

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 preeklampsi, 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 memendekkan 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 cardiovaskuler dan sistem limphatik
- 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 mempredispensi 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 menunjukan 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 sisasisa 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, pada 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 statis, 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 sseperti 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 lingkar retraksi berhubungan dengan bagian atas dari canalis cervikalis. 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 kaeadaannya 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, tenram, hangat akan kasih saying 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 janga 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 bener-bener pulih dari efek analgesia dan keletihan, 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 kekhawatiranya lukanya terbuka bila ibu buang air besar. Diet postpartum harus mendapatkan nutrisi seimbang dan cukup makanan

bergizi untuk mengsuplai 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 mencangkup 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 uterus. 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 (*haemacconcentration*). 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 ekstravaskular.

b) *Cardiacoupot*

Cardiac output terus meningkat selama kala I dan kala II persalinan. Puncaknya selama masa nifas dengan tidak memerhatikan tipe persalinan daan 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 selam 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 derivate dari kolesterol. Hormon dalam jumlah yang sangat kecil bisa memicu terhadap 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 dalaam didalam darah.

Beberapa hormon dapat memengaruhi 1 atau 2 organ sedangkan hormone yang lainnya memengaruhi seluruh tubuh. Misalanya TSH dihasilkan oleh kelenjar hipofisa dan hanya memengaruhi kelenjar tiroid. Hormone tiroid dihasilkan oleh kelenjarkelenjar tiroid teapi hormone ini memengaruhi sel-sel diseluruh tubuh. Insulin dihasilkan oleh sel-sel pulau pancreas dan memengaruhi metabolism 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 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 kedaan 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 Daraha, tekanan darah biasanya meningkat pada persalinan 15mmHg systole dan 10 mmHg diastole. Biasanya stelah bersalin tidak berubah normal, kemungkinan tekanan drah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan draha tinggi pada post partum dapat menandakan adanya preeklampsi pada masa postpartum.
- 4) Pernapasan, dalam keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan kedaan 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 postparium.

- 2) Leukosit meningkat, dapat mencapai 15000/mm³ selama persalinan dan tetap tinggi dalam beberapa postparium. 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, neurotropil 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 bengak kemerahan yang dirasakan keras atau padat saat disentuh). Jika positif terdapat tanda-tanda homen (dorso fleksi kaki dimana menyebabkan otot-otot mengkompresi 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 dimulai 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* (Bahiyyatun, 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 persalinnya 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 (aterrn 3-42 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 ang 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 di lakukan 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 prsyaratan pervagina tidak dapat terpenuhi, maka di lakukan *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).

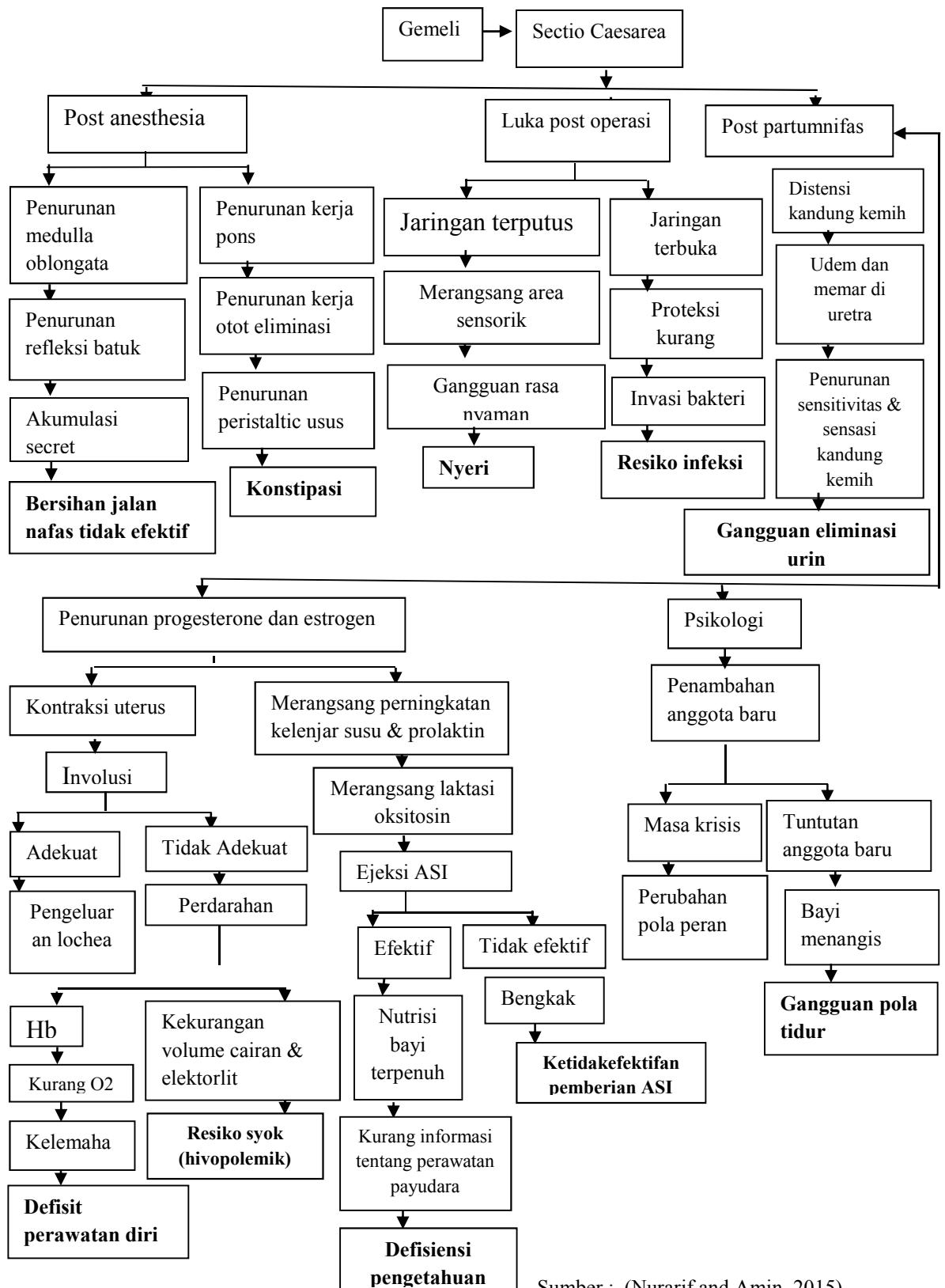
Sectio caesarea merupakan prosedur bedah untuk pelahiran janin dengan insisi melalui abdomen dan uterus, yang digunakan untuk melahirkan bayi melalui sayatan yang dibuat pada perut dan rahim (Ulfah, 2015).

2.2.2 Etiologi

Penyebab dilakukannya Seksio Sesarea terbagi dua,yaitu

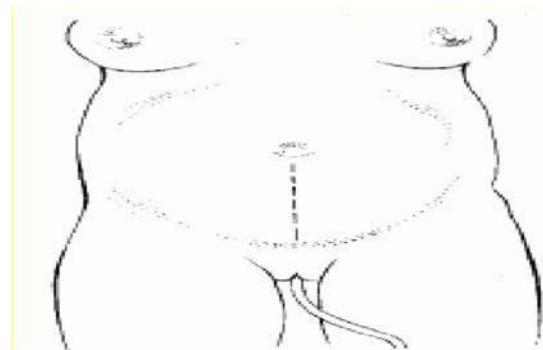
- a. Penyebab yang berasal dari ibu
 1. sejarah kehamilan atau persalinan yang buruk
 2. terdapat panggul sempit
 3. preeklamsia atau eklamsia
 4. primigravida kelainan letak
 5. kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM)
 6. atas permintaan dan plasenta previa
- b. Penyebab yang berasal dari janin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

2.2.3 Patofisiologi



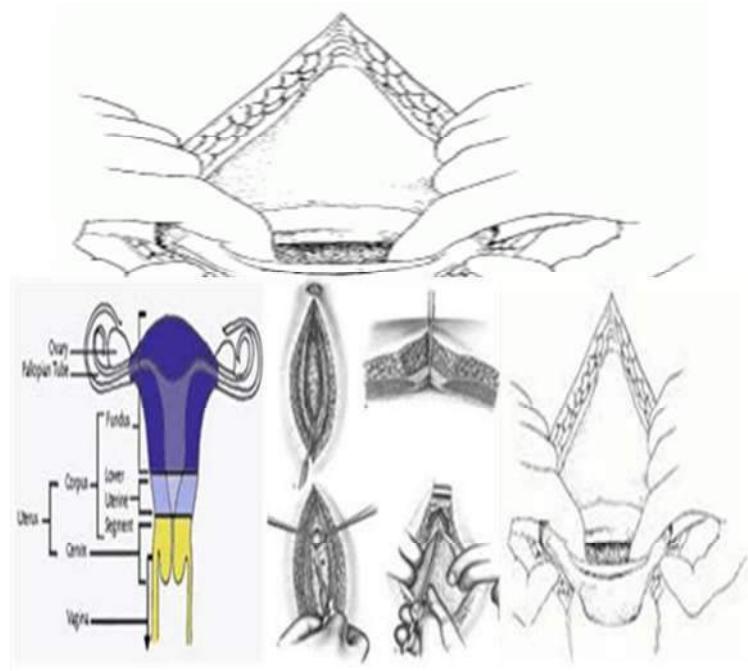
Sumber : (Nurarif and Amin, 2015)

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 SC*corporal*/klasik

Dilakukan insisi (irisai/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 flatus 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 PQRST.

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 keluha, 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 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) Riwayat 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

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 memeriksaan kehamilannya

c) Riwayat persalinan dahulu

Meliputi 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

Melibuti masalah atau keluhan saat nifas sebelumnya

f) Riwayat nifas sekarang

Melibuti 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 mencangkup makan : frekuensi, jumlah,jenis makanan yang disukai, porsi makan, pantangan, riwayat alergi terhadap makna 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, gunting 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

Melibuti kegiatan atau pekerjaan dan aktifitas klien sehari-hari serta kegiatan yang dilakukan diwaktu 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

Melibuti tingkat kesadaran, penampilan.

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

(2) Tanda-tanda vital

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

(3) Antropometri

Melibuti 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 pengecapan.

(7) Leher

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

(8) Dada

Jantung, paru-paru, dan payudara.

Inspeksi bentuk, adanya ketidaksimetrisan saat bernafas, palpasi adanya nyeri tekan, suara jantung dalness dan paru resonan, payudara biasanya keluar cairan bening kekuningan atau kolostrum, inspeksi warna aerola 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

Melibuti kesadaran bayi dengan menggunakan APGAR score dan penampilan bayi.

(b) Antropometri

Melibuti 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 faktor 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 2.1Intervensi Nyeri Akut

Diagnose Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Nyeri akut Definisi : 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 antisipasi atau di prediksi dan berlangsung <6 bulan. Batasan Karakteristik : 1. Perubahan selera makan 2. Perubahan tekanan darah 3. Perubahan frekuensi jantung 4. Perubahan	NOC 1. <i>Pain Level</i> 2. <i>Pain Control</i> 3. <i>Comfort Level</i> Kriteria Hasil : 1. Mampu mengontrol nyeri (mampu menggunakan teknik nonfarmakolog i untuk mengurangi nyeri). 2. Melaporkan bahwa nyeri berkang menjadi 1-3 (0-10) dengan terhadap nyeri : berlangsung <6 bulan. mengunakan manajemen nyeri Klien mungkin tidak 100% terbebas dari nyeri namun dapat merasa	NIC Mengkaji etiologi/faktor pendukung dan pencetus : 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan respon klien terhadap nyeri : presipitasi. 2. Klien mungkin tidak secara verbal melaporkan terhadap nyeri : respon klien terhadap nyeri : 2. Observasi reaksi nonverbal dan manan ketidaknyamanan sebelum langsung bermanfaat dalam mengenali	Mengkaji etiologi/faktor pendukung dan pencetus : 1. Mengidentifikasi faktor pencetus yang pemicu dan faktor yang mengurangi respon klien terhadap nyeri : 2. Klien mungkin tidak secara verbal melaporkan terhadap nyeri : respon klien terhadap nyeri : 2. Observasi reaksi nonverbal dan manan ketidaknyamanan sebelum langsung bermanfaat dalam mengenali

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

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

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

Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat 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 :	1. <i>Immune status</i>	Untuk menentukan	Untuk
Beresiko tinggi terhadap invasi organisme pathogen	2. <i>Knowledge</i> : <i>Infection control</i>	factor	menentukan resiko/pendukung factor
	3. <i>Risk control</i>	resiko/pendukung	resiko/pendukung
Factor resiko :	Kriteria Hasil :	1. Kaji adanya faktor spesifik	1. Trauma : pejamu yang mempengaruhi jalur umum
1. Penyakit kronis(diabetes mellitus, obesitas).	1. Menyatakan pemahaman penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi	imunitas seperti trauma, gaya hidup, usia	masuknya pathogen.
2. Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemanjangan	2. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi.	ekstrim, adanya penyakit yang mendasari.	2. Observasi kulit/jaringan

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

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

	(oenyuluhan/pertimbangan pemulangan)	melindungi 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, meningkatkan an hygenis.	
10.	Demam pasca hari operasi ke-3, leukosit dan takikardi menunjukan enfeksi.	
11.	Mencegah timbulnya pertumbuhan infeksi Meningkatkan kesehatan(penyuluhan/pertimbangan pemulangan)	
12.	Memberi pengetahuan dasar untuk perlindungan	

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

	berbicara atau mengeluarkan suara	pernafasan dalam rentan normal, tidak ada suara nafas abnormal).	expektoran bronchodilator, mukolitik, dan anti inflamasi)	gangguan. Mengeluarkan sekresi sesuai indikasi.
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		8. Auskultasi suara nafas, dengan mencatat perubahan dalam pergerakan udara.	memaksimalkan upaya batuk, ekspansi paru, dan drainase, dan mengurangi
13.	Mata terbuka lebar		9. Pantau tanda-tanda vital. Observasi peningkatan frekuensi pernapasan, gelisah/ansietas, dan penggunaan otot bantu nafas.	gangguan nyeri. Mengurangi resiko efek etelaktasis, yang meningkatkan ekspansi paru dan drainase bagian paru yang berbeda.
Factor yang berhubungan :				
1.	Lingkungan	1) Perokok pasif	5. Mereleksasikan	
		2) Mengisap asap	6. Mengurangi resiko efek etelaktasis, yang meningkatkan ekspansi paru dan drainase bagian paru yang berbeda.	
		3) Merokok		
2.	Obstruksi jalan nafas	1) Spasme jalan nafas	7. Memberikan kelembapan	
		2) Mokus dalam jumlah berlebihan	8. Merekapkan	
		3) Eksudat dalam jalan alveoli	9. Memberikan latihan	
		4) Adanya jalan nafas	10. Pemberian teknik pembersihan jalan nafas atau latihan	

	buatan	penguatan	otot	membantu
5)	Sekresi bertahan/sisa sekresi	pernafasan, perkusi dada jika diindikasian.		mengurangi kekentalan sekresi.
6)	Jalan nafas alergik	11. Tinjau latihan perubahan, catat nafas, teknik batuk komplikasi :		Mengkaji
7)	Asma			
8)	Penyakit paru obstruktif	efektif, dan penggunaan alat bantu tambahan pada penyuluhan	8. Untuk	memastikan status saat ini
9)	Hiperplasi dinding bronchial	pra operasi.		dan efek terapi untuk membersihkan
10)	Infeksi			jalan nafas.
11)	Disfungsi neuromuscular		9. Menunjukan perburukan gawat napas.	
				Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan 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 :	1. <i>Nutritional status</i> <i>food and fluid intake</i>	Mengevaluasi tingkat deficite	Mengevaluasi tingkat <i>deficit</i>
Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolic	2. <i>Nutritional status : weight control</i> Kriteria Hasil : 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai tujuan	1. Kaji berat badan saat ini, bandingkan dengan berat badan yang biasa, dan berat badan sesuai usia	1. Untuk mengidentifikasi perubahan yang memengaruhi pilihan intervensi
Batasan Karakteristik :	2. Berat badan idealsesuai dengan tinggi badan	2. Pantau pemeriksaan laboratorium(glukosa, elektrolit, zat besi, albumin serum, kolesterol)	
1. Kram abdomen	3. Msmpu	2. Untuk menentukan tingkat <i>deficit</i> nutrisi dan efek pada fungsi tubuh yang	
2. Nyeri abdomen			
3. Menghindari makanan	3. Mengidentifikasi kebutuhan nutrisi	3. Lakukan kolaborasi dengan tim	menentukan kebutuhan diet
4. Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal	4. Tidak ada tanda- tanda malnutrisi	4. Tidak ada tanda- tanda malnutrisi	khusus
5. Kerapuhan kapiler	5. Menunjukan peningkatan fungsi	Kebutuhan terapi kondisi khusus	3. Untuk menetapkan tujuan nutrisi ketika klien memiliki
6. Diare	pengecapan dan	4. Beri obat untuk nyeri atau mual, dan	kebutuhan diet
7. Kehilangan rambut	menelan		khusus, malnutrisi
	6. Tidak terjadi	pantau efek samping	berat

Factor	Yang	berlebihan	penurunan berat badan yang berarti	obat	Kebutuhan terapi kondisi khusus
8. Bising usus hiperaktif				5. Bantu dalam terapi guna mengoreksi atau mengendalikan faktor penyebab yang mendasari	4. Untuk meningkatkan kenyamanan fisik dan nafsu makan
9. Kurang makanan					
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					
22. Steatorea					
23. Kelemahan otot mengunyah					8. Untuk mengetahui pemahaman nutrisi klien
24. Kelemahan otot untuk mrnrlan					9. Untuk memantau keefektifan rencana diet

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

Factor Berhubungan :	Yang normal atau berpartisipasi dalam tindakan untuk mengoreksi atau mengompensasi defek	bandingkan dengan situasi saat ini 3. Membantu mengatasi/mencegah gangguan perkemihan/anjurkan asupan cairan hingga 200-3000 ml/hari	3. Mempertahankan fungsi ginjal, mencegah infeksi, pembentukan batu urin, menghindari kerak sekitar kateter
1. Obstruksi anatomic	mengoreksi atau mengompensasi	3. Membantu mengatasi/mencegah gangguan perkemihan/anjurkan asupan cairan hingga 200-3000 ml/hari	3. Membantu mengatasi/mencegah gangguan perkemihan/anjurkan asupan cairan hingga 200-3000 ml/hari
2. Penyebab multiple	defek	4. Klien menunjukkan perilaku untuk mencegah infeksi	4. Untuk orang dewasa yang utuh secara kognitif dan secara fisik mampu melakukan eliminasi sendiri kebutuhan
3. Gangguan sensori motoric	prilaku untuk mencegah infeksi	4. Bantu meningkatkan eliminasi yang rutin	4. Untuk orang dewasa yang utuh secara kognitif dan secara fisik mampu melakukan eliminasi sendiri kebutuhan
4. Infeksi saluran kemih	urin	5. Klien mampu manangani perawatan kateter urin atau stoma dan alat setelah diversi urin	5. Untuk memodifikasi terapi sesuai kebutuhan
		Meningkatkan kesehatan(penyuluhan/pertimbangan pulang)	6. Mengurangi resiko infeksi.
		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 penyebab atau pendukung
Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal	2. <i>Comfort level</i> 3. <i>Pain level</i> 4. <i>Rest : Extent and Pattern</i>	Mengkaji penyebab atau pendukung
Batasan Karakteristik :	5. <i>Sleep : Extent and Pattern</i>	1. Untuk mengetahui penyebab susah tidur klien
1. Perubahan pola tidur normal	Kriteria Hasil : saat ini	Mengevaluasi tidur dan tingkat disfungsi
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 istirahan	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	n hal-hal yang meningkatkan tidur	4. Untuk meningkatkan relaksasi
Factor yang berhubungan	Membantu mencapai pola istirahat tidur yang optimal	5. Untuk meningkatkan kualitas tidur klien
7. Kelembaban lingkungan sekitar	4. Nyalakan music yang lembut, lingkungan yang	6. Periode tidur tanpa gangguan yang lebih lama terutama
8. Suhu lingkungan sekitar	lingkungan yang	

9. Tanggung jawab memberi asuhan	tenan	dimalam hari
10. Perubahan pejanan terhadap cahaya gelap	5. Meminimalkan factor yang menganggu tidur	Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pulang)
11. Gangguan (mis, untuk tujuan terapeutik, pemantauaan, 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)	7. Yakinkan klien bahwa tidak dapat tidur sekali-kali tidak mengancam kesehatan
13. Kurang privasi, pencahayaan		
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 Kriteria Hasil	dan	Intervensi	Rasional
Kurang perawatan diri Definisi :	NOC		NIC	
mandi	1. Mendemonstrasikan teknik untuk memenuhi perawatan diri	1. Kaji status psikologi klien dan kondisi yang ada (nyeri, trauma	status psikologik klien dan kondisi yang ada (nyeri, trauma	1. Membantu menetapkan tujuan yang realistik dan
Hambatan kemampuan untuk melakukan atau				

menyelesaikan mandi/aktivitas perawatan diri sendiri.	2. Mengidentifikasi dan menggunakan sumber-sumber yang ada.	pembedahan)	membuat dasar untuk mengevaluasi keefektifan intervensi
Batasan karakteristik :			
1. Ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi	Kriteria Hasil: 1. Perawatan diri mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara	2. Motivasi untuk segera mungkin ada.	mobilitas, kemudian ditingkatkan secara bertahap
2. Ketidakmampuan mengeringkan tubuh	3. Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi	3. Berikan bantuan perawatan diri mandi/hygine, makan	2. Mobilisasi sedini mungkin dapat mempengaruhi status kesehatan
4. Ketidakmampuan menjangkau sumber air	2. Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh		3. Memenuhi kebutuhan perawatan diri
5. Ketidakmampuan mengatur air mandi	3. Skala nyeri berkurang menjadi 1-		klien
6. Ketidakmampuan membasuh tubuh	3 (0-10)		
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 Kriteria Hasil	Intervensi			Rasional
Konstipasi	NOC	NIC			
Definisi :	1. Defekasi	Identifikasi	factor	Identifikasi	factor
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	penyebab		penyebab	
	3. Perawatan diri	1. Tinjau program diet harian, dengan mencatat apakah diet	1. Ketidakseimbangan nutrisi		
	Kriteria Hasil:	mempengaruhi			
	1. Menetaukan atau memperoleh kembali pola defekasi yang normal	kurang serat	jumlah	dan	
	2. Menyatakan	2. Lakukan auskultasi abdomen	konsistensi feses,		
	Pola eliminasi normal	3. Lakukan palpasi abdomen	serat makanan		
Batasan Karakteristik :	pemahaman tentang etiologic	4. Diskusikan kebiasaan eliminasi yang normal	yang	tidak	
1. Nyeri abdomen	dan intervensi atau solusi yang tepat untuk individu	5. Catat faktor yang biasanya menstimulasi aktivitas usus dan setiap gangguan yang ada	adekuat		
2. Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot	terapakan	3. Memerlihatkan perilaku atau perubahan gaya hidup	menyebabkan		
3. Nyeri tekan abdomen tanpa terapa resistensi otot	ada	Mengkaji pola eliminasi perubahan gaya saat ini untuk mencegah	fungsional usus yang buruk		
		6. Catat warna, bau, konsistensi, jumlah	Untuk mengetahui adanya lokasi dan karakteristik		
			aktivitas usus dan setiap gangguan yang menggambarkan		
			biasanya menstimulasi aktivitas usus dan setiap gangguan yang menggambarkan		
			aktifitas usus		
			3. Agar mengetahui adanya kekerasan, distensi, dan		

4. Anoreksia	4. Berpartisipasi dalam proram defekasi sesuai indikasi	dan frekuensi feses setiap kali defekasi selama fase pengkajian	massa/retensi feses
5. Penampilan tidak khas pada lansia (misal, perubahan pada status mental, inkontinensia urinarius)		7. Pastikan durasi masalah saat ini dan tingkat kekhawatiran klien	Pola eliminasi normal
6. Borbogirigm		Memfasilitasi kembalinya pola eliminasi yang normal	4. Membantu mengidentifikasi persepsi klien terhadap masalah
7. Darah merah pada feses		8. Tinjau program medikasi klien saat ini dengan dokter	5. Untuk mengetahui aktivitas usus dan gangguan yang ada pada klien
8. Perubahan pola pada defeksi		9. Lakukan mandi	Mengkaji pola eliminasi saat ini
9. Penurunan frekuensi		dengan rendam duduk sebelum defekasi	6. Dasar untuk perbandingan
10. Penurunan volume feses		10. Dukung terapi penyebab medis yang mendasari jika tepat	7. Konstipasi pasca bedah dapat menyebabkan distress yang hebat
11. Distensi abdomen			
12. Rasa rektal penuh			
13. Rasa tekanan rektal			
14. Keletihan umum			
15. Feses keras dan berbentuk		Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pulang)	Memfasilitasi kembalinya pola eliminasi yang normal
16. Sakit kepala		11. Beri informasi dan sumber kepada klien mengenai diet, latihan fisik, cairan, dan penggunaan laktasif yang tepat	8. Menentukan obat yang menyebabkan konstipasi
17. Bising usus hiperaktif		12. Beri dukungan social dan emosional	9. Untuk merelaksasikan sfingter
18. Bising usus hipoaktif		13. Identifikasi tindakan khusus yang dilakukan jika	10. Dapat
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 tidak terselesaikan	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
28. Tidak dapat mengeluarkan feses		manajemen usus jangka panjang
29. Muntah		13. Intervensi yang tepat waktu
Factor yang berhubungan :		
1. Fungsional :		
1) Kelemahan otot abdomen		
2) Kebiasaan mengabaikan dorongan defekasi		
3) Ketidakadек uatan 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. Struktur anak rektal
 - 12. Prolapse rektal, ulkus rektal
 - 13. Rektokel, tumor

Fisiologis

- 1. Perubahan pola makan
- 2. Perubahan makanan
- 3. Penurunan motilitas traktus gastrointerestinal
- 4. Dehidrasi
- 5. Ketidakadekuatan gigi geligi
- 6. Ketidakadekuatan hygine 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 Kritwria Hasil	dan Intervensi		Rasional	
Resiko syok	NOC	NIC			
Definisi :	1. Syok prevention	Kaji	factor	Kaji	factor
Beresiko terhadap ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa	2. Syok management	penyebab/pendukung	penyebab	penyebab/pendukung	
		1. kaji riwayat adanya	syok	1. Menunjukan volume darah yang bersirkulasi menurun	
		penyebab hipovolemik, seperti trauma, pembedahan	syok	yang bersirkulasi	
		2. infeksi kulit, catat adanya luka terumatis atau luka pembedahan		menurun	
		3. Kaji tanda-tanda vital		2. Untuk mengetahui	
		3. Frekuensi nafas		adanya trauma	
Factor Resiko :	dalam batas yang diharapkan	Mencegah	kemungkinan penyebab syok		
1. Hipotensi		4. Kolaborasi	terapi	3. Untuk	
2. Hipovolemi	4. Irama nafas	terhadap kondisi yang mendasari		mengetahui	
3. Hipoksemia	dalam batas yang diharapkan	5. Beri cairan elektrolit, koloid sesuai indikasi		kondisi klien	
4. Hipoksia		5. Meningkatkan kesehatan			
5. Infeksi	5. Natrium serum	(penyaluhan/pertimbangan pulang)		Mencegah	
6. Sepsis	dalam batas	6. Instruksikan klien		kemungkinan	
7. Sindrom respon inflamasi sistemik	normal	mengenai cara		penyebab syok	
	6. Kalium serum	mencegah kondisi yang mendasari		4. Untuk memaksimalka	
	dalam batas	yang termasuk dehidrasi		n sirkulasi	
	normal			5. Untuk mempertahank	
	7. Klorida serum			sistemik	
	dalam batas			5. Untuk	
	normal			mempertahank	
	8. Kalsium serum			a volume	
	dalam batas			sirkulasi dan	
	normal			mencegah	
	9. Magnesium serum			kondisi syok	
	dalam				

	batas normal	Meningkatkan
10.	pH darah serum dalam batas normal	kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pulang)
11.	hidrasi indicator:	6. Untuk meningkatkan pengetahuan
1)	mata cekung tidak ditemukan	
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 Kriteria Hasil	dan Intervensi	Rasional
Resiko perdarahan	NOC	NIC	
Definisi :	1. <i>Blood lose</i>	Mengkaji factor	Mengkaji factor
Beresiko mngalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan.	severity 2. <i>Blood koagulation</i>	prnyebab/pendukung 1. Catat faktor kehamilan sesuai indikasi	penyebab/pendukung 1. Banyak faktor yang dapat terjadi, termasuk overdistensi
Factor Resiko :	Kriteria Hasil :		
1. Aneurisme	1. Tidak ada hematuria dan kehilangan darah yang	Untuk mengevaluasi perdarahan potensial pada klien pasca	uterus, kehamilan kembar,
2. Sirkumsisi	2. Pantau perineum		persalinan yang cepat atau lama, laserasi yang
3. Defisiensi pengetahuan	2. Kehilangan		

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

	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 Kriteria Hasil	dan Intervensi	Rasional
Deficit pengetahuan	NOC	NIC	
Definisi : Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topic tertentu.	1. Knowledge : health behavior	Untuk menentukan factor lain yang berhubungan dengan belajar	Untuk menentukan factor lain yang berhubungan dengan belajar
Batasan Karakteristik :	Kriteria Hasil :	1. Catat faktor personal Untuk menentukan prioritas bersama klien	1. untuk mengetahui kemampuan dan keinginan untuk belajar serta
1. Perilaku hiperbola 2. Ketidakakuratan	1. Klien dan keluarga menyatakan pemahaman	2. Tentukan kebutuhan klien yang paling	memahami

	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
Factor yang berhubungan :	benar	Untuk menentukan isi	dan memberi poin awal untuk	
1.	Keterbatasan kognitis	3. Klien dan keluarga mampu menjelaskan	3. Identifikasi informasi yang perlu diingat pada tingkat perkembangan dan pendidikan klien	penyuluhan dan perencanaan hasil untuk keberhasilan yang optimal
2.	Salah intepretasi informasi	kembali apa yang dijelaskan perawat		
3.	Kurang pajanan	atau tim kesehatan		untuk menentukan isi
4.	Kurang minat dalam belajar	lainnya.	Untuk mengembangkan tujuan pembelajaran	yang dimasukkan
5.	Kurang dapat mengingat		4. Nyatakan tujuan secara jelas dengan ucapan pembelajaran untuk memenuhi kebutuhan pembelajaran	3. Agar informasi mudah dipahami
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 menafsirkan dengan kata-katanya sendiri, lakukan demonstrasi Untuk meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pulang)	Untuk memfasilitasi pembelajaran 7. Mengevaluasi pembelajaran Untuk meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan an pulang)
8.	beri akses informasi mengenai orang yang dapat dihubungi	Untuk memudahkan mengakses informasi

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

12. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses 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 faktor penyebab/pendukung	Mengidentifikasi faktor
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 : Bayi : perlakatan	pemberian ASI	2. Mengidentifikasi kebutuhan saat ini dan masalah yang ditemui
1. Ketidakadekuatan suplai ASI	2. Bayi melengkung menyesuaikan diri dengan payudara	3. Catat pengalaman yang tidak memuaskan	3. Untuk mengetahui penyebab

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

	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 di lakukan 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 ketidak nyamanan fisik akibat *Sectio Caesarea* dalam kondisi ini ibu mendapatkan bantuan dari perawat dan kelarga dengan mengajarkan teknik cara mengurangi nyeri. Dengan bantuan yang di berikan diharapkan ibu mampu melakukan perawatan dirinya dan bayinya secara mandiri sehingga ibu terhindar dari bahaya infeksi karena adanya luka oprasi sesaea 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 menjelaskan 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. Internartional Association or Atudy 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 reeptor yang d sebt nosiseptor.

Nosisesptor merupakan ujung saraf perifer yang bebas dan tidak bermeiline atau hanya memikiki sedikit myeline.

Reseptor ini tersebar di kulit dan mukosa, khususnya pada visiera, persendian, dinding artri, hati dan kandung empedu proses fisiologis yang terkait dengan nyeri disebut nosisipsi.

Proses ini terdiri dari empat tahap yaitu :

a. Tranduksi

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

b. Transmisi

Taap transmisi terbagi 3 bagian yaitu :

1) Stimulus yang diterima oleh reseptor ditransmisikan

berupa implus nyeri dari serabut saraf perifer ke medulla sepinalis.

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 sensprik somati(tempat nyeri dipersepsi). Implu yang ditranmisikan mlaui spinotalamus thorak mengaktifkan respon otonomik dan limbik.

c. Persepsi

Individu mulai menyadari adanya nyeri dan tampaknya persepsi 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 gatinosa yang berperan layaknya seperti pintu gerbang yang menghalangi masuknya impuls nyeri ke otak. Pada mekanisme nyeri rangsangan nyeri disampaikan melalui serabut saraf kecil. Saraf kecil dapat menghambat substansi gelatinosa dan membuka pintu mekanisme sehingga merangsang aktivitas sel T yang selanjutnya akan mengantarkan 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 menyilang 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 mengantarkan rangsangan nyeri ke korteks serebral. Nyeri yang terjadi merupakan efek gabungan dari intensitas ransangan dan jumlah rangsangan pada ujung dosal medulla spinalis.

3) Teori pengendalian gerbang (*gate control*)

Rangsangan nyeri di kendalikan oleh mekanisme gerbang pada ujung dorsal medulla spinalis. 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 mennghalangi implus pada serabut lambat dan sistem 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 para reseptor.
2. Gangguan pada jaringan tubuh, misalnya karena edema, akibat terjadinya penekanan pada resptor 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 di rasakan di daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.

b. Nyeri sentral

Nyeri sentral adalah yang muncul akibat rangsangan pada 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 terasa di bagian tubuh yang lain, umumnya disebabkan oleh kerusakan atau cedera pada organ viseral.
- 3) Nyeri neurologis, adalah bentuk nyeri tajam yang disebabkan oleh pasme di ekspansi atau di beberapa jalur saraf.
- 4) Nyeri phantom, adalah nyeri yang dirasakan pada bagian tubuh yang hilang, misalnya pada bagian kaki yang sebenarnya sudah di amputasi.

2. Bentuk nyeri

a. Nyeri akut

Nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang. Nyeri ini umumnya berlangsung selama enam bulan, penyebab dan lokasi nyeri biasanya sudah diketahui. Nyeri akut ditandai dengan peningkatan tekanan otot dan kecemasan.

b. Nyeri kronis

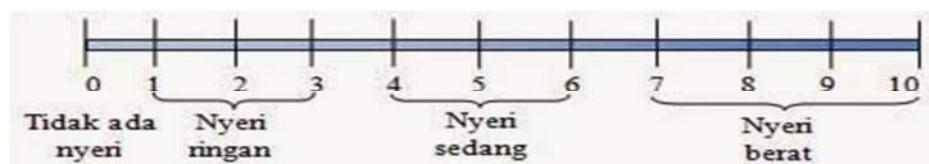
Nyeri kronis merupakan nyeri yang berlangsung berkepanjangan, berulang dan menetap selama lebih dari enam bulan. Sumber nyeri yang di ketahui atau tidak.

2.4.5 Pengukuran intensitas nyeri

1. Skala nyeri menurut hayward

Skala nyeri menurut hayward dapat di ulisakan 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. Skala 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 gambaran sebagai berikut :

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



Gambar 2.5 (micron medical multimedia, 2015)

2.5 Teknik genggam jari

2.5.1 Pendahuluan

Setiap individu pernah mengalaminyeri dalam tingkat tertentu.Nyeri merupakan alasan yang palingumum orang mencari perawatan kesehatan. Individu yang merasakan nyeri merasatertekanatau 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 responsatau perasaan yang identik pada seorang individu. Nyeri merupakan sumber penyebab frustasi, baik klien mau pun 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 setelah operasi karena pengaruh obat anestesi 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 rasanya 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 fisiologis dan psikologis individu dan toleransi yang ditimbulkan 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 rasanya 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 dibidang 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. (SmeltzerandBare,2002.)

Pemberian analgesik biasanya dilakukanuntuk 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 (*Transcutaneons Electric Nerve Stimulation*), *biofeedback*, *plasebo* 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).