

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar**

##### **2.1.1 Konsep Postpartum**

###### **A. Masa Nifas**

Masa Nifas adalah masa dimulai ketika 2 jam postpartum dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti ke keadaan semula atau sebelum hamil, biasanya masa nifas ini berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari. Namun secara keseluruhan baik secara fisiologis maupun psikologis akan pulih kembali dalam waktu 3 bulan. Jika secara fisiologisnya sudah terjadi perubahan pada bentuk semula (sebelum hamil), namun pada faktor psikologisnya masih saja terganggu maka bisa dikatakan masa nifas tersebut belum berjalan dengan normal atau sempurna. Masa nifas (post partum atau puerperium) berasal dari Bahasa latin yaitu “puer” yang artinya bayi dan “parous” yang berarti melahirkan. (Febi sukma et al, 2017)

###### **B. Tahapan masa Nifas**

Dalam hal ini masa nifas dibagi kedalam tiga tahapan, yaitu puerperium dini (immediate puerperium), puerperium intermedial (early puerperium) dan remote puerperium (later puerperium). Adapun penjelasannya sebagai berikut:

1. Puerperium dini (immediate puerperium), masa pemulihan dimana ibu telah diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan dalam (waktu 0-24 jam) postpartum,

Adapun dalam ilmu agama islam dikatakan atau dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2. Puerperium intermedial (early puerperium), suatu masa dimana pemulihan dari organ-organ reproduksi secara menyeluruh dan selam kurang lebih 6 sampai 8minggu.
3. Remote puerperium ( later puerperium), waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan yang sempurna secara bertahap terutama jikasalamamasakehamilandanpersalinanibumengalamikomplikasi,waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, bulan bahkantahun.

#### 2.1.2 Anatomi dan Fisiologi

##### Bagianabdomen

##### 1. Kulit

Kulit terdiri dari dua jenis lapisan diantaranya yaitu kulit ari (epidermis) dan kulit jangat atau disebut juga (dermis/kutis). Kedua kulit ini saling berhubungan dengan jaringan kulit yang berada dibawahnya perantarannya oleh jaringan ikat dibawah kulit (hypodermis/subkutis) (Syarifuddin, 2016).

- a. Lapisanepidermissuatujaringankulityangberadadipalingluaryang terdiri dari lapisan gepeng epitel unsur-unsur utamanya ada sel-sel tandung atau biasa disebut juga (kerotinosit) dan ssel malanosit. Lapisan ini selalu dibawah yang bermiosis terus, lapisan paling luar epidermisselaluterkelupasdangugur.Epidermisjugatersusunoleh

beberapa sel-sel epidermis terutama serat-serat kolagen dan memiliki serat elastis. Pada intinya kulit (epidermis) terdiri dari beberapa sel.

b. Lapisan dermis

Batas dari dermis (kulit jangat) yang memiliki ketebalan 0,5-3 mm. lebih tebal dari epidermis yang dibentuk dari beberapa komponen jaringan pengikat. Kulit ini juga terdiri dari serat-serat kolagen, serat-serat elastis dan serat-serat retikulin. Serat-serat ini bersama pembuluh darah dan pembuluh darah getah bening yang membentuk anyaman-anyaman untuk memberikan peredaran pada kulit.

c. Lapisan Hipodermis

Lapisan yang berada di bawah kulit ini (fasia superfisial) terdiri dari jaringan pengikat longgar. Pada adipose terdapat juga suatu susunan lapisan kulit subkutan yang dapat membentuk mobilitas kulit di atasnya. Bila terdapat lobules lemak yang merata pada hipodermis maka akan membentuk suatu bantalan lemak yang bisa juga disebut dengan panikulus adiposu. Pada daerah lapisan perut dapat mencapai ketebalan 3 cm.

**Otot abdomen**

a. Musculus oblique eksternal abdomina

Otot ini merupakan otot terbesar dan paling superfisial dari tiga otot di bawahnya abdominal anterolateral. Otot ini terletak dibagian belakang tulang rusuk bagian bawah dan melintas menuju panggul. Otot ini memiliki fungsi yaitu untuk menunjang dalam pergerakan

tulang belakang dan menstabilkan tulang belakang saat dilakukan latihan yang akan membuat tubuh menekuk ke samping. (Hariawati 2013 dalam laksono, 2016)

b. *Musculus oblique internalabdominal*

Otot ini mempunyai fungsi diantaranya yaitu untuk menekan dan menopang viscera abdominal, memfleksikan dan merotasi dalam batang tubuh, otot ini juga terletak dibawah muscular oblique abdominal (hariawati, 2013 dalam laksono, 2016).

c. *Musculus transverseabdominal*

Otot ini terletak di paling dalam diantara ketiga otot yang lain, transverse abdominal yang memiliki peran untuk menstabilkan punggung bagian bawah. Para ahli juga menyatakan bahwa saat melakukan aktivitas seperti berjalan, berlari dan sebagainya, otot inilah yang akan berperan aktif bergerak (hariawati, 2013 dalam laksono ,2016)

d. *Musculus rectusabdominal*

*Musculus rectus abdominal* suatu otot yang mirip ambin, lebar dan panjang. Otot ini juga merupakan otot vertical utama pada dinding anterior (Hariawati, 2013 dalan laksono, 2016).

### **Fisiologi**

Adapun bebarapa teknik yang perlu diperhatikan yaitu mengenaicara insisipadaabdomen,uterus,carapelahiranbayidanpenjahitanuterus.

Dapat diuraikan dalam halberikut.

## 1. Insisi abdomen

- a. Dalam insisi abdomen, perawat diharuskan memiliki pengetahuan tentang lapisan dinding perut, yang dapat diuraikan sebagai berikut:

- 1) Kulit
- 2) Jaringan subkutis
- 3) Fascia karpa (membatasi diantara dua jaringan subkutis)
- 4) Otot dinding perut: m: oblikus eksternus
- 5) M: oblikus internus
- 6) Fascia transversalis
- 7) Jaringan peritoneum
- 8) Peritoneum
- 9) Peritoneum parietale

- b. Insisi abdomen, dapat dilakukan secara vertikal dan transversal atau lintang. Diuraikan sebagai berikut:

### 1) Insisi vertikal

Insisi vertikal garis tengah yang infraumbilikus yaitu insisi yang paling cepat untuk dibuat. Insisi ini juga harus cukup panjang supaya janin tidak mengalami kesulitan saat lahir karena harus disesuaikan dengan taksi ukuran janin.

Pembesaran secara tajam dapat dilakukan sampai dengan level vagina m; abdominis lamina anterior, yang dapat dibebaskan dari lemak subkutis untuk memperlihatkan

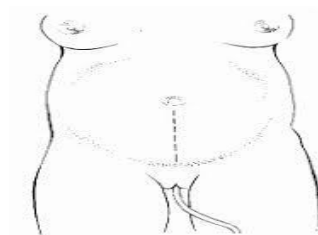
sepotong fascia di garis tengah dengan lebar 2cm. fasciatras versalis dan lemak praperitoneum dibebaskan secara hati-hati untuk mencapai peritoneum yang terletak dibawahnya. Peritoneum yang terletak dengan ujung atas insisi dibuka secara hati-hati.

## 2) Insisi transversal/lintang

Kulit dan jaringan subkutan yang disayat dengan menggunakan insisi transversal rendah akan sedikit melengkung. Insisi ini dibuat dengan setinggi garis rambut pubis dan diperluas sedikit melebihi batas lateral otot rektus. Setelah jaringan subkitis letaknya dipindahkandari fascia dibawahnya 1cm atau lebih pada kedua sisi, fascia dipotong secara melintang sesuai panjang insisi.

Gambar 2.1

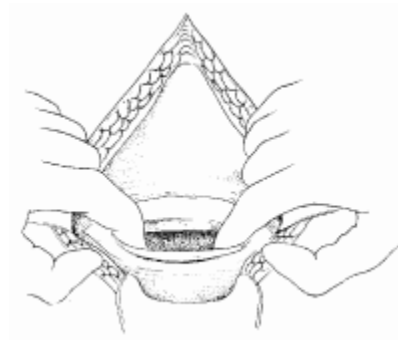
Insisi vertikal



Sumber: setiyani eka sari, 2012

Gambar 2.2

Insisi tranversal/lintang



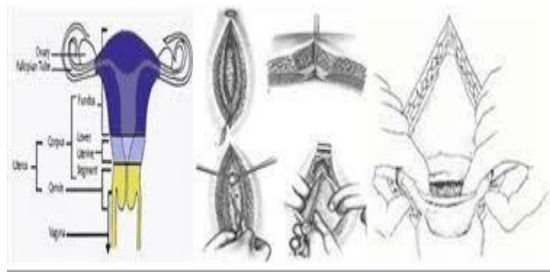
Sumber: setiyani ekasari, 2012

c. Seksio sesareaklasik

Merupakan sebagian besar dari insisi yang dibuat segmen bawah uterus dengan cara melintang atau jarang secara vertikal. Insisi melintang ini terletak disegmen bawah yang memiliki keunggulan yaitu hanya memerlukan sedikit pemisahan kandung kemih dari myometrium dibawahnya. Dan apabila insisi ke arah lateral maka dapat terjadi laserasi pada salah satu atau kedua pembuluh uterus. Insisi vertikal dapat diperluas ketas sehingga pada keadaan-keadaan yang memiliki ruang lebih lapang atau luas. Insisi dapat dilanjutkan ke korpus uterus. Untuk itu supaya dapat menjaga agar insisi vertikal tetap lebih luas pada kandung kemih. Maka dari itu apabila meluaskabawah, insisi vertikal dapat menebus serviks lalu ke vagina mungkin dan mungkin mengenai kandung kemih.

Gambar 2.3

Seksioesarea klasik



Sumber: setiyani ekasari, 2012

### 2.1.3 Perubahan fisiologi dan psikologi

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:

- 1) 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 jugadikatakan sebagai pengrusakan secara langsung jaringan hipertropi yang berlebihan hal ini disebabkan karena penurunan kadarhormone estrogen danprogesteron.



- 2) Terdapat polymorph phagolitik dan macrophages didalam sistem kardiovaskuler dan sistem limfatik
- 3) 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 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 memprediksi terjadinya perdarahan pasca

partum sekunder, yang didefinisikan sebagai perdarahan berlebih dari saluran genitalia yang terjadi selama lebih dari 24 jam, tetapi masih dalam minggu keenam, setelah melahirkan. Penemuan penemuan ini menunjukkan perlunya rujuk ke dokter dan penanganan segera. Ada pun macam-macam lochea:

- a. Lochea rubra ( cruenta), berwarna merah tua, berisi darah dari perobekan atau luka pada plasenta dan sisa-sisa selaput ketuban. Sel-sel desidua dan korion, verniks kaseosa, lanugo, sisa darah dan mekonium, selama 3 hari postpartum.
- b. Lochea sanguinolenta, berwarna kecoklatan berisi darah dan lendir, dihari 4 sampai 7postpartum.
- c. Lochea serosa, berwarna kuning, berisi cairan lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta, pa da hari ke 7 sampai 14 haripostpartum.
- d. Lochea alba, cairan putih berisi leukosit , berisi selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati setelah 2 minggu sampai dengan 6 minggu postpartum.
- e. Lochea purulenta, terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbaubusuk.
- f. Lochea statis, lochea tidak lancar keluarnya atautertahan.

#### c. Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Perubahan-perubahan ini didapatkan pada serviks postpartum dengan bentuk

serviks yang akan membuka seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga seolah-olah ada 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 robek dalam persalinan. Namun pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh 1 jari saja dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari kanalis servikalis. Pada serviks berbentuk sel-selotot baru yang mengakibatkan serviks memanjang seperti celah. Oleh karenanya hyperpalpsi ini tidak ada karena adanya retraksi dalam serviks juga, robekan serviks menjadi sembuh, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup. Walaupun begitu, setelah involusi uterus selesai, ostium externum tidak serupa atau sama dengan keadaannya sebelum hamil, pada umumnya ostium eksternum lebih besar dan tetap ada retak-retak dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya. Oleh robekan ke samping ini terbentuk bibir depan dan bibir belakang pada serviks.

#### d. 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.

#### e. Perineum

Sebelum melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. 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.

#### f. Payudara

Laktasi dapat diartikan sebagai pembentukan dan pengeluaran air susu ibu (ASI), yang merupakan makanan pokok bagi bayi yang alamiah. Dan bagi setiap ibu yang melahirkan akan tersedia makanan untuk bayinya dan bagis anak akan terasapuas dalam pelukan ibunya, merasa

aman, tenang, hangat akan kasih sayang ibunya. Hal ini merupakan faktor yang paling penting bagi perkembangan anak selanjutnya. Produksi asi sendiri masih berpengaruh oleh faktor kejiwaan, ibu yang selalu dalam keadaan tertekan, sedih, kurang percaya diri, dan berbagai ketegangan emosional akan mengakibatkan penurunan dalam volume asi bahkan tidak akan terjadi produksi asi. Ibu yang sedang menyusui juga jangan terlalu banyak dibebani urusan pekerjaan rumah tangga, urusan kantor dan lainnya, karena hal ini juga dapat mempengaruhi produksi asi untuk memproduksi asi yang baik harus dalam keadaan tenang.

## 2. Sistem Pencernaan

### 1) Nafsu Makan

Ibu biasanya akan merasa lapar saat setelah melahirkan, sehingga dapat mengonsumsi makanan ringan. Ibu sering sekali merasa cepat lapar setelah melahirkan dan siap makan pada 1 sampai 2 jam postprimordial dan dapat ditoleransi dengan diet yang ringan. Setelah benar-benar pulih dari efek analgesia dan kelelahan, kebanyakan ibu merasa sangat lapar. Permintaan untuk memperoleh makanan dua kali dari jumlah yang biasa dikonsumsi disertai mengonsumsi 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.

## 2) 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.

## 3) 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 pascapartum, diarese sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan atau dehidrasi. Ibu sering kali sudah menduga nyeri saat defekasi karena nyeri yang dirasakannya di perineum akibat episiotomy, laserasi atau hemoroid. Kebiasaan buang air yang teratur harus dicapai kembali setelah tonus usus kembali normal. Kebiasaan mengosongkan usus secara regular perlu dilatih kembali untuk merangsang pengosongan usus. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu yang berangsur-angsur untuk kembali normal. Pola makan ibu nifas tidak akan seperti biasa dalam beberapa hari dan perineum ibu akan terasa sakit saat ibu defekasi. Faktor-faktor tersebut mendukung konstipasi pada ibu nifas

dalam minggu pertama. Akan kekhawatirannya lukanya terbuka bila ibu buang air besar. Diet postpartum harus mendapatkan nutrisi seimbang dan cukup makanan bergizi untuk mensuplai tambahan kalori dan nutrisi yang diperlukan selama masa laktasi. Jika nutrisi ini dipenuhi maka ibu akan cepat pulih, kuantitas dan kualitas asi akan lebih baik dan juga lebih dapat mencegah infeksi.

### 3. 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.

### 4. Sistem Muskuloskeletal

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

### 5. Sistem Kardiovaskular

Selama kehamilan volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh plasenta dan pembuluh darah uterin. Dalam penarikan ekstrogen juga dapat menyebabkan terjadinya diuresis dan secara cepat mengurangi volume plasenta kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2 sampai 4 jam pertama setelah kelahiran bayi.

Selama masa ini ibu akan mengeluarkan dengan jumlah banyak urine. Hilangnya progesterone dapat membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma selama persalinan.

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

#### a. Volume darah

Perubahan pada volume darah tergantung pada beberapa variable.

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

#### b. Cardiac output



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

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

## 6. Sistem Endokrin

Hormon merupakan suatu zat yang dilepaskan ke dalam suatu aliran darah dari suatu kelenjar atau organ, yang dapat mempengaruhi kegiatan di dalam sel-sel. Dari sebagian hormon merupakan protein yang terdiri dari rantai asam amino dengan panjang yang jelas berbeda-beda. Sisanya merupakan steroid, yaitu zat lemak yang merupakan derivat dari kolesterol. Hormon dalam jumlah yang sangat kecil bisa memengaruhi tubuh yang sangat luas. Hormon berikatan kepada reseptor di permukaan sel atau di dalam sel. Ikatan antara hormone dan reseptor akan mempercepat, memperlambat atau mengubah fungsi sel. Pada akhirnya hormone mengendalikan fungsi dari organ secara keseluruhan.:

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

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

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

#### 7. Perubahan Tanda-tanda Vital

- 1) Suhu Badan, satu hari (24jam) postpartum suhu badan akan naik sedikit (  $37,5^{\circ}\text{C}$ - $38^{\circ}\text{C}$ ) sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan (dehidrasi ) dan kelelahan karena adanya bendungan vaskuler dan limfatik. Apabila keadaan normal suhu badan menjadi biasa. Biasanya pada hari ke tiga suhu badan naik lagi karena adanya pembentuk ASI, payudara akan menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI. Bila suhu tidak turun kemungkinan karena adanya infeksi pada endometrium, mastitis, tractus genitalis, atau sistem lain.
- 2) Nadi, denyut nadi normal pada orang dewasa antara 60-80 kali per menit atau 50-70 kali per menit. Sesudah melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan akan terkena infeksi atau perdarahan postpartum.
- 3) Tekanan Darah, tekanan darah biasanya meningkat pada persalinan 15mmHg systole dan 10 mmHg diastole. Biasanya setelah bersalin tidak berubah normal, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada post partum dapat menandakan adanya preeklamsi pada masa postpartum.

4) Pernapasan, dalam keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal maka pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila adanya gangguan khusus pada saluran pernapasan contohnya penyakit asma. Bila pernapasan pada postpartum menjadi cepat maka kemungkinan ada tanda-tandasyok.

#### 8. SistemHematology

- 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. Haematokritdanhaemoglobinpadaharike3-7setelahpersalinan.Masanifas bukan masa penghancuran sel darah merah tetapi tambahan-tambahan akan menghilangsecaraperlahansesuaidenganwaktuhidupseldarahmerah.Pada keadaan yang tidak ada komplikasi, keadaan haematokrit dan haemoglobin akan kembali normal seperti sebelum hamil dalam 4-5 minggupostparium.
- 2) Leukosit meningkat, dapat mencapai  $15000/\text{mm}^3$ selama persalinan dan tetap tinggi dalam beberapa postparium. Jumlah sel darah putih yang normal rata-rata pada wanita hamil kira kira  $12000/\text{mm}^3$ . Selama waktu 9-10 hari setelah persalinan umumnya bernilai antara  $20000-25000/\text{mm}^3$ , neutrotropil berjumlahlebihbanyakdariseldaraputih,dengankonsekuensiakanberubah. Sel darah putih, bersama dengan peningkatan normal pada kadar sedimen eritrosit, mungkin sulit diinterpretasikan jika terjadi infeksi akut pada rentan waktuini.

- 3) Faktor pembekuan, suatu aktivasi faktor pembekuan darah terjadi setelah masa persalinan. Aktivasi ini terjadi bersamaan dengan tidak adanya pergerakan, trauma atau sepsis, yang mendorong terjadinya tromboemboli. Keadaan produksi tertinggi dari pemecahan fibrin mungkin akibat pengeluaran plasenta.
- 4) Trombosis, kaki ibu diperiksa setiap hari untuk mengetahui tanda-tanda adanya trombosis (nyeri, hangat, dan lemas, vena bengkak kemerahan yang dirasakan keras atau padat saat disentuh). Jika positif terdapat tanda-tanda homan (dorso fleksi kaki dimana menyebabkan otot-otot mengkompresi vena tibia dan adanya nyeri jika ada trombosis). 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.

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

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

Masa ini terjadi 1-3 hari setelah persalinan, ibu yang baru akan melahirkan bersikap pasif dan sangat tergantung pada dirinya (trauma), segala energinya difokuskan pada kekhawatiran tentang badannya. Dia akan bercerita tentang persalinannya secara berulang-ulang. Kelelahannya membuat ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung lebih pasif

terhadap lingkungannya. Oleh Karena itu, kondisi ini perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik. Pada fase ini perlu diperhatikan pemberian ekstra makanan untuk proses pemulihannya, disamping nafsu makan ibu yang memang sedang meningkat.

## **2. Masa *taking on* (Fokus PadaBayi)**

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 bayinya 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.

### 2.1.5 Konsep SeksioSesarea

#### **Definisi**

Seksio sesarea merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam Rahim. Namun demikian tindakan seksio sesarea tidak lagi dilakukan karena semata-mata tindakan medis, tetapi juga termasuk permintaan pasien sendiri atau saran dokter yang menangani (ayuingtyas dumilah et al, 2018).

Seksio sesarea adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat diatas 500g, melalui sayatan pada dinding ureum yang masih utuh. Sebelum keputusan untuk melakukan seksio sesarea diambil, pertimbangkan secara teliti indikasi dengan resiko yang mungkin terjadi (perdarahan, cedera saluran kemih atau usus, infeksi). Pertimbangan tersebut harus berdasarkan pertimbangan prabedah secara lengkap, mengacu pada syarat-syarat pembedahan dan pembiusan. Ketentuan tersebut diatas dapat diturunkan apabila menghadapi kasus gawat darurat dimana kecepatan waktu untuk melakukan tindakan sangat mempengaruhi keluaran prosedur operatif ini. Walaupun demikian, persyaratan minimal tindakan operatif, harus tetap dipenuhi, sebelum seksio sesarea elektif, lakukan kajian usia kehamilan berdasarkan haid terakhir, profil biofisik,

dan amniosentesis untuk menilai maturitas paru janin (sarwono prawirohardjo,2009)

#### 2.1.6 Etiologi

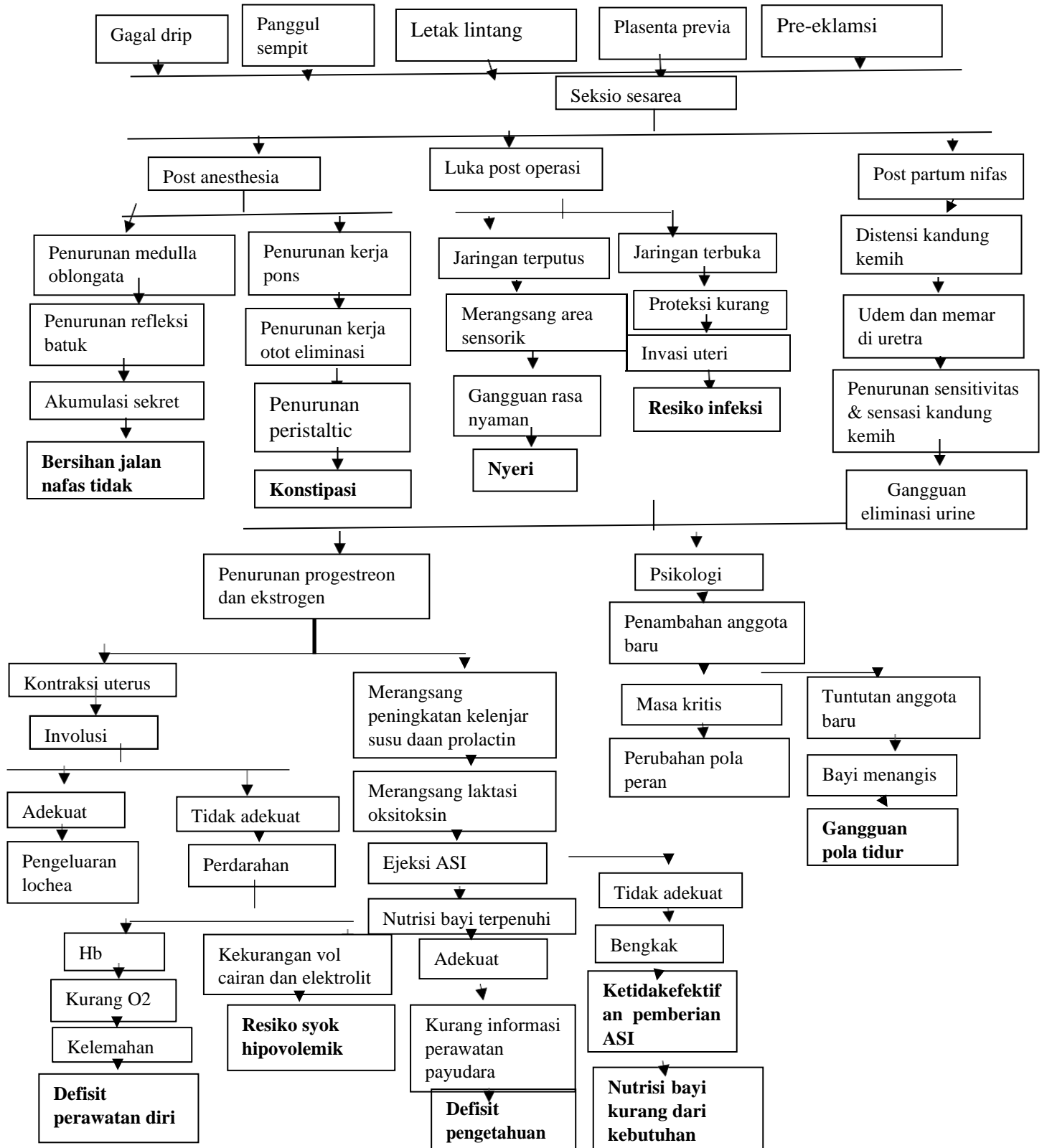
Menurut lelly andayasari et al, 2014:

1. Etiologi yang berasal dariibu
  - a. Disproporsi kepala panggul atauCPD
  - b. DisfungsiUterus
  - c. Distosia jaringanlunak
  - d. Plasentaprevia
  - e. Hipertensi, pre-eklamsiberat
2. Etiologi bagianak
  - a. Janinbesar
  - b. Gawatjanin
  - c. Letaklintang



## 2.1.7 Patofisiologi

Bagan 2.1



Sumber:  
(Nurarif, 2015)

Pembedahan Seksio Sesarea merupakan tindakan insisi pada dinding abdomen yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran bahan-bahan yang dapat menstimulasi reseptor nyeri seperti serotonin, histamin, ion kalium, bradykinin, prostaglandin, dan substansi P yang mengakibatkan adanya respon nyeri (Kozier, 2010). Ketika ibu mengalami nyeri ibu akan takut untuk melakukan mobilisasi dini. Tingginya angka kepercayaan orang terhadap nudya jika sering bergerak setelah melahirkan maka benang jahitnya akan putus dan akan lebih sakit jika melakukan mobilisasi dini, sehingga ibu takut untuk melakukan mobilisasi dini. Mobilisasi dini post Seksio Sesarea sangat penting dilakukan, sebab jika tidak dilakukan akan memberi dampak diantaranya terjadi peningkatan suhu, perdarahan abnormal, thrombosis, involusi, yang tidak baik, alirannya tersumbat, peningkatan intensitas nyeri (Suryani, 2010 dalam SAnis, 2018).

#### 2.1.8 Penatalaksanaan seksio sesarea

1. pemberian cairan IV
2. anesthesia regional dan general
3. perjanjian dengan orang terdekat atau yang bertanggung jawab untuk tujuan seksio sesarea
4. melakukan pemeriksaan tes laboratorium atau diagnosis sesuai indikasi
5. pemberian oksitoksin sesuai indikasinya
6. pengecekan tanda vital per protokol pemulihan
7. persiapan kulit pembedahan abdomen
8. persetujuan ditandatangani
9. pemasangan kateter foley (Nurarif dan kusuma, 2015)

### 2.1.9 Pemeriksaan diagnostik

a. lakukan pemantauan janin terhadap kesehatan janin

1. pemantauan dalam pemeriksaan EKG
2. Elektrolit
3. Hemoglobin atau hematokrit
4. Golongan dan pencocokan silang darah
5. urinalisis
6. amniosentesis terhadap maturasi paru janin sesuai indikasi
7. pemeriksaan sinar X sesuai indikasi
8. Ultrasound sesuai indikasi

Lakukan juga 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 dan Kusuma, 2015).

## 2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada pasien postpartum

### 2.2.1 Pengkajian

1. identitas pasien

Pengkajian mencakup pengumpulan informasi subjektif dan objektif (mis., tanda vital, wawancara pasien/keluarga, pemeriksaan fisik) dan peninjauan

informasi riwayat pasien yang diberikan oleh pasien/keluarga, atau ditemukan dalam rekam medik (NANDA, 2018-2020).

## 2. Data riwayat sekarang menurut (jitowiyono dan kristiyanasari,2010)

### a. Riwayat kesehatan sekarang

Biasanya klien mengeluh nyeri bagian abdomen saat ditekan karena adanya luka

#### a) Keluhan utama saat masuk Rumah Sakit

Menguraikan saat keluhan utama pertama kali dirasakan, tindakan yang dikatakan sampai klien datang ke Rumah Sakit, tindakan yang sudah dilakukan di Rumah Sakit sampai klien menjalani perawatan.

#### b) keluhan utama saat dikaji

Keluhan yang paling pertama dirasakan oleh klien saat dilakukan pengkajian post operasi seksio sesarea adalah nyeri, cemas, kurang pengetahuan tentang perawatan luka post seksio sesarea lalu diuraikan dalam konsep PQRSST dalam bentuk narasi.

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

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

Region : Lokasi dimana, penyebarannya

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

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

b. Riwayat kesehatan dahulu

meliputi penyakit yang lain yang dapat mempengaruhi penyakit sekarang. Maksudnya apakah pasien pernah mengalami penyakit yang sama (misal plasenta previa).

c. Riwayat kesehatan keluarga

Meliputi penyakit yang diderita pasien dan apakah keluarga pasien ada juga yang mempunyai riwayat yang sama dengan pasien.

a. Riwayat Ginekologi dan Obstetri

Menurut (Irma Nurbaeti, dkk, 2013)

1) Riwayat Ginekologi

a) Riwayat Menstruasi

Umur Menarche pertama kali, Lama haid,, jumlah darah yang keluar, konsistensi, siklus haid, hari pertama haid terakhir, perkiraan tanggal partus

b) Riwayat perkawinan

Usia perkawinan, umur klien, dan suami saat kawin, pernikahan yang beberapa kali bagi klien dan suami.

c) Riwayat keluarga berencana

Kaji pengetahuan klien dan pasangannya tentang kontrasepsi, jenis kontrasepsi yang pernah digunakan, kebutuhan kontrasepsi

yang akan datang atau rencana penambahan anggota keluarga dimasa mendatang.

## 2) RiwayatObsterti

### a) Riwayat Kehamilandahulu

Meliputi beberapa jumlah kehamilan, jumlah persalinan, dan jumlah abortus. Serta berapa kali dilakukan pemeriksaan ANC. Hasil pemeriksaan laboratorium mencakup pemeriksaan USG, darah, urin. Selain itu dikaji pula keluhan selama kehamilan, termasuk kondisi emosional dan upaya mengatasi keluhan, tindakan, dan pengobatan yang diperoleh.

### b) Riwayat KehamilanSekarang

Usiakehamilan,keluhanselamakehamilan,gerakananakpertama dirasakan oleh klien , imunisasi TT, perubahan berat badan saat hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam memeriksakehamilannya.

### c) Riwayat Persalinandahulu

Meliputi umur kehamilan, tanggal partus, jenis partus, tempat persalinan,beratbadananakwaktulahir,masalahyangterjadidan keadaananak.

### d) Riwayat persalinansekarang

Merupakan persalinan yang keberapa bagi klien, tanggal melahirkan, jenis persalinan, lamanya persalinan, banyaknya

perdarahan, jenis kelamin anak, berat badan, dan APGAR score dalam 1 menit pertama dan 5 menit pertama

e) Riwayat Nifas Dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya.

f) Riwayat Nifas Sekarang

Meliputi tentang adanya perdarahan, jumlah darah biasanya banyak, kontraksi uterus, konsistensi uterus biasanya keras seperti papan, tinggi fundus uteri setinggi pusat.

b. Pola Aktivitas sehari-hari, di rumah dan dirumah sakit

1) Pola nutrisi

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

Makanan dan minuman : jumlah, jenis minuman dan frekuensi.

Pada postseksio 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

Mencakup kebiasaan BAB : frekuensi, warna, konsistensi dan keluhan. BAK: frekuensi, jumlah, warna dan keluhan. Biasanya terjadi penurunan karena faktor psikologis dari ibu yang masih merasa trauma, dan otot-otot masih berelaksasi. Defekasi spontan mungkin baru terjadi setelah 2-3 hari postpartum. Pengerakan usus yang biasanya akan teratur kembali setelah tonus usus kembali. Dibutuhkan 2-8 minggu sampai

hipotonus dan dilatasi uterus dan pelvis ginjal yang terjadi karena kehamilan kembali seperti sebelum hamil.

3) Pola istirahat dan tidur

Mencakup tidur malam : waktu dan lama, tidur siang: waktu, lama, dan keluhan. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasakan sakit dan lemas akibat dari tindakan pembedahan sesar.

4) Personal hygiene

Mencakup frekuensi mandi, gosok gigi, dan mencuci rambut. Kondisi pada ibu setelah melahirkan dengan sesar yaitu dalam keadaan lemah dan nyeri akibat tindakan operasi, sehingga dalam melakukan perawatan diri masih dibantu

5) Aktivitas dan latihan

Kegiatan dalam pekerjaan aktivitas sehari-hari serta kegiatan waktu luang sebelum melahirkan dan saat dirawat di rumah sakit.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Pemeriksaan ibu

a) Keadaan umum

Meliputi tingkat kesadaran dan penampilan, berat badan, tinggi badan. Pada klien dengan post partum dengan sesar biasanya kesadaran compos mentis ( kesadaran maksimal), dan penampilan tampak baik dan terkadang sedikit pucat.

b) Tanda-tanda vital



Pada tanda-tanda vital biasanya ada kenaikan pada suhu, yaitu mencapai 36-37°C , dengan frekuensi nadi 65-80 kali/menit pada hari pertama dan normal kembali pada hari ketiga tekanan darah respirasi normal.

c) Antropometri

Meliputi tinggi badan, BB sebelum hamil, BB setelah hamil, BB sesudah hamil dan BB setelah melahirkan.

d) Pemeriksaan Fisikibu

1) Kepala

Perhatikan bentuk, distribusi rambut, bersih, warna rambut, adanya nyeri tekan dan lesi (Irma Nurbaeti, dkk, 2013)

2) Wajah

Penampilan, ekspresi, nyeri tekan, adanya edema pada pipi atau pitting edema pada dahi, dan adanya kloasma gravidarium (Irma Nurbaeti, dkk, 2013).

3) Mata

Warna konjungtiva, bentuk, pergerakan bola mata, reflek pipi terhadap cahaya, gangguan pada sistem penglihatan , fungsi penglihatan (Irma Nurbaeti, dkk, 2013)

4) Telinga

Bentuk, kebersihan telinga, fungsi pendengaran, adakah gangguan pada fungsi pendengaran.

5) Hidung

Bentuk, kebersihan, pernafasan cuping hidung, ada tidak nyeri tekan, warna mukosa, dan fungsi penciuman.

6) Mulut

Keadaan mulut, mukosa bibir, keadaan gigi, jumlah gigi, pembesaran tonsil, dan nyeri pada saat menelan.

7) Leher

Adatidakpembesarantyroiddanlimfe,nyerisaatmenelanada tidak peningkatan vena jugularis, ada tidak kakukuduk.

8) Dada

Terdiri dari jantung, paru-paru dan payudara. Selama 24 jam pertama setelah melahirkan, terjadi sedikit perubahan di jaringanpayudara.Kolostrum,cairankuningjernih,keluardari payudara. Payudara akan terasa hangat, keras dan agak nyeri. Beberapa ibu akan mengalami pembengkakan, kondisi ini bersifat sementara, biasanya 24 sampai 48 jam setelah melahirkan.

9) Abdomen

Pada hari pertama, tinggi fundus uteri kira-kira 1 jari dibawah pusat. Perhatikan adanya linea nigra masih terlihat, serta ada tidaknya hematoma dan infeksi sekitar luka insisi seksio sesarea. Nielsen et al, menjelaskan bahwa efek anestesi terhadap pasca seksio sesarea adalah merasakan adanya nyeri

akut secara fisiologis, intensitas nyeri akut yang beresiko terhadap perkembangan pasca pembedahan.

#### 10) Punggung dan bokong

Bentuk, ada tidaknya lesi, ada tidak kelainan tulang belakang.

#### 11) Genitalia

Terkait kebersihan, ada tidaknya edema pada vulva, pengeluaran lochea rubra pada hari pertama dengan jumlah sedang sampai lochea serosa pada hari ketiga dengan jumlah sedang berbau amis atau terkadang tidak berbau.

#### 12) Anus

Hemoroid ( varises anus) umum ditemui. Hemoroid interna dapat terbuka saat ibu mengejan ketika melahirkan.

#### 13) Extremitas

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

### 2) Pemeriksaan fisik bayi

a) Keadaan umum

Meliputi tampilan, dan kesadaran bayi dilakukan dengan pemeriksaan APGAR score.

b) Antropometri

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

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:

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

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau risiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara bertanggung jawab dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi untuk menjaga status kesehatan, menurunkan gejala/mengurangi gejala, membatasi,

mencegah dan merubah (Carpenito, 2000 dalam Nurbaeti et all, 2013).

Menurut Asuhan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) 2015 bahwa diagnosis keperawatan yang dapat muncul pada ibu post partum matures dengan seksio sesarea adalah (Nurarif, 2015):

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mucus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anastesi).
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik seperti (pembedahan jalan lahir, episiotomi)
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi postpartum
4. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang teknik menyusui, terhentinya proses menyusui
5. Hambatan eliminasi urine
6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelelahan
7. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko: episiotomy, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.
8. Defisit perawatan diri: mandi/berpakaian, makan, toileting berhubungan dengan kelemahan postpartum.

9. Konstipasi
10. Resiko syokhipovolemik
11. Resikoperdarahan

#### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan merupakan tahap ketiga dari proses keperawatan yang meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi atau mengoreksi masalah-masalah yang diidentifikasi pada diagnosa keperawatan (Nurbaeti et al, 2013).

Menurut *North American Nursing diagnosis Association 2015* Rencana keperawatan pada diagnosa yang mungkin muncul dengan Seksio Sesarea adalah (Nurarif dan Kusuma, 2015).

**Tabel 2.1**  
**Intervensi Ketidakefektifan bersihan jalan nafas**

| Diagnosa Keperawatan   | Tujuan dan kriteria hasil   | Intervensi   | Rasional   |
|--|---|--|--|
| <b>Ketidakefektifan bersihan napas.</b><br><b>Definisi :</b><br>Ketidak mampuan untuk membersihkan sekresi obstruksi saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas.   | <b>NOC</b><br><i>1. respiratory status ventilation</i><br><i>2. respiratory status: airway patency</i><br><b>Kriteria Hasil1.</b><br>1. mendemonstrasikan cara batuk efektif dan suara nafas yang bersih tidak ada ssuara sianosi atau dyspnea(mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pulsred lips,<br>2. menunjukan jalan nafas yang paten(klien tidak merasa tercekik,irama,fr ekuensi nafas dalam rentang normal, tidak da suara nafas abnormal)<br>3. mampu mengidentifikasi kan dan mencegah faktor yang memperhambat jalan nafas | <b>NIC</b><br><b>Airway suction</b><br>1. pastikan kebutuhan oral/trachealsuctioning<br>2. auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning<br>3.informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning<br>4.minta klien nafas dalam sebelum disuctioning<br>5.berikan O2 untuk memfasilitasi nasotrakeal<br>6.gunakan alat yang sterilsetiap tindakan<br>7.anjurkan pasien untukistirahat dan nafas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal<br>8.monitor status oksigen pasien<br>9.ajarkan keluarga bagaimana menggunakan suction<br><b>Airway management</b><br>1. buka jalan nafas gunakan teknik chinlif atau jaw trust bila perlu<br>2.posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi<br>3.identifikasi pasien perlu pemasangan alat buatan jalan nafas<br>4.pasang mayo bila perlu<br>5.lakukan fisioterapi dada bila perlu<br>6.keluarkan secret dengan batuk atau suction<br>7. auskultasi suara nafas, dan catata adanya suaratambahan<br>8. lakukan suction pada mayo<br>9.berikan bronkidilator bila perlu<br>10.berikan pelembab udara, kasa basah NaCllembab<br>11. atur intake cairan untuk mengoptimalkan | 1. Hidrasi yang adekuat membantu mempertahankan sekresi tetap encer dan meningkatkan ekspektorasi<br>2. ronkhi dan mengi mengidentifikasi ketidakmampuan untuk membersihkan jalan nafas<br>3. Memberi pengertian kepada klien dan keluarga tentang terapi yang dilakukan<br>4. memaksimalkan upaya batuk, ekspansi paru dandrainase<br>5. oksigen tambahan diperlukan selama distresspernafasan<br>6. menjaga keadaan aseptik<br>7. memaksimalkan upaya batu, ekspansi paru, dandrainase<br>8. mengetahui kedaan pernafasan<br>9. memfasilitasi dalam pemberian terapi<br>10.menjaga kelemban<br>11.mampu mencairkan sekresi sehingga meningkatkan ekspektolarsi |
| <b>Batasan Karakteristik:</b><br>1. Tidak ada batuk<br>2. Suara nafas tambahan<br>3. Perubahan pola nafas<br>4. Perubahan frekuensi nafas<br>5. Sianosis<br>6. Kesulitan verbalisasi<br>7. Penurunan bunyinafas<br>8. Dispnea<br>9. Sputum dalam jumlah yang berlebihan<br>10. Batuk yang tidak efektif<br>11. Ortopnea<br>12. Gelisah<br>13. Mata terbuka lebar |   |  |  |
| <b>Faktor-faktor yang berhubungan</b><br>a. Lingkungan :<br>1. Merokok<br>2. Perokokpasif<br>3. Terpajanasap<br>b. Obstruksi bersihan jalan nafas:<br>1. Spasme jalan nafas<br>2. Mocusberlebihan<br>3. Eksudat dalam jalan alveoli  |   |  |  |

4. materi asing dalam jalan nafas
5. adanya jalan nafas buatan
6. sekresi buatan/sisa sekresi
7. sekresi dalam bronki

#### Kondisi Terkait

1. jalan nafas alergi
2. asma
3. penyakit paru obstruksi kronis
4. hiperplasi dinding bronkial
5. infeksi
6. disfungsi neuromuscular

---

(Nurarif dan Kusuma, 2015 , Doengoes, 2014)



2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik seperti (pembedahan jalan lahir, episiotomy)

Tabel 2.2

## Nyeri akut

| Diagnose Keperawatan  | Tujuan dan kriteria   | Intervensi  | Rasional  |
|---|---|---|---|
| <b>Nyeri akut</b>   |   |   |   |
| <b>Definisi</b>   | <b>NOC</b>  | <b>NIC</b>  |   |
| Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau yang digambarkan sebagai kerusakan (international association for the study of pain) awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat, dengan berakhirnya dapat diantisipasi atau diprediksi, dan dengan duarsi kurang dari 3 bulan | 1. <i>Painlevel</i><br>2. <i>Paincontrol</i><br>3. <i>Comportlevel</i><br><b>Kriteria Hasil</b><br>1. Mampu mengontrol nyeri (mampu mengenal penyebab nyeri mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri atau meminta bantuan)<br>2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan manajemen nyeri<br>3. Mampu mengenal nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)<br>4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang | <b>Pain Management</b><br><b>1.</b> Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk karakteristik, lokasi, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi<br><b>2.</b> Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan<br><b>3.</b> Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri<br><b>4.</b> Evaluasi nyeri pengalaman masa lampau<br><b>5.</b> Bantuan pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan<br><b>6.</b> Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan<br><b>7.</b> Kurangi faktor presipitasi nyeri<br><b>8.</b> Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, nonfarmakologi dan interpersonal)<br><b>9.</b> Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi<br><b>10.</b> Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi<br><b>11.</b> Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri<br><b>12.</b> Evaluasi keefektifan kontrol nyeri<br><b>13.</b> Tingkatkan istirahat<br><b>14.</b> Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan atau tindakan yang tidak berhasil | 1. .nyeri berupa pengalaman subjektif yang dilakukan dalam pengkajian berkelanjutan supaya dapat mengevaluasi terhadap kemajuan penyembuhan atau pun perubahan pada karakteristik nyeri.<br>2. Isyarat nonverbal dapat atau tidak dapat mendukung intensitas nyeri klien. Tetapi mungkin merupakan satu-satunya indikator jika klien tidak dapat mengatakan secara verbal<br>3. Menentukan kultur pada klien<br>4. Dapat membedakan nyeri saat ini dari pola nyeri sebelumnya<br>5. Keberadaan perawat dapat mengurangi rasa ketakutan dan ketidakberdayaan |
| <b>Karakteristik :</b><br>1. Perubahan selera makan<br>2. Perubahan tekanan darah<br>3. Perubahan frekuensi jantung<br>4. Perubahan frekuensi pernafasan<br>5. laporan isyarat<br>6. diaphoresis<br>7. Perilaku distraksi (mis, berjalan mondar-mandir  |   |   |   |

mencari orang lain dan aktifitas lain seperti aktifitas yang berulang

1. mengekspresikan perilaku (gelisah, menangis, merengek-rengok)
2. masker wajah mis( mata kurang bercahaya, atau tamok kaca, gerakan mata berpacar atau tetap pada satu fokus(meringis
3. sikap melindungi area yang nyeri
4. fokus menyempit mis( gangguan persepsi nyeri hambatan proses berpikir, penurunan interaksi dengan orang lain (lindungan
5. indikasi nyeri yang bisadiamati
6. perubahan posisi untuk menghindari nyeri
7. sikap tubuh melindungi
8. dilatasi pupil
9. melaporkan nyeri secara verbal
10. gangguan tidur

**Faktor yang berhubungan :**

agen cedera (misl, fisik, biologis, zat kimia, psikologis

**Analgesic**

**Administration:**

1. tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
2. cek intruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
3. pilih analgesic yang diperlukan atau kombinasi dari analgesic ketika pemberian lebih dari satu
4. tentukan analgesic pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal
5. pilih rute secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur
6. monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesic pertama kali
7. berikan analgesic tepat waktu terutama saat nyeri
8. evaluasi efektivitas tanda dan gejala

6. meredakan ketidaknyamanan dan mengurangi energy sehingga meningkatkan kemampuan coping
7. membantu dalam menegakan diagnosis dan menentukan kebutuhan tepi
8. meningkatkan istirahat, mengarahkan kembali perhatian, dan meningkatkan coping
9. mempermudah menentukan perencanaan
10. meningkatkan istirahat, mengarahkan kembali perhatian dan meningkatkan coping
11. meningkatkan kenyamanan dan memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain
12. untuk mengetahui efektifitas pengontrolan nyeri
13. mengurangi ketidaknyamanan pada klien
14. nyeri hebat yang tidak reda oleh tindakan rutin dapat mengidentifikasi perkembangan komplikasi dan kebutuhan intervensi lebih lanjut
1. untuk mengevaluasi
- Medikasi dan kemajuan penyembuhan
2. mengevaluasi keefektifan terapi yang diberikan
3. menentukan jenis analgesic yang sesuai
4. menentukan jenis rute untuk pemberian terapi
5. menentukan rute yang sesuai dengan terapi
6. untuk mengetahui perkembangan atau ketidakefektifan terapi
7. menurunkan ketidaknyamanan dan memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain.
8. untuk mengetahui efektifitas dari terapi farmakologi

## 3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan

tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan  
tentang kebutuhan nutrisipostpartum

Table 2.3

## Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh

| Diagnosa Keperawatan   | Tujuan dan kriteria hasil  | Intervensi  | Rasional  |
|--|--|---|---|
| <b>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</b><br><b>Definisi</b><br>Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik<br><b>Batasan Karakteristik:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kramabdomen</li> <li>2. nyeriabdomen</li> <li>3. gangguan sensasi rasa</li> <li>4. berat badan 20% atau lebih dibawah rentang berat badanideal</li> <li>5. kerapuhankapiler</li> <li>6. diare</li> <li>7. kehilangan rambut berlebihan</li> <li>8. engganmakan</li> <li>9. asupan makanan kurang dari recommended daily allowance (RDA)</li> <li>10. bising usus hiperaktif</li> <li>11. kuranginformasi</li> <li>12. ruang minat pada makanan</li> <li>13. tonusotot menurun</li> <li>14. kesalahan infromasi</li> <li>15. kesalahan persepsi</li> <li>16. membrane mukosapucat</li> <li>17. ketidakmampuan memakan makanan</li> <li>18. sariawan rongga mulut</li> <li>19. kelemahan otot mengunyah</li> </ol> | <b>NOC</b><br><ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>nutritionalstatus</i></li> <li>2. <i>nutritional status : food danfluid</i></li> <li>3. <i>intake</i></li> <li>4. <i>nutritional status: nutrientintake</i></li> <li>5. <i>weightcontrol</i></li> </ol> <b>Kriteria Hasil</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. adanya peningkatan berat badan sesuai dengantujuan</li> <li>2. berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan</li> <li>3. mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi</li> <li>4. tidak ada tanda-tanda malnutrisi</li> <li>5. menunjukan peningkatan fungsi pengecapan dari menelan</li> <li>6. tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti</li> </ol> | <b>NIC</b><br><b>Nutritiont management</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kaji adanya alergi makanan</li> <li>2. kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkanpasien.</li> <li>3. anjurkan pasien untuk meningkatkan Fe</li> <li>4. anjurkan pasien untuk meningkatkan vitamin C dan protein</li> <li>5. yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggiserat</li> <li>6. berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahligizi)</li> <li>7. ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian</li> <li>8. memonitor jumlah nutrisi dankalori</li> <li>9. berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi</li> <li>10. kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan</li> </ol> <b>NutritionMonitoring</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. BB pasien dalam batasnornal</li> <li>2. monitor adanya penurunan beratbadan</li> <li>3. memonitor tipe dan jumlah aktifitas yang dilakukan</li> <li>4. monitor lingkungan selamamakan</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pilihan intervensi tergantung pada penyebab yang mendasari</li> <li>2. metode pemberian makan dan kebutuhan kalori ditentukan situasi individual dan kebutuhan spesifik</li> <li>3. meningkatkan defisit dan memantau keefektifan dalam pemberian nutrisi</li> <li>4. memaksimalkan dalam alkan aspuan zatgizi</li> <li>5. pertimbangkan masukan individual dapat mempengaruhi asupan diet</li> <li>6. memaksimalkan asupan gizi</li> <li>7. mengidentifikasikan toleransi makanan dan defidiensi kebutuhan nutrisi</li> <li>8. mengetahui asupan gizi yangdiberikan</li> <li>9. untuk memahami kebutuhan nutrisi bagi pasien</li> <li>10. mengetahui adanya kekurangan vitaminB</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. menjaga keseimbangannutrisi</li> <li>2. mengetahui adanya ketidakseimbangan nutrisi</li> <li>3. mengetahui aktifitas yang biasa dilakukan atau tidak</li> </ol> |

- 20. cepat kenyang setelah makan
- 21. kelemahan untuk menelan
- 22. penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat

**Faktor yang berhubungan**

- 1. asupan diet yang kurang

**Populasi berisiko**

- 1. asupan diet kurang
- 2. kesulitan ekonomi

**kondisi terkait**

- 1. ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
- 2. ketidakmampuan mencernakan makanan
- 3. ketidakmampuan makan
- 4. gangguan psikososial

- 5. jadwalakan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan
- 6. monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi
- 7. monitor turgor kulit
- 8. monitor pucat, kemerahan, kekeringan jaringan konjungtiva
- 9. monitor kalori dan intake nutrisi
- 10. catat jika lidah berwarna magenta atau scarlet

Karena bisa membuang energy

- 4. lingkungan yang nyaman mempengaruhi selama makan
- 5. memaksimalkan asupan
- 6. nutrisi asupan yang kurang mempengaruhi perubahan fisik
- 7. mengetahui ketidakseimbangan nutrisi
- 8. asupan yang kurang mempengaruhi perubahan fisik
- 9. mengukur keefektifan bantuan nutrisi
- 10. mengetahui adanya kekurangan vitamin B

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

Tabel 2.4

## Ketidakefektifan pemberian ASI

| Diagnosa Keperawatan   | Tujuan dan Kriteria Hasil   | Intervensi  | Rasional   |
|--|---|---|--|
| <b>Ketidakefektifan pemberian ASI</b><br>Definisi<br>Kesulitan memberikan susu pada bayi atau anak secara langsung dari payudara, yang dapat mempengaruhi status nutrisi bayi atau anak. | NOC<br>1. <i>Breastfeeding ineffective</i><br>2. <i>Breathing pattern Ineffective</i><br>3. <i>breastfeeding interrupted</i><br><b>Kriteria Hasil</b><br>1. Kemantapan pemberian ASI: bayi Perletakan bayi yang sesuai dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI<br>2. Kemantapan pemberian ASI ibu ; kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama<br>3. pemeliharaan pemberian ASI keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/toddler.<br>4. penyapihan pemberian ASI diskontinuitas pemberian ASI<br>5. pengetahuan pemberian ASI tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makanan bayi melalui proses pemberian ASI.<br>6. ibu menggali isyarat lapar dari bayi dengan segera. | <b>NIC</b><br><b>Breastfeeding assistance</b><br>1. evaluasi pola menghisap/menelan bayi<br>2. tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui dari bayi (misal; reflek rooting, mengisap dan terjaga)<br>3. pantau integritas kulit ibu<br>4. pantau berat badan dan pola eliminasi bayi<br><b>Breast examination lactation supervision</b><br>1. fasilitasi proses bantuan interaksi untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI<br>2. sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI<br>3. ajarkan pengasuh bayi mengenai topik seperti penyimpanan, pencairan ASI dan penghindaran susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang<br>4. ajarkan orangtua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan, dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula | 1. mengetahui perkembangan bayi<br>2. menentukan rencana selanjutnya<br>3. kelembaban dan kelembutan pada bayi<br>4. melihat keefektifan pemberian nutrisi dan ASI<br>1. membantu mengefektifkan pemberian terapi<br>2. ibu baru mungkin tidak menyadari bahwa tentang pemberian ASI<br>3. memberikan pengetahuan dasar<br>4. menggantikan ASI untuk nutrisi pada bayi |

14. Penurunan berat badan bayi terus menerus
15. tidak menghisap payudara terus menerus

**Faktor yang berhubungan**

1. keterlambatan laktogen II
2. suplai asi tidak cukup
3. keluarga tidak mendukung
4. tidak cukup waktu untuk menyusui ASI
5. kurang pengetahuan orang tua tentang teknik menyusui
6. kurang pengetahuan orangtua tentang pentingnya pemberian ASI
7. diskontinuitas pemberian ASI
8. Ambivalensi ibu
9. ansietas ibu
10. anomaly payudara ibu
11. kelelahan ibu
12. kelelahan ibu
13. nyeri
14. penggunaan dot
15. refleks isap bayi buruk

16. penambahan makanan dengan putting artifisial.

**Faktor yang berhubungan**

1. defisit pengetahuan
2. anomaly bayi
3. bayi menerima makanan tambahan dengan putting buatan
4. diskontinuitas pemberian ASI

7. ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI
8. ibu tidak mengalami nyeri tekan pada putting
9. mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI

**Lactation conseling**

1. sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI
2. demonstrasikan Latch menghisap bila perlu
3. diskusikan metode alternative pemberian makan bayi

1. mendapat dukungan berhubungan dengan rasio keberhasilan ASI
2. memberi pengetahuan untuk ibu
3. menggantikan nutrisi untuk bayi

## 5. Hambatan eliminasi urine

Tabel 2.5

## Hambatan Eliminasi Urine

| Diagnosa Keperawatan  | Tujuan dan kriteria Hasil   | Intervensi  | Rasional   |
|---|---|---|--|
| <b>Hambatan eliminasi urine</b><br><b>Definisi</b><br>Disfungsi eliminasi urin<br><b>Batasan karakteristik</b><br>1. disuria<br>2. sering berkemih<br>3. anyang-anyangan<br>4. nokturia<br>5. inkontinensia urin<br>6. retensi urin<br>7. dorongan berkemih<br><b>Faktor yang berhubungan</b><br>1. penyebab multiple<br><b>Kondisi terkait</b><br>1. obstruksi anatomic<br>2. gangguan sensori motoric<br>3. infeksi saluran kemih | <b>1. Urinary elimination</b><br><b>2. urinary continence</b><br><b>Kriteria Hasil</b><br>1. kandung kemih kosong secara penuh<br>2. tidak ada residu urine >100-200cc<br>3. intake cairan dalam rentang normal<br>4. bebas dari ISK<br>5. tidak ada spasme bladder<br>6. balance cairan seimbang | <b>Urinary retention care</b><br>1. lakukan penilaian kemih secara komprehensif berfokus pada inkontinensia (misal, output urin, pola berkemih, fungsi kognitif dan masalah berkencing praeksisten)<br>2. memantau pemberian obat dengan sifat antikolinergik atau properti alphaagonis<br>3. sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih 10 menit<br>4. masukan kateter kemih sesuai<br>5. anjurkan pasien/keluarga untuk merekam output urin sesuai<br>6. memantau asupan dan pengeluaran<br>7. memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi<br>8. menerapkan kateterisasi intermiten sesuai<br>9. merujuk spesialis kontinensia sesuai | 1. pola berkemih mengidentifikasi karakteristik kandung kemih<br>2. mengetahui obat yang sedang digunakan saat terapi<br>3. pemeriksaan kandung kemih bermanfaat dalam menentukan residu pasca berkemih<br>4. untuk mempermudah mengeluarkan urin<br>5. memantau pengeluaran urin<br>6. mengetahui perkembangan dari intake dan output<br>7. disfungsi kandung kemih beragam tetapi dapat mencakup kehilangan kontraksi kandung kemih dan ketidakmampuan untuk merelaksasi sfingter urine<br>8. untuk mengurangi spasitas kandung kemih dan Gejala perkemihan terkait frekuensi, urgensi, inkontinensia dan nokturia<br>9. spesialis kontinensia membantu rencana asuhan individual untuk memenuhi kebutuhan spesifik klien dengan menggunakan teknik dan produk kontinensia terbaru |

Sumber: (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doengoes, 2014)

## 6. gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

Tabel 2.6

| Gangguan pola tidur  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| Diagnosa keperawatan   | Tujuan dan kriteria Hasil   | Intervensi   | Rasional   |
| <b>Gangguan pola tidur</b><br><b>Definisi</b><br>Interupsi jumlah waktu dan kualitas tidur akibat faktor internal<br><b>Batasan</b><br><b>Karakteristik</b><br>1. kesulitan berfunctisehari-hari<br>2. kesulitan memulai tertidur<br>3. kesulitan mempertahankan tetap tidur<br>4. ketidaksiapan tidur<br>5. tidak merasa cukup istirahat<br>6. terjaga tanpa jelas penyebabnya<br>Faktor yang berhubungan<br>1. gangguan karna cara pasangantidur<br>2. kendali lingkungan<br>3. kurangprivasi<br>4. pola tidur tidak menyehatkan<br><b>Kondisiterkait</b><br>1. immobilisasi | <b>Tujuan dan Hasil NOC</b><br>1. <i>Anxietyreducation</i><br>2. <i>comfortlevel</i><br>3. <i>paintlevel</i><br>4. <i>rest : extent andpattern</i><br>5. <i>sleep: extent andpattern</i><br><b>Kriteria Hasil</b><br>1. jumlah jam tidur dalam batas normal6-8jam/hari<br>2. pola tidur,kualitas dalam batasnornal<br>3. perasaan segar setelah tidur atau istirahat<br>4. mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur | <b>NIC</b><br>1. jelaskan pentingnya tidur yang adekuat<br>2. fasilitasi untuk mempertahankan aktifitas sebelum tidur(membaca)<br>3. ciptakan lingkungan yang nyaman<br>4. kolaborasipemberian obat tidur<br>5. diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien<br>6. instruksikan untuk memonitor tidurpasien<br>7. monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur<br>8. monitor atau catat kebutuhan tidur pasien setiap hari danjam | 1. Meningkatkan relaksasi dan kesiapantidur<br>2. Meningkatkan kesiapan untuk tidur<br>3. Meningkatkan coping klien<br>4. Medikasi terjadwal dan meningkatkan istirahat atau tidur<br>5. Mengatasi dan meningkatkan kesiapan tidur<br>6. Klien lebih mudah menoleransi<br>7. Mengakibatkan klien tidak merasa beristirahat denganbaik<br>8. Mengetahui,menoleransi kebutuhan dan kesiapantidur |

Sumber: (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doengoes, 2014)



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

Tabel 2.7

## Resiko Infeksi

| Diagnosa Keperawatan   | Tujuan dan kriteria hasil   | Intervensi   | Rasional   |
|--|---|--|--|
| <b>Resiko Infeksi</b><br><b>Definisi</b><br>Rentan mengalami dan multiplikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan<br><b>Faktor Resiko</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. gangguan peristaltis</li> <li>2. gangguan integritaskulit</li> <li>3. vaksinasi tidakadekuat</li> <li>4. kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan pathogen</li> <li>5. malnutrisi</li> <li>6. obesitas</li> <li>7. merokok</li> <li>8. stasis cairan tubuh</li> </ol> <b>Populasi Beresiko</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. terpajan pada wajah</li> </ol> <b>Kondisi Terkait</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan Phsekresi</li> <li>2. penyakit kronis</li> <li>3. penurunan kerjasiliaris</li> <li>4. penurunan hemoglobin</li> <li>5. imunosupresi</li> <li>6. prosedur invasive</li> <li>7. leukopenia</li> <li>8. pecah ketuban dini</li> <li>9. pecah ketuban lambat</li> <li>10. supresi respon inflamasi</li> </ol> | <b>NOC</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>immunestatus</i></li> <li>2. <i>Knowledge infection control</i></li> <li>3. <i>RiskControl</i></li> </ol> <b>Kriteria Hasil</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. klien bebas dari tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksannya</li> <li>3. menunjukan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</li> <li>4. jumlah leukosit dalam batas normal</li> <li>5. menunjukan perilaku sehat</li> </ol> | <b>NIC</b><br><b>Infection Control( kontrol infeksi)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain</li> <li>2. Batasi pengunjung bila perlu</li> <li>3. instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung</li> <li>4. gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan</li> <li>5. cuci tangan setiap dan sesudah tindakan keperawatan</li> <li>6. gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung</li> <li>7. pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat</li> <li>8. ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai petunjuk umum</li> <li>9. gunakan kateter intermiten untuk menurunkan kandung kemih</li> <li>10. tingkatkan intake nutrisi</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait</li> <li>2. individu telah mengalami gangguan dan beresiko tinggi terpajan infeksi</li> <li>3. pertahanan lini depan ini adalah untuk klien pemberi asuhan kesehatan dan masyarakat</li> <li>4. faktor ini dapat menjadi kunci paling sederhana tetapi merupakan kunci terpenting untuk pencegahan infeksi yang didapat di rumah sakit</li> <li>5. mengurangi resiko penyebaran infeksi</li> <li>6. faktor ini dapat menjadi kunci yang paling sederhana tetapi merupakan kunci terpenting untuk pencegahan infeksi yang didapat di rumah sakit</li> <li>7. mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait alat</li> <li>8. mengurangi resiko kontaminasi silang infeksi terkait alat</li> <li>9. mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri dalam saluran perkemihan</li> <li>10. fungsi imun dipengaruhi oleh asupan nutrisi</li> </ol> |

|  |   |
|--|---|
| 11. berikan tenaga antibiotik bila perlu infection protection(proteksi terhadap infeksi) | 11. terapi bersifat sistemik dan diarahkan pada organisme teridentifikasi tertentu seperti bakteri anaerob, jamur, basilus dan gram positif |
| 12. monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal                                  | 12. untuk menentukan adanya infeksi   |
| 13. pertahankan teknik aseptis pada pasien yang beresiko                                 | 13. mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri  |
| 14. berikan perawatan kulit pada daerah epiderma   | 14. mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri  |
| 15. inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase                | 15. memberikan deteksi dini perkembangan proses infeksi   |
| 16. inspeksi kondisi luka dan insisi bedah   | 16. memberikan deteksi dini perkembangan proses infeksi   |
| 17. dorong masukan nutrisi yang cukup  | 17. membantu memperbaiki resistansi umum terhadap penyakit dan mengurangi resiko infeksi dari sekresi yang statis                           |
| 18. dorong masukan cairan  |   |
| 19. instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai yang diresepkan                    | 18. membantu memperbaiki resistansi umum terhadap penyakit dan mengurangi resiko infeksi dari sekresi yang statis                           |
| 20. ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi                                 | 19. terapi bersifat sistemik dan diarahkan pada organisme teridentifikasi tertentu seperti bakteri anaerob, jamur dan basilus gram negatif  |
| 21. ajarkan cara menghindari infeksi   | 20. mendeteksi dini adanya tanda dan gejala infeksi   |
| 22. laporkan kultur positif  | 21. mendeteksi dini adanya tanda dan gejala infeksi   |
|  | 22. untuk mengidentifikasi patogen dan antimikroba  |

8. Defisit perawatan diri: mandi/berpakaian, makan, toileting berhubungan dengan kelemahan postpartum

**Tabel 2.8**  
**Defisit**  
**perawatan diri**

| Diagnosa Keperawatan   | Tujuan dan kriteria hasil   | Intervensi   | Rasional  |
|--|---|--|---|
| <b>Defisit Perawatan diri</b><br><b>Definisi</b><br>Ketidakmampuan melakukan pembersihan diri saksama secara mandiri<br><b>Batasan Karakteristik</b><br>1. ketidakmampuan mengakses kamar mandi<br>2. ketidakmampuan menjangkau sumber air<br>3. ketidakmampuan mengeringkan tubuh<br><b>Faktor yang berhubungan</b><br>1. ansietas<br>2. penurunan motivasi<br>3. kendalalingkungan<br>4. nyeri<br>5. kelemahan<br>Kondisiterkait<br>1. gangguan fungsikognitif<br>2. ketidakmampuan merasakan bagian tubuh<br>3. ketidakmampuan merasakan hubungan spesial<br>4. gangguan musculoskeletal<br>5. gangguan neuromuscular<br>6. gangguan persepsi | <b>NOC</b><br>1. activity intolerance<br>2. mobility physical impaired<br>3. self care deficit hygiene<br>4. sensory perception auditory disturbed<br><b>Kriteria Hasil</b><br>1. perawatan diri ostomi : tindakan pribadi perawatan otonomi untuk eliminasi<br>2. perawatan diri: aktifitas kehidupan sehari-hari ADL mampu melakukan aktifitas secara fisik dan pribadi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu<br>3. perawatan diri hygiene : mampu membersihkan tubuh secara mandiri dengan atau tanpa alat bantuan<br>4. perawatan diri hygiene oral: mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri atau tanpa dengan bantuan<br>5. mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyelesaikan alat mandi<br>6. membersihkan dan mengeringkan tubuh<br>7. mengungkapkan secara verbal kebersihan tubuh dan hygiene oral | <b>NIC</b><br><i>self care assistance bathing dan hygiene</i><br>1. pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktifitas perawatan diri<br>2. pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktifitas perawatan diri<br>3. menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan<br>4. tempat handuk, deodorant, sabun, alat pencukur dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan disamping tempat tidur atau kamar mandi<br>5. menyediakan artikel yang diinginkan (mis, deodorant, sikat gigi, sabun mandi, shampoo dan aromaterapi)<br>6. menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi dan personal<br>7. memfasilitasi diri mandi pasien sesuai<br>8. memantau pembersih kuku menurut kemampuan diri pasien<br>9. memantau integritas kulit pasien<br>10. memberikan bantuan sampai pasien mengasumsikan perawatan diri secara mandiri | 1. mengetahui apa yang dibutuhkan klien<br>2. memberikan informasi untuk membuat rencana<br>3. membantu merencanakan untuk memenuhi kebutuhan individual<br>4. memungkinkan klien untuk mengatur diri sendiri<br>5. meningkatkan partisipasi dalam asuhan<br>6. meredakan ketidaknyamanan dan menjaga privasi pasien<br>7. partisipasi klien dalam perawatan diri dapat meringankan atas persepsi kehilangan kemandirian<br>8. mengetahui keadaan perawatan fisik klien<br>9. melihat keadaan perubahan fisik pasien<br>10. partisipasi klien dalam perawatan diri dapat meringankan atas persepsi seperti kehilangan kemandirian |

Sumber: Nurarif dan Kusuma, 2015, Doengoes, 2014

## 9. Konstipasi

**Table**  
**2.9**  
**Konstipasi**  
**i**

| Diagnose keprawatan  | Tujuan dan kriteria hasil  | Intervensi   | Rasional  |
|--|--|--|---|
| <b>Konstipasi</b><br><b>Definisi</b><br>Penurunan fungsi normal defekasi yang disertai kesulitan atau pengeluaran feses tidak tuntas dan fese yang keras kering, dan banyak<br><b>Batasan Karakteristik</b><br>1. nyeri abdomen<br>2. nyeri tekan abdomen dengan teraba retensi otot<br>3. nyeri abdomen tanpa teraba resistensi otot<br>4. anoreksia<br>5. penampilan tidak khas pada lansia<br>6. borborigmi<br>7. darah merah pada feses<br>8. perubahan pada pola defekasi<br>9. penurunan pada frekuensi defekasi<br>10. penurunan volume feses<br>11. distensi abdomen<br>12. keletihan<br>13. feses keras dan berbentuk<br>14. sakit kepala<br>15. bising usus hiperaktif<br>16. bising usus hipoaktif<br>17. tidak dapat defekasi<br>18. peningkatan tekanan abdomen<br>19. tidak dapat makan<br>20. feses cair<br>21. nyeri pada saat defekasi<br>22. masa abdomen yang dapat diraba<br>23. masa rektal yang dapat diraba<br>24. perkusi abdomen pekak<br>25. rasa penuh rektal | <b>NOC</b><br><b>1. bowel elimination</b><br><b>2. hydration</b><br><b>Kriteria Hasil</b><br>1. mempertahankan bentuk feses lunak setiap hari 1-3<br>2. bebas dari ketidaknyamanan konstipasi<br>3. mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi<br>5. feses lunak dan berbentuk | <b>NIC</b><br><b>Constipation/impaction management</b><br>1. monitor tanda dan gejala konstipasi<br>2. monitor bising usus<br>3. monitor fese: frekuensi, konsisten dan volume<br>4. konsultasi dengan dokter terkait terjadinya penurunan dan peningkatan bising usus<br>5. jelaskan etiologi dan rasionalisasi tindakan<br>6. identifikasi faktor penyebab dan kontribusi atau konstipasi<br>7. dukungan intake cairan<br>8. kolaborasi pemberian laktasi<br>9. faktor tanda gejala pada pasien konstipasi<br>10. frekuensi bentuk, volume, warna<br>11. memantau bising usus<br>12. konsultasi dengan dokter tentang kenaikan atau penurunan frekuensi bising usus<br>13. pantau tanda-tanda gejala pecahnya usus atau peritonitis<br>14. jelaskan etiologi masalah dan pemikiran untuk tindakan pasien<br>15. Mendorong dan meningkatkan asupan cairan kecuali dikontraindikasi<br>16. anjurkan pasien dan keluarga untuk mencatat warna volume, frekuensi | 1. mendeteksi dini keadaan konstipasi<br>2. menentukan kesiapan terhadap pemberian makan per oral<br>3. melihat keefektifan terapi<br>4. mencegah komplikasi<br>5. memberikan pengetahuan dasar<br>6. mendeteksi dini penyebab konstipasi<br>7. merangsang eliminasi dan mencegah konstipasi defekasi<br>8. membantu mengembalikan fungsi usus<br>9. melihat adanya perkembangan tanda gejala<br>9. melihat ada serta adanya perubahan<br>10. bising usus biasanya tidak terdengar suatu prosedur pembedahan<br>11. melihat adanya tahap perkembangan<br>12. bising usus biasanya terdengar setelah prosedur pembedahan<br>13. mengetahui adanya komplikasi lain<br>14. mengetahui penyebab padapatient<br>15. melunakkan feses dan merangsang peristaltik<br>16. melihat adanya perubahan<br>17. mendukung adanya perubahan pada pasien<br>18. membantu mengembalikan fungsi feses |

26. rasa tekanan rektal
27. sering flatus
28. adanya feses lunak seperti pasta pada rectum
29. mengejan pada saat defekasi
30. muntah

**Faktor yang berhubungan**

1. kelemahan otot abdomen
2. rata-rata aktifitas fisik kurang yang dianjurkan menurut gender atau lansia
3. konfusi
4. penurunan motilitas traktus
5. gastrointestinal
6. dehidrasi
7. depresi
8. perubahan kebiasaan makan
9. gangguan emosi
10. kebiasaan menahan dorongan defekasi
11. kebiasaan makan buruk
12. hygiene oral tidak adekuat
13. kebiasaan toileting tidak adekuat
14. asupan serat kurang
15. asupan cairan kurang
16. kebiasaan defekasi tidak teratur
17. penyalahgunaan laktasif
18. obesitas
19. perubahan lingkungan yang baru
- Kondisi terkait
  1. ketidakseimbangan elektrolit
  2. hemoroid
  3. penyakit hisprung
  4. ketidakadekuatan gigi dangeligi
  5. gram besi
  6. gangguan neurologis
  7. obstruksi usus pasca bedah
  9. pembesaran prostat
  10. abses rektal
  11. fisura anal rektal
  12. striktur anal rektal
  13. prolaps rektal

Dan konsistensi tinja

17. ajarkan pasien dan keluarga bagaimana untuk menjaga buku harian makanan
18. anjurkan pasien dan keluarga untuk diet tinggi serat
19. anjurkan pasien dan keluarga pada penggunaan dalam pemberian obat dari pencabar
20. anjurkan pasien dan keluarga pada hubungan asupan diet, olahraga dan cairan sembelit, /impaksi
21. memyarakn pasien untuk berkonsultasi dengan dokter jika sembelit/implikasi terusada
22. menginformasikan pasien prosedur penghapusan manual tinja bila perlu
23. ajarkan pasien dan keluarga tentang proses pencernaan yang baik
24. ajarkan psien dan keluarga tentang kerangka waktu untuk resolis sembelit

19. untuk mempermudah pelunakan fese
20. membantu mengembalikan fungsi usus
21. merencanakan tindakan selanjutnya
22. memberiksn pengetshun mendeteksi dini untuk konstipasi
23. mendeteksi dini untuk konstipasi
24. memberi pengetahuan dasar untuk pencegahan

## 10. Resiko syok hipovolemik

Tsbel 2.10

**Resiko syok  
hipovolemik**

| <b>Diagnose<br/>keperawatan</b>  | <b>Tujuan dan<br/>kriteria hasil</b>   | <b>Intervensi</b>   | <b>Rasional</b>   |
|--|--|---|---|
| <b>Resiko syok hipovolemik</b><br><b>Definisi</b><br>Rentan<br>ketidakcukupan aliran darah<br>kejantung tubuh<br>Faktor Risiko<br>Akan dikembangkan<br><b>Kondisi terkait</b><br>1. hipotensi<br>2. hypovolemia<br>3. hipoksemia<br>4. hipoksia<br>5.infeksi<br>6.sepsis<br>7.sindrom respons inflamasi sistemik(systemic inflamarty response syndrome (SIRS)) | <b>NOC</b><br><b>1. Syokprevention</b><br><b>2. syok management</b><br><b>Kriteria hasil</b><br>1. nadi dalam batas yang diharapkan<br>2.irama jantung dalam batas yang diharapkan<br>3.frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan<br>4.irama pernafasan dalam batas yang diharapkan<br>5.natrium,serum dbn<br>6.kalium,serum dbn<br>7.klorida,serum dbn<br>8.kalsium serum dbn<br>9.magnesium serum,dbn<br>10.PH darah serum dbn<br><b>Hidrasi:</b><br>1. indicator:<br>2. mata cekung tidak ditemukan<br>3.demam tidak ditemukan<br>4.TDdbn<br>5.hematokrit dbn | <b>NIC</b><br>syok prevention<br>1. monitor sirkulasi BP,warna kulit,suhu,denyut jantung,HR dan ritme,nadi perifer dan kapilerrefill<br>2. monitor inadekuat oksigenasi jaringan<br>3.monitor suhu dan pernafasan<br>4.monitor input dan output<br>5.monitor tanda syok awal<br>6.tempatkan pasien pada posisi supine,kaki elevasi untuk peningkatan perload dengan tepat<br>7.berikan cairan IV atau oral dengan tepat<br>8.ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala awal datangnya syok<br>9.ajarkan pasien dan keluarga tentang langka untuk mengatasi gejala syok<br><b>Syokmanagement</b><br>1. monitor tekanan nadi<br>2.monitor status cairan,inputoutput<br>3.catat gas darah arteri dan oksigen di jaringan<br>4.monitor EKG sesuai<br>5.monitor nilai laboratorium misal,(CBC dengan diferensial) koagulasi profil,ABC,tingkat laktat,budaya dan profil kimia)<br>6.masukan dan memelihara besarnya kebosenan aksesIV | 1.mengidentifikasi dan efektifitas serta kebutuhan terapi<br>2.menghindari adanya hipoksemia selama perdarahan<br>3. mengetahui tanda dari syok hipovolemik<br>4.mengetahui kasar kehilangan cairan/darah<br>5.mengetahui informasi dari tanda syok<br>6.mengurangi pengeluaran berlebih<br>7.mengganti dan mempertahankan volume sirkulasi dan perfusi<br>8.memberikan pengetahuan dasar untuk tanda gejala syok<br>9.memberikan deteksi dini untuk atasi gejala syok<br>1. mengidentifikasi dan efektifitas serta kebutuhan terapi<br>2.mengetahui kasar kehilangan cairan/darah<br>3.mengidentifikasi efektifitas serta kebutuhan terapi<br>4.digunakan untuk mengontrol perdarahan<br>5.mengetahui perkembangan dan mengetahui efektifitas serta kebutuhan terapi<br>6. mempertahankan volume sirkulasi dan perfusi |

**Sumber: (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doengoes, 2014)**

## 11. Resiko perdarahan

**Table 2.11**  
**Resiko perdarahan**

| Diagnose keperawatan   | Tujuan dan kriteria hasil  | Intervensi  | Rasional   |
|--|--|---|--|
| <b>Resiko perdarahan</b><br><b>Definisi</b><br><b>Rentan mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan</b><br><b>Faktor risiko</b><br>1. kurang pengetahuan<br>2. kewaspadaan perdarahan<br>Populasi berisiko<br>1. riwayat jatuh<br>Kondisi terkait<br>1. aneurisme<br>2. sirkumisis<br>3. koagulopati intravascular diseminata<br>4. gangguan gastrointestinal<br>5. gangguan fungsi hati<br>6. koagulopati intheren<br>7. komplikasi pascapartum<br>8. komplikasi kehamilan<br>9. trauma<br>10. program pengobatan | <b>NOC</b><br>1. blood loss severity<br>2. blood koagulation<br><b>Kriteria Hasil</b><br>1. tidak ada hematuria dan hematemesis<br>2. kehilangan darah yang terlihat<br>3. tekanan dalam batas normal systole dan diastole<br>4. tidak ada perdarahan pervagina<br>5. tidak ada distensi abnormal<br>6. hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal<br>7. plasma, PT, PTT, dalam batas normal | <b>NIC</b><br><b>Bleeding precaution</b><br>1. monitor dengan ketat tanda-tanda perdarahan<br>2. catat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadi perdarahan<br>3. pertahankan bedrest selama perdarahan aktif<br>4. lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan<br>5. anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K<br><b>Bleeding reduction</b><br>1. identifikasi penyebab perdarahan<br>2. monitor trend, tekanan darah, dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonary capillary/artery wedge pressure)<br>3. monitor status yang meliputi intake dan output<br><b>Bleeding Reduaction: wound/luka</b><br>1. gunakan ice pack pada area perdarahan<br>2. lakukan pressure dressing (perban yang menekan pada area luka)<br>3. tinggikan ekstremitas yang perdarahan<br>4. monitor nadi distal dari area luka atau perdarahan<br>5. intruksikan pasien untuk membatasi aktifitas<br><b>Bleeding reduction: gastrointestinal</b><br>1. observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh: emesis, feces, urine, residu lambung, dan drainase luka<br>2. monitor complete blood count dan leukosit<br>3. kurangi faktor stress | 1. mengetahui tanda dan resiko perdarahan<br>2. membantu menentukan kebutuhan penggantian darah<br>3. mengurangi pengeluaran darah berlebih<br>4. mengurangi pengeluaran darah berlebih<br>5. asupan nutrisi untuk menggantikan output<br>1. mengetahui penyebab perdarahan<br>2. mengetahui keadaan perdarahan<br>3. mengetahui adanya tanda risiko perdarahan<br>1. untuk mengurangi pengeluaran perdarahan<br>2. untuk mengurangi pengeluaran darah<br>3. membantu aliran darah mengalir lambat<br>4. dapat digunakan untuk menentukan perkiraan kasar kehilangan darah<br>5. mengurangi adanya pengeluaran darah<br>1. kehilangan penggantian faktor pembekuan yang tidak adekuat<br>2. mengetahui perkiraan kehilangan kasar darah<br>3. mencegah timbul perdarahan berlebih<br>4. mengganti kehilangan pada cairan/darah |

Sumber: (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doengoes, 2014)

#### 2.2.4 Implementasi

Merupakan proses keperawatan yang mengikuti rumusan dari rencana keperawatan. Pelaksanaan keperawatan mencakup melakukan, membantu, memberikan asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang berpusat pada klien, mencatat serta melakukan pertukaran informasi yang relevan dengan perawatan kesehatan berkelanjutan dari klien (Nurbaeti et al, 2013).

#### 2.2.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya (Nurbaeti et al, 2013).

### 2.3 Konsep Nyeri

#### 2.3.1 Nyeri

Nyeri adalah suatu pengalaman dimana tidak menyenangkan apabila dirasakan oleh seseorang yaitu terhadap stimulus tertentu dan tidak akan bisa dibagi kepada orang lain. Nyeri juga dapat disebut sebagai pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang akibatnya terjadi kerusakan jaringan yang nyata dan potensial (Indrayani dan Moudy, 2013)

Nyeri juga merupakan suatu mekanisme pertahanan tubuh yang timbul, bila terdapat jaringan yang rusak maka hal ini akan menyebabkan individu bereaksi dengan cara memindahkan stimulus nyeri. Nyeri juga alasan utama bagi seseorang untuk mencari atau meminta bantuan dalam



perawatan kesehatan. Nyeri terjadi bersamaan dengan beberapa pemeriksaan diagnostic atau pengobatan. Hal penting yang harus selalu diingat adalah apa yang dikatakan seseorang yang sedang mengalami nyeri adalah tidak ada pernyataan atau verbal (Indrayani dan Moudy, 2013).

### 2.3.2 Proses terjadinya nyeri

Terkadang rasa nyeri pada saat persalinan diakibatkan karena adanya kontraksi uterus alam kala pengeluaran janin. Dalam persalinan normal, saat awal persalinan sampai dengan pembukaan lengkap akan berlangsung selama 12-18 jam, yang akan dilanjutkan kala pengeluaran janin sampai pengeluaran plasenta. Rasa nyeri ini dipengaruhi oleh kelelahan, keletihan, kecemasan, dan rasa takut akan menyebabkan peningkatan rasa nyeri.

Dalam situasi dan kondisi menghadapi nyeri ini sangat individual, sehingga menyebabkan pengalaman rasa nyeri berbeda antara satu wanita dengan wanita lainnya, dengan demikian pula antara persalinan pertama dengan persalinan berikutnya pada wanita yang sama. Rasa nyeri dalam proses persalinan mengakibatkan mengeluarkan adrenalin. Pengeluaran adrenalin ini akan mengakibatkan pembuluh darah berkonstriksi akan mengurangi aliran darah yang membawa oksigen ke uterus dan mengakibatkan penurunan kontraksi. Uterus yang akan menyebabkan memanjangnya waktu persalinan, sehingga menghilangkan rasa takut dan nyeri selama proses persalinan menjadi hal yang cukup penting (Indrayani dan Moudy, 2013).

### 2.3.3 teori-teori tentang nyeri

Ada beberapa teori tentang nyeri yaitu specificity theory, pattern theory, dan gate control theory. Teori yang banyak digunakan adalah teori gate control yang dikemukakan oleh Melzack dan Wall tahun 1965. Teori ini didefinisikan sebagai pengalaman perseptual yang kompleks yang dipengaruhi oleh faktor fisiologis dan psikologis yang unik dan bersifat individual. Teori gate control menggambarkan ada mekanisme pintu gerbang pada ujung saraf tulang belakang yang dapat meningkatkan atau menurunkan aliran impuls saraf dari serat perifer menuju sistem saraf pusat. Menurut teori ini, sensasi nyeri dihantar sepanjang saraf sensoris menuju ke otak. Selain itu, teori ini menekankan pengembangan mekanisme kendali nyeri dalam tubuh dan memberikan penjelasan yang dapat diterima untuk pendekatan kendali nyeri non-interventif atau teknologi rendah yang mencakup metode psikologis, masase punggung, dan stimulasi saraf elektrik transkutaneus (Indrayani dan Moudy, 2013).

### 2.3.4 Pengukuran Intensitas nyeri

Menurut Perry dan Potter (1993), nyeri tidak dapat diukur secara objektif, namun tipe nyeri yang muncul dapat diramalkan berdasarkan tanda dan gejalanya atau berpatokan pada ucapan perilaku pasien. Pasien kadang-kadang diminta untuk menggambarkan nyeri yang dialaminya sebagai verbal yaitu nyeri ringan, sedang atau berat (Indrayani dan Moudy, 2013).

Ada beberapa cara untuk mengkaji intensitas nyeri yang biasanya digunakan antara lain :

#### 1. Visual analog scale(VAS)

Skala ini dapat diketahui dengan kata-kata kunci pada keadaan yang ekstrim yaitu “tidak nyeri”. Dan nyeri senyeri-nyerinya”. Skala ini tidak memiliki tingkatan yang tepat tanpa angka dan tidak memberikan pasien kebebasan untuk memilih dengan apa yang dialami, hal ini menyebabkan kesulitan.

Gambar 2.4



Sumber : prasetyo 2010

#### 2. Verbal Numerical Rating Scale(VNRS)

Skala ini memiliki numeris dan hubungan antara berbagai tingkat nyeri. Skala nyeri terdiri dari garis 0-10 cm yang telah ditentukan terlebih dahulu berdasarkan daerah yang paling nyeri kemudian diberikan skalanya. Walaupun demikian, pasien masih mengalami kesulitan dalam menentukan angka pada pengalaman nyeri manusiawi dan membutuhkan perhitungan yang matematis

Gambar2.5



Sumber prasetyo 2010

### 3. McGill Pain Questioner(MPQ)

Skala ini kombinasi antara verbal dan nilai numerik yang melekat dan gambar tubuh. Instrument ini mengubah pengenalan sifat yang multidimensional pengalaman nyeri dengan menentukan intensitasnya, kualitas, dan durasi seseorang. Aplikasi MPQ memberikan informasi kuantitatif dalam bentuk rangkaian skor yang menunjukkan dimensi sensorik, afektif dan evaluative nyeri sehingga MPQ bersifat valid, reliabel, konsisten, dan berguna. Apabila digunakan dalam penelitian, deskripsi metode sudah memberikan informasi yang maksimum.

Cara mengkaji skala nyeri dengan skala intensitas nyeri yaitu ibu berhak memilih 12 kata-kata numeris yang telah ditentukan oleh peneliti dan di nilai berdasarkan tingkatan skor 0 dan nilai tertinggi skor 3 untuk nyeri ringan, jumlah skor 7-12 untuk nyeri sedang, dan jumlah skor 13-18 untuk nyeri berat.

### 2.3.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Banyak faktor yang mempengaruhi nyeri selama persalinan. Faktor tersebut terdiri dari faktor fisik, sosial dan psikososial yang meliputi paritas, prosedur medik, kecemasan, kelelahan, ketakutan, dan mekanisme coping.

#### a. Paritas

Paritas mempengaruhi persepsi terhadap nyeri persalinan karena primipara mempunyai proses persalinan yang lebih lama dan lebih melelahkan dibandingkan dengan multipar. Hal ini disebabkan karena serviks pada klien primipara memerlukan tenaga yang lebih besar untuk mengalami peregangan karena pengaruh intensitas kontraksi lebih besar selama persalinan. Selain itu, pada ibu dengan primipara menunjukkan dan keraguan untuk mengantisipasi rasa nyeri selama persalinan.

#### b. Prosedur medik

Prosedur medik seperti induksi dan augmentasi pada persalinan mempengaruhi respon klien terhadap nyeri selama persalinan. Oksitoksin salah satu obat yang sering digunakan untuk induksi dan augmentasi selama persalinan yang menyebabkan kontraksi lebih kuat dan tidak nyaman. Prosedur ini yang dapat membuat ketidaknyamanan adalah posisi supine, yaitu pada saat penggunaan sabuk abdomen

untuk monitor keamanan fetal, pembatasan perubahan posisi atau berjalan dan penggunaan prosedur yang dapat menyebabkan kontraksi usus dan uterus.

c. Kecemasan dan ketakutan

Kecemasan merupakan perasaan subjektif yang dialami seseorang. Umumnya kecemasan akan timbul pada pengalaman baru yang menegangkan, termasuk pada pasien yang akan menghadapi persalinan. Kecemasan berpengaruh terhadap respon nyeri, hal ini dibuktikan melalui penemuan hasil laboratorium dan klinik yang dilakukan selama 3 tahun terakhir menunjukkan bahwa takut dan kecemasan merupakan faktor yang paling tinggi dalam meningkatkan penggunaan analgesia. Cemas dan takut yang berlebihan akan memperbesar sensitifitas terhadap nyeri dan menurunkan kemampuan ibu untuk mentoleransi nyeri. Ketika pikiran dijangkiti oleh rasa takut atau cemas, maka sistem saraf otonom akan membuat tubuh bereaksi secara mendalam, jantung akan berdetak lebih keras dan cepat, nadi dan frekuensi nafas akan meningkat, proses pencernaan dan yang berhubungan dengan usus akan berhenti, pembuluh darah berkontraksi, tekanan darah meningkat kelenjar adrenal melepas adrenalin ke dalam darah dan didistribusikan keseluruh

tubuh sehingga menjadi tegang dan meningkat sensitifitas nyeri.

d. Kelelahan

Kelelahan merupakan suatu mekanisme perlindungan tubuh sebagai respon terhadap kerusakan tubuh. Apabila tubuh diistirahatkan maka akan terjadi pemulihan segera setelah istirahat, dengan demikian tubuh terhindar dari kerusakan lebih lanjut. Untuk itu, apabila kita mengalami kelelahan, maka segera istirahat, apabila tubuh tidak diistirahatkan maka akan terjadi kerusakan lebih lanjut.

Ada dua macam kelelahan yaitu kelelahan otot dan kelelahan umum. Kelelahan otot adalah suatu keadaan saat otot tidak dapat berkontraksi secara cepat dan kuat atau bahkan tidak dapat berkontraksi secara cepat dan kuat bahkan tidak dapat berkontraksi sama sekali, umumnya terjadi pada seseorang yang mempunyai aktifitas fisik yang padat, sedangkan kelelahan umum adalah kelelahan yang mencakup aspek subyektif, perilaku dan fisik.

Kelelahan otot dan kelelahan umum disebabkan oleh faktor-faktor yang berbeda. Faktor penyebab kelelahan otot diantaranya adalah pengosongan ATP, pengosongan simpanan glikogen otot, akumulasi asam laktat, sedangkan faktor penyebab kelelahan umum adalah kurang tidur,

kekurangan energi, depresi, kelebihan kafein, penyakit jantung, diabetes dan dehidrasi. Kedua bentuk kelelahan tersebut muncul dari proses fisiologi yang berbeda. Kelelahan otot ditunjukkan melalui gejala sakit nyeri, seperti ketegangan otot dan sakit nyeri, seperti ketegangan otot sakit disekitar sendi, sedangkan kelelahan umum dapat terlihat pada munculnya sejumlah keluhan yang berupa perasaan lamban dan rasa malas untuk beraktivitas.

Kelelahan selama persalinan dapat memperbesar persepsi ibu terhadap nyeri, ibu akan lebih tegang dan cemas jika tidak di berikan informasi tentang cara untuk mengurangi rasa nyeri. Kedadaan tersebut dapat diperberat dengan anemia yang terjadi selama kehamilan sehingga terjadi kelelahan yang berlebih.

e. Mekanisme koping

Mekanisme koping merupakan cara yang digunakan oleh individu dalam menyelesaikan masalah, mengatasi perubahan yang terjadi dan situasi yang mengancam baik secara kognitif maupun perilaku. Secara normal, ibu dapat belajar mengatasi nyeri secara teratur. Ibu yang sebelumnya mengalami persalinan lama dan sulit akan mengalami kecemasan yang berlebih terhadap persalinan berikutnya. Akan tetapi pengalaman melahirkan sebelumnya tidak selalu



berpengaruh buruk terhadap kemampuannya untuk mengatasi nyeri. Lingkungan yang mendukung dapat berpengaruh persepsi ibu terhadap nyeri. Dukungan selama persalinan membantumenurunkancemasdanmeningkatkankemampuan ibu untuk menangani ketidaknyamanan dan keefektifan metode pengurangan nyeri yanglain.

Adapun manajemen nyeri mempunyai beberapa tindakan atau prosedur secara farmakologi atau nonfarmakologi.

Prosedur dalam farmakologi ini diberikan dengan pemberian obat analgetik. salah satu pengobatan secara nonfarmakologi yang dapat dilakukan adalah dengan teknik relaksai genggam jari.

Relaksai genggam jari juga merupakan teknik relaksai dengan jari tangan serta aliran energy didalam tubuh, dan teknik genggam jari juga dapat memudahkan untuk mengelola emosi serta mengembangkan kecerdasan emosional.

Adanya stimulasi nyeri pada luka pembedahan dapat disebabkan oleh keluarnya mediator nyeri yang akan menstimulasi transmissi impuls disepanjang serabut aferen nosisseptor ke subtansi gelatinosa (pintu gerbang) dimedula

spinalis yang dilanjutkan melewati thalamus kemudian ke kortek serebri dan diinterpretasikan sebagai nyeri.

Adapun manfaat dilakukanya teknik genggam jari yaitu, memberikan rasa damai,fokus dan nyaman, memperbaiki aspek emosi, menurunkan kecemasan dan depresi, serta dapat menurunkan nyeri. (pinandita,2012 dalam puji dan eka 2017)