *post partum* yang memiliki penyakit seperti anemia, penyakit jantung, demam, penyakit paru-paru atau penyakit lainnya tidak dibenarkan untuk dilakukan. Dibawah ini ada beberapa keuntungan dari ambulasi, diantaranya :

1. Fungsi usus dan kandung kemih akan lebih baik
 2. Ibu akan merasa lebih sehat
 3. Kemungkinan kita dapat mengajarkan ibu untuk merawat bayinya
 4. Tidak mempengaruhi atau memperburuk proses setelah melahirkan, tidak memperburuk penyembuhan luka, tidak menyebabkan perdarahan, dan tidak menyebabkan pembesaran kemungkinan prolapsus atau retrotexto uteri.
3. Eliminasi

Setelah 6 jam ibu *post partum* diharapkan sudah dapat berkemih, jika setelah 8 jam kandung kemih penuh atau bahkan belum juga berkemih disarankan untuk menggunakan kateterisasi. Dibawah ini ada beberapa hal yang menyebabkan sulit berkemih atau retensio urine pada *post partum*, diantaranya :

- 1) Dinding kandung kemih kurang sensitif
- 2) Otot-otot perut masih lemah
- 3) Pada ibu *post partum* di harapkan sudah bisa defekasi atau BAB pada hari kedua setelah melahirkan, bisa diberi obat rektal atau pencahar

4. Kebersihan Diri

Pada ibu post partum kebersihan diri sangatlah penting, karena pada ibu pos partum sangat rentan terkena infeksi, maka dari itu kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur juga lingkungan harus tetap dijaga kebersihannya. Di bawah ini ada beberapa langkah yang harus dilakukan, diantaranya :

- 1) Anjurkan untuk kebersihan tubuh khususnya perineum.
- 2) Ajarkan kepada klien teknik membersihkan alat kelamin menggunakan sabun dan air dari depan ke belakang.
- 3) Berikan saran untuk mengganti pembalut minimal 2 kali dalam sehari.
- 4) Membersihkan tangan atau mencuci tangan sebelum dan sesudah membersihkan alat kelamin.
- 5) Jika klien memiliki luka eposiotomi/ luka jahit atau laserasi pada alat kelamin, disarankan untuk tidak menyentuh daerah tersebut.

5. Istirahat dan Tidur

Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup dan dapat melakukan aktivitas rumah secara bertahap. Kurang istirahat tidur sangat berpengaruh terhadap produksi ASI, memperlambat proses involusi dan depresi setelah persalinan. Alat-alat interna dan alat-alat eksterna akan kembali ke masa sebelum hamil (involusi) yaitu pada masa *post* partum. (W, 2019)

2.1.2 Perubahan Fisiologis Pada Masa Post Partum

1. Uterus

Setelah plasenta lahir, uterus akan mengeras karena retraksi ototnya dan kontraksi, uterus akan bertahap mengecil sampai pada keadaan sebelum hamil.

2. Lochea

Lochea atau cairan atau *secret* yang berasal dari vagina dan kavum uteri selama masa post partum (Sitti Saleha, 2009), di bawah ini ada beberapa jenis lochea, diantaranya :

a. Lochea Rubra

Lochea rubra ini masih berwarna merah karena berisi darah merah yang segar dan sisa-sisa selaput ketuban, lanugo, desidua, verniks kaseosa dan mekonium berlangsung 2 hari setelah persalinan.

b. Lochea Sanguilenta

Lochea sanguilenta ini berwarna merah kuning yang berisi darah juga lendir dan berlangsung di hari ke 3-7 setelah persalinan.

c. Lochea serosa

Lochea serosa ini berwarna kuning, karena mengandung jaringan desidua, serum, eritrosit dan leukit dan berlangsung 7-14 hari setelah persalinan.

d. Lochea alba

Lochea alba ini sudah berwarna putih yang terdiri dari leukosit dan sel-sel desidua dan berlangsung 14 hari- 2 minggu berikutnya.

3. Endometrium

Timbulnya thrombosis akan menyebabkan terjadinya perubahan, degenerasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. Bekas implantasi plasenta karena kontraksi sehingga menonjol ke kavum uteri, pada hari pertama tebal endometrium yaitu 2,5 mm, dan setelah hari ke-3 endometrium akan rata.

4. Serviks

Serviks akan membuka atau menganga setelah persalinan, kemudian dapat dilalui 1 jari setelah 7 hari, dan bagian luar akan kembali normal setelah 4 minggu.

5. Vagina dan Perineum

Secara berangsur-angsur luasnya vagina berkurang akan tetapi sangat jarang ukuran kembali seperti ukuran nullipara, hymen tampak seperti tonjolan jaringan kecil dan akan berubah menjadi *karunkula mitiformis*. Rugae vagina kembali pada minggu ke-3. Laserasi atau jahitan dan udem yang terdapat pada perineum akan berangsur-angsur pulih 6-7 hari tanpa infeksi. Maka dari itu vulva hygiene perlu dilakukan.

6. Mamae atau Payudara

Proses laktasi terjadi secara alami bagi semua wanita yang telah melahirkan. Terdapat 2 mekanisme , yaitu : produksi susu, sekresi susu atau *let down*. Jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya yaitu mempersiapkan makanan bagi bayi selama kehamilan.

Efek prolaktin pada payudara mulai dirasakan pada hari ke-3 setelah melahirkan, sel acini yang menghasilkan ASI mulai berfungsi. Disaat bayi menghisap puting, oksitosin merangsang ensit *let down* (mengalirkan) maka menyebabkan ejeksi ASI.

7. Sistem Pencernaan

Setelah 2 jam persalinan ibu akan merasa lapar, kecuali terdapat komplikasi persalinan, tidak ada alasan menunda makan, konstipasi terjadi karena psikis yang menyebabkan takut BAB karena adanya luka jahit perineum.

8. Sistem Perkemihan

Pada akhir minggu ke-4 setelah melahirkan pelvis ginjal teregang dan dilatasi selama kehamilan akan kembali normal. Wanita yang setelah melahirkan mengalami proteinuri non patologis yang berjumlah kurang dari 40%, kecuali pada kasus preeklamsia.

9. Sistem Muskuloskeletal

Fasia, ligamen dan diafragma pelvis meregang saat kehamilan, namun akan berabgsur-angsur mengecil seperti semula.

10. Sistem Endokrin

Beberapa hormon yang berperan :

1) Oksitosin

Oksitosin berperan sebagai pencegah peedaran dalam kontraksi uterus, membantu uterus untuk kembali normal. Produksi ASI dan sekresi oksitosin dapat dirangsang oleh isapan bayi.

2) Prolaktin

Prolaktin dikeluarkan oleh kelenjar yang dimana pituitrin merangsang pengeluaran prolaktin untuk produksi ASI, jika ibu setelah melahirkan tidak menyusui dalam 14-21 hari timbul menstruasi.

3) Estrogen dan Progesteron

Estrogen setelah melahirkan akan menurun dan progesteron akan meningkat.

11. Perubahan Tanda-tanda Vital

1. Suhu tubuh

Suhu tubuh setelah melahirkan dapat naik kurang lebih $0,5^{\circ}\text{C}$ dan akan kembali normal setelah 2 jam *post partum* normal.

2. Tekanan Darah

Tekanan Darah dapat naik lalu kembali normal setelah beberapa hari jika tidak ada penyakit penyerta. Dan BB biasanya turun rata-rata 4,5kg.

3. Nadi

Nadi dapat terjadi bradikardi, namun jika takikardi harus waspada mungkin saja ada perdarahan.

4. Pernafasan

Pernafasan bisa sedikit meningkat namun tidak lama akan kembali normal.

5. Setelah melahirkan pada dinding abdomen akan muncul striae yang tidak dapat dihilangkan sempurna dan akan berubah menjadi putih (striae albicans).
6. Evaluasi tonus otot abdomen untuk menentukan diastatis (derajat pemisah otot rektus abdomen). 3 set otot abdominalis dimiliki oleh setiap wanita, yaitu rektus abdominalis, oblique, dan transverse. Rektus abdominalis adalah yang bergerak dari atas ke bawah yang merupakan otot bertempat di paling luar. Otot ini terbagi 2 yang lebarnya kurang lebih 0,5cm yang dinamakan rekti dan dihubungkan oleh jaringan fibrous (linea alba). (Wahyuningsih, Dida, & Jenny , 2019)

2.1.3 Perubahan Psikologis Pada Masa Post Partum

Menurut Rubin (1963) dalam Gaston (2011) terdapat 3 tingkat psikologis ibu setelah melahirkan diantaranya :

1. *Taking In* yaitu tahap ketergantungan

Pada tahap ini ibu hanya berorientasi pada kebutuhan diri sendiri, tahap ini berlangsung selama 1-2 hari, tingkah laku klien hanya berdiam diri atau pasif juga bergantung pada orang lain. Klien juga bersifat pasif terhadap lingkungan karena kelelahan dan juga sangat mudah tersinggung, perhatian klien tertuju pada perubahan tubuhnya. Klien belum ada inisiatif untuk kontak dengan bayi. Klien masih membutuhkan orang lain untuk memenuhi kebutuhannya yaitu makan dan istirahat tidur. Nafsu makan klien bertambah maka membutuhkan

peningkatan nutrisi. Proses pengembalian tubuh tidak berlangsung normal ditandai dengan kurangnya nafsu makan. Selain itu klien mengulangi pengalaman-pengalaman melahirkan setelah menyadari pengalamannya dalam melahirkan.

Pada tahap ini klien akan mengalami beberapa proses mengetahui, diantaranya :

a. Identifikasi

Klien akan mengidentifikasi bagian-bagian dari tubuh bayi untuk menyesuaikan dengan yang dia harapkan.

b. Menghubungkan

Klien menghubungkan kemiripan bayi dengan anggota keluarga yang lain.

c. Menginterpretasikan

Klien mengartikan tingkah laku bayi dan kebutuhan yang dirasakan. Pada tahap ini dikenal dengan istilah “*finger tie touch*”

2. *Taking Hold* atau Tahap antara Ketergantungan dan Mandiri

Pada tahap ini terjadi perpindahan antara tahap ketergantungan ke tahap mandiri. Tahap ini terjadi selama hari ke-3 sampai hari ke-10 masa nifas. Berangsur- angsur energi klien mulai kembali dan merasa nyaman, juga mulai berfokus pada bayi yang dilahirkan. Klien mulai mandiri, dan akhirnya mulai memiliki inisiatif untuk merawat dirinya sendiri dan sering merasa khawatir terhadap fungsi tubuhnya. Klien

mulai mampu mengendalikan fungsi eliminasi dan memperhatikan aktivitas yang dilakukannya setiap hari. Jika klien merawat bayinya maka klien harus memperhatikan kualitas dan kuantitas ASI. Selain itu di tahap ini juga klien mulai antusias dalam merawat bayinya, klien mulai trampil dalam perawatan bayi baru lahir (contoh : memeluk, mengganti popok, memandikan) .

3. *Letting Go* atau Tahap Penerimaan Peran Baru

Pada tahap ini semua terjadi setelah klien sudah kembali ke rumah. Klien sudah menerima tanggung jawab terhadap bayinya, untuk merawatnya, atas ketergantungan bayinya dan beradaptasi terhadap penurunan otonomi, kemandirian dan interaksi sosial. Pada tahap ini klien mengalami 2 perpisahan, yaitu :

- a. Menerima dan mengerti bentuk fisik dari bayinya
- b. Menjadi ibu yang merawat anak dan melepaskan peran ibu sebelum memiliki anak.

2.2 Konsep Seksio Sesarea

2.2.1 Definisi

Sectio Caesarea atau SC yaitu cara mengeluarkan janin atau bayi melalui dinding depan perut dengan cara membuat sayatan di dinding uterus. (Sofian, 2012)

2.2.2 Etiologi

Penyebab dilakukannya Seksio Sesarea terbagi dua, yaitu :

1. Penyebab yang berasal dari ibu
 - 1) Sejarah kehamilan atau persalinan yang buruk
 - 2) Terdapat panggul sempit
 - 3) Preeklamsia atau eklamsia
 - 4) Primigravida kelainan letak
 - 5) Kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM)
 - 6) Atas permintaan dan plasenta previa
2. Penyebab yang berasal dari janin
 - 1) Mal posisi kedudukan janin
 - 2) Gawat janin
 - 3) Kegagalan persalinan vakum
 - 4) Prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil

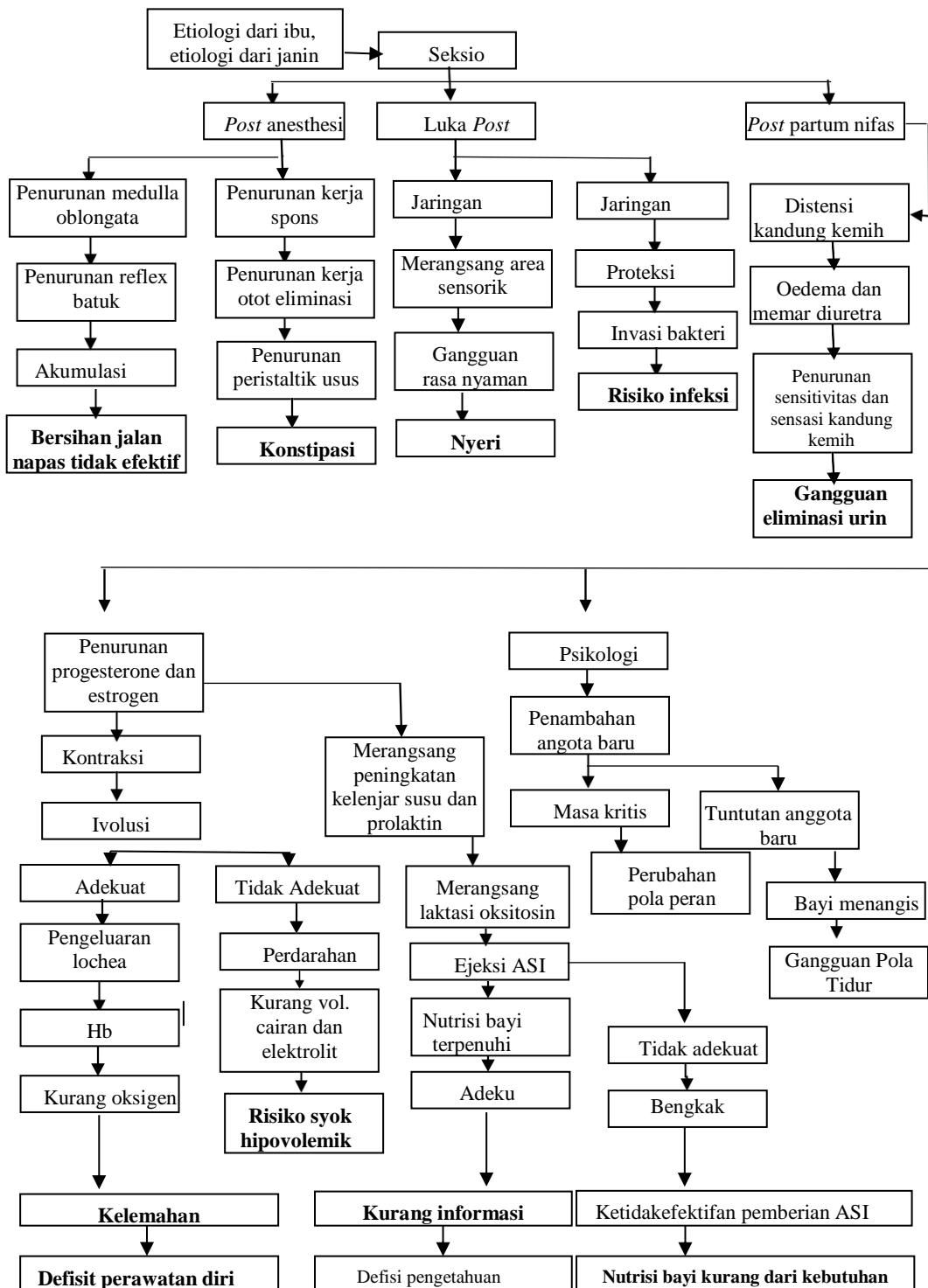
(Nurarif & Kusuma, 2015)

2.2.3 Patofisiologi

Seksio Sesarea dilakukan jika ibu atau janin mengalami kelainan yang menyebabkan tidak mungkin dilakukannya persalinan secara normal. Namun sekarang seksio sesarea sudah menjadi salah satu pilihan persalinan.

Ada beberapa hambatan yang menyebabkan bayi tidak dapat di dilahirkan secara normal : seperti panggul sempit, mal presentasi janin, preeklamsi, partus lama, plasenta previa, distokksia service, rupture

sentralis dan leteralis, kondisi tersebut yang menyebabkan harus dilakukannya tindakan operasi seksio sesarea. Setelah proses operasinya dilakukan akan membuat klien mengalami mobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Adanya kelemahan dan kelumpuhan sementara yang menyebabkan klien tidak bisa melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri sehingga menimbulkan masalah deficit perawatan diri. Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan dan perawatan setelah operasi menimbulkan masalah ansietas. Selain itu dilakukannya insisi pada dinding abdomen dalam proses pembedahan yang menyebabkan inkontinuitas jaringan, saraf-saraf dan pembuluh darah di daerah insisi. Dan ini akan merangsang pengeluaran prostaglandin dan histamin sehingga menimbulkan rasa nyeri. Setelah proses operasi selesai daerah insisi akan ditutup juga menimbulkan luka post operasi yang jika tidak dirawat dengan baik bisa menimbulkan masalah resiko infeksi (Sugeng, 2010)



Bagan 2.1 Bagan Patofisilogi SC (Nurarif & Kusuma , aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis & nanda Nic Noc, 2015)

2.2.5 Manifestasi Klinis

- a) Plasenta previa lateralis dan sentralis
- b) Rupture uteri mengancam
- c) Panggul sempit
- d) Ketidakseimbangan ukuran kepala dan panggul
- e) Partus tak maju
- f) Pre-eklamsia dan hipertensi
- g) Malpresentasi janin (gemeli, letak lintang, letak bokong)
- h) Distosia serviks

(Nurarif & Kusuma, 2015)

2.2.6 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemantauan EKG
2. Urinalisis
3. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
4. Golongan darah
5. Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi
6. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
7. Hemoglobin/Hematokrit
8. Urinalisis
9. Ultrasound sesuai pesanan

(Nurarif & Kusuma, 2015)

2.2.7 Penatalaksanaan Medis

1. Pemberian cairan
2. Diet, biasanya pemberian cairan intravena dihentikan jika klien sudah flatus dan mulai diberikan peroral, contohnya air putih atau teh setelah 6-10 jam setelah operasi.
3. Mobilisasi, mobilisasi ini secara bertahap yang dilakukan setelah 6-10 jam setelah operasi yang dimulai dengan miring kanan dan miring kiri
4. Kateterisasi
5. Pemberian obat-obatan : antibiotik, analgetik, dan obat lainnya
6. Perawatan luka
7. Perawatan rutin : yaitu pemeriksaan tanda-tanda vital

(Manuaba, 2008)

2.3 Anatomi dan Fisiologi Seksio Sesarea

1. Bagian Abdomen

1) Kulit

Lapisan kulit terbagi menjadi 2, yaitu lapisan kutikula atau yang lebih dikenal lapisan epidermis dan lapisan dermis atau korium

a. Lapisan Epidermis

Lapisan epidermis terdiri dari sejumlah lapisan sel yang disusun atas dua lapis yang jelas nampak : selapis zona germinalis dan selapis lapisan tanduk, lapisan epidermis juga tersusun atas epitelium berlapis.

b. Lapisan Dermis

Lapisan dermis tersusun atas jaringan ikat yang elastis dan jaringan fibrus. Didalamnya berisi ranting-ranting pembuluh darah kapiler pada papil-papil kecil yang tersusun pada permukaan dermis (Pearce, 2011)

2. Dinding perut lateral dan anterior

1. *Rectus abdominis*, otot ini disilang oleh beberapa pita fibrosa dan juga berada di dalam selubung. *Rectus abdominis* ini melebar luas dari bagian depan margo costalis di atas dan pubis di bagian atas.
2. *Linea alba* merupakan pita jaringan fibrosa yang membentang dari processus xiphoideus sternum menuju symphysis pubis, dan memisahkan kedua musculus rectus abdominis.
3. *Obliquus externus, transversus* dan *obliquus internus* merupakan otot yang pipih yang membentuk dinding abdomen pada bagian depan dan samping. Serat obliquus externus berjalan kearah atas bawah dan atas, serat obliquus internus berjalan ke arah atas dan depan, dan serat transversus atau otot terdalam dari ketiga otot dinding perut berjalan secara transversal. Pada bagian depan ketiga otot berakhir dalam selubung yang menutupi rectus abdominis.

3. Dinding perut posterior

Quadratus Lumborum merupakan otot yang pendek berbentuk persegi di belakang abdomen, menuju crista iliaca di bawah dari costa kedua belas di

atas. Otot ini mempertahankan stabilitas costae dalam respirasi maka diafragma dapat menariknya.



Gambar 2.3 Abdomen Pasca Operasi

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Post Partum

2.4.1 Pengkajian

1. Identitas pasien

Identitas pasien meliputi nama, umur, jenis kelamin, tempat tanggal lahir, pekerjaan, status pernikahan, agama, suku/bangsa, nomor *medicak record*, diagnosa medik, tanggal masuk Rumah Sakit, tanggal pengkajian, yang mengantar ke Rumah Sakit, cara masuk Rumah Sakit, alasan masuk Rumah Sakit, keadaan umum, tanda-tanda vital

2. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

a) Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Menguraikan keluhan utama yang dirasakan klien saat pertama kali dikaji, tindakan yang dilakukan, sampai proses klien datang ke Rumah Sakit.

b) Keluhan utama saat dikaji

Menguraikan keluhan utama saat dikaji yang dirasakan oleh klien dengan post Seksio Sesarea biasanya nyeri, cemas, dan kurangnya pengetahuan tentang perawatan luka Post Seksio Sesarea dan diuraikan menggunakan konsep PQRST.

1) *Provokatif/paliatif* :

Apa penyebabnya, apa yang memperberat dan apa yang mengurangi nyeri

2) *Qualitas / kuantitas* :

Dirasakan seperti apa, tampilannya, suaranya, dan berapa banyak.

3) *Region / radiasi* :

Lokasinya dimana, dan menyebar atau tidak

4) *Severity / scale* :

Intensitasnya (skala), pengaruh terhadap aktivitas

5) *Timing* :

Kapan keluhan itu muncul, seberapa lama, bersifat seperti apa (bertahap, sering, tiba-tiba, hilang timbul)

c. kesehatan dahulu

Meliputi penyakit yang dapat mempengaruhi seperti penyakit darah tinggi, infeksi pada ibu, DM atau jantung, atau klien pernah mengalami penyakit yang sama.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Meliputi apakah ada keluarga yang mengalami penyakit yang sama seperti yang dialami klien atau yang berbeda yang bersifat genetik ataupun tidak

e. Riwayat Ginekologi dan Obstetri

a. Riwayat genikologi

a) Riwayat menstruasi

Meliputi pertama kali haid atau umur pertama kali haid, siklus haid, lama haid, sifat darah (warna, bau, bentuk), keluhan dan HPHT.

b) Riwayat perkawinan

Meliputi usia klien saat menikah, usia saat suami klien menikah, usia pernikahan, pernikahan yang keberapa untuk klien dan suami

c) Riwaat keluarga berencana

Jenis kontasepsi yang digunakan klien, yang digunakan klien sebelum hamil, waktu dan lamanya penggunaan kontrasepsi, masalah selama penggunaan

kontrasepsi, jenis kontrasepsi yang digunakan setelah persalinan

b. Riwayat obstetri

a) Riwayat kehamilan dahulu

Melibuti masalah atau keluhan yang dirasakan pada kehamilan sebelumnya

b) Riwayat kehamilan sekarang

Melibuti usia kehamilan, keluhan selama kehamilan, imunisasi TT, perubahan berat badan selama kehamilan, tempat pemeriksaan kehamilan, dan keterangan klien dalam memeriksaan kehamilannya

c) Riwayat persalinan dahulu

Melibuti umur kehamilan, tanggal partus, jenis partus, tempat persalinan, berat badan bayi waktu lahir, panjang badan bayi waktun lahir, masalah yang terjadi, komplikasi anak atau ibu

d) Riwayat persalinan sekarang

Melibuti persalinan keberapa bagi klien, tanggal persalinan, jenis persalinan, lamanya persalinan, banyaknya perdarahan, jenis kelamin bayi, berat badan dan APGAR score bayi dalam 1 menit pertama dan 5 menit pertama

e) Riwayat nifas dahulu

Meliputi masalah atau keluhan saat nifas sebelumnya

f) Riwayat nifas sekarang

Meliputi adanya perdarahan, jumlah darah, kontraksi uterus (biasanya kontraksi uterus keras), tinggi fundus uteri (biasanya setinggi pusat)

3. Pola aktifitas sehari-hari di Rumah Sakit dan di rumah

1) Pola nutrisi

Meliputi makan : frekuensi, jumlah, jenis makanan, porsi makan, riwayat alergi makanan atau minuman dan keluhan terhadap makan.

Meliputi minum : frekuensi, jumlah, jenis minuman, dan keluhan terhadap minum.

Pada klien *post* seksio sesarea biasanya akan mengalami penurunan pada nafsu makan karena masih merasa mual akibat dari efek anestesi yang masih ada atau faktor nyeri dari *post* seksio sesarea

2) Pola eliminasi

Meliputi BAK : frekuensi, jumlah, earna dan keluhan dalam BAK.

Pada klien *post* seksio sesarea biasanya dipasang kateter urin untuk klien BAK, dan biasanya kateter urin di lepas setelah klien POD 1

Meliputi BAB : frekuensi, warna, konsistensi, dan keluhan dalam BAB.

Pada klien *post* seksio sesarea biasanya akan mengalami penurunan karena faktor psikologis ibu yang masih trauma. Defekasi mungkin bisa terjadi setelah 2-3 hari *post* partum.

Hipotonus dan dilatasi uterus juga pelvis ginjal yang terjadi karena kehamilan kembali seperti sebelum hamil membutuhkan waktu 2-8 minggu.

3) Pola istirahat dan tidur

Meliputi tidur malam : waktu tidur, lama tidur, dan keluhan.

Tidur siang : waktu tidur, lama tidur, dan keluhan. Biasanya tidur klien terganggu karena rasa nyeri yang dirasakan akibat tindakan pembedahan Seksio Sesarea.

Pada klien *post* seksio sesarea biasanya akan mengalami penurunan pola istirahat dan tidur karena adanya nyeri akibat dari tindakan pembedahan tersebut

4) Personal Hygiene

Meliputi mandi : frekuensi, gosok gigi, keramas, guntig kuku, dan mencuci rambut. Biasanya perawatan diri pada klien dengan kondisi setelah melakukan tindakan pembedahan Seksio Sesarea masih harus dibantu karena rasa nyeri dan lemah.

5) Aktifitas dan latihan

Meliputi kegiatan atau pekerjaan dan aktifitas klien sehari-hari serta kegiatan yang dilakukan diwaktu luang saat sebelum melahirkan dan saat di rawat di rumah sakit.

Pada klien *post* seksio sesarea biasanya akan mengalami nyeri dan lemas, maka aktivitas klien pun akan di bantu

4. Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan Fisik Ibu

a. Keadaan umum

Meliputi tingkat kesadaran, penampilan.

Pada klien post Seksio Sesarea biasanya klien masih lemah, tingkat kesadarannya *composmentis* (sadar sepenuhnya) dan terkadang sedikit pucat.

b. Tanda-tanda vital

Meliputi tekanan darah yang biasanya normal, respirasi kemungkinan meningkat karena respon terhadap nyeri, suhu tubuh normal, dan nadi antara 60-100x/menit.

c. Antropometri

Meliputi tinggi badan, berat badan sebelum hamil, berat badan saat hamil, dan berat badan setelah melahirkan.

d. Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Inspeksi bentuk kepala, warna rambut, kebersihan rambut, palpasi ada tidaknya nyeri tekan

b) Wajah

Inspeksi bentuk wajah, keadaan wajah, biasanya adanya kloasma gravidarum, wajah klien bisa pucat, palpasi ada tidaknya nyeri tekan.

c) Mata

Inspeksi bentuk mata, inspeksi warna konjungtiva, biasanya konjungtiva anemis, refleks pupil terhadap cahaya, fungsi otot mata, lapang pandang, fungsi penglihatan, palpasi ada tidaknya nyeri tekan.

d) Telinga

Inspeksi bentuk telinga, kebersihan telinga, dan fungsi pendengaran, palpasi ada tidaknya nyeri tekan

e) Hidung

Inspeksi bentuk hidung, kebersihan hidung, pernafasan cuping hidung, palpasi ada tidaknya nyeri tekan, dan fungsi pendengaran.

f) Mulut

Inspeksi bentuk mulut, inspeksi kebersihan mulut, adanya stomatitis, keadaan bibir, keadaan gigi, keadaan tonsil, fungsi pengecapan.

g) Leher

Inspeksi bentuk leher, adanya peningkatan JVP, pembesaran tiroid, ada tidaknya nyeri saat menelan.

h) Dada

Jantung, paru-paru, dan payudara

Inspeksi bentuk, adanya ketidaksimetrisan saat bernafas, palpasi ada tidaknya nyeri tekan, suara jantung dalness dan paru resonan, payudara biasanya keluar cairan bening kekuningan atau kolostrum, pada klien dengan *post partum* biasanya mengalami penurunan hormon estrogen dan progesteron sehingga menyebabkan hormon prolaktin meningkat yang menyebabkan produksi ASI dan hormon oksitosin yang merangsang pengeluaran ASI. Sehingga pada keadaan ini akan terjadi peningkatan prosuksi ASI dan harus segera diberikan kepada bayi supaya tidak mengalami pembengkakan, inspeksi warna aerola biasanya hiperpigmentasi, inspeksi adanya pembengkakan, palpasi ada tidaknya nyeri tekan.

i) Abdomen

Pada hari pertama, biasanya tinggi fundus uteri 1 jari di bawah pusat, inspeksi adanya linea nigra, inspeksi keadaan sekitar perban luka, panjang luka, dan bentuk sayatan luka, biasanya klien mengeluh nyeri.

j) Punggung dan bokong

Inspeksi bentuk, adanya kelainan bentuk tulang belakang

k) Genitalia

Inspeksi bentuk, ada tidaknya edema, inspeksi warna dan jumlah lochea, biasanya hari pertama lochea rubra berwarna merah dengan jumlah cukup banyak dan berbau amis

l) Anus

Inspeksi bentuk, adanya hemoroid.

m) Ektremitas

Ektremitas atas : rekleks trisep bisep

Kekuatan otot

Ektremitas bawah : refleks patela, kekuatan otot, kemungkinan kekuatan otot klien masih lemah dan terbatas karena adanya nyeri dan tromboplebitis.

2. Pemeriksaan fisik bayi

a) Keadaan umum

Meliputi kesadaran bayi dengan menggunakan APGAR score dan penampilan bayi.

b) Antropometri

Meliputi berat badan, panjang badan, lingkar kepala, lingkar lengan atas dan lingkar dada.

3. Analisa Data

Data yang sudah ada dan terkumpul kemudian dikelompokan, dalam pengelompokan data dibedakan menjadi data objektif dan data subjektif.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan Pada Klien Post Partum

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) bahwa diagnosa yang dapat muncul pada ibu post seksio sesarea diantaranya :

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi)
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum

4. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui
5. Gangguan eliminasi urine
6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan
7. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko : episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan
8. Defisit perawatan diri : mandi, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan post partum
9. Konstipasi
10. Resiko syok (hipovolemik)
11. Resiko perdarahan
12. Defisiensi pengetahuan : perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum

2.4.3 Rencana Keperawatan

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) Rencana Keperawatan pada diagnosa yang mungkin muncul dengan Seksio Sesarea adalah :

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi)

Tabel 2.1 Tabel Rencana KeperawatanKrtidakefektifan Bersihan Jalan Nafas
 (Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC, 2015)

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Ketidakefektifan bersihan jalan nafas Definisi : ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada batuk 2. Suara nafas tambahan 3. Perubahan frekuensi nafas 4. Perubahan irama nafas 5. Sianosis 6. Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara 7. Penurunan bunyi nafas 8. Dipsneu 9. Sputum dalam jumlah yang berlebihan 10. Batuk yang tidak efektif 11. Orthopneu 12. Gelisah 13. Mata terbuka lebar <p>Faktor yang</p>	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Respiratory status : ventilation 2. Respiratory status : airway patency <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu 2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan, dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) 3. Mampu mengidentifikasi sekresi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas 	<p>NIC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi frekuensi/kedalam an pernafasan dan suara nafas 2. Atur posisi kepala sesuai usia dan kondisi/gangguan 3. Mengeluarkan sekresi : tinggikan kepala tempat tidur/ubah posisi jika diperlukan 	<p>Mempertahankan jalan nafas yang adekuat</p> <p>1. Takipneu biasanya terjadi pada beberapa derajat dan dapat terlihat saat terjadi stress pernafasan. Pernafasan menjadi dangkal. Beberapa derajat bronkospasme terjadi pada obstruksi jalan nafas dan dapat atau tidak ditandai dengan suara nafas tambahan, seperti crecels, suara redup dengan mengi saat ekspirasi (emfisema), atau tidak adanya suara nafas (asma berat)</p> <p>2. Mengatur posisi kembali kepala menjadi sesuatu yang diperlukan untuk membuka atau mempertahankan jalan nafas tetap terbuka pada individu yang mengalami imobilisasi atau gangguan</p> <p>3. Mengeluarkan sekresi : posisi yang tinggi atau tegak lurus memfasilitasi fungsi pernafasan dengan gangguan</p>

berhubungan :		
1. Lingkungan		gravitasi.
a. Peroko		Bagaimanapun
k pasif		yang mengalami
b. Mengis		distress pernafasan
ap asap		akan mencari
c. Merok		posisi yang
ok		nyaman
2. Obstruksi	4. Instruksikan	4. Untuk
jalan nafas	klien untuk	memaksimalkan
a. Spasme	latihan nafas	upaya batuk,
jalan	dalam dan batuk	ekspansi paru, dan
nafas	saat membalut	drainase, dan
b. Mokus	luka insisi	mengurangi
dalam		nyegangguan nyeri
jumlah		
berlebih		
an		
c. Eksudat	5. Mobilisasi klien	5. Mengurangi resiko
dalam	sedini mungkin	atau efek
jalan		atelaktasis, yang
alveoli		meningkatkan
d. Materi		ekspansi paru dan
asing		drainase bagian
dalam		paru yang berbeda
jalan		
nafas		
e. Adanya	6. Beri obat	6. Untuk
jalan	(misalnya	merileksasikan otot
nafas	bronchodilator,	polos pernafasan,
buatan	mukolitik, dan	mengurangi edema
f. Sekresi	anti inflamasi)	jalan nafas dan
bertahan	sesuai indikasi	mengeluarkan
/sisa		sekresi
sekresi		
g. Sekresi	7. Beri nebulizer	7. Untuk memberikan
dalam	ultrasonic atau	kelembaban
bronki	alat pelembab	tambahan sehingga
	udara ruangan	membantu
3. Fisiologis	humidifier	mengurangi
		kekentalan sekresi
a. Jalan	8. Pantau tanda-tanda vital	8. Menunjukan
nafas	, dengan mencatat	perburukan gawat
alergik	darah, atau	napas
b. Asma	perubahan denyut	
c. Penyakit paru	nadi, observasi	
obstruktif	peningkatan	
	denyut nadi,	
kronik	observasi	
d. Hiperpl	peningkatan	
asi	frekuensi	
dinding	pernafasan, dan	
bronkia	penggunaan otot	
e. Infeksi	napas	
f. Disfung	9. Monitor ststus	9. Untuk mengetahui
si	oksigen pasien	ketidakabnormalan
		oksigen pasien
	10. Pastikan	10. Untuk mengetahui
	kebutuhan	kebutuhan pasien
	oral/tracheal	
	suctioning	

nourom uskular	11. Auskultasi suara nafas sesudah dan sebelum suctioning 12. Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning 13. Monitor respirasi dan status oksigen 14. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction 15. Aiway managemen	11. Untuk mengetahui suara nafas setelah di beri suction 12. Supaya klien dan keluarga mengetahui informasi tentang suction 13. Untuk mengetahui perkembangan pasien 14. Untuk membersihkan jalan nafas klien 15. Untuk membantu pernafasan klien
----------------	---	---

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)

Tabel 2.2 Tabel Rencana Keperawatan Pada Nyeri Akut(*Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC, 2015*)

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Intervensi Kriteria Hasil	Rasional
Nyeri akut b.d agen injuri fisik Definisi : pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa yang berlangsung < 6 bulan Batasan karakteristik : 1. Perubahan selera makan 2. Perubahan tekanan darah 3. Perubahan frekuensi jantung 4. Perubahan frekuensi pernafasan	NOC 1. Pain level 2. Pain control 3. Comfort level Kriteria Hasil : 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakolog i untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali	NIC Pain Management 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi non verbal atau ketidaknyamanan 2. Pasien mungkin tidak secara verbal melaporkan nyeri dan ketidaknyamanan secara langsung

5. Laporan isyarat nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri)	4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien	3. Meyakinkan klien untuk mendapatkan perawatan yang intensif
6. Diaforesis			
7. Perilaku distraksi (berjalan, mondar-mandir mencari aktivitas lain, aktivitas yang berulang)			
8. Mengekspresikan perilaku (gelisah, merengek, menangis)		4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri	4. Menentukan kultur pada klien
9. Sikap melindungi area nyeri			
10. Indikasi nyeri yang dapat diamati		5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau	5. Untuk mengetahui pengalaman nyeri di masa lampau
11. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri		6. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan	6. Dukungan dan dorongan dapat memberikan ketenangan bagi pasien
12. Sikap tubuh melindungi		7. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan	7. Mengurangi ketidaknyamanan sehingga dapat meningkatkan kemampuan coping
13. Dilatasi pupil		8. Kurangi faktor presipitasi nyeri	8. Untuk memberikan kenyamanan klien
14. Melaporkan nyeri secara verbal		9. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)	9. Teknik non farmakologi dapat mengalihkan nyeri yang dirasakan dan penanganan farmakologi dapat membantu mengurangi nyeri
15. Gangguan tidur Faktor yang berhubungan	1. Agen cedera (biologis, zat kimia, fisik, psikologis)	10. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi	10. Untuk memudahkan menentukan perencanaan

	11. Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi	11. Teknik non farmakologi dapat mengalihkan nyeri yang dirasakan
	12. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri	12. Analgetik dapat membantu mengurangi rasa nyeri dengan menghambat proses transduksi yaitu mengurangi sensasi nyeri
	13. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri	13. Untuk mengetahui keefektifannya kontrol nyeri
	14. Tingkatkan istirahat	14. Istirahat sangat berperan penting dalam proses mengurangi nyeri
	15. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil	15. Nyeri hebat yang tidak reda oleh tindakan rutin dapat mengindikasikan perkembangan komplikasi dan kebutuhan intervensi lebih lanjut
	16. Monitor penerimaan pasien dengan manajemen nyeri	16. Untuk mengetahui perkembangan nyeri
Analgetik administration		
	1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat	1. Untuk mengetahui perkembangan nyeri sebelum dan sesudah diberikan obat
	2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi	2. Untuk menghindari kesalahan dalam pemberian obat
	3. Cek riwayat alergi	3. Untuk menghindari

-
- | | |
|--|---|
| <p>4. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik analgesik ketika pemberian lebih dari satu</p> <p>5. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri</p> <p>6. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian dan dosis optimal</p> <p>7. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur</p> <p>8. Monitor <i>vital sign</i> sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</p> <p>9. Berikan analgesik terpat waktu terutama saat nyeri hebat</p> <p>10. Evaluasi efektivitas analgetik, tanda dan gejala</p> | <p>alergi obat yang dimiliki klien</p> <p>4. Menentukan jenis rute untuk memberikan terapi</p> <p>5. Untuk menyesuaikan dengan nyeri yang dirasakan</p> <p>6. Untuk mememberikan obat dengan benar</p> <p>7. Menentukan rute yang sesuai untuk terapi</p> <p>8. Untuk mengetahui perkembangan dan keefektifan terapi (tekanan darah, frekuensi pernafasan berubah pada nyeri akut)</p> <p>9. Untuk membantu menurunkan nyeri yang dirasakan</p> <p>10. Untuk mengetahui keefektivitasan dari terapi</p> |
|--|---|
-

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum

Tabel 2.3 Tabel Rencana Keperawatan Pada Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan(*Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC, 2015*)

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh Definisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolismik Batasan karakteristik : 1. Kram abdomen 2. Nyeri abdomen 3. Menghindari makanan 4. Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal 5. Kerapuhan kapiler 6. Diare 7. Kehilangan rambut berlebih 8. Bising usus hiperaktif 9. Kurang makanan 10. Kurang informasi 11. Kurang minan pada makanan 12. Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat 13. Kesalahan konsepsi 14. Kesalahan informasi 15. Membran mukosa pucat 16. Ketidakmampuan memakan makanan 17. Tonus otot menurun 18. Mengeluh gangguan sensasi rasa 19. Mengeluh asupan makanan kurang dari RDA 20. Cepat kenyang setelah makan 21. Sariawan rongga mulut 22. Kelemahan otot mengunyah 23. Kelemahan otot untuk menelan	NOC <i>1. Nutritional status</i> <i>2. Intake</i> <i>3. Weight control</i> Kriteria Hasil 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi 5. Menunjukan peningkatan fungsi pengecapan 6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	NIC 1. Beri obat untuk nyeri atau mual dan efek samping obat 2. Yakinkan diet yang dimakan mengandung banyak serat untuk mencegas konstipasi 3. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori 4. Hindari makanan yang menyebabkan intoleransi motilitas lambung	1. Untuk meningkatkan kenyamanan fisik dan nafsu makan 2. Makanan yang mengandung banyak serat dapat memperlancar pencernaan 3. Mengetahui jumlah nutrisi dan kandungan kalori yang didapatkan 4. Untuk mengurangi ketidaknyamanan setelah makan

Faktor yang berhubungan :

1. Asupan diet kurang

Populasi beresiko

1. Faktor biologis

2. Kesulitan ekonomi

Kondisi terkait

1. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien

2. Ketidakmampuan mencerna makanan

3. Ketidakmampuan makan

4. Gangguan
-

4. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui

Tabel 2.4 Tabel Rencana Keperawatan Pada Ketidakefektifan pemberian ASI(*Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC, 2015*)

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan pemberian ASI Definisi : ketidak puasan atau kesulitan ibu, bayi, atau anak menjalani proses pemberian ASI Batasan karakteristik : 1. Ketidakadekuatan suplai ASI 2. Bayi melengkung menyesuaikan diri dengan payudara 3. Bayi menangis pada payudara 4. Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusu 5. Bayi rewel dalam jam pertama setelah menyusu 6. Ketidakmampuan bayi untuk latching pada payudara ibu secara tepat 7. Menolak latching on 8. Tidak responsive terhadap kenyamanan lain	NOC 1. Breastfeeding ineffective 2. Breathing pattern ineffective 3. Breastfeeding interrupted Kriteria Hasil : 1. Kementaran pemberian ASI : bayi : perlakuan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI 2. Kemantapan pemberian ASI : ibu : kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusu dari payudara ibu untuk	NIC 1. Kaji pengetahuan klien tentang pemberian ASI dan tingkat intruksi yang diterima sebelumnya 2. Dorong diskusi pengalaman pemberian ASI saat ini dan sebelumnya 3. Catat pengalaman yang tidak memuaskan sebelumnya	<p>1. Mengidentifikasi kebutuhan saat ini dan masalah yang ditemui untuk mengembangkan rencana keperawatan</p> <p>2. Mengidentifikasi kebutuhan saat ini dan masalah yang ditemui untuk mengembangkan rencana keperawatan</p> <p>3. Sering kali masalah yang tidak teratasi dan masalah yang diceritakan orang lain dapat menyebabkan keraguan tentang kesempatan untuk berhasil</p>

9. Ketidak cukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui	memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI
10. Tampak ketidaktauan asupan susu	3. Pemeliharaan pemberian ASI :
11. Penurunan berat badan bayi terus menerus	keberlangsungan pemberian ASI untuk
12. Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui	menyediakan nutrisi bagi bayi
13. Tidak tampak tanda pelepasan ositosin	4. Penyapihan pemberian ASI
14. Tidak mengisap payudara terus menerus	5. Diskontinuitas progresif pemberian ASI
Faktor yang berhubungan	6. Pengetahuan pemberian ASI : tingkat pemahaman
1. Deficit pengetahuan	yang ditunjukan mengenai laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI.
2. Bayi menerima makanan tambahan dengan putting buatan	Ibu : mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera
3. Diskontinuitas pemberian ASI	Ibu tidak mengalami nyeri tekan pada
4. Ambivalen ibu	puting Mengenali
5. Ansietas ibu	tanda-tanda
6. Anomaly payudara ibu	penurunan suplai ASI
7. Keluarga tidak mendukung	
8. Pasangan tidak mendukung	
9. Reflek menghisap buruk	
10. Prematuritas	
11. Pembedahan payudara sebelumnya	
12. Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya	

5. Gangguan eliminasi urine

Tabel 2.5 Tabel Rencana Keperawatan Gangguan eliminasi urin(Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC, 2015)

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan eliminasi urine Definisi : disfungsi pada eliminasi urine Batasan karakteristik : 1. Disuria 2. Sering berkemih 3. Anyang-anyangan 4. Inkontinensia 5. Nokturia 6. Retensi 7. Dorongan Faktor yang berhubungan 1. Obstruksi anatomic 2. Penyebab multiple 3. Gangguan sensorik motorik 4. Infeksi saluran kemih	NOC 1. <i>Urinary elimination</i> 2. <i>Urinary continence</i> Kriteria Hasil : 1. Kandung kemih kosong secara penuh 2. Tidak ada residu urine > 100-200cc 3. Intake cairan dalam rentang normal 4. Bebas dari ISK 5. Tidak ada spasme bladder 6. Balance cairan seimbang	NIC 1. Memantau asupan dan keluaran 2. Membantu dengan toilet secara berkala 3. Anjurkan pasien/keluarga untuk merekam output urine	1. Untuk menentukan tingkat hidrasi 2. Untuk melatih kandung kemih, berkemih yang dijadwalkan. 3. Untuk mengetahui jumlah ouput urine

6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

Tabel 2.6 Tabel Rencana Keperawatan Pada Gangguan Pola Tidur (*Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC, 2015*)

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan pola tidur Definisi : gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal Batasan karakteristik : 1. Perubahan pola tidur normal 2. Penurunan kemampuan berfungsi 3. Ketidakpuasan	NOC 1. <i>Anxiety reduction</i> 2. <i>Comfort level</i> 3. <i>Pain level</i> 4. <i>Rest : extent and pattern</i> 5. <i>Sleep : extent and pattern</i> Kriteria Hasil : 1. Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari 2. Pola tidur, kualitas dalam batas normal	NIC 1. Ciptakan lingkungan yang nyaman 2. Kolaborasi pemberian obat 3. Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari	1. Untuk memberikan kesiapan untuk tidur dan meningkatkan durasi dan kualitas tidur 2. Untuk membantu tidur 3. Untuk memastikan intensitas dan

tidur	3. Perasaan segar dan jam	4. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien	durasi masalah
4. Menyatakan sering terjaga	sesudah tidur atau istirahat	4. Untuk mengetahui masalah tidur pasien	
5. Menyatakan tidak mengalami kesulitan tidur	4. Mampu mengidentifikasi n hal-hal yang meningkatkan tidur		
6. Menyatakan tidak merasa cukup istirahat			
Faktor yang berhubungan :			
1. Kelembaban lingkungan sekitar			
2. Suhu lingkungan sekitar			
3. Tanggung jawab member asuhan			
4. Perubahan pejanan terhadap cahaya gelap			
5. Gangguan (mis, untuk tujuan terapeutik, pemantauan, pemeriksaan labolatorium)			
6. Kurang kontrol tidur			
7. Kurang privasi, pencahayaan			
8. Bising, bau gas			
9. Restrain fisik, teman tidur			
10. Tidak familier dengan prabot tidur			

7. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko : episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan

Tabel 12.7 Tabel Rencana Keperawatan Pada Resiko Infeksi(Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC, 2015)

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko infeksi	NOC	NIC	
Definisi :	<i>Immune Status</i>	1. cuci tangan sebelum dan sesudah aktivitas	1. pertahanan pertama ini terhadap infeksi terkait layanan
Mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik	<i>Knowledge : infection control Risk control</i>		
Faktor-faktor resiko :	Kriteria Hasil : Klien bebas dari tanda		

1. Penyakit kronis:	dan gejala infeksi		kesehatan
1) Diabetes melitus	Mendeskripsikan proses penularan penyakit faktor yang mempengaruhi	2. inspeksi kondisi luka/ insisi bedah	2. kemerahan, hangat, pembengkakan, nyeri, lapisan merah merupakan tanda perkembangan infeksi setempat yang dapat memiliki implikasi sistemik jika terapi terlambat
2) Obesitas	penularan serta penatalaksanaanya,		
2. Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemanjangan patogen	1. menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi	3. jumlah leukosit dalam batas normal	
3. Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat	2. menunjukkan perilaku hidup sehat	3. menunjukkan infeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase	3. untuk mengetahui tanda-tanda adanya infeksi
1) Gangguan peritalsis			
2) Kerusakan integritas kulit (pemasangan kateter intravena, prosedur invasif)			
3) Perubahan sekresi pH			
4) Penurunan kerja siliaris			
5) Pecah ketuban dini			
6) Pecah ketuban lama			
7) Merokok			
8) Stasis cairan tubuh			
9) Trauma jaringan (trauma destruksi jaringan)			
4. Ketidak adekuatan pertahanan sekunder			
1) Penurunan hemoglobin		4. ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi	4. untuk memberi pengetahuan tentang tanda-tanda adanya infeksi
2) Imunosekresi			
5. Vaksinasi tidak adekuat		5. laporan kecurigaan infeksi	5. untuk dilakukan tindakan terhadap luka
6. Pemajaman terhadap patogen		6. Ajarkan cara menghindari infeksi salah satunya dengan cara mencuci tangan dengan tepat	6. Mengajarkan teknik mencuci tangan yang baik dan benar dapat menghindari resiko terjadinya infeksi
7. Lingkungan meningkat			
1) Wabah		7. Berikan terapi antibiotik	7. Sebagai proteksi terhadap infeksi
8. Prosedur invasif			
9. Malnutrisi		8. Instrusikan klien untuk meminum antibiotik sesuai resep	8. Untuk membantu menghindari resiko infeksi

8. Defisit perawatan diri : mandi, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan post partum

Tabel 2.8 Tabel Rencana Keperawatan Pada Defisit Perawatan Diri(*Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC, 2015*)

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Defisit perawatan diri mandi</p> <p>Definisi : hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi/ aktivitas perawatan diri untuk diri sendiri</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Ketidak mampuan untuk mengakses kamar mandi 2. Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi 3. Ketidakmampuan menjangkau sumber air 4. Ketidakmampuan mengatur air mandi 5. Ketidakmampuan membasuh tubuh <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Gangguan kognitif 2. Penurunan motivasi 3. Kendala lingkungan 4. Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh 5. Ketidakmampuan merasakan hubungan spesial 6. Gangguan musculoskeletal 7. Gangguan neuromuscular 	<p>NOC</p> <p>1. <i>Activity Intolerance</i> 2. <i>Mobility : physical impaired</i> 3. <i>Self Care Deficit Hygiene</i> 4. <i>Sensory perception, auditory disturbed</i></p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Perawatan diri mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu 2. Mengucapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh 	<p>NIC</p> <p>1. Pertimbangkan budaya pasien ketika meningkatkan aktivitas perawatan diri</p> <p>2. Pertimbangkan usia pasien ketika meningkatkan aktivitas perawatan diri</p> <p>3. Monitor kemampuan perawatan diri secara mandiri</p> <p>4. Monitor kebutuhan pasien terhadap alat-alat kebersihan, alat untuk berpakaian, berdandan, makan dan eliminasi</p> <p>5. Berikan peralatan kebersihan pribadi (misalnya sabun mandi, sikat gigi, diodorant dll)</p> <p>6. Berikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri</p> <p>7. Bantu pasien menerima kebutuhan (pasien) terkait dengan kondisi ketergantungannya</p> <p>8. Lakukan</p>	<p>1. Karena budaya mempengaruhi perawatan diri klien</p> <p>2. Untuk mengetahui aktivitas mana yang sesuai dengan klien</p> <p>3. Untuk mengetahui aktivitas apa yang klien mampu</p> <p>4. Memenuhi kebutuhan perawatan diri klien</p> <p>5. Menjadi pendukung klien untuk melakukan perawatan diri</p> <p>6. Membantu kebutuhan perawatan diri klien</p> <p>7. Memenuhi kebutuhan perawatan diri klien</p> <p>8. Untuk</p>

8. Nyeri	pengulangan yang konsisten terhadap rutinitas kesehatan tang dimaksudkan untuk membangun perawatan diri	membiasakan klien melakukan perawatan diri
9. Gangguan persepsi		
10. Ansietas berat		
	9. Dorong pasien untuk melakukan aktivitas normal sehari-hari sampai batas kemampuan pasien	9. Membantu klien membiasakan terhadap aktivitas klien
	10. Dorong kemampuan pasien, namun bantu pasien ketika pasien tidak mampu melakukannya	10. Membantu klien dalam aktivitasnya
	11. Ajarkan keluarga untuk mendukung kemandirian pasien dengan cara keluarga hanya membantu pasien jika pasien tak mampu melakukannya	
	12. Ciptakan rutinitas perawatan diri	

9. Konstipasi

Tabel 2.9 Tabel Rencana Keperawatan Pada Konstipasi(*Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC, 2015*)

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria	Intervensi	Rasional
Hasil			
Konstipasi	NOC	NIC	
Definisi : penurunan pada frekuensi normal defekasi yang disertai oleh kesulitan atau pengeluaran tidak lengkap feses/ pengeluaran feses yang kering, keras, dan banyak Batasan karakteristik :	1. bowel elimination 2. hydration kriteria Hasil : 1. mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari 2. bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi 3. mengidentifikasi indikator untuk mencegah	1. anjurkan pasien/ keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja 2. monitor tanda dan gejala konstipasi 3. observasi feses : feses lunak dan konsistensi,	1. memberikan dasar untuk perbandingan , yang meningkatkan pengenalan terhadap perubahan 2. untuk mengetahui tanda-tanda terjadinya konstipasi 3. memberikan dasar untuk
1. Nyeri abdomen 2. Nyeri tekan			

	abdomen dengan teraba resistensi otot	berbentuk	frekuensi, volume	dan	perbandingan , yang meningkatkan pengenalan terhadap perubahan
3.	Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resistensi otot		4. diskusikan kebiasaan defekasi yang normal	4.	membantu mengidentifikasi persepsi klien terhadap masalah
4.	Anoraksia		5. kolaborasi pemberian laksatif	5.	untuk membantu melancarkan defekasi
5.	Penampilan tidak has pada lansia (perubahan pada status mental, inkontinensia urinarius, jatuh yang tidak penyebabnya, peningkatan suhu tubuh)				
6.	Darah merah pada feses				
7.	Perubahan pada pola defekasi				
8.	Penurunan frekuensi				
9.	Penurunan volume feses				
10.	Distensi abdomen				
11.	Rasa rektal penuh				
12.	Rasa tekanan rektal				
13.	Keletihan umum				
14.	Feses keras dan berbentuk				
15.	Sakit kepala				
16.	Bising usus hiperaktif				
17.	Bising usus hipoaktif				
18.	Peningkatan tekanan abdomen				
19.	Tidak dapat makan, mual				
20.	Rembesan feses cair				
21.	Nyeri saat defekasi				
22.	Massa abdomen yang dapat diraba				
23.	Perkusi abdomen pekak				
24.	Sering flatus				
25.	Mengejan pada saat defekasi				

26. Tidak dapat mengeluarkan feses

27. Muntah

10. Resiko syok (hipovolemik)

Tabel 2.10 Tabel Rencana Keperawatan Pada Resiko Syok (Hipovolemik)(Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC, 2015)

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko syok (hipovolemik) Definisi : beresiko terhadap ketidakcukupan aliran darah kejaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa Faktor resiko : 1. Hipotensi 2. Hipovolemi 3. Hipoksemia 4. Hipoksia 5. Infeksi 6. Sepsis 7. Sindrom Hidrasi	NOC 1. <i>Syok prevention</i> 2. <i>Syok management</i> Kriteria Hasil : 1. Nadi dalam batas yang diharapkan 2. Irama jantung dalam batas yang diharapkan 3. Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan 4. Irama pernafasan dalam batas yang diharapkan 5. Natrium serum dalam batas normal 6. Kalium serum dalam batas normal 7. Klorida serum dalam batas normal 8. Kalsium serum dalam batas normal 9. Magnesium serum dalam batas normal 10. PH darah serum dalam batas normal 1. Indikator : 1) Mata cekung tidak ditemukan 2) Demam tidak ditemukan 3) TD dalam batas normal 4) Hematokrit dalam batas normal	NIC 1. Berikan cairal IV atau oral yang tepat 2. Observasi tanda-tanda vital, earna kulit, suhu kulit 3. Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok 4. Monitor input dan output	1. Untuk mempertahankan volume sirkulasi dan mencegah kondisi syok yang berhubungan dengan dehidrasi dan hipovolemia 2. Untuk perubahan yang berkaitan dengan kondisi syok seperti kuku jari kebiruan, kulit dingin, perubahan disebabkan gangguan sirkulasi sistemik dan hipoperpsi 3. Untuk memberi pengetahuan tentang tanda dan gejala syok 4. Untuk mengetahui jumlah intake dan output

11. Resiko perdarahan

Tabel 2.11 Tabel Rencana Keperawatan Pada Resiko Perdarahan(*Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC, 2015*)

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Resiko perdarahan Definisi : beresiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan</p> <p>Faktor resiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aneurisme 2. Sirkumsisi 3. Defisiensi pengetahuan 4. Koagulopati intravaskuler diseminata 5. Riwayat jatuh 6. Gangguan gastrointestinal (penyakit ulkus lambung, polip, varises) 7. Gangguang fungsi hati (sirosis, hepatitis) 8. Koagulopati inheren (trombositopenia) 9. Komplikasi pascapartum (atonia uteri, retensio plasenta) 10. Komplikasi terkait kehamilan (plasenta previa, kehamilan mola, solusio plasenta) 11. Trauma 12. Efek samping terkait terapi (pembedahan, pemberian obat, 	<p>NOC</p> <p>1. <i>Blood lose severity</i> 2. <i>Blood koagulation</i></p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada hematuria dan hematemesis 2. Kehilangan darah yang terlihat 3. Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastole 4. Tidak ada perdarahan pervagina 5. Tidak ada distensi abdominal 6. Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal 7. Plasma, PT, PTT dalam batas normal 	<p>NIC</p> <p>1. Observasi TVV 2. Observasi LAB</p> <p>3. Monitor tanda-tanda perdarahan ketat</p> <p>4. Identifikasi penyebab perdarahan</p> <p>5. Monitor cairan yang meliputi intake dan output</p> <p>1. Untuk menentukan apakah ada defisit cairan intravaskular 2. Untuk mengevaluasi resiko perdarahan 3. Untuk mengetahui tanda adanya perdarahan 4. Untuk mengetahui penyebab terjadinya perdarahan 5. Untuk mengetahui terjadinya syok hipovolemik</p>	

pemberian
produk
darahdefisiensi
trombosit,
kemoterapi)

12. Defisiensi pengetahuan : perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum

Tabel 2.12 Tabel Rencana Keperawatan Pada Defisiensi Pengetahuan(*Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC, 2015*)

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Defisiensi pengetahuan : perawatan post partum</p> <p>Definisi : ketidaaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Perilaku hiperbola 2. Ketidakakuratan mengikuti perintah 3. Ketidakakuratan mengikuti tes 4. Perilaku tidak tepat (histeria, bermusuhan, agitasi, apatis) 5. Pengungkapan masalah <p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Keterbatasan kognitif 2. Salah intrepetasi informasi 3. Kurang pajanan 4. Kurang minat dalam belajar 5. Kurang dapat mengingat 6. Tidak familiar dengan sumber informasi 	<p>NOC</p> <p>1. <i>Knowlwdge disease proces</i> : 2. <i>Knowledge health behavior</i></p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, dan program pengobatan 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar 3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang perawat/ tim kesehatan lainnya 	<p>NIC</p> <p>1. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat</p> <p>2. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat</p> <p>3. Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat</p> <p>4. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat</p>	<p>1. Memberi pengetahuan tentang gejala dari penyakit</p> <p>2. Mencari penyebab penyakit</p> <p>3. Memberi pengetahuan terhadap penyakit</p> <p>4. Memberi informasi terhadap keadaan pasien</p>

2.5 Konsep Nyeri

2.5.1 Definisi Nyeri

Nyeri merupakan terjadinya kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan sehingga menimbulkan pengalaman sensori dan emosional atau perasaan yang tidak nyaman (Loe & Silness, 2013)

2.5.2 Fisiologi Nyeri

Reseptor dan rangsangan sangat berkaitan erat dengan munculnya nyeri. Reseptor yang dimaksud yaitu nosiseptor, nosiseptor memiliki sedikit mielin, mielin tersebut tersebar pada kulit, dan mukosa khususnya pada persendian, visera, kantong empedu, hati dan dinding arteri. Nosiseptor merupakan ujung-ujung saraf yang bebas. Stimulasi atau rangsangan berpengaruh terhadap adanya respon pada reseptor nyeri. Stimulasi tersebut yaitu berupa kimiawi, mekanis, listrik dan termal. Histamin, bradikinin, prostaglandin dan macam-macam asam seperti pada gastritis yaitu asam lambung yang meningkat atau stimulasi yang dilepas jika adanya kerusakan pada jaringan merupakan stimulasi oleh zat kimiawi. Selanjutnya reseptor menerima stimulasi yang ditransmisikan berupa implus-implus nyeri ke sumsum tulang belakang oleh dua jenis serabut yaitu serabut yang bermielin rapat atau serabut A (delta) dan serabut C serabut lamban. Implus-implus yang ditransmisikan oleh serabut delta A memiliki sifat inhibitor yang ditransmisikan ke serabut C. Akar dorsal serta sinaps dorsal hom merupakan jalan untuk serabut-serabut

aferen masuk ke spinal. Dorsal hom memiliki beberapa lapisan atau lamina yang saling bertautan. Diantara lapisan dua dan tiga membentuk *substantia gelatinosa* yang merupakan saluran utama implus. Lalu implus nyeri menyebrangi sumsum tulang belakang pada interneuron dan bersambung ke jalur spinal ascendens yang paling utama yaitu jalur *spinothalamus* atau jalur *spinothalamic tract* (STT) dan *spinoreticular tract* (SRT) yang membawa informasi terjadinya nyeri dari proses transmisi, yaitu jalur *nonopiate* dan jalur *opiate*. Jalur *nonopiate* yaitu jalur desenden yang tidak memberikan respons terhadap naloxone yang tidak banyak diketahui mekanismenya. Sedangkan jalur *opiate* yaitu yang terdiri atas jalur spinal descendens dari thalamus yang ditandai oleh pertemuan reseptor pada otak, yang melalui otak tengah dan medula, ke tanduk dorsal sumsum tulang belakang yang berkonduksi bersama nosiseptor implus supresif. Sistem supresif lebih mengaktifkan stimulasi nosiseptor yang ditransmisikan oleh serabut A (Musrifatul & Alimul , 2015)

2.5.3 Klasifikasi Nyeri

Secara umum nyeri terbagi menjadi 2, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis.

1. Nyeri akut adalah nyeri yang timbul atau yang dirasakan secara mendadak dan dapat menghilang secara cepat. Dan untuk lamanya nyeri akut ini memiliki waktu tidak lebih dari 6 bulan, dengan ditandai adanya peningkatan ketegangan pada otot.
2. Nyeri kronis adalah nyeri yang berlangsung lama dan lebih dari 6 bulan.

Nyeri kronis ini merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan.

Terdapat 3 kategori yang termasuk dalam nyeri kronis, diantaranya sindrom nyeri kronis, nyeri terminal dan nyeri psikosomatis (Musrifatul & Alimul , 2015)

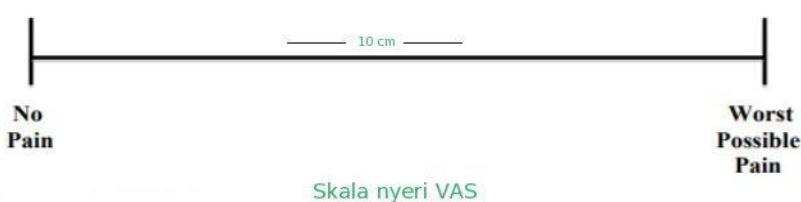
2.5.4 Pengukuran Intensitas Nyeri

Menurut McLafferty & Farley (2008) terdapat beberapa alat ukur nyeri (McLafferty & Farley, 2008)

Berikut ini ada beberapa cara untuk mengukur nyeri, diantaranya :

1. VAS atau *Visual Analog Scale*

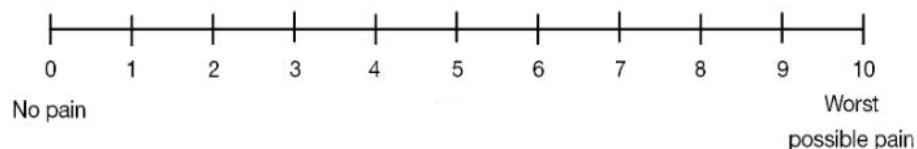
Metode pengukuran skala nyeri ini menilai nyeri dengan skala kontinu yang berupa garis vertikal atau horizontal, dengan panjangnya 10cm (100mm), skor 0 menunjukan tidak nyeri dan skor 100 menunjukan nyeri hebat. Biasanya tanda pada ujung garis ini bisa berupa pernyataan deskriptif atau angka. Cara pengukuran dengan metode ini yaitu pasien diminta memberikan tanda pada garis yang sudah disediakan, lalu diukur menggunakan penggaris, setelah itu dilihat dimana skala nyeri yang dirasakan pasien. Metode ini tidak bisa digunakan oleh pasien dengan pasien penurunan kesadaran, gangguan kognitif dan demensia (Hawker, 2011) (Evan, 2010) (Powell, 2010)



Gambar 2.2 Gambar Skala Nyeri *Visual Analog Scale* (Evan, 2010)

2. *Numeric Pain Rating Scale*

Metode pengukuran nyeri ini berupa garis lurus yang berbentuk horizontal dengan panjang 10cm, pada pengukuran skala nyeri ini pasien diminta untuk memberikan tanda pada angka yang ada pada gambar yang telah disediakan lalu memberikan titik pada angka dimana nyeri yang dirasakan. Setelah itu untuk mengetahui nyeri yang dirasakan tinggal melihat tanda yang pasien berikan, dan untuk nilainya, skor 0 menunjukkan tidak nyeri dan skor 10 menunjukkan nyeri hebat (Hawker, 2011) (Evan, 2010) (Powell, 2010)



Gambar 2.3 Gambar Skala Nyeri *Numeric Rating Scale* (Evan, 2010)

3. *Verbal Rating Scale*

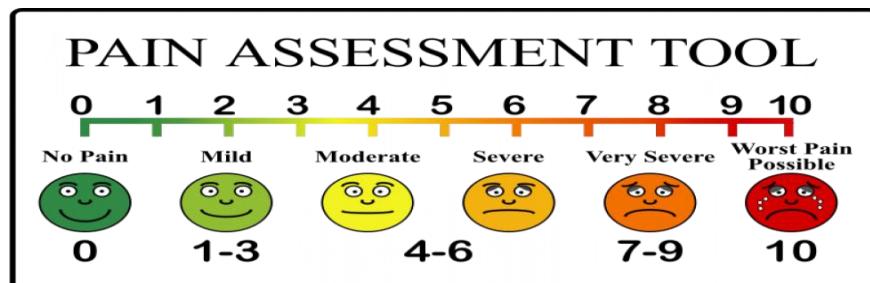
Metode ini merupakan metode pengukur skala nyeri yang bukan berupa angka atau garis untuk menggambarkan nyeri, yaitu merupakan skala verbal yang menggunakan kata-kata. Skala yang digunakan berupa tidak nyeri, nyeri ringan, nyeri sedang, dan nyeri hebat. Dan hilang atau redanya nyeri dapat dinyatakan dengan tidak hilang sama sekali, sedikit berkurang, cukup berkurang, dan nyeri benar-benar hilang. Namun skala nyeri ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri karena skala ini memberikan keterbatasan pada pilihan kata pasien (Hawker, 2011) (Evan, 2010) (Powell, 2010)

None	Mild	Moderate	Severe
------	------	----------	--------

Gambar 2.4 ambar Skala Nyeri *Verbal Rating Scale* (Evan, 2010)

4. *Faces Pain Rating Scale*

Metode pengukuran skala nyeri ini berupa 6 gambar wajah yang memiliki ekspresi wajah yang berbeda-beda yang menggambarkan berbagai emosi, metode ini dapat berguna pada pasien yang memiliki gangguan kognitif ringan sampai sedang, juga metode ini dapat digunakan pada anak-anak (Hawker, 2011) (Evan, 2010) (Powell, 2010)



Gambar 2.5 Gambar Skala Nyeri *Faces Pain Rating Scale* (Evan, 2010)

2.5.5 Teknik Menggenggam Jari

a. Definisi

Teknik menggenggam jari adalah cara mudah untuk mengembangkan kecerdasan emosional dan mengelola emosi yaitu dengan cara teknik genggam jari ini. Terdapat meridian energi atau saluran yang terhubung dengan berbagai organ dan emosi, disepanjang jari – jari tangan kita. Menarik nafas dalam sambil menggenggam jari dapat menyembuhkan dan mengurangi emosi dan ketegangan fisik, karena genggaman jari akan menghangatkan titik-titik tempat keluar dan masuknya energi pada meridian yang terletak pada jari tangan. (Liana, 2013)

b. Patofisiologi

Titik-titik refleksi pada tangan memberikan rangsangan secara refleks (spontan) pada saat genggaman. Rangsangan tersebut akan mengalirkan semacam gelombang kejut atau listrik menuju otak. Gelombang tersebut diterima otak dan diproses dengan cepat diteruskan menuju saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga sumbatan di jalur energi menjadi lancar. Teknik relaksasi genggam jari membantu tubuh, pikiran dan jiwa untuk mencapai relaksasi. Dalam keadaan relaksasi secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon endorfin, hormon ini merupakan analgesik alami dari tubuh sehingga nyeri akan berkurang (Evrianasar, Yosaria, & Ermasari, 2019)

c. Cara

Teknik ini merupakan teknik penggabungan antara relaksasi nafas dalam dan menggenggam jari yang di mulai dari ibu jari sampai ke lima jari dengan memiliki waktu 3 menit setiap jari tangan. Kemudian klien diminta untuk menarik nafas dalam dan menghembuskannya secara teratur bersamaan dengan melepaskan genggaman pada jari sambil membuang atau melepaskan semua perasaan-perasaan negatif dan masalah-masalah yang mengganggu pikiran klien. Teknik relaksasi genggam jari ini bisa dilakukan 3 kali dalam sehari dengan setiap 1 jari memiliki waktu 3 menit jadi 15 menit dalam 1 kali teknik, atau bahkan teknik ini juga bisa dilakukan jika sedang merasakan nyeri (Haniyah , Setyawati, & Sholikhah , 2017)