

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Definisi PostPartum

Menurut Departemen Kesehatan RI dalam Padila (2014), Postpartum atau masa postpartum adalah masa sesudahnya persalinan terhitung dari saat selesai persalinan sampai pulihnya kembali alat kandungan ke keadaan sebelum hamil dan lamanya masa *post partum* kurang lebih 6 minggu (Padila, 2014).

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologis, pada proses persalinan terjadi pengeluaran bayi, plasenta, dan membrane dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (Eriyani *et al.*, 2018).

Wanita yang akan menghadapi persalinan pasti menginginkan persalinannya berjalan lancar dan dapat melahirkan bayi yang sempurna. Namun, tidak jarang proses persalinan mengalami hambatan dan harus dilakukan dengan tindakan pembedahan (*sectio caesarea*), baik karena

pertimbangan untuk menyelamatkan ibu dan janinnya ataupun keinginan pribadi pasien. *Sectio caesarea* merupakan suatu tindakan untuk melahirkan bayi melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh (Eriyani *et al.*, 2018).

Sectio caesarea melibatkan tindakan invasif dan penggunaan obat-obatan atau anestesi. Indikasi tindakan *Sectio caesarea* terdiri dari indikasi pada ibu dan janin. Indikasi pada ibu diantaranya yaitu: dystosia, fetal distress, komplikasi pre-eklamsi, masalah plasenta seperti solusio plasenta dan plasenta previa, bayi besar. Sedangkan indikasi pada janin meliputi: gawat janin, prolapsus funikuli, kehamilan kembar, kehamilan dengan kelainan kongenital dan anomali Janin misalnya hidrosefalus (Hartati and A. Maryunani, 2015).

2.1.2 Adaptasi Fisiologi Dan Adaptasi Psikologi

A. Adaptasi Fisiologi

Adaptasi fisiologi adalah proses pemulihan organ reproduksi masa nifas (involusi) juga merupakan hal yang sangat penting bagi ibu setelah melahirkan karena proses ini sebagai landasan bagi petugas kesehatan (dokter, perawat, bidan) sebagai pemantauan proses fisiologi kembalinya uterus seperti pada saat sebelum hamil. Dalam periode sekarang ini asuhan keperawatan masa nifas

sangat perlu dilakukan. Asuhan keperawatan merupakan bentuk kegiatan essensial dari pelayanan keperawatan yang berisi tentang kegiatan praktek keperawatan (Kozier, 2010).

1. Perubahan fisiologis pada masa nifas menurut (Siti *et al.*, 2013).

a. Uterus

involusi atau pengerutan uterus adalah suatu proses dimana yang dapat menyebabkan uterus kembali dengan posisi semula sama seperti sebelum hamil dengan bobot hanya 60 gr. Involusi uteri melibatkan reorganisasi penanggalan decidua atau endometrium dan pengelupasan lapisan pada tempat implantasi plasenta sebagai tanda penurunan ukuran dan berat serta perubahan tempat uterus, warna dan jumlah lochea. Proses involusi uteri sebagai berikut:

- a) Autolysis, adalah proses penghancuran diri sendiri yang terjadi didalam otot uterin. Enzyme proteolitik akan memendekan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula selama hamil atau dapat juga dikatakan sebagai pengrusakan secara langsung jaringan hipertropi yang berlebihan hal ini disebabkan karena penurunan kadar hormone estrogen dan progesteron.

- b) Terdapat polymorph phagolitik dan macrophages didalam sistem kardiovaskuler dan sistem limfatik
- c) Efek oksitoksin (cara acara bekerjanya oksitoksin), penyebab kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan mengompres pembuluh darah yang menyebabkan kurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

b. Lochea

Dalam pengeluaran lochea ini biasanya berakhir dalam waktu 3 sampai 6 minggu. Lochea adalah eksresi cairan Rahim selama masa nifas. Lochea berasal dari pengelupasan desidua. Lochea juga mempunyai reaksi basa atau alkalis yang dapat membuat mikroorganisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada wanita normal. Lochea mempunyai bau amis (anyir), meskipun tidak terlalu menyengat, dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Volume total lochea bervariasi pada setiap wanita tapi diperkirakan berjumlah 500ml (240-270ml). selama respons terhadap isapan bayi dapat menyebabkan uterus berkontraksi sehingga semakin banyak lochea yang terobservasi.

Lochea berwarna merah yang persisten 10 hari, keluarnya bekuan darah, atau bau lochea yang tajam merupakan tanda-tanda patologis, yang menunjukkan tertahannya produk konsepsi atau adanya infeksi juga dapat mempredisposisi terjadinya perdarahan pasca partum sekunder, yang didefinisikan sebagai perdarahan berlebih dari saluran genitalia yang terjadi selama lebih dari 24 jam, tetapi masih dalam minggu keenam, setelah melahirkan. Penemuan penemuan ini menunjukkan perlunya rujuk ke dokter dan penanganan segera. Ada pun macam-macam lochea:

- a) Lochea rubra (cruenta), berwarna merah tua, berisi darah dari perobekan atau luka pada plasenta dan sisa-sisa selaput ketuban. Sel-sel desidua dan korion, verniks kaseosa, lanugo, sisa darah dan mekonium, selama 3 hari postpartum.
- b) Lochea sanguinolenta, berwarna kecoklatan berisi darah dan lendir, dihari 4 sampai 7 postpartum.
- c) Lochea serosa, berwarna kuning, berisi cairan lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta, pa da hari ke 7 sampai 14 hari postpartum.

- d) Lochea alba, cairan putih berisi leukosit, berisi selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati setelah 2 minggu sampai dengan 6 minggu post partum.
- e) Lochea purulenta, terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- f) Lochea stasis, lochea tidak lancar keluarnya atau tertahan.

f. Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Perubahan-perubahan ini didapatkan pada serviks postpartum dengan bentuk serviks yang akan membuka seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri membentuk semacam cincin. Warna serviks sendiri merah kehitaman karena penuh pembuluh darah. Dari beberapa hari setelah persalinan, ostium externum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggir-pinggirnya tidak rata tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan. Namun pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh 1 jari saja dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari canalis cervicalis. Pada serviks berbentuk sel-sel otot baru yang mengakibatkan serviks memanjang seperti celah. Oleh

karenanya hyper palpasi ini dan karena adanya retraksi dalam serviks juga, robekan serviks menjadi sembuh, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup. Walaupun begitu, setelah involusi uteri selesai, ostium externum tidak serupa atau sama dengan keadaannya sebelum hamil, pada umumnya ostium eksternum lebih besar dan tetap ada retak-retak dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya. Oleh robekan ke samping ini terbentuk bibir depan dan bibir belakang pada serviks.

g. Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi dan dalam beberapa hari pertama sesudah dalam proses tersebut, kedua organ ini akan tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina akan kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.

Ukuran vagina akan lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian.

h. Perineum

sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Segera saat setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena Pada post natal hari ke 5 , perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan. Tipe penurunan tonus otot dan motilitas traktus intestinal berlangsung hanya beberapa waktu setelah persalinan. Penggunaan analgetik dan anestesi pun yang berlebihan akan dapat memperlambat pemulihan kontraksi dan motilitas otot.

i. Payudara

Laktasi dapat diartikan sebagai pembentukan dan pengeluaran air susu ibu (ASI), yang merupakan makanan pokok bagi bayi yang alamiah. Dan bagi setia ibu yang melahirkan akan tersedia makanan untuk bayinya dan bagi si anak akan terasa puas dalam pelukan ibunya, merasa aman, tentram, hangat akan kasih sayang ibunya. Hal ini merupakan faktor yang paling penting bagi perkembangan anak selanjutnya. Produksi asi sendiri masih berpengaruh oleh faktor kejiwaan, ibu yang selalu dalam kedaan tertekan, sedih, kurang percaya diri, dan berbagai ketegangan emosional akan mengakibatkan penurunan dalam volume asi bahkan tidak akan terjadi produksi asi. Ibu yang sedang menyusui juga jangan terlalu banyak dibebani urusan pekerjaan rumah tangga, urusan

kantor dan lainnya , karena hal ini juga dapat mempengaruhi produksi asi untuk memproduksi asi yang baik harus dalam keadaan tenang.

c. Sistem Pencernaan

1) Nafsu Makan

Ibu biasanya akan merasa lapar saat setelah melahirkan, sehingga dapat mengkonsumsi makanan ringan. Ibu sering sekali merasa cepat lapar setelah melahirkan dan siap makan pada 1 sampai 2 jam postprimordial dan dapat ditoleransi dengan diet yang ringan. Setelah benar-bener pulih dari efek analgesia dan kelelahan, kebanyakan ibu merasa sangat lapar . permintaan untuk memperoleh makanan dua kali dari jumlah yang biasa dikonsumsi disertai mengkonsumsi cemilan yang sering ditemukan. Sering kali untuk pemulihan nafsu makan, diperlukan waktu 3 sampai 4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema.

a. Motilitas

Secara khas penurunan tonus dan motilitas traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir.

Kelebihan analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

b. Pengosongan Usus.

Buang air besar secara spontan kemungkinan akan tertahan selama dua sampai tiga hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini bisa disebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada awal masa pasca partum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan atau dehidrasi. Ibu sering kali sudah menduga nyeri saat defekasi karena nyeri yang dirasakannya diperineum akibat episiotomy , laserasi atau hemoroid. Kebiasaan buang air yang teratur harus dicapai kembali setelah tonus usus kembali normal. Kebiasaan mengosongkan usus secara regular perlu dilatih kembali untuk merangsang pengosongan usus. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu yang berangsur-angsur untuk kembali normal. Pola makan ibu nifas tidak akan seperti biasa dalam beberapa hari dan perineum ibu akan terasa sakit saat ibu defekasi. Faktor-faktor tersebut mendukung konstipasi pada ibu nifas dalam minggu pertama. Akan kekhawatirannya lukanya terbuka bila ibu buang air besar. Diet postpartum harus mendapatkan nutrisi seimbang dan cukup makanan

bergizi untuk mensuplai tambahan kalori dan nutrisi yang diperlukan selama masa laktasi. Jika nutrisi ini dipenuhi maka ibu akan cepat pulih, kuantitas dan kualitas asi akan lebih baik dan juga lebih dapat mencegah infeksi.

d. Sistem Perkemihan

Pada masa hamil, terjadi perubahan hormonal yaitu dimana kadar steroid tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12 sampai 16 jam sesudah melahirkan.

e. Sistem Muskuloskeletal.

Adaptasi pada sistem musculoskeletal ibu yang sering terjadi selama masa hamil berlangsung secara terbalik pada masa partum. Adaptasi ini mencakup hal-hal yang membantu relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat gravitasi ibu akibat pembesaran Rahim. Stabilisasi sendi lengkap pada minggu ke 6 sampai ke 8 setelah wanita melahirkan. Akan tetapi, walaupun semua sendi lain kembali normal seperti sebelum hamil, kaki wanita tidak akan mengalami perubahan setelah melahirkan.

f. Sistem Kardiovaskular

Selama kehamilan volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh plasenta dan

pembuluh darah uterin. Dalam penarikan ekstrogen juga dapat menyebabkan terjadinya diuresis dan secara cepat mengurangi volume plasenta kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2 sampai 4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini ibu akan mengeluarkan dengan jumlah banyak urine. Hilangnya progesterone dapat membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma selama persalinan.

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400cc. bila kelahiran melalui *Sectio Caesarea*, maka kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah (*blood volume*) dan hematokrit (*haemacocentration*). Bila persalinan pervaginam, hematokrit akan naik dan pada section caesarea, hematokrit cenderung stabil dan kembali normal setelah 4 sampai 6 minggu. Setelah persalinan shunt akan hilang dengan tiba-tiba ibu relative akan bertambah, keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung semakin bertambah sehingga dapat menimbulkan *decompensation cordia* pada *vitum cordia*.

a) Volume darah.

Perubahan pada volume darah tergantung pada beberapa variable.

Contohnya kehilangan darah selama persalinan. Mobilisasi dan pengeluaran cairan ekstrasvaskular.

b) *Cardiacouput*

Cardiac output terus meningkat selama kala I dan kala II persalinan. Puncaknya selama masa nifas dengan tidak memerhatikan tipe persalinan dan penggunaan anastesi. *Cardiac output* tetap tinggi dalam beberapa waktu sampai 48 jam postpartum. Ini umumnya mungkin diikuti dengan peningkatan stroke volume akibat dari peningkatan venous return, bradycardia terlihat selama waktu ini. *Cardiac output* akan kembali kesemula seperti sebelum hamil dalam 2 sampai 3 minggu.

- c) Denyut jantung, volume sekuncup dan curah jantung meningkat sepanjang hamil. Segera setelah waktu melahirkan, keadaan ini meningkat bahkan lebih tinggi dalam 30 sampai 60 menit karena darah yang biasanya melintas sirkulasi uteroplasenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum, nah ini meningkat pada jenis semua kelahiran.

g. Sistem Endokrin

Hormon merupakan suatu zat yang dilepaskan kedalam suatu aliran darah dari suatu kelenjar atau organ, yang dapat mempengaruhi kegiatan didalam sel-sel. Dari sebagian hormon merupakan protein yang terdiri dari rantai asam amino dengan panjang yang jelas berbeda-beda. Sisanya merupakan steroid, yaitu zat lemak yang merupakan derivat dari kolesterol. Hormon dalam jumlah yang sangat kecil bisa memicuterhadap respon tubuh yang sangat luas. Hormon terikat kepada reseptor

dipermukaan sel atau didalam sel. Ikatan antara hormone dan reseptor akan mempercepat, memperlambat atau mengubah fungsi sel. Pada akhirnya hormone mengendalikan fungsi dari organ secara keseluruhan.:

- a. Hormon dapat mengendalikan pertumbuhan dan perkembangan, perkembangbiakan dan ciri-ciri seksual.
- b. Hormon memengaruhi cara tubuh dalam menggunakan dan menyimpan energy.
- c. Hormon juga mengendalikan volume cairan dan kadar air dalam darah.

Beberapa hormon dapat memengaruhi 1 atau 2 organ sedangkan hormone yang lainnya memengaruhi seluruh tubuh. Misalnya TSH dihasilkan oleh kelenjar hipofisa dan hanya memengaruhi kelenjar tiroid. Hormone tiroid dihasilkan oleh kelenjarkelenjar tiroid tetapi hormone ini memengaruhi sel-sel diseluruh tubuh. Insulin dihasilkan oleh sel-sel pulau pancreas dan memengaruhi metabolisme gula. Protein dan lemak diseluruh tubuh.

Sistem endokrin terdiri dari sekelompok organ (kadang disebut sebagai kelenjar sekresi internal), yang berfungsi utama yaitu dapat menghasilkan dan melepaskan hormon-hormon secara langsung kedalam aliran darah. Hormon yang berperan sebagai pembawa pesan untuk mengkoordinasikan kegiatan berbagai organ tubuh. Selama kehamilan plasenta juga bertindak sebagai suatu kelenjar endokrin. Hipotalamus melepaskan sejumlah hormon yang merangsang

hipofisa, adapun beberapa diantaranya memicu pelepasan hormon hipofisa dan yang lainnya menekan pelepasan hormon hipofisa. Kelenjar hipofisa juga kadang disebut sebagai kelenjar penguasa karena hipofisa mengkoordinasikan berbagai fungsi dari kelenjar endokrin yang lainnya. Beberapa hormon hipofisa memiliki efek langsung, beberapa lainnya secara sederhana dapat mengendalikan kecepatan pelepasan hormon oleh organ lainnya. Hipofisa mengendalikan kecepatan pelepasan hormonnya sendiri melalui mekanisme umpan balik, dimana kadar hormon endokrin lainnya dalam darah memberikan sinyal kepada hipofisa untuk memperlambat atau mempercepat hormonnya.

h. Perubahan Tanda-tanda Vital

- 1) Suhu Badan, satu hari (24jam) postpartum suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan (dehidrasi) dan kelelahan karena adanya bendungan vaskuler dan limfatik. Apabila keadaan normal suhu badan menjadi biasa. Biasanya pada hari ke tiga suhu badan naik lagi karena adanya pembentuk ASI, payudara akan menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI. Bila suhu tidak turun kemungkinan karena adanya infeksi pada endometrium, mastitis, tractus genitalis, atau sistem lain.
- 2) Nadi, denyut nadi normal pada orang dewasa antara 60-80 kali per menit atau 50-70 kali per menit. Sesudah melahirkan biasanya denyut

nadi akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan akan terkena infeksi atau perdarahan postpartum.

- 3) Tekanan Darah, tekanan darah biasanya meningkat pada persalinan 15mmHg systole dan 10 mmHg diastole. Biasanya setelah bersalin tidak berubah normal, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan adanya preeklampsia pada masa postpartum.
- 4) Pernapasan, dalam keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal maka pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila adanya gangguan khusus pada saluran pernapasan contohnya penyakit asma. Bila pernapasan pada postpartum menjadi cepat maka kemungkinan ada tanda-tanda syok.

i. Sistem Hematology

- 1) Selama minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Hari pertama masa nifas kadar fibrinogen dan plasma semakin menurun, tetapi darah kental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan pembekuan darah. Haematokrit dan haemoglobin pada hari ke 3-7 setelah persalinan. Masa nifas bukan masa penghancuran sel darah merah tetapi tambahan-tambahan akan menghilang secara perlahan sesuai dengan waktu hidup sel darah merah. Pada keadaan yang tidak

ada komplikasi, keadaan haematokrit dan haemoglobin akan kembali normal seperti sebelum hamil dalam 4-5 minggu postpartum.

- 2) Leukosit meningkat, dapat mencapai 15000/mm³ selama persalinan dan tetap tinggi dalam beberapa postpartum. Jumlah sel darah putih yang normal rata-rata pada wanita hamil kira kira 12000/mm³. Selama waktu 9-10 hari setelah persalinan umumnya bernilai antara 20000-25000/mm³, neutropil berjumlah lebih banyak dari sel dara putih , dengan konsekuensi akan berubah. Sel darah putih, bersama dengan peningkatan normal pada kadar sedimen eritrosit, mungkin sulit diinterpretasikan jika terjadi infeksi akut pada rentan waktu ini.
- 3) Faktor pembekuan, suatu aktivasi faktor pembekuan darah terjadi setelah masa persalinan. Aktivasi ini terjadi bersamaan dengan tidak adanya pergerakan, trauma atau sepsis, yang mendorong terjadinya tromboemboli. Keadaan produksi tertinggi dari pemecahan fibrin mungkin akibat pengeluaran plasenta.
- 4) Trombosis, kaki ibu diperiksa setiap hari untuk mengetahui tanda-tanda adanya trombosis (nyeri, hangat, dan lemas, vena bengkak kemerahan yang dirasakan keras atau padat saat disentuh). Jika positif terdapat tanda-tanda homan (dorso fleksi kaki dimana menyebabkan otot-otot mengompresi vena tibia dan adanya nyeri jika ada trombosi). Penting untuk diingat bahwa trombosis vena-vena dalam mungkin tidak terlihat namun tetap menyebabkan rasa nyeri.

- 5) Varises, varises pada kaki dan sekitar anus (haemoroid) adalah umum pada saat masa kehamilan. Varises pada vulva umumnya kurang dan akan segera kembali setelah persalinan.

B. Adaptasi Psikologi

Proses adaptasi psikologi pada seorang ibu sudah di mulai sejak hamil. Kehamilan dan persalinan merupakan peristiwa yang normal terjadi dalam hidup, namun banyak ibu yang mengalami stres yang signifikan. Ada kalanya ibu mengalami perasaan sedih yang berkaitan dengan bayinya, keadaan ini disebut postpartum *blues* atau *baby blues* (Marmi, 2012). Gejala-gejala umum dari ibu yang mengalami post partum *depression* (Bahiyatun, 2015):

- a. Cenderung menarik diri dari kehidupan seksual, acuh, kurangsensitive dan kurang terlibat dalam hubungan dengan bayinya.
- b. Kurang merespon atas tangisan bayinya.
- c. Menyamakan dirinya dengan bayinya dengan cara mengisap jari-jari tangannya.
- d. Melakukan *defensive*
- e. Merasa tidak memiliki kemampuan merawat atau mencegah bayinya.
- f. Rasa sakit masa nifas.
- g. Kelelahan karena kurang tidur selama persalinan.

Adaptasi psikologis pada masa nifas menurut (Siti *et al.*, 2013).

1. Masa *taking in* (Fokus Pada Diri Sendiri)

Masa ini terjadi 1-3 hari setelah persalinan, ibu yang baru akan melahirkan bersikap pasif dan sangat tergantung pada dirinya (trauma), segala energinya difokuskan pada kekhawatiran tentang badannya. Dia akan bercerita tentang persalinannya secara berulang-ulang. Kelelahannya membuat ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung lebih pasif terhadap lingkungannya. Oleh Karena itu, kondisi ini perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik. Pada fase ini perlu diperhatikan pemberian ekstra makanan untuk proses pemulihannya, disamping nafsu makan ibu yang memang sedang meningkat.

2. Masa *taking on* (Fokus Pada Bayi)

Masa ini terjadi 1-3 hari setelah persalinan, ibu menjadi khawatir akan kemampuannya untuk merawat bayi dan menerima tanggung jawabnya sebagai seorang ibu dalam merawat bayi semakin besar. Ibu berupaya untuk menguasai keterampilan dalam merawat bayinya. Selain itu, perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang baik. Oleh karena itu, ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima

berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri.

3. Masa *letting go* (Mengambil Alih Tugas sebagai Ibu Tanpa Bantuan NAKES)

Masa ini terjadi bila ibu sudah pulang dari RS dan melibatkan keluarga. Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu mengambil langsung tanggung jawab dalam merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan tuntutan ketergantungan bayinya dan terhadap interaksi sosial. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini

2.1.3 Pembagian PostPartum

Menurut cara postpartum di bagi menjadi :

- a. *Post partum spontan*, adalah persalinan yang dapat berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.
- b. *Post partum normal*, adalah proses kelahiran janin pada kehamilan cukup bulan (term 37-42 minggu) pada janin letak memanjang. Persentasi belakan kepala yang disusul dengan pengeluaran plasenta dan seluruh proses kelahiran berakhir dalam waktu kurang dari 24 jam tanpa tindakan atau pertolongan buatan dan tanpa komplikasi yang terjadi.

- c. *Post partum anjuran*, adalah persalinan yang terjadi jika kekuatan diperlukan untuk bersalin ditimbulkan dari luar dengan cara rangsangan, yaitu dengan merangsang otot rahim untuk berkontraksi dengan cara menggunakan prostaglandin, oksitosin atau dengan memecahkan ketuban.
- d. *Post partum tindakan*, adalah persalinan dengan tidak berjalan dengan normal secara spontan atau tidak berjalan sendiri, bisa karena terdapat indikasi adanya penyulit sehingga persalinan dilakukan dengan memberikan tindakan menggunakan alat bantu. Persalinan tindakan ini terdiri dari :
 - 1. *Post partum tindakan pervagina*
 Apabila persyaratan pervagina dapat terpenuhi, hal ini meliputi ekstraksi vakum dan fosep untuk bayi yang masih hidup dan embriotomi untuk bayi yang sudah meninggal.
 - 2. *Post partum tindakan perandomen*
 Tindakan tersebut dilakukan apabila persyaratan pervagina tidak dapat terpenuhi, maka dilakukan *Sectio Caesarea*

2.2 Konsep *Sectio Caesarea*

2.2.1 Definisi

Sectio Caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Amru, 2012).

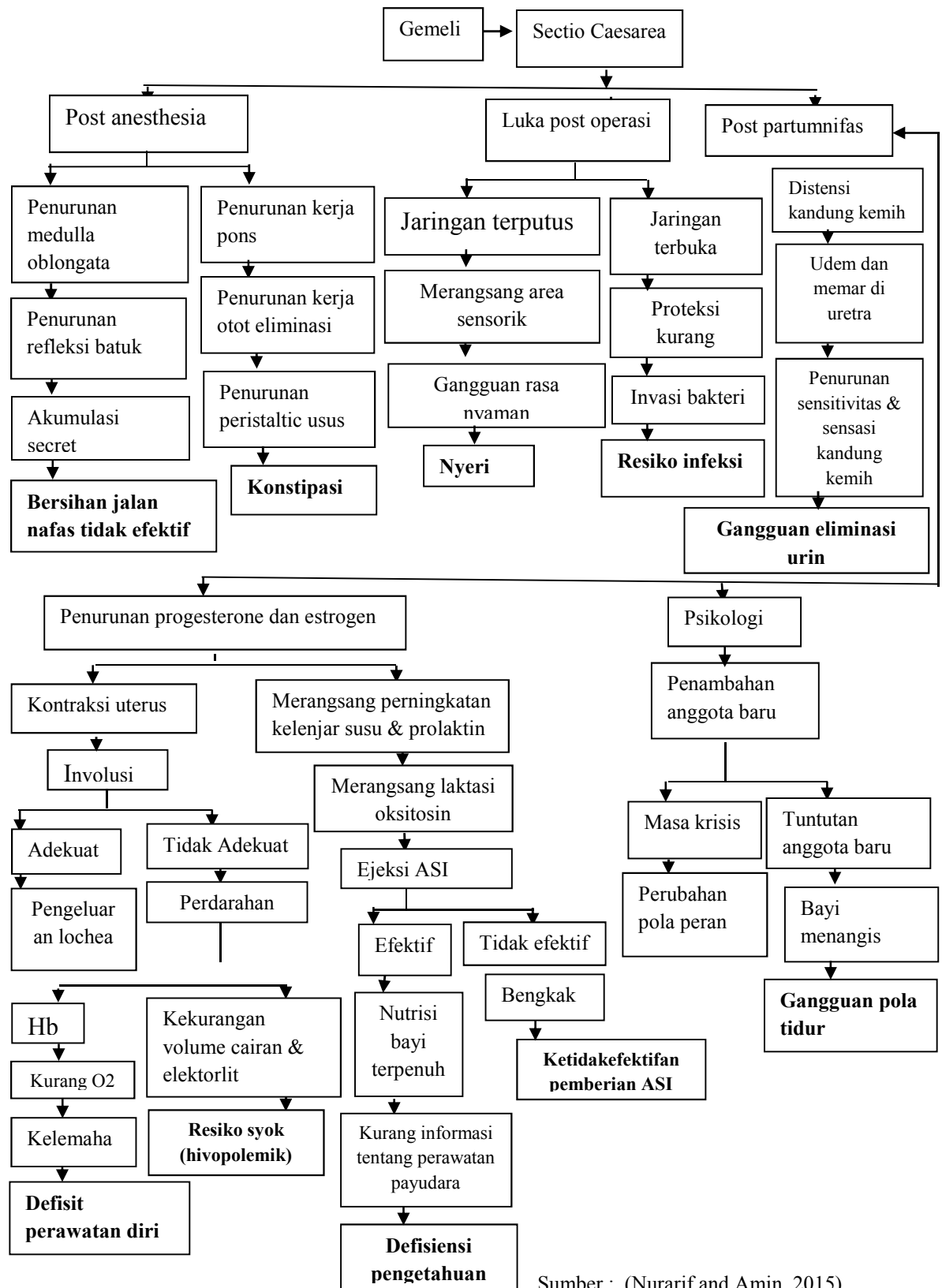
Section caesarea merupakan prosedur bedah untuk kelahiran janin dengan insisi melalui abdomen dan uterus, yang digunakan untuk melahirkan bayi melalui sayatan yang dibuat pada perut dan rahim (Ulfah, 2015).

2.2.2 Etiologi

Penyebab dilakukannya Seksio Sesarea terbagi dua, yaitu

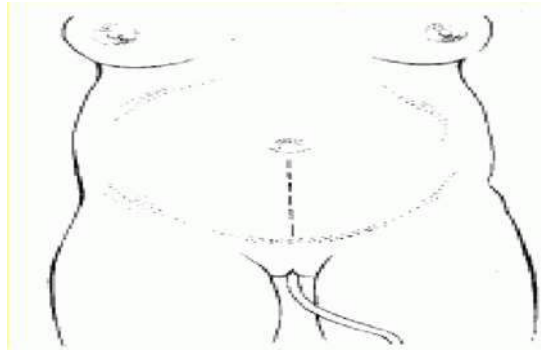
- a. Penyebab yang berasal dari ibu
 1. sejarah kehamilan atau persalinan yang buruk
 2. terdapat panggul sempit
 3. preeklamsia atau eklamsia
 4. primigravida kelainan letak
 5. kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM)
 6. atas permintaan dan plasenta previa
- b. Penyebab yang berasal dari janin
 1. mal posisi kedudukan janin
 2. gawat janin
 3. kegagalan persalinan vakum
 4. prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil

2.2.3 Patofisiologi

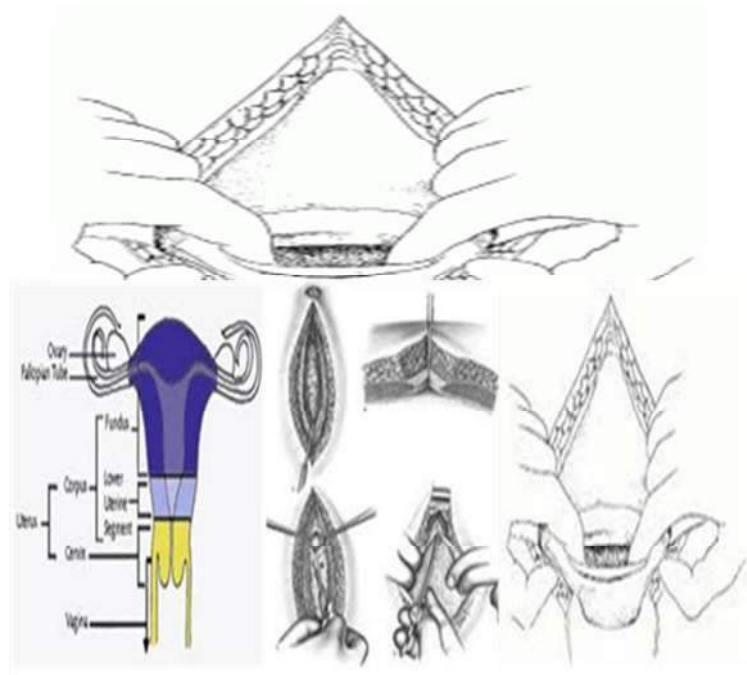


Sumber : (Nurarif and Amin, 2015)

2.2.4 Sectio Sesarea



Gambar 2.1 : Teknik Klasik Dengan Sayatan Vertikal
Sumber (Ekasari, 2012)



Gambar 2.2 : SC Klasik dan SC Transperitonealis Profunda
Sumber (Ekasari, 2012)

a. Teknik *SCcorporal*/klasik

Dilakukan insisi (irisasi/sayatan) pada korpus uteri (tubuh rahim) sepanjang 10-12 cm, sehingga sayatan yang terbentuk adalah garis vertikal (Ekasari, 2012)

b. Teknik *SC transperitonealisprofunda*

Pembedahan ini paling banyak dilakukan. Melakukan insisi pada segmen bawah rahim yakni melintang selebar 10 cm dengan ujung kanan dan kiri agak melengkung ke atas untuk menghindari terbukanya cabang- cabang pembuluh darah. Sehingga garis yang terbentuk adalah horisontal (Ekasari, 2012)

Pembeda	SC Klasik	SC trans.profunda
Teknik	Lebih mudah	Lebih sulit
Proses lahir bayi	Lebih cepat	Lebih lambat
Perdarahan	Banyak	Sedikit
Infeksi	Lebih besar	Sedikit
Penyembuhan	Kurang baik, banyak perlekatan antara rahim dan dinding perut.	Lebih baik, perlekatan sedikit
Gangguan kontraksi pada persalinan berikutnya	(+)	(-)
Ruptur uteri (robeknya rahim) pada persalinan berikutnya	Resiko besar	Jarang
Jahitan	3 lapis	2 lapis

Sumber (Ekasari, 2012)

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

2.2.6 Pemeriksaan Penunjang

- a. lakukan pemantaun janin terhadap kesehatan janin
 - 1. pemantaun EKG
 - 2. JDL dengan diferensial
 - 3. Elektrolit
 - 4. Hemoglobin / *hematokrit*
 - 5. Golongan dan pencocokan silang darah
 - 6. urinalisis
 - 7. pemeriksaan sinar X sesuai indikasi
 - 8. *Ultrasound* sesuai indikasi

Pemeriksaan tekanan darah, frekuensi nadi, dan pernafasan, lakukan juga pengukuran jumlah urin yang tertampung, periksa atau kultur

jumlah perdarahan selama operasi berjalan. Membuat laporan operasi dan mencantumkan hasil dalam setiap pemeriksaan supaya dapat dijadikan laporan, catat seberapa lama operasi berlangsung, jenis kelamin bayi, nilai APGAR, dan kondisi bayi pada saat lahir, lembaran laporan itu ditanda tangani oleh operator (Nurarif and Amin, 2015).

2.2.7 Penatalaksanaan Medis

- a. Pemberian cairan
- b. Diet, biasanya pemberian cairan intravena dihentikan jika klien sudah flatulans dan mulai diberikan peroral, contohnya air putih atau teh setelah 6-10 jam setelah operasi.
- c. Mobilisasi, mobilisasi ini secara bertahap yang dilakukan setelah 6-10 jam setelah operasi yang dimulai dengan miring kanan dan miring kiri
- d. Kateterisasi
- e. Pemberian obat-obatan : antibiotik, analgetik, dan obat lainnya
- f. Perawatan luka
- g. Perawatan rutin : yaitu pemeriksaan tanda-tanda vital

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan pada pasien post partum

2.3.1 Pengkajian

a. Identitas pasien

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

b. Riwayat kesehatan

1. 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 *Sectio Caesarea* biasanya nyeri, cemas, dan kurangnya pengetahuan tentang perawatan luka Post Seksio Sesarea dan diuraikan menggunakan konsep PQIRST.

1) Provokatif dan paliatif: apa penyebarannya, apa yang memperberat dan apa yang mengurangi.

2) Quality atau kuantitas : dirasakan seperti apa, tampilanya, suaranya, berapa banyak.

3) Region : Lokasi dimana, penyebarannya

4) Severity/Scale: intensitasnya (skala) pengaruh terhadap aktifitas.

5) Timing : kapan muncul keluhan, berapa lama, bersifat (tiba-tiba, sering, bertahap).

2. Riwayat kesehatan dahulu

Meliputi penyakit yang dapat mempengaruhi penyakit yang sekarang, atau apakah klien pernah mengalami penyakit yang sama, atau penyakit yang berbeda yang pernah dialami klien sebelumnya

3. Riwayat kesehatan keluarga

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

a. Riwayat Ginekologi dan Obstetri

1) Riwayat ginekologi

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 beberapa untuk klien dan suami

c) Riwayat keluarga berencana

Jenis kontrasepsi yang digunakan klien, yang digunakan klien sebelum hamil, waktu dan lamanya penggunaan kontrasepsi, masalah selama penggunaan kontrasepsi, jenis kontrasepsi yang digunakan setelah persalinan

2) Riwayat obstetri

a) Riwayat kehamilan dahulu

Meliputi masalah atau keluhan yang dirasakan pada kehamilan sebelumnya

b) Riwayat kehamilan sekarang

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

c) Riwayat persalinan dahulu

Meliputi umur kehamilan, tanggal partus, jenis partus, tempat persalinan, berat badan bayi waktu

lahir, panjang badan bayi waktu lahir, masalah yang terjadi, komplikasi anak atau ibu

d) Riwayat persalinan sekarang

Meliputi persalinan beberapa 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)

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

1) Pola nutrisi

Yaitu mencakup makan : frekuensi, jumlah, jenis makanan yang disukai, porsi makan, pantangan, riwayat alergi terhadap makanan dan minuman.

Makanan dan minuman : jumlah, jenis minuman dan frekuensi. Pada *post* seksio sesarea akan terjadi penurunan dalam pola makan dan akan merasa mual

karena efek dari anestesi yang masih ada dan bisa juga dari faktor nyeri akibat seksio sesarea.

2) Pola eliminasi

Mencangkup kebiasaan BAB dan BAK. Biasanya terjadi penurunan karena factor psikologis dari ibu yang masih merasa trauma, dan otot-otot masih berelaksasi.

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

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

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.

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 di waktu luang saat sebelum melahirkan dan saat di rawat di rumah sakit.

6) Pemeriksaan Fisik

a) Pemeriksaan Fisik Ibu (Hartati and A. Maryunani, 2015)

(1) Keadaan umum

Meliputi tingkat kesadaran, penampilan.

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

(2) Tanda-tanda vital

Meliputi tekanan darah yang biasanya normal, respirasi normal, suhu tubuh normal, dan nadi antara 60-100x/menit.

(3) Antropometri

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

b) Pemeriksaan fisik *head to toe*

(1) Kepala

Inspeksi bentuk kepala, warna rambut, kebersihan rambut, palpasi adanya nyeri tekan.

(2) Wajah

Inspeksi bentuk wajah, keadaan wajah, biasanya adanya kloasma gravidarum, palpasi adanya nyeri tekan.

(3) Mata

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

(4) Telinga

Inspeksi bentuk telinga, kebersihan telinga, dan fungsi pendengaran, palpasi adanya nyeri tekan

(5) Hidung

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

(6) Mulut

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

(7) Leher

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

(8) Dada

Jantung, paru-paru, dan payudara.

Inspeksi bentuk, adanya ketidaksimetrisasi saat bernafas, palpasi adanya nyeri tekan, suara jantung dullness dan paru resonan, payudara biasanya keluar cairan bening kekuningan atau kolostrum, inspeksi warna areola biasanya hiperpigmentasi, inspeksi adanya pembengkakan, palpasi adanya nyeri tekan.

(9) 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.

(10) Punggung dan bokong

Inspeksi bentuk, adanya kelainan bentuk tulang belakang

(11) 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.

(12) Anus

Inspeksi bentuk, adanya hemoroid.

(13) Ektremitas

Ektremitas atas : rekleks trisep bisep

Kekuatan otot

Ektremitas bawah : refleks patela, kekuatan otot, dan tromboplebitis.

Kekuatan otot

c) 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.

d) Analisa Data

Data yang sudah terkumpul selanjutnya dikelompokkan dan dilakukan analisa serta sintesa data. Dalam mengelompokkan data dibedakan atas data subjektif dan data objektif dan pedoman pada teori Abraham Maslow yang terdiri dari :

- a. Kebutuhan dasar atau fisiologis
- b. Kebutuhan rasa nyaman
- c. Kebutuhan cinta dan kasih sayang
- d. Kebutuhan harga diri
- e. Kebutuhan aktualisasi diri

2.3.2 Diagnosa Keperawatan Pada Klien Post Partum

Menurut Asuhan Keperawatan berdasarkan diagnose medis dan NANDA (*Nort American Nursing Diagnosis Association*) 2015 bahwa diagnose keperawatan yang dapat muncul pada ibu *post* partum dengan seksio sesarea yaitu (Nurarif and Amin, 2015) :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomy).

2. Resiko infeksi berhubungan dengan factor resiko : episiotomy, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.
3. Ketidakefektifan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (*mucus* dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi).
4. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi *postpartum*.
5. Gangguan eliminasi urine.
6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan.
7. Kurang perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik.
8. Konstipasi.
9. Resiko syok (hipovolemik).
10. Resiko perdarahan.
11. Defisiensi pengetahuan : perawatan *postpartum* berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan *postpartum*.
12. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.

2.3.3 Keperawatan

Menurut *North American Nursing diagnosis Association 2015*

Rencana keperawatan pada diagnosa yang mungkin muncul dengan seksio sesarea adalah (Nurarif & Kusuma, 2015, Doenges, 2015)

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomy).

Tabel 2.1 Intervensi Nyeri Akut

Diagnose Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Nyeri akut	NOC	NIC	Mengkaji
Definisi :	1. <i>Pain Level</i>	Mengkaji	etiologi/factor
Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang actual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (<i>International Association for the study of Pain</i>) : yang tiba-tiba atau lambat dan intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau di prediksi dan berlangsung <6 bulan.	2. <i>Pain Control</i> 3. <i>Comfort Level</i> Kriteria Hasil : 1. Mampu mengontrol nyeri (mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri). 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang menjadi 1-3 (0-10) dengan menggunakan manajemen nyeri Klien mungkin tidak 100% terbebas dari nyeri namun dapat merasa	etiologi/factor pendukung dan pencetus : 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor presipitasi. Mengevaluasi respon klien terhadap nyeri : 2. Observasi reaksi <i>nonverbal</i> dan ketidaknyamanan sebelum melakukan tindakan <i>nonfarmakologi</i>	pendukung dan pencetus : 1. Mengidentifikasi factor pencetus atau factor yang mengurangi Mengevaluasi respon klien terhadap nyeri : 2. Klien mungkin tidak secara verbal melaporkan nyeri dan ketidaknya manan secara langsung bermanfaat dalam mengenali
Batasan Karakteristik :			
1. Perubahan selera makan			
2. Perubahan tekanan darah			
3. Perubahan frekuensi jantung			
4. Perubahan			

frekuensi pernafasan	bahwa “tiga” i.	adanya
5. Laporan isyarat	ketidaknyaman an yang dpat	nyeri
6. Diaphoresis	an yang dpat	mengindikas
7. Perilaku	dikendalikan.	ikan
distraksi(mis, berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktifitas lain, aktifitas yang berulang)	3. Mampu menggal nyeri (skala, intensita, frekuensi, dan tanda nyeri).	espon nyeri
8. Mengekspresikan perilaku (mis, gelisah, merengek, menangis)	4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang, ditandai dengan :	4. Observasi pengalaman nyeri masa lampau
9. Masker wajah (mis, mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu focus meringis)	klien tidak tampak meringis, tidak berkeringat, mata tidak berpencar.	5. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
10. Sikap melindungu area nyeri		6. Kontrol lingkunan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.
11. Fikus menyempit (mis, gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang da lingkungan)		7. Kurangi faktor persespitasi nyeri
12. Indikasi nyeri yang dapat		8. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakolohi
		3. Klien mungkin tidak secara verbal melaporkan nyeri dan ketidaknya manan secara langsung bermanfaat dalam mengenali adanya nyeri mengindikas ikan kebutuhan untuk evaluasi lanjut.
		4. Tekanan darah, nadi, suhu, respirasi. Biasanya berubah untuk nyeri akut.

diamati	dan	
13. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri	interpersonal)	Membantu klien
14. Sikap tubuh melindungi	9. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi.	menggali metode dalam mengurangi/mengendali
15. Dilatasi pupil	10. Anjurkan tentang teknik non farmakologi	kan nyeri :
16. Melaporkan nyeri secara verbal		5. Untuk mrngrtahui keefektifan manajemen
17. Gangguan tidur.		nyeri
Factor yang berhubungan :	11. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri	farmakologi maupun nonfarmakologi
1. Agen cedera (mis, biologis, zat kimia, fisik, psikologis)	12. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri	6. Genggam jari mampu mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak
	13. Tingkatkan istirahat	nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri, (Potter and Perry, 2011)
	14. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil	
	Analgesic	
	Administration	7. Perhatian utama sebagian besar klien/keluar
	Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan	

dtajat nyeri	ga adalah
sebelum	nyeri dan
pemberian	ketidaknya
obat.	manan
Cek intruksi	setelah
dokter tentang	pembedahan
obat, dosis,	.
dan frekuensi	8. Untuk
Pilih	mengetahui
analgesik	perubahan
yang	intensitas
diperlukan	nyeri
atau	sebelum
kombinasi	dilakukan
dari analgesik	tindakan
ketika	genggam
pemberian	jari
lebih dari satu	
Tentukan	9. Mengetahui
analgesik	efektifitas
pilihan, rute	terapi
pemberian	farmakologi
dan dosis	.
optimal	
Pilih	10. Analgesic
pemberian IV,	yang
IM untuk	beragam
pengobatan	liputi pil,
nyeri secara	injeksi,
teratur	dosis
Memonitor	intravena,
vital	atau
signsebelum	analgesic
dan sesudah	regional
pemberian	(mis,
anlgesik	analgesic
pertama kali	epidural dan

	Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat	spinal).
	Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala.	

Sumber : ((Nurarif & Kusuma, 2015, Doenges, 2015)

2. Resiko infeksi berhubungan dengan factor resiko : episiotomy, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.

Tabel 2.2 Intervensi Resiko Infeksi

Diagnose Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko infeksi	NOC	NIC	
Definisi : Beresiko tinggiterhadap invasi organisme pathogen	1. <i>Immune status</i> 2. <i>Knowledge :Infection control</i> 3. <i>Risk control</i> Kriteria Hasil :	Untuk menentukan factor resiko/pendukung 1. Kaji adanya factor spesifik pejamu yang mempengaruhi imunitas seperti trauma, gaya hidup, usia ekstrim, adanya penyakit yang mendasari.	Untuk menentukan factor resiko/pendukung 1. Trauma : jalur umum masuknya pathogen.
Factor resiko : 1. Penyakit kronis(diabetes mellitus, obesitas). 2. Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemanjangan	1. Menyatakan pemahaman penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan. 2. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi.	2. Observasi kulit/jaringan	

pathogen.	3. Mencapai	disekitar	
3. Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat.	penyembuhan luka yang tepat waktu ; tidak mengalami drainase purulent ; tidak mengalami demam	cedera;inspeksi area jahitan, insisi pembedahan, luka.	2. Kemerahan, hangat, pembengkakan, nyeri, lapisan merah merupakan tanda perkembangan infeksi setempat
1) Gangguan peristaltis			yang dapat memiliki implikasi sistemik jika terapi terlambat.
2) Integritas kulit(pemasangan kateter intravena, prosedur invasive)		3. Pantau nilai raboratorium untuk mengurangi factor resiko yang ada.	3. Untuk mengidentifi kasi adanya pathogen dan pilihan terapi.
3) Perubahan sekresi pH		4. Ajarkan teknik mencuci tangan yang tepat.	4. Pertahanan pertama terhadap infeksi terkait layanan kesehatan(h ealtcare-associated infection, HAI).
4) Penurunan kerja siliaris		5. Penyuluhan tentang cara mengurangi potensi infeksi <i>Pascaoperasi</i> (mis, tindakan perawatan luka atau balutan, menghindari orang lain yang mengidap infeksi).	5. Mengurangi factor resiko
5) Pecah ketuban dini		6. Lakukan atau dorong diet seimbang	
6) Merokok			
7) Stasis cairan tubuh			
8) Trauma jaringan(mis, trauma destruksi jaringan)			
4. Ketidakadekuan pertahanan			
1) Penurunan haemoglobin			
2) Imunosu			

presi (mis, imunitas didapat tidak adekuat)	dengan menekan protein untuk mendukung system imun.	yang ada.
3) Supresi respon inflamasi		
5. Vaksinasi tidak adekuat	7. Beri dan pantau regimen obat (antimikroba, antibiotic topical) dan catat respon klien.	6. Fungsi imun dipengaruhi oleh asupan protein,
6. Pemajanan terhadap pathogen lingkungan meningkat	8. Inspeksi balutan abdominal terhadap eksudat atau rembesan.	keseimbangan antara asupan asam lemak omega-6 dan omega-3, dan
7. Wabah	9. Dorong klien untuk mandi shower dengan menggunakan air hangat setiap hari.	E, dalam jumlah yang adekuat.
8. Prosedur invasive	10. Kaji suhu, nadi, dan sel darah putih.	7. Menentukan keefektifan terapi dan adanya efek samping.
9. Malnutrisi	11. Ganti balutan luka bedah atau luka lain jika perlu dengan menggunakan teknik aseptik.	8. Balutan steril menutupi luka pada 24 jam pertama kelahiran
	Meningkatkan kesehatan	sesarea membantu

(oenyuluhan/pertim bsngsn pemulangan)	melindugu luka dari kontaminasi
12. Instruksikan klien/kerabat mengenaik teknik untuk melindungi integritas kulit merawat lesi dan mencegah penyebaran infeksi di rumah.	. Rembesan dapat menandakan hematoma. 9. Mandi biasanya diizinkan di hari kedua setelah melahirkan sesarea, meningkatk an hygenis. 10. Demam pasca hari operasi ke- 3, leukosit dan takikardi menunjukan enfeksi. 11. Mencegah timbulnya pertumbuha n infeksi Meningkatkan kesehatan(peny uluhan/pertimba ngan pemulangan) 12. Memberi pengetahuan dasar untuk perlindunga

n diri
sendiri.

Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2015, Doenges,)

3. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (*mucus* dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi).

Tabel 2.3 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas

Diagnose Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	NOC	NIC	
Definisi : Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas.	1. Status pernafasan : kepatenan jalan nafas	Mempertahankan jalan nafas yang adekuat	Mempertahankan jalan nafas yang adekuat
Batasan Karakteristik :	2. Pengendalian aspirasi	1. Evaluasi frekuensi/kedalaman pernafasan dan suara nafas.	1. Takipnea biasanya terjadi pada beberapa derajat dan dapat terlihat saat terjadi stress pernafasan.
1. Tidak ada batuk	3. Kognisi	2. Atur posisi sesuai usia dan kondisi/gangguan.	2. Mengatur posisi kembali kepala menjadi sesuatu yang diperlukan untuk membuka atau mempertahankan jalan nafas tetap terbuka pada individu mengalami mobilisasi atau
2. Tidak ada suara nafas tambahan	Kriteria Hasil ;	3. Tinggikan kepala tempat tidur atau ubah posisi bila diperlukan.	
3. Perubahan frekuensi nafas	1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dispneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah).	4. Dorong dan instruksikan klien untuk latihan nafas dalam dan batuk terarah.	
4. Perubahan irama nafas	2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi	5. Mobilisasi klien sedini mungkin.	
5. Sianosis		6. Beri obat (mis,	
6. Kesulitan			

berbicara atau mengeluarkan suara	pernafasan dalam rentan normal, tidak ada suara nafas abnormal).	expektoran bronchodilator, mukolitik, dan anti inflamasi) sesuai indikasi.	gangguan. Mengeluarkan sekresi
7. Penurunan bunyi nafas	3. Mampu mengidentifikasi		3. Posisi yang tinggi atau tegak lurus
8. Dipsneu			
9. Sputum dalam jumlah yang berlebihan	dang mencegah factor yang dapat menghambat jalan nafas.	7. Beri nebulizer ultrasonic atau alat pelembab udara ruangan humidifier.	memfasilitasi fungsi pernapasan dengan penggunaan gravitasi.
10. Batuk yang tidak efektif			
11. Orthopneu		Mengkaji perubahan, catat komplikasi :	4. Untuk
12. Gelisah			
13. Mata terbuka lebar		8. Auskultasi suara nafas, dengan mencatat perubahan dalam pergerakan udara.	memaksimalkan upaya batuk, ekspansi paru, dan drainase, dan mengurangi gangguan nyeri.
Factor yang berhubungan :			
1. Lingkungan		9. Pantau tanda-tanda vital. Observasi peningkatan frekuensi pernapasan, gelisah/ansietas, dan penggunaan otot bantu nafas.	5. Mengurangi resiko efek etelaktasis, yang meningkatkan ekspansi paru dan drainase bagian paru yang berbeda.
1) Perokok pasif			
2) Mengisap asap			
3) Merokok			
2. Obstruksi jalan nafas			
1) Spasme jalan nafas		Meningkatkan kesehatan (penyuuhan/pertimbangan pulang):	6. Mereleksasikan otot polos pernapasan,menurangi edema jalan nafas, mengeluarkan sekresi.
2) Mokus dalam jumlah berlebihan		10. Demonstrasikan atau bantu klien/kerabat dalam melakukan teknik pembersihan jalan nafas atau latihan	7. Memberikan kelembapan sehingga
3) Eksudat dalam jalan alveoli			
4) Adanya jalan nafas			

buatan	penguatan otot	membantu
5) Sekresi	pernafasan, perkusi	mengurangi
bertahan/si	dada jika	kekentalan
sa sekresi	diindikasikan.	sekresi.
6) Jalan nafas		Mengkaji
alergik	11. Tinjau latihan	perubahan, catat
7) Asma	nafas, teknik batuk	komplikasi :
8) Penyakit	efektif, dan	8. Untuk
paru	penggunaan alat	memastikan
obstruktif	bantu tambahan	status saat ini
9) Hiperplasi	pada penyuluhan	dan efek terapi
dinding	pra operasi.	untuk
bronchial		membersihkan
10) Infeksi		jalan nafas.
11) Disfungsi		9. Menunjukkan
neuromusc		perburukan
ular		gawat napas.
		Meningkatkan
		kesehatan
		(penyuluhan/pertim
		bangan pulang):
		10. Agar
		klien/kerabat
		dapat
		melakukan
		pembersihan
		jalan nafas atau
		latihan
		penguatan otot
		pernapasan
		dengan mandiri
		11. Memfasilitasi
		pemulihan pasca
		operasi,
		mengurangi
		resiko
		pneumonia.

Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2015, Doenges, 2015)

4. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi *postpartum*.

Tabel 2.4 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	NOC	NIC	
Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolic	1. <i>Nutritional status</i> 2. <i>Nutritional status : deficite food and fluid intake</i> 3. <i>Weight control</i> Kriteria Hasil : 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai tujuan	Mengevaluasi tingkat <i>deficite</i> 1. Kaji berat badan saat ini, bandingkan dengan berat badan yang biasa, dan berat badan sesuai usia 2. Pantau pemeriksaan laboratorium (glukosa, fungsi hati, elektrolit, zat besi, albumin serum, kolesterol) 3. Lakukan kolaborasi dengan tim antardisiplin	Mengevaluasi tingkat <i>deficit</i> 1. Untuk mengidentifikasi perubahan yang memengaruhi pilihan intervensi
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	2. Berat badan idealsesuai dengan tinggi badan 3. Msmptu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi 5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan 6. Tidak terjadi	Kebutuhan terapi kondisi khusus 4. Beri obat untuk nyeri atau mual, dan pantau efek samping	2. Untuk menentukan tingkat <i>deficit</i> nutrisi dan efek pada fungsi tubuh yang menentukan kebutuhan diet khusus 3. Untuk menetapkan tujuan nutrisi ketika klien memiliki kebutuhan diet khusus, malnutrisi berat

berlebihan	penurunan berat	obat	
8. Bising usus hiperaktif	badan yang berarti	5. Bantu dalam terapi guna mengoreksi atau mengendalikan factor penyebab yang mendasari	Kebutuhan terapi kondisi khusus
9. Kurang makanan			4. Untuk meningkatkan kenyamanan fisik dan nafsu makan
10. Kurang informasi			
11. Kurang minat			
12. Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat		Meningkatkan asupan diet	5. Untuk memperbaiki asupan dan penggunaan zat gizi
13. Kesalahan konsepsi		6. Beri banyak makanan kecil sesuai indikasi	Meningkatkan asupan diet
14. Kesalahan informasi		7. Hindari makanan yang menyebabkan intoleransi mobilitas lambung	6. Memperbaiki kesempatan untuk meningkatkan jumlah gizi yang dikonsumsi dalam waktu 24 jam
15. Membrane mukosa pucat			
16. Ketidakmampuan memakan makanan		Meningkatkan kesehatan (penyuluhan)	
17. Tonus otot menurun		8. Beri informasi mengenai nutrisi	7. Untuk mengurangi ketidaknyamanan setelah makan
18. Mengeluh gangguan sensasi rasa		9. Timbang berat badan setiap minggu dan dokumentasikan	
19. Mengeluh asupan makanan kurang			
20. Cepat kenyang setelah makan			Meningkatkan kesehatan (penyuluhan)
21. Sariawan rongga mulut			8. Untuk mengetahui pemahaman nutrisi klien
22. Steatorea			
23. Kelemahan otot mengunyah			9. Untuk memantau keefektifan rencana diet
24. Kelemahan otot untuk mrnrlan			
Factor	Yang		

Berhubungan :

1. Factor biologis
2. Factor ekonomi
3. Ketidakmampuan untuk mengabsorbsi nutrient
4. Ketidakmampuan untuk mencerna makanan
5. Ketidakmampuan menelan makanan
6. Factor psikologis

Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2015, Doenges, 2015)

5. Gangguan eliminasi urine

Tabel 2.5 Intervensi Gangguan Eliminasi Urine

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan Eliminasi Urine Definisi : Disfungsi pada eliminasi urine Batasan Karakteristik : 1. Dysuria 2. Sering berkemih 3. Anyang-anyangan 4. Inkontinensia 5. Nokturia 6. Retensi 7. Dorongan	NOC 1. Eliminasi urin 2. Kontinensia urin 3. Perawatan diri : eliminasi urin Kriteria Hasil: 1. Klien mengatakan pemahamannya tentang kondisi 2. Klien mengetahui factor penyebab khusus 3. Klien mengetahui pola eliminasi	NIC Mengkaji factor penyebab atau pendukung 1. Tentukan asupan cairan harian klien yang biasa baik jumlah dan pilihan minuman catat kondisi kulit dan membrane mukosa, warna urin Mengkaji tingkat gangguan/disabilitas 2. Pastikan pola eliminasi klien sebelumnya dan	Mengkaji factor penyebab/pendukung 1. Untuk menentukan tingkat nutrisi Mengkaji tingkat gangguan/disabilitas 2. Untuk membantu dalam identifikasi dan terapi disfungsi tertentu

Factor	Yang	normal atau	bandingkan dengan	3. Mempertahankan
Berhubungan :		berpartisipasi dalam	situasi saat ini	fungsi ginjal,
1. Obstruksi		tindakan untuk	3. Membantu	mencegah infeksi,
anatomic		mengoreksi uatau	mengatasi/mencegah	pembentukan batu
2. Penyebab		mengompensasi	gangguan	urin, menghindari
multiple		defek	perkemihan/anjurkan	kerak sekitar
3. Gangguan sensori		4. Klien menunjukan	asupan cairan hingga	kateter
motoric		prilaku untuk	200-3000 ml/hari	
4. Infeksi saluran		mencegah infeksi	4. Bantu meningkatkan	4. Untuk orang
kemih		urin	eliminasi yang rutin	dewasa yang utuh
		5. Klien mampu	misalnya latihan	secara kognitif
		manangani	kandung kemih	dan secara fisik
		perawatan kateter	5. Implementasikan dan	mampu
		urin atau stoma dan	pantau intervensi	melakukan
		alat setelah diversif	untuk masalah	eliminasi sendiri
		urin	eliminasi khusus	
			misalnya latihan dasar	5. Untuk
			panggul atau modalitas	memodifikasi
			latihan kembali	terapi sesuai
			kandung kemih	kebutuhan
			Meningkatkan	6. Mengurangi
			kesehatan(penyuluhan/pert	resiko infeksi.
			imbangan pulang)	
			6. Pertimbangkan	
			pentingnya	
			mempertahankan area	
			perineum tetap kering	
			dan bersih	

Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2015, Doenges, 2015)

6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

Tabel 2.6 Intervensi Gangguan Pola Tidur

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Intervensi Kriteria Hasil	Rasional
Gangguan pola tidur	NOC	NIC
Definisi :	1. <i>Anxiety reduction</i>	Mengkaji factor
Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat factor eksternal	2. <i>Comfort level</i>	penyebab atau pendukung
	3. <i>Pain level</i>	
	4. <i>Rest : Extent and Pattern</i>	1. Identifikasi adanya factor yang
Batasan Karakteristik :	5. <i>Sleep : Extent and Pattern</i>	diketahui mengganggu tidur, termasuk penyakit saat ini
1. Perubahan pola tidur normal	Kriteria Hasil :	
2. Penurunan kemampuan berfungsi	1. Jumlah tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari	2. Untuk mengetahui intensitas tidur klien
3. Ketidakpuasan tidur	2. Pola tidur, kualitas dalam batas normal	3. Membantu mengklarifikasi
4. Menyatakan sering terjaga	3. Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat	presepsi klien mengenai kualitas tidur
5. Menyatakan tidak mengalami kesulitan tidur	4. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur	3. Kaji mengenai kualitas tidur dan respon dari kurangnya tidur yang berkualitas
6. Menyatakan tidak merasa cukup istirahat		4. Untuk meningkatkan relaksasi
Factor yang berhubungan		Membantu klien mencapai pola istirahat tidur yang optimal
7. Kelembaban lingkungan sekitar		4. Nyalakan music yang lembut, lingkungan yang
8. Suhu lingkungan sekitar		5. Untuk meningkatkan kualitas tidur klien
		6. Periode tidur tanpa gangguan yang lebih lama terutama

9. Tanggung jawab memberi asuhan	tenan	dimalam hari
10. Perubahan pejanan terhadap cahaya gelap	5. Meminimalkan factor yang mengganggu tidur	Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pulang)
11. Gangguan (mis, untuk tujuan terapeutik, pemantauan, pemeriksaan laboratorium)	6. Pantau aktivitas perawatan tanpa membangunkan klien	7. Pengetahuan bahwa insomnia sekali-kali umum terjadi dan tidak membahayakan
12. Kurang control tidur	Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pulang)	
13. Kurang privasi, pencahayaan	7. Yakinkan klien bahwa tidak dapat tidur sekali-kali tidak mengancam kesehatan	
14. Bising, bau gas		
15. Restrain fisik, teman tidur		
16. Tidak familier dengan prabot tidur		

Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2015, Doenges, 2015)

7. Kurang perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik.

Tabel 2.7 Intervensi Kurang Perawatan Diri

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Intervensi Kriteria Hasil	Rasional
Kurang perawatan diri mandi	NOC	NIC
Definisi : Hambatan kemampuan untuk melakukan atau	1. Mendemonstrasikan teknik untuk memenuhi perawatan diri	1. Kaji status psikologi klien dan kondisi yang ada (nyeri, trauma
		1. Membantu menetapkan tujuan yang realistis dan

menyelesaikan mandi/aktivitas perawatan diri sendiri.	2. Mengidentifikasi dan menggunakan sumber-sumber yang ada.	pembedahan) 2. Motivasi klien untuk segera mungkin melakukan latihan mobilitas, kemudian ditingkatkan secara bertahap	membuat dasar untuk mengevaluasi keefektifan intervensi sehingga sesuai dengan aspek psikologis dan kondisi klien
Batasan karakteristik :			
1. Ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi	Kriteria Hasil: 1. Perawatan diri mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara	3. Berikan bantuan perawatan diri mandi/hygine, makan	2. Mobilisasi sedini mungkin dapat mempengaruhi status kesehatan
2. Ketidakmampuan mengeringkan tubuh	mandiri dengan atau tanpa alat bantu		
3. Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi	2. Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh		3. Memenuhi kebutuhan perawatan diri klien
4. Ketidakmampuan menjangkau sumber air	3. Skala nyeri berkurang menjadi 1- 3 (0-10)		
5. Ketidakmampuan mengatur air mandi			
6. Ketidakmampuan membasuh tubuh			
Factor yang berhubungan			
1. Gangguan kognitif			
2. Penurunan motivasi			
3. Kendala lingkungan			
4. Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh			
5. Ketidakmampuan merasakan hubungan special			
6. Efek anestesi			
7. Ketidaknyamanan fisik			
8. Gangguan musculoskeletal			
9. Gangguan			

neuromuscular

10. Nyeri

11. Gangguan persepsi

12. Ansietas berat

Sumber : ((Nurarif & Kusuma, 2015, Doenges, 2015)

8. Konstipasi

Tabel 2.8 Intervensi Konstipasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Intervensi Kriteria Hasil	Rasional
Konstipasi	NOC	NIC
Definisi :	1. Defekasi	Identifikasi factor penyebab
Penurunan pada frekuensi normal pada defeksi yang disertai oleh kesulitan atau pengeluaran tidak lengkap feses atau pengeluaran feses yang kering, keras dan banyak	2. Status nutrisi	Identifikasi factor penyebab
	3. Perawatan diri	1. Tinjau program diet harian, dengan mencatat apakah diet kurang serat
	Kriteria Hasil:	2. Lakukan auskultasi abdomen
	1. Menetaokan atau memperoleh kembali pola defekasi yang normal	3. Lakukan palpasi abdomen
	2. Menyatakan pemahaman tentang etiologic dan intervensi atau solusi yang tepat untuk situasi individu	Pola eliminasi normal
Batasan Karakteristik :	4. Diskusikan kebiasaan eliminasi yang normal	fungsi usus yang buruk
1. Nyeri abdomen	5. Catat factor yang biasanya menstimulasi aktivitas usus dan setiap gangguan yang ada	2. Untuk mengetahui adanya lokasi dan karakteristik bising usus yang menggambarkan aktifitas usus
2. Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot	3. Memperlihatkan perilaku atau perubahan gaya hidup untuk mencegah	3. Agar mengetahui adanya kekerasan, distensi, dan
3. Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resistensi otot		

4. Anoreksia	4. Berpartisipasi	dan frekuensi feses	massa/retensi
5. Penampilan tidak khas pada lansia (missal, perubahan pada status mental, inkontinensia urinarius)	dalam proram defekasi sesuai indikasi	setiap kali defekasi selama fase pengkajian	feses
6. Borborigirmi		7. Pastikan durasi masalah saat ini dan tingkat kekhawatiran klien	4. Pola eliminasi normal
7. Darah merah pada feses		Memfasilitasi kembalinya pola eliminasi yang normal	4. Membantu mengidentifikasi persepsi klien terhadap masalah
8. Perubahan pola pada defeksi		8. Tinjau program medikasi klien saat ini dengan dokter	5. Untuk mengetahui aktivitas usus dan gangguan yang ada pada klien
9. Penurunan frekuensi		9. Lakukan mandi dengan rendam duduk sebelum defekasi	Mengkaji pola eliminasi saat ini
10. Penurunan volume feses		10. Dukung terapi penyebab medis yang mendasari jika tepat	6. Dasar untuk perbandingan
11. Distensi abdomen			7. Konstipasi pasca bedah dapat menyebabkan distress yang hebat
12. Rasa rektal penuh		Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pulang)	Memfasilitasi kembalinya pola eliminasi yang normal
13. Rasa tekanan rektal		11. Beri informasi dan sumber kepada klien mengenai diet, latihan fisik, cairan, dan penggunaan laktasif yang tepat sesuai indikasi	8. Menentukan obat yang menyebabkan konstipasi
14. Keletihan umum		12. Beri dukungan social dan emosional	9. Untuk merelaksasikan sfingter
15. Feses keras dan berbentuk		13. Identifikasi tindakan khusus yang dilakukan jika	10. Dapat
16. Sakit kepala			
17. Bising usus hiperaktif			
18. Bising usus hipoaktif			
19. Peningkatan tekanan abdomen			
20. Tidak dapat makan, mual			
21. Rembesan feses cair			
22. Nyeri pada saat defeksi			

23. Massa abdomen yang dapat diraba	masalah terselesaikan	tidak	memperbaiki fungsi usus
24. Adanya feses lunak			Meningkatkan kesehatan
25. Perkusi abdomen pekak			(penyuluhan/pertimbangan pulang)
26. Sering flatus			11. Membantu klien menangani konstipasi
27. Mengejan pada saat defekasi			12. Membantu mengatasi disabilitas actual yang berkaitan dengan manajemen usus jangka panjang
28. Tidak dapat mengeluarkan feses			13. Intervensi yang tepat waktu
29. Muntah			
Factor yang berhubungan :			
1. Fungsional :			
1) Kelemahan otot abdomen			
2) Kebiasaan mengabaikan dorongan defekasi			
3) Ketidakadekuatan toileting			
4) Kurang aktivitas fisik			
5) Kebiasaan defekasi tidak teratur			
6) Perubahan lingkungan saat ini			

Psikologis:

-
1. Depresi, stress
emosi
 2. Konfusi mental

Farmakologis:

1. Antasida
mengandung
aluminium
2. Antikolinergik,
antikonvulsan
3. Antidepresan
4. Agens antilipemil
5. Garam bismuth
6. Kalsium karbonat
7. Penyekat saluran
kalium
8. Diuretic, garam
besi
9. Penyalahgunaan
laktasif
10. Agen anti-
inflamasi non
steroid
11. Opiate,
fenotiazid,
sedative
12. Simpatomim etik

Mekanis

1. Ketidakseimbang
an elektrolit
 2. Kemoroid
 3. Penyakit
hirschprung
 4. Gangguan
neurologist
 5. Obesitas
-

-
6. Obstruksi pasca bedah
 7. Kehamilan
 8. Pembesaran prostat
 9. Abses rektal
 10. Fisura anak rektal
 11. Striktur anak rektal
 12. Prolapse rektal, ulkus rektal
 13. Rektokel, tumor

Fisiologis

1. Perubahan pola makan
2. Perubahan makanan
3. Penurunan motilitas traktus gastrointestinal
4. Dehidrasi
5. Ketidakadekuatan gigi geligi
6. Ketidakadekuatan hygiene oral
7. Asupan serat tidak cukup
8. Asupan cairan tidak cukup
9. Kebiasaan makan buruk

Sumber : ((Nurarif & Kusuma, 2015, Doenges, 2015)

9. Resiko syok (hipovolemik)

Tabel 2.9 Intervensi Resiko Syok (Hipovolemik)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Intervensi	Rasional
Resiko syok	NOC	NIC
Definisi :	1. Syok prevention	Kaji factor
Beresiko terhadap	2. Syok	penyebab/pendukung
ketidakcukupan	management	1. kaji riwayat adanya
aliran darah ke		penyebab syok
jaringan tubuh	Kriteria Hasil :	hipovolemik, seperti
yang dapat	1. Nadi dalam batas	trauma, pembedahan
mengakibatkan	yang diharapkan	2. infeksi kulit, catat adanya
disfungsi seluler	2. Irama jantung	luka terumatis atau luka
yang mengancam	dalam batas yang	pembedahan
jiwa	diharapkan	3. Kaji tanda-tanda vital
	3. Frekuensi nafas	
Factor Resiko :	dalam batas yang	Mencegah kemungkinan
1. Hipotensi	diharapkan	penyebab syok
2. Hipovolemi	4. Iramanafas	4. Kolaborasi terapi
3. Hipoksmia	dalam batas yang	terhadap kondisi yang
4. Hipoksia	diharapkan	mendasari
5. Infeksi	5. Natrium serum	5. Beri cairan elektrolit,
6. Sepsis	dalam batas	koloid sesuai indikasi
7. Sindrom respon	normal	Meningkatkan kesehatan
inflamasi sistemik	6. Kalium serum	(penyuluhan/pertimbangan
	dalam batas	pulang)
	normal	6. Instruksikan klien
	7. Klorida serum	mengenai cara
	dalam batas	mencegah kondisi
	normal	yang mendasari
	8. Kalsium serum	penyebab syok
	dalam batas	termasuk dehidrasi
	normal	
	9. Magnesium serum dalam	

batas normal	Meningkatkan
10. pH darah serum	kesehatan
dalam batas normal	(penyuluhan/pertimbangan pulang)
11. hidrasi indicator:	6. Untuk
1) mata cekung tidak ditemukan	meningkatkan pengetahuan
2) demam tidak ditemukan	
3) tekanan darah dalam batas normal	
4) hematokrit dalam batas normal	

Sumber : ((Nurarif & Kusuma, 2015, Doenges, 2015)

10. Resiko Perdarahan

Tabel 2.10 Intervensi Resiko Perdarahan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko perdarahan	NOC	NIC	
Definisi : Beresiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan.	1. <i>Blood lose severity</i> 2. <i>Blood koagulation</i>	Mengkaji factor penyebab/pendukung 1. Catat factor kehamilan sesuai indikasi	Mengkaji factor penyebab/pendukung 1. Banyak fsktor yang dapat terjadi, termasuk overdistensi
Factor Resiko : 1. Aneurisme 2. Sirkumsisi 3. Defisiensi pengetahuan	Kriteria Hasil : 1. Tidak ada hematuria dan hematemesis 2. Kehilangan darah yang	Untuk mengevaluasi perdarahan potensial dan tinggi fundus pada klien pasca	uterus, kehamilan kembar, persalinan yang cepat atau lama, laserasi yang

4. Koagulopati intevaskuler diseminata	terlihat	partum : luka	terjadi selama
5. Riwayat jatuh	3. Tekanan darah dalam batas	balutan	persalinan
6. Gangguan gastrointestinal	mormal	3. Kaji tanda-tanda vital	pervaginam, atau retensi plasenta
7. Gangguan fungsi hati	4. Tidak ada perdarahan	4. Pantau data laboratorium (mis, darah lengkap, Hb, jumlah dan fungsi trombosit)	yang dapat menyebabkan ibu beresiko mengalami perdarahan pasca partum.
8. Koagulopati inheren (mis, trombositopenia)	5. Tidak ada distensi abdominal	5. Bantu dengan terapi yang mendasari yang	Untuk mengevaluasi perdarahan potensial
9. Komplikasi pasca partum	6. Haemoglobin dan mematokrit dalam batas	menyebabkan kehilangan darah,	2. Untuk mengidentifikasi kehilangan darah aktif
10. Komplikasi terkait kehamilah	7. Plasma, PT, PTT dalam batas	seperti terapi medis infeksi ssistemik	
11. Trauma	normal	6. Berkolaborasi dalam	3. Untuk mengetahui kondisi klien
12. Efek samping terkait terapi (mis, pembedahan)		mengevaluasi kebutuhan untuk menghentikan kehilangan darah atau komponen darah khusus	4. Untuk mengevaluasi resiko perdarahan
		Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimba ngan pulang)	5. Terapi kondisi yang mendasari terjadinya perdarahan dapat mencegah atau menghentikan komplikasi perdarahan
		7. Kebutuhan untuk tindak lanjut medis dan pemeriksaan laboratorium secara teratur ketika mendapat	6. Untuk menggantikan

anti koagulan.	kehilangan darah
8. Ajari teknik untuk klien pasca partum untuk memeriksa fundusnya sendiri	yang terjadi
	Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pulang)
	7. Untuk menentukan perubahan dosis yang dibutuhkan
	8. Mencegah kehilangan darah

Sumber : ((Nurarif & Kusuma, 2015, Doenges, 2015)

11. Defisiensi pengetahuan : perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum

Tabel 2.11 Intervensi Defisit Pengetahuan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Intervensi	Rasional
Deficit pengetahuan	NOC	NIC
Definisi : Ketidadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topic tertentu.	1. <i>Knowlwdge</i> : 2. <i>Knowledge : healt beavior</i>	Untuk menentukan factor lain yang berhubungan dengan belajar 1. Catat factor personal Untuk menentukan prioritrs bersama klien
Batasan Karakteristik : 1. Perilaku hiperbola 2. Ketidakakuratan	Kriteria Hasil : 1. Klien dan keluatga menyatakan pemahaman	Untuk menentukan factor lain yang berhubungan dengan belajar 1. untuk mengetahui kemampuan dan keinginan untuk belajar serta memahami
	2. Tentukan kebutuhan klien yang paling	

mengikuti perintah	tentang penyakit,	mendesak dari sudut	informasi baru
3. Ketidakakuratan mengikuti tes (misalnya, hysteria, bermusuhan, agitasi apatis)	kndisi, prognosis, program pengobatan	pandang klien dan perawat	untuk menentukan prioritas bersama klien
4. Pengukuran masalah	2. Klien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara		2. mengidentifikasi apakah klien dan perawat bersama-sama dalam pemikiran mereka dan memberi poin awal untuk penyuluhan dan perencanaan hasil untuk keberhasilan yang optimal
Factor yang berhubungan :	3. Klien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya.	Untuk menentukan isi yang dimasukkan	3. Identifikasi informasi yang perlu diingat pada tingkat perkembangan dan pendidikan klien
1. Keterbatasan kognitis			untuk menentukan isi yang dimasukkan
2. Salah intepretasi informasi		Untuk mengembangkan tujuan pembelajaran	3. Agar informasi mudah dipahami
3. Kurang pajanan		4. Nyatakan tujuan secara jelas dengan ucapan pembelajaran untuk memenuhi kebutuhan pembelajaran	
4. Kurang minat dalam belajar			
5. Kurang dapat mengingat			
6. Tidak familiar dengan sumber informasi			
		Untuk mengidentifikasi metode penyuluhan yang dilakukan	Untuk mengembangkan tujuan pembelajaran
		5. Libatkan klien dan keluarga dengan menggunakan materi sesuai usia	4. Untuk memahami pentingnya materi bagi pembelajaran
		6. Libatkan dengan orang lain yang memiliki masalah yang sama	Untuk mengidentifikasi mtode penyuluhan
		Untuk memfasilitasi	5. Untuk membuat proses belajar lebih efektif
			6. Untuk saling

	pembelajaran	memberi informasi
7. Minta klien	Untuk memfasilitasi	
menafsirkan isi	pembelajaran	
dengan kata-katanya	7. Mengevaluasi	
sendiri, lakukan	pembelajaran	
demonstrasi	Untuk meningkatkan	
Untuk meningkatkan	kesehatan	
kesehatan	(penyuluhan/pertimbang	
(penyuluhan/pertimbanga	n pulang)	
n pulang)	8. Untuk memudahkan	
8. beri akses informasi	mengakses informasi	
mengenai orang yang		
dapat dihubungi		

Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2015, Doenges, 2015)

12. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya psoses menyusui

Tabel 2.12 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan pemberian ASI	NOC	NIC	
Definisi :	1. Pengetahuan pemberian ASI	Mengidentifikasi factor penyebab/pendukung	Mengidentifikasi factor
Ketidakpuasan atau kesulitan ibu, bayi atau anak menjalani proses pemberian ASI	2. Pemantapan pemberian ASI ibu dan bayi	1. Kaji pengetahuan klien tentang pemberian ASI	penyebab/pendukung
	Kriteria Hasil :	2. Dorong diskusi pengalaman	1. Mengidentifikasi kebutuhan saat ini dan masalah yang ditemui
Batasan Karakteristik :	1. Kemantapan pemberian ASI :	pemberian ASI	2. Mengidentifikasi kebutuhan saat ini dan masalah yang ditemui
1. Ketidakadekuatan suplai ASI	Bayi : perlekatan	3. Catat pengalaman yang tidak memuaskan	3. Untuk mengetahui penyebab
2. Bayi melengkung menyesuaikan diri dengan pyudara	bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari		

3. Bayi menangis pada payudara	payudara ibu untuk memperoleh nutrisi	sebelumnya	ketidakadekuatan pemberian ASI
4. Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusui	selama 3 minggu pertama pemberian ASI	4. Lakukan pengkajian fisik (payudara dan putting)	4. Mengetahui penyebab ASI tidak lancer
5. Bayi rewel dalam jam pertama setelah menyusui	2. Kemantapan pemberian ASI : Ibu : kemantapan ibu	5. Riwayat kehamilan, persalinan	5. Beberapa kondisi dapat menghalangi pemberian ASI
6. Ketidakmampuan bayi untuk latch-on pada payudara ibu secara tepat	untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dan	6. Tentukan perasaan ibu missal ketakutan	6. Indicator kondisi emosi yang mendasari
7. Menolak latching on	payudara ibu untuk memperoleh nutrisi	Mengkaji factor penyebab/pendukung bayi	Mengkaji factor penyebab/pendukung
8. Tidak responsive terhadap kenyamanan lain	selama 3 minggu pertama pemberian ASI	7. Tentukan masalah menyusu atau anomaly bayi	7. Mengindikasikan kebutuhan intervensi
9. Ketidacukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui	3. Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/toddler	misalnya celah palatum	8. Menunjukkan proses pemberian ASI
10. Ketidacukupan kesempatan untuk menghisap payudara	pemberian ASI	8. Tentukan apakah bayi puas setelah menyusu	Membantu ibu mengembangkan keterampilan ASI yang adekuat
11. Kurang menambah berat badan bayi	4. Penyapihan pemberian ASI	Membantu ibu mengembangkan keterampilan ASI yang adekuat	9. Motivasi untuk tidak setres
12. Tidak tampak tanda pelepasan ositosin	5. Diskontinuitas progresif pemberian ASI	9. Beri dukungan emosional pada ibu	Meningkatkan kesehatan
13. Tampak ketidakadekuatan asupan susu	6. Pengetahuan pemberian ASI : tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenal laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian	Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pulang)	(penyuluhan/pertimbangan pulang)
14. Luka putting yang menetap setelah minggu pertama menyusui		10. Penyuluhan tentang pentingnya pemberian ASI	10. Mendapatkan dukungan
15. Penurunan berat			

badan bayi terus-	ASI ibu mengenali
menerus	isyarat lapar dari
16. Tidak mengisap	bayi
payudara	

Factor Yang
Berhubungan

1. Deficit pengetahuan
 2. Anomaly bayi
 3. Bayi menerima makanan tambahan dengan putting buatan
 4. Diskontinuitas pemberian ASI
 5. Ambivalen ibu
 6. Ansietas ibu
 7. Anomaly payudara ibu
 8. Keluarga tidak mendukung
 9. Pasangan tidak mendukung
 10. Reflex menghisap buruk
 11. Prematuritas
 12. Pembedahan payudara sebelumnya
 13. Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya
-

Sumber : ((Nurarif & Kusuma, 2015, Doenges, 2015)

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Fase implementasi dari proses keperawatan mengikuti rumusan dari rencana keperawatan, implementasi mengacu pada pelaksanaan rencana keperawatan yang disusun. Tindakan dilakukan berdasarkan tingkat ketergantungan ibu *post partum Sectio Caesarea* (Doenges *et al.*, 2015)

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan hasil akhir yang diharapkan pada ibu *Post partum* dengan tindakan *Sectio Caesarea* adalah mampu mempertahankan kebutuhan perawatan diri, mampu mengatasi defisit perawatan diri, dan dapat meningkatkan kemandirian. masalah ketidaknyamanan fisik akibat *Sectio Caesarea* dalam kondisi ini ibu mendapatkan bantuan dari perawat dan keluarga dengan mengajarkan teknik cara mengurangi nyeri. Dengan bantuan yang diberikan diharapkan ibu mampu melakukan perawatan dirinya dan bayinya secara mandiri sehingga ibu terhindar dari bahaya infeksi karena adanya luka operasi sesarea serta memperlihatkan rasa nyaman (Hartati and A. Maryunani, 2015)

2.4 Nyeri

2.4.1 Definisi

Nyeri bersifat sangat subjektif karena intensitas dan reponya pada setiap orang berbeda-beda. Berikut adalah pendapat beberapa ahli tentang pengertian nyeri :

1. Long (1996) nyeri merupakan perasaan tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskannya dan mengevaluasi perasaan tersebut.
2. Priharjo (1992), nyeri merupakan perasaan tidak nyaman baik ringan maupun berat.
3. Wof weifsel feurset (1974), nyeri merupakan suatu perasaan menderita fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan.
4. International Association for the Study of Pain (IASP), Nyeri adalah sensori subjektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang dapat terkait dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan. (*Micron Medical Multimedia, 2015*)

2.4.2 Fisiologi nyeri

1. Nosisepsi

Rasa nyeri di hantarkan oleh reseptor yang disebut nosisseptor.

Nosisseptor merupakan ujung saraf perifer yang bebas dan tidak bermyelina atau hanya memiliki sedikit myelina.

Reseptor ini tersebar di kulit dan mukosa, khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati dan kandung empedu. Proses fisiologis yang terkait dengan nyeri disebut nosisepsi.

Proses ini terdiri dari empat tahap yaitu :

a. Transduksi

Rangsangan (stimulus) yang membahayakan memicu pelepasan mediator biokimia (misalnya, histamin, bradikinin, prostaglandin, dan substansi).

b. Transmisi

Tahap transmisi terbagi 3 bagian yaitu :

- 1) Stimulus yang diterima oleh reseptor ditransmisikan berupa impuls nyeri dari serabut saraf perifer ke medulla spinalis.
- 2) Nyeri ditransmisikan dari medulla spinalis ke bagian otak dan thalamus melalui jalur spinothalamus yang membawa informasi tentang sifat dan lokasi stimulus ke thalamus.

3) Sinyal diteruskan ke korteks senspriik somati(tempat nyeri dipersepsikan). Implu yang ditranmisikan mlaui spinotalamus thorak mengaktifkan respon otonomik dan limbik.

c. Persepsi

Individu mulai menyadari adanya nyeri dan tampaknya perseps nyeri tersebut terjadi di struktur korteks, shingga memungkinkan timbulnya beragi strategi perilaku kognitif untuk mengurangi komponen sensori dan afektif nyeri.

d. Modulas atau system desenden

Neuron di batang otak mengirimkan sinyal kembali ke tanduk dorsal medulla sepialis yang terkonduksi dengan nosiseptor implus spresif, serabut desenden melepaskan substansi seperti piois, serotonin, dan norepinefrin yang akan menghambat implus asenden yang membahayakan dibagian dorsal medulla sepinalis.

2. Teori *gate control*

Teori gate control ditemukan oleh malzack dan well pada tahun 1965. Berdasarkan teori ini fisiologis nyeri dapat di jelaskan sebagai berikut.

Akar dorsal pada medulla sepinalis terdiri atas beberapa lapisan yang saling bertautan. Diantara lapisan dua dan tiga

terdapat substansi gelatinosa yang berperan layaknya seperti pintu gerbang yang menghalangi masuknya impuls nyeri ke otak. Pada mekanisme nyeri rangsangan nyeri di sampaikan melalui serabut saraf kecil. Saraf kecil dapat menghambat substansi gelatinosa dan membuka pintu mekanisme sehingga merangsang aktivitas sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri.

3. Teori penghantaran nyeri

1) Teori pemisahan (*specificity*)

Rangsangan nyeri masuk melalui ganglion dorsal ke medulla spinalis melalui kornus dorsalis yang bersinapsis di daerah posterior. Rangsangan tersebut kemudian naik ke tractus lissur dan menyalang di garis median ke sisi lainnya, rangsangan nyeri berakhir di korteks tempat nyeri diteruskan.

2) Teori pola (*patteren*)

Rangsangan nyeri masuk ke medulla spinalis melalui ganglion akar dorsal dan merangsang aktivitas sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri ke korteks serebri. Nyeri yang terjadi merupakan efek gabungan dari intensitas rangsangan dan jumlah rangsangan pada ujung dorsal medulla spinalis.

3) Teori pengendalian gerbang (*gate control*)

Rangsangan nyeri di kendalikan oleh mekanisme gerbang pada ujung dorsal medulla sepinalis. Saraf besar dan saraf kecil pada ganglion akar dorsalis memungkinkan atau menghalangi penghantaran rangsangan nyeri.

4) Teori tranmisi inhibisi

Stimulus yang mengenai nosiseptor memulai tranmisi (penghantaran) implus saraf. Transmisi ini menjadi efektif karena terdapat neurotransmitter yang spesifik. Inhibisi implus nyeri juga menjadi efektif karena terdapat implus Pada serabut besar yang menngalahkan implus pada serabt lambat dan system supresi opiate endogen (potter & perry, 2011 dan *micron medical multimedia*, 2015).

2.4.3 Stimulus nyeri

Beberapa faktor dapat menjadi stimulus nyeri karena menekan resptor nyeri. Contoh faktor tersebut adalah trauma atau gangguan pada jaringan tubuh, tumor, iskemia pada jaringan dan spasme otot. Seseorang dapat mentoleransi, menahan nyeri (*pain tolerance*), atau dapat menegnali jumlah stimulus nyeri sebelum merasakan nyeri (*pain thereshold*). Terdapat beberapa jenis stimulus nyeri, diantaranya adalah :

1. Trauma pada jaringan tubuh, misalnya karena bedah, akibat terjadinya kerusakan jaringan dan iritasi secara langsung pada reseptor.
2. Gangguan pada jaringan tubuh, misalnya karena edema, akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri.
3. Tumor, dapat juga menekan reseptor nyeri.
4. Iskemia pada jaringan, misalnya terjadi blockade pada arteria koonaria yang menstimulasi reseptor nyeri akibat tertumpuknya asam laktat.

2.4.4 Klasifikasi nyeri

1. Jenis nyeri

a. Nyeri perifer

Nyeri perifer dapat dibedakan menjadi 3 jenis, yaitu sebagai berikut :

- 1) Nyeri superfisial, rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa
- 2) Nyeri viseral rasa nyeri yang timbul akibat rangsangan pada reseptor nyeri di rongga abdomen, cranium dan toraks.
- 3) Nyeri alih, rasa nyeri yang dirasakan di daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.

b. Nyeri sentral

Nyeri sentral adalah yang muncul akibat rangsangan ppada medulla spinalis, batang otak dan thalamus.

c. Nyeri psikogenik

1) Nyeri somatic, adalah nyeri yang berasal dari tendon, tulang saraf dan pembuluh darah.

2) Nyeri menjalar, adalah nyeri yang teraa di bagian tubuh yang lain, umumnya di sebabkan oleh kerusakan atau cedera pada organ visceral.

3) Nyeri neurologis, adalah bentuk neyri tajam yang di sebabkan oleh pasme di epanjang atau di beebrapa jalur saraf.

4) Nyeri phantom, adalah nyeri yang di dirasakan pada bagian tubuh yang hilang, misalnya pada bagian kaki yang sebenarnya sudah di amputasi.

2. Bentuk nyeri

a. Nyeri akut

Nyeri ysng timbul secara mendadak dan cepst menghilsng. Nyeri ini umumnya berlangsung selama enam bullan, penyebab dan lokasi nyeri biasanya sudah di ketahui. Nyeri akut di tandai dengan peningkatan tekanan otot dan kecemasan.

b. Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang berlangsung berkepanjangan, berulang dan menetap selama lebih dari enam bulan. Sumber nyeri yang di ketahui atau tidak.

2.4.5 Pengukuranintensitas nyeri

1. Skala nyeri menurut hayward

Skala nyeri menurut hayward dapat di uliskan sebagai berikut

- a. 0 = tidak nyeri
- b. 1-3 = nyeri ringan
- c. 4-6 = nyeri sedang
- d. 7-9 = sangat nyeri, tetapi masih dapat di kendalikan dengan aktifitas yang bisa di lakukan
- e. 10 = sangat nyeri dan tidak bisa di kendalikan



gambar 2.4visual rating Scale

2. Skaa nyeri menurut McGill

Skala nyeri menurut McGill dapat di tuliskan sebagai berikut :

- a. 0 = tidak nyeri
- b. 1 = nyeri ringan

- c. 2 = nyeri sedang
 - d. 3 = nyeri berat atau parah
 - e. 4 = nyeri sangat berat
 - f. 5 = nyeri hebat
3. Skala wajah atau wong-baker FACES rating scale

Skala wajah dapat di gambarkan sebagai berikut :

- a. 0 = tidak sakit
- b. 2 = sedikit sakit
- c. 4 = agak mengganggu
- d. 6 = mengganggu aktifitas
- e. 8 = sangat mengganggu
- f. 10 = tidak tertahankan



Gambar 2.5 (micron medical multimedia, 2015)

2.5 Teknik genggam jari

2.5.1 Pendahuluan

Setiap individu pernah mengalami nyeri dalam tingkat tertentu. Nyeri merupakan alasan yang paling umum orang mencari perawatan kesehatan. Individu yang merasakan nyeri merasa tertekan atau menderita dan mencari upaya untuk menghilangkan nyeri. Nyeri bersifat subjektif, tidak ada dua individu yang mengalami nyeri yang sama dan tidak ada dua kejadian nyeri yang sama menghasilkan respons atau perasaan yang identik pada seorang individu. Nyeri merupakan sumber penyebab frustrasi, baik klien maupun bagi tenaga kesehatan. Asosiasi Internasional untuk Penelitian Nyeri (International Association for the Study of Pain, IASP) mendefinisikan nyeri sebagai “suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan” (IASP, 1979). Nyeri dapat merupakan faktor utama yang menghambat kemampuan dan keinginan individu untuk pulih dari suatu penyakit. (Potter & Perry, 2005).

Pemulihan pasien post operasi membutuhkan waktu rata-rata 72,45 menit, sehingga pasien akan merasakan nyeri yang hebat rata-rata pada dua jam pertama sesudah operasi karena pengaruh obat anastesi sudah hilang, dan pasien sudah keluar dari kamar sadar (Mulyono, 2008).

Pascapembedahan (pascaoperasi) pasien merasakan nyeri hebat dan 75% penderita mempunyai pengalaman yang kurang menyenangkan akibat pengelolaan nyeri yang tidak adekuat. (Sutanto, 2004 cit Novarizki, 2009). Hal tersebut merupakan stressor bagi pasien dan akan menambah kecemasan serta ketegangan yang berarti pula menambah rasa nyeri karena rasa nyeri menjadi pusat perhatiannya. Bila pasien mengeluh nyeri maka hanya satu yang mereka inginkan yaitu mengurangi rasa nyeri. Hal itu wajar, karena nyeri dapat menjadi pengalaman yang kurang menyenangkan akibat pengelolaan nyeri yang tidak adekuat (Zulaik, 2008). Tingkat dan keparahan nyeri pasca operatif tergantung pada fisiologi dan psikologi individu dan toleransi yang di timbulkan nyeri (Brunner and Suddarth, 2014).

Perawat berperan dalam mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan pasien dan membantu serta menolong pasien dalam memenuhi kebutuhan tersebut termasuk dalam manajemen nyeri (Lawrence, 2002).

Menurut Simpson (2001), keahlian perawat dalam berbagai strategi penanganan rasa nyeri adalah hal yang sangat penting, tapi tidak semua perawat meyakini atau menggunakan pendekatan non farmakologis untuk menghilangkan rasa nyeri ketika merawat pasien post operasi karena kurangnya pengenalan teknik non

farmakologis, maka perawat harus mengembangkan keahlian dalam berbagai strategi dalam penanganan rasa nyeri.

2.5.2 Manajemen nyeri

Manajemen nyeri merupakan salah satu cara yang digunakan di bidang kesehatan untuk mengatasi nyeri yang dialami oleh pasien. Manajemen nyeri yang tepat haruslah mencakup penanganan secara keseluruhan, tidak hanya terbatas pada pendekatan farmakologi saja, karena nyeri juga dipengaruhi oleh emosi dan tanggapan individu terhadap dirinya. Secara garis besar ada dua manajemen untuk mengatasi nyeri yaitu manajemen farmakologi dan manajemen non farmakologi.

Teknik farmakologi adalah cara yang paling efektif untuk menghilangkan nyeri terutama untuk nyeri yang sangat hebat yang berlangsung selama berjam-jam atau bahkan berhari-hari. (Smeltzer and Bare, 2002.)

Pemberian analgesik biasanya dilakukan untuk mengurangi nyeri. Selain itu, untuk mengurangi nyeri umumnya dilakukan dengan memakai obat tidur. Namun pemakaian yang berlebihan membawa efek samping kecanduan, bila overdosis dapat membahayakan pemakainya. (Coates, 2001).

Pemberian analgesik dan pemberian narkotik untuk menghilangkan nyeri tidak terlalu dianjurkan karena dapat mengaburkan diagnosa (Syamsuhidayat, 2002). Metode pereda nyeri non farmakologis

biasanya mempunyai resiko yang sangat rendah. Meskipun tindakan tersebut bukan merupakan pengganti untuk obat-obatan, tindakan tersebut mungkin diperlukan atau sesuai untuk mempersingkat episode nyeri yang berlangsung hanya beberapa detik atau menit (Smeltzer and Bare, 2002).

Teknik relaksasi merupakan salah satu metode manajemen nyeri non farmakologi dalam strategi penanggulangan nyeri, disamping metode TENS (*Transcutaneous Electric Nerve Stimulation*), *biofeedback*, *placebo* dan distraksi. Manajemen nyeri dengan melakukan teknik relaksasi merupakan tindakan eksternal yang mempengaruhi respon internal individu terhadap nyeri. Manajemen nyeri dengan tindakan relaksasi mencakup latihan pernafasan diafragma, teknik relaksasi *progresif*, *guided imagery*, dan meditasi, beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa relaksasi nafas dalam sangat efektif dalam menurunkan nyeri pasca operasi (Brunner and Suddarth, 2014).

2.5.3 Menurut beberapa para ahli

Beberapa penelitian, telah menunjukkan bahwa relaksasi efektif dalam menurunkan nyeri pasca operasi. Ini mungkin karena relatif kecilnya peran otot-otot skeletal dalam nyeri pasca-operatif atau kebutuhan pasien untuk melakukan teknik relaksasi tersebut agar efektif. Periode relaksasi yang teratur dapat membantu untuk

melawan kelelahan dan ketegangan otot yang terjadi dengan nyeri kronis dan yang meningkatkan nyeri (Smeltzer and Bare, 2002).

1. Demikian juga penelitian yang dilakukan oleh Jacobson dan Wolpe menunjukkan bahwa relaksasi dapat mengurangi ketegangan dan kecemasan.
2. (Wallace, 1971. Beechdkk, 1982). Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stress, karena dapat mengubah persepsi kognitif dan motivasi afektif pasien.
3. Teknik relaksasi membuat pasien dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri (Potter & Perry, 2005).
4. Berbagai macam bentuk relaksasi yang sudah ada adalah relaksasi otot, relaksasi kesadaran indera, relaksasi meditasi, yoga dan relaksasi hipnosa (Utami, 1993).

Dari bentuk relaksasi di atas belum pernah dimunculkan kajian tentang teknik relaksasi genggam jari. Relaksasi genggam jari adalah sebuah teknik relaksasi yang sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi didalam tubuh kita. Teknik genggam jari disebut juga *finger hold* (Liana, 2008).