

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 KonsepDasar

##### 2.1.1 KonsepPostpartum

###### A. Masanifas

Masa Nifas adalah dimana dimulai ketika 2jam postpartum dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti ke keadaan semula atau sebelum hamil, biasanya masanifas 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 fisiologis nya sudah terjadi perubahan pada bentuk semula (sebelum hamil), namun pada faktor psikologis nya 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 penjelasanya sebagai berikut:

1. Puerperium dini (immediate puerperium), masa pemulihan dimana ibu telah diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan dalam (waktu 0-24jam) 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 selama kurang lebih 6 sampai 8 minggu.
3. Remote puerperium ( later puerperium), waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan yang sempurna secara bertahap terutama jika selama masa kehamilan dan persalinan ibumengalami komplikasi, waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, bulan bahkan tahun.

### 2.1.2 Anatomi dan Fisiologi

#### Bagian abdomen

##### 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 perantaranya oleh jaringan ikat dibawah kulit (hypodermis/subkutis) (Syarifuddin, 2016).

- a. Lapisan epidermis atau jaringan kuli yang berada di paling luar yang terdiri dari lapisan gepeng epitel unsur-unsur utamanya ada sel-sel tandung atau biasa disebut juga (keratinosit) dan sel malanosit. Lapisan ini selalu dibawah yang bermiosis terus, lapisan paling luar epidermis selalu terkelupas danggur. Epidermis juga tersusun oleh

beberapasel-selepidermisterutamaserat-seratakolagendanmemiliki seratelas. Padaintinyakulitari(epidermis)terdiridaribeberapasel.

b. Lapisandermis

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

c. LapisanHipodermis

Lapisan yang berada dibawah kulit ini (fasia superfisialis) terdiri dari jaringan pengikat longgar. Pada adipose terdapat juga suatu susunan lapisan kulit subkutan yang dapat membentuk mobilitas kulit diatasnya. 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.

### **Ototabdomen**

a. Musculus oblique eksternalabdomina

Otot ini merupakan otot terbesar dan paling superfisial dari ketiga otot dibawahnya 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 laksmono, 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 laksmono, 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 laksmono ,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 dalam laksmono, 2016).

### **Fisiologi**

Adapun beberapa 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 sebagaimana berikut:

- 1) Kulit
- 2) Jaringan subkutan
- 3) Fasia acarpa (membatasi diantara dua jaringan subkutan)
- 4) Otot dinding perut: m:oblikuseksternu
- 5) M:oblikus internus
- 6) Fasiatransveralis
- 7) Jaringan peritoneum
- 8) Peritoneum
- 9) Peritoneum parietale

b. Insisi abdomen, dapat dilakukan secara vertical dan transversal atau lintang. Diuraikan sebagaimana berikut:

- 1) Insisi vertical

Insisi vertical 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 kantong siranukuran janin.

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

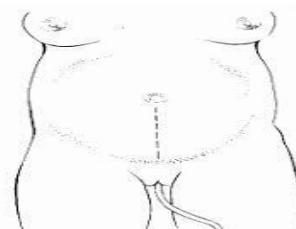
sepotong fasia di garis tengah dengan lebar 2cm. fasiatras versalis dan lemak praperitoneum dibebaskan secara hati-hati untuk mencapai peritoneum yang terletak dibawahnya. Peritoneum yang terletak dengan ujung atas insisi dibuka secara hati-hati.

2) Insisi transversal/lintang

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

Gambar 2.1

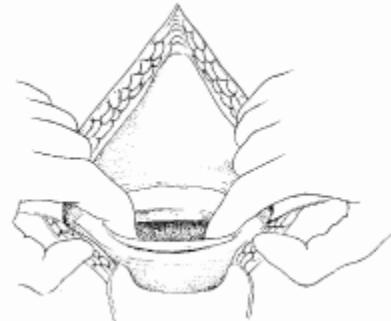
Insisi vertikal



Sumber: setiyani eka sari, 2012

Gambar 2.2

Insisi transversal/lintang



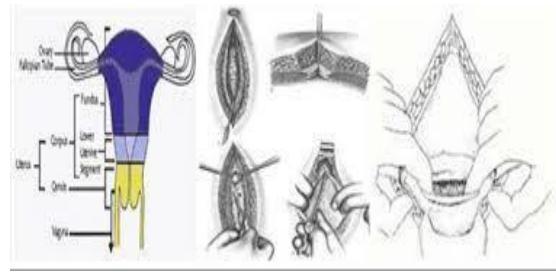
Sumber: setiyani ekasari, 2012

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 kea rah 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 meluaskan bawah, insisi vertikal dapat menembus 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 juga dikatakan sebagai pengrusakan secara langsung jaringan hipertropi yang berlebihan hal ini disebabkan karena penurunan kadarhormone estrogen dan progesteron.

- 2) Terdapat polymorph phagolitik dan macrophages didalam sistem cardiovaskuler dan sistemlimphatik
- 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 siasa yang ada pada wanita normal. Lochea mempunyai bau amis ( anyir), meskipun tidak terlalu menyengat, dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Volumenya total lochea ber variasi 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 terlahannya produksi sepsi atau adanya infeksi juga dapat mempredisosiasi terjadi nyoperdarahan 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, pada 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 atau tertahan.

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 setelah olahraga pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri membentuk semacam cincin. Warna serviks sendiri merah kehitaman karena penuh pembuluh darah. Dari beberapa hari setelah persalinan, ostium externum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggir-pinggirnya tidak rata tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan. Namun pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh 1 jari saja dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari canalis cervikalis. Pada serviks berbentuk sel-sel totbaru yang mengakibatkan serviks memanjang seperti celah. Oleh karena itu hyperpalpi ini tidak dikenal dengan kesehatan 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

Segera saat setelah 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 setia ibu yang melahirkan akan tersedia makanan untuk bayinya dan bagi sianaknya yang terasapuas dalam pelukanibunya, merasa

aman, tenram, hangat akan kasih saying ibunya. Hal ini merupakan faktor yang paling penting bagi perkembangan anak selanjutnya. Produksi asi sendiri masih berpengaruh oleh faktor kejiwaan, ibu yang selalu dalam kedaan tertekan, sedih, kurang percaya diri, dan berbagai ketegangan emosional akan mengakibatkan penurunan dalam volume asi bahkan tidak akan terjadi produksi asi. Ibu yang sedang menyusui juga 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. SistemPencernaan

### 1) NafsuMakan

Ibu biasanya akan merasa lapar saat setelah melahirkan, sehingga dapat mengkonsumsi makanan ringan. Ibu sering sekali merasa cepat lapar setelah melahirkan dan siap makan pada 1 sampai 2 jam postprimordial dan dapat ditoleransi dengan diet yang ringan. Setelah bener-bener pulih dari efek analgesia dan keletihan, kebanyakan ibu merasa sangat lapar . permintaan untuk memperoleh makanan dua kali dari jumlah yang biasa dikonsumsi disertai mengkonsumsi cemilan yang sering ditemukan. Sering kali untuk pemulihan nafsu makan, diperlukan waktu 3 sampai 4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, namun asupanmakanan

juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan susus 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 masapascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan atau dehidrasi. Ibu sering kali sudah menduga nyeri saat defekasi karena nyeri yang dirasakannya diperineum akibat episiotomy, laserasi atau hemoroid. Kebiasaan buang air yang teratur harus dicapai kembali setelah tonus usus kembali normal. Kebiasaan mengosongkan usus secara regular perlu dilatih kembali untuk merangsang pengosongan usus. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu yang berangsur-angsur untuk kembali normal. Pola makan ibu nifas tidak akan seperti biasa dalam beberapa hari dan perineum ibu akan terasa sakit saat ibu defekasi. Faktor-faktor tersebut mendukung konstipasi pada ibu nifas

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

### 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 apartum. Adaptasi ini mencangkup hal-hal yang membantu relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat gravitasi ibu akibat pembesaran Rahim. Stabilisasi sendi lengkap pada minggu ke 6 sampai ke 8 setelah wanita melahirkan. Akan tetapi, walaupun semua sendi lain kembali normal seperti sebelum hamil, kaki wanita tidak akan mengalami perubahan setelah melahirkan.

### 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 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 caesarea, maka kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah (blood volume) dan hematokrit (haemacconcentration). Bila persalinan pervaginam, hematokrit akan naik dan pada section caesarea, hematokrit cenderung stabil dan kembali normal setelah 4 sampai 6 minggu. Setelah persalinan shunt akan hilang dengan tiba-tiba ibu relative akan bertambah, keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung semakin bertambah sehingga dapat menimbulkan decompensation cordia pada vitium cordia.

a. Volumedarah

Perubahan pada volume darah tergantung pada beberapa variable. Contohnya kehilangan darah selama persalinan. Mobilisasi dan pengeluaran cairan ekstravaskular.

b. Cardiacoutput

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

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

## 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 derivate dari kolesterol. Hormon dalam jumlah yang sangat kecil bisa memiliki pengaruh yang sangat luas. Hormon terikat 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-ciriseksual.
- b. Hormon memengaruhi cara tubuh dalam menggunakan dan menyimpan energy.
- c. Hormon juga mengendalikan volume cairan dan kadar air dalaam didalam darah.

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

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

## 7. Perubahan Tanda-tanda Vital

- 1) Suhu Badan, satu hari (24jam) postpartum suhu badan akan naik sedikit ( $37,5^0\text{C}$ - $38^0\text{C}$ ) sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan (dehidrasi ) dan kelelahan karena adanya bendungan vaskuler dan limfatik. Apabila kedaan normal suhu badan menjadi biasa. Biasanya pada hari ke tiga suhu badan naik lagi karena adanya pembentuk ASI, payudara akan menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI. Bila suhu tidak turun kemungkinan karena adanya infeksi pada endohvv;metrium, mastitis, tractus genitalis, atau sistem lain.
- 2) Nadi, denyut nadi normal pada orang dewasa antara 60-80 kali permenit atau 50-70 kali per menit. Sesudah melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan akan terkena infeksi atau perdarahan postpartum.
- 3) Tekanan Daraha, tekanan darah biasanya meningkat pada persalinan 15mmHg systole dan 10 mmHg diastole. Biasanya stelah bersalin tidak berubah normal, kemungkinan tekanan drah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan drah tinggi pada post partum dapat menandakan adanya preeklampsi pada masa postpartum.

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

#### 8. Sistem Hematology

- 1) Selama minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Hari pertama masa nifas kadar fibrinogen dan plasma semakin menurun, tetapi darah kental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan pembekuan darah. Haematokrit dan haemoglobin pada hari ke 3-7 setelah persalinan. Masa nifas bukan masa penghancuran sel darah merah tetapi tambahan-tambahan akan menghilang secara perlahan sesuai dengan waktu hidup sel darah merah. Pada keadaan yang tidak ada komplikasi, keadaan haematokrit dan haemoglobin akan kembali normal seperti sebelum hamil dalam 4-5 minggu postpartum.
- 2) Leukosit meningkat, dapat mencapai  $15000/\text{mm}^3$  selama persalinan dan tetap tinggi dalam beberapa postpartum. 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  $20000-25000/\text{mm}^3$ , neurotropil berjumlah lebih banyak daripada putih, dengan konsekuensi akan berubah. Sel darah putih, bersama dengan peningkatan normal pada kadar sedimen eritrosit, mungkin sulit diinterpretasikan jika terjadi infeksi akut pada rentan waktu ini.

- 3) Faktor pembekuan, suatu aktivasi faktor pembekuan darah terjadi setelah masa persalinan. Aktivasi ini terjadi bersamaan dengan tidak adanya pergerakan, trauma atau sepsis, yang mendorong terjadinya tromboemboli. Keadaan produksi tertinggi dari pemecahan fibrin mungkin akibat pengeluaranplasenta.
- 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 homen (dorso fleksi kaki dimana menyebabkan otot-otot mengkompresi vena tibia dan adanya nyeri jika ada trombosi). Penting untuk diingat bahwa trombosis vena-vena dalam mungkin tidak terlihat namun tetap menyebabkan rasanyeri.
- 5) Varises, varises pada kaki dan sekitar anus (haemoroid) adalah umum pada saat masa kehamilan. Varises pada vulva umumnya kurang dan akan segera kembali setelahpersalinan.

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

##### **1. Masa *taking in* (Fokus Pada DiriSendiri)**

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 orangtua dalam merawat bayi semakin besar. Ibu berupaya untuk menguasai keterampilan dalam merawat bayinya. Selain itu, perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang baik. Oleh karena itu, ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri.

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

Masa ini terjadi bila ibu sudah pulang dari RS dan melibatkan keluarga. Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu mengambil langsung tanggung jawab dalam merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan tantangan 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 tidakan 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 dimanakecepatanwaktuuntukmelukantindakansangatmempengaruhi keluaran prosedur operatif ini. Walaupun demikian, persyaratan minimal tindakan operatif, harus tetap dipenuhi, sebelum seksio sesarea elektif, lakukankajianusiakehamilanberdasarkanhaidterakhir,profilbiofisik,

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

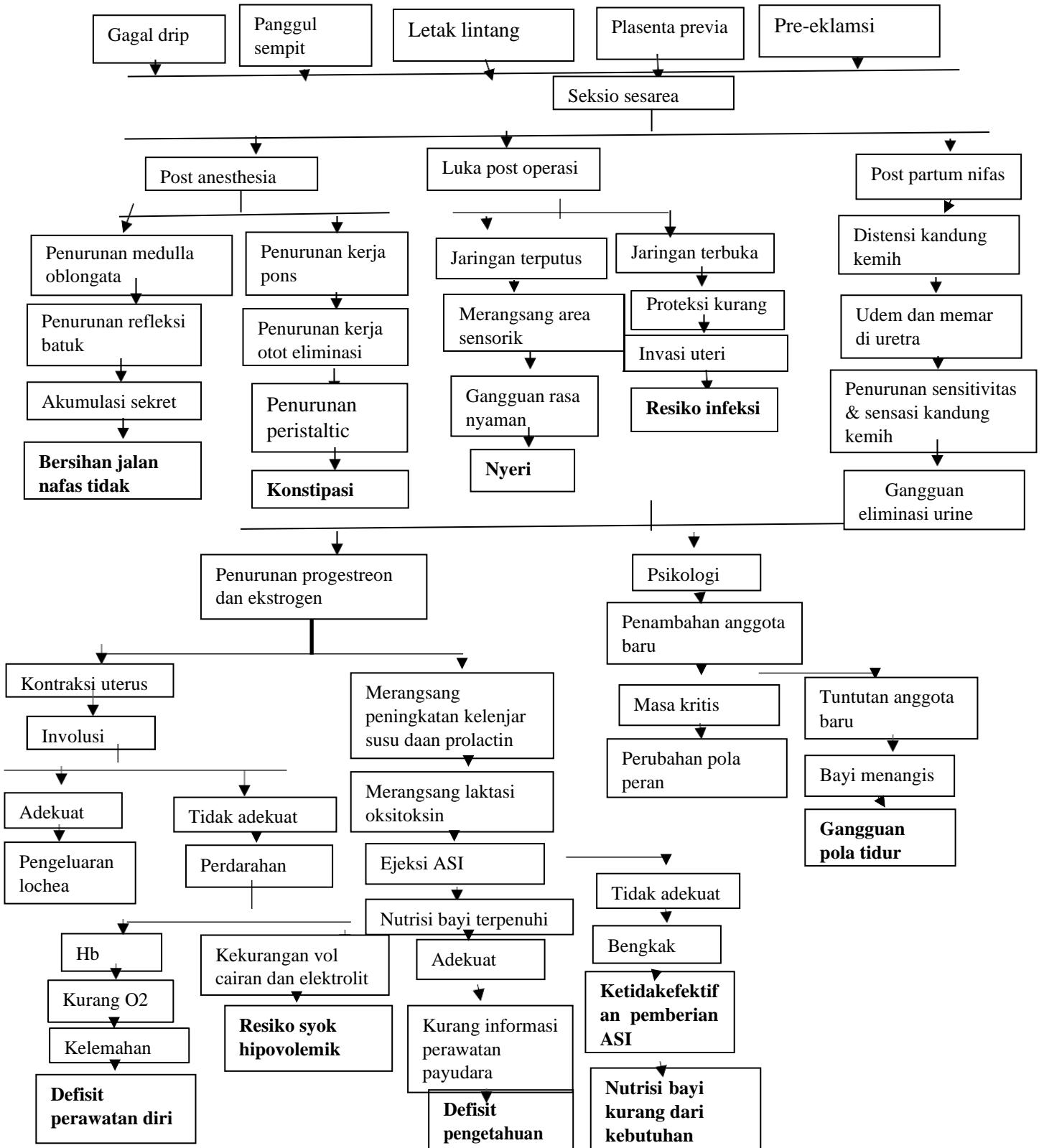
#### 2.1.6 Etiologi

Menurut lelly andayasaki et al, 2014:

1. Etiologi yang berasal dari ibu
  - a. Disproporsi kepala panggul atau CPD
  - b. Disfungsi Uterus
  - c. Distosia jaringan lunak
  - d. Plasenta previa
  - e. Hipertensi, pre-eklampsia berat
2. Etiologi bagian anak
  - a. Janin besar
  - b. Gawai janin
  - c. Letak klintang

### 2.1.7 Patofisiologi

Bagan 2.1



**Sumber:**  
(Nurarif, 2015)

Pembedahan Seksio Sesareamerupakan tindakan insisi pada dinding abdomen yang menyebabkan terputusnya kantinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf di sekitar 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 nudaya jika sering bergerak setelah melahirkan maka benang jahitanya 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 diantarnya terjadi peningkatan suhu, perdarahan abnormal, thrombosis, involusi, yang tidak baik, aliran darah tersumbat, peningkatan intensitas nyeri (Suryani, 2010 dalam S Anis, 2018).

#### 2.1.8 Penatalaksanaan seksiosesarea

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

### 2.1.9 Pemeriksaandiagnostik

- a. lakukan pemantaun janin terhadap kesehatan janin
  1. pemantaun dalam pemeriksaanEKG
  2. Elektrolit
  3. Hemoglobin atauhematokrit
  4. Golongan dan pencocokan silangdarah
  5. urinalisis
  6. amniosentesis terhadap maturase paru janin sesuaiindikasi
  7. pemeriksaan sinar X sesuaiindikasi
  8. Ultrasound sesuaiindikasi

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. identitaspasien

Pengkajian mencangkup 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

Menguraikansaatkeluhanutamapertamakalidiraskan,tindakanyangdikatakan 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 PQRST dalam bentuk narasi.

Provokatif dan paliatif: apa penyebarannya , apa yang memperberat dana pa 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 keluha, berapa lama, bersifat (tiba-tiba,sering, bertahap).

b. Riwayat kesehatandahulu

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

c. Riwayat kesehatankeluarga

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

a. Riwayat Ginekologi dan Obsterti

Menurut (Irma Nurbaiti, dkk,2013)

1) RiwayatGinekologi

a) RiwayatMenstruasi

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

b) Riwayatperkawinan

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

c) Riwayat keluargaberencana

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

yang akan datang atau rencana penambahan anggota keluarga dimasa mendatang.

2) Riwayat Obsterti

a) Riwayat Kehamilan Dahulu

Meliputi beberapa jumlah kehamilan, jumlah persalinan, dan jumlah abortus. Serta berapa kali dilakukan pemeriksaan ANC. Hasil pemeriksaan laboratorium mencangkup 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 Kehamilan Sekarang

Usia kehamilan, keluhan selama kehamilan, gerakan anak pertama dirasakan oleh klien, imunisasi TT, perubahan berat badan saat hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam memeriksaan kehamilannya.

c) Riwayat Persalinan Dahulu

Meliputi umur kehamilan, tanggal partus, jenis partus, tempat persalinan, berat badan anak, waktu lahir, masalah yang terjadi dan keadaan anak.

d) Riwayat persalinan sekarang

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 NifasDahulu

Melibuti masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya.

f) Riwayat Nifassecarang

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

b. Pola Aktifitas sehari-hari, dirumah dan dirumahsakit

1) Pola nutrisi

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

Makanan dan minuman : jumlah, jenis minuman dan frekuensi.

Padapostseksiosesareaakanterjadipenurunandalampolamakandan akan merasa mual karena efek dari anestesi yang masih ada dan bisa juga dari faktor nyeri akibat seksiosesarea.

2) Polaeliminasi

Mencangkup kebiasaan BAB : frekuensi, warna, konsistensi dan keluhan.BAK:frekuensi,jumlah,warnadankeluhan.Biasanyaterjadi penurunankarenafaktorpsikologisdariibuyangmasihmerasatraum, danotot-ototmasihberelaksasi.Defekasispontanmungkinbarutejadi setelah2-3haripostpartum.Pegerakanususyangbiasanyadanteratur kembalisetelahtonusususkembali.Dibutuhkan2-8minggusampai

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

3) Pola istirahat dantidur

Mencangkup tidur malam : waktu dan lama, tidur siang: waktu, lama, dan keluhan. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasakesakitan dan lemas akibat dari tindakan pembedahan seksiosesarea.

4) Personalhygene

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

5) Aktifitas danlatihan

Kegiatandalampekerjaandanaktifitaskliensehari-harisiertakegiatan waktuluangsaatsebelummelahirkandansaatdirawatdirumahsakit.

c. PemeriksaanFisik

1) Pemeriksaanibu

a) Keadaanumum

Melibut tingkat kesadaran dan penampilan, berat badan, tinggi badan. Pada klien dengan post partum dengan seksio searea biasanya kesadaran composmentis ( kesadaran maksimal), dan penampilan tampak baik dan terkadang sedikit pucat.

b) Tanda-tandavital

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

c) Antropometri

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

d) Pemeriksaan Fisik ibu

1) Kepala

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

2) Wajah

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

3) Mata

Warna konjungtiva, bentuk, pergerakan bola mata, refleksi 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,keluwardari 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 fisisologis, intensitas nyeri akut yang beresiko terhadap perkembangan pasca pembedahan.

10) Punggung danbokong

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) Eksremitas

Adapun adaptasi sistem musculoskeletal ibu yang terjadi selama masa hamil berlangsung secara terbalik pada masa pasca partum. Adaptasi ini mencangkup hala-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 walalupun semua sendi lain kembali normal seperti sebelum hamil, kaki wanita tidak mengalami perubahan setelah melahirkan.

2) Pemeriksaan fisik bayi

a) Keadaanumum

Melibuti tampilan, dan kesadaran bayi dialukan dengan pemeriksaan APGARscore.

b) Antropometri

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

d. AnalisaData

Data yang sudah terkumpul selanjutnya dikelompokan dan dilakukan analisa serta sintesa data. Dalam mengelompokan data dibedakan atas data subjktif dan data objektif dan pedoman pada teori Abraham maslaw:

- a. Kebutuhan dasar atau fisiologis
- b. Kebutuhan rasanyaman
- c. Kebutuhan cinta dan kasihsayang
- d. Kebutuhan hargadiri
- e. Kebutuhan aktualiasidiri

## 2.2.2 DiagnosaKeperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau risiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara bertanggungjawab 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 jalannafas (mucus dalam jumlah berlebihan), jalannafas alergik (respon obatan anestesi).
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 kelelahan 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-masalahyang diidentifikasi pada diagnosa keperawatan (Nurbaeti et all,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 bersihkan jalan nafas**

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

45

Kondisi Terkait

- 1. jalan nafas alergik
- 2. asma
- 3. penyakit paru obstruktif 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> 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 <b>Batasan Karakteristik :</b> 1. Perubahan seleramakan 2. Perubahan tekanandarah 3. Perubahan Frekuensijantung 4. Perubahan frekuensi pernafasan 5. laporanisyarat 6. diaphoresis 7. Perilaku distraksi (mis, berjalan mondramandir	<b>NOC</b> 1. <i>Paintlevel</i> 2. <i>Paintcontrol</i> 3. <i>Comportlevel</i> <b>Kriteria Hasil</b> 1. Mampu mengontrol nyeri (mampu mengenal penyebab nyeri mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri atau meminta bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan manajemen nyeri 3. Mampu mengenalnyeri (skala,intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	<b>NIC</b> <b>Paint Management</b> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprhensif termasuk karakteristik,lokasi,durasi, frekuensi, kualitas dan faktorpresipitasi 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 4. Evaluasi nyeri pengalaman masa lampau 5. Bantuan pasien dan keluarg untuk mencari dan menemukan dukungan 6. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 7. Kurangi faktor presipitasinyeri 8. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi,nonfarmakologi dan interpersonal) 9. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 10. Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi 11. Berikan analgetik untuk menguranginya 12. Evaluasikeefetifan kontrolnyeri 13. Tingkatkanistirahat 14. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan atau tindakan yang tidak berhasil	<p>1. .nyeri berupa pengalaman subjektif yang dilakukan dalam pengkajian berkelanjutan supaya dapat mengevaluasi terhadap kemajuan penyembuhan atau pun perubahan pada karakteristik nyeri.</p> <p>2. Isyarat nonverbal dapat atau tidak dapat mendukung intensitas nyeri klien. Tetapi mungkin merupakan satu-satunya indikator jika klien tidak dapat mengatakan secara verbal</p> <p>3. Menentukan kultur pada klien</p> <p>4. Dapat membedakan nyeri saat ini dari pola nyeri sebelumnya</p> <p>5. Keberadaan perawat dapat mengurangi rasa ketakutan dan ketidakberdayaan</p>

mencari orang lain dan aktifitas lain seperti aktifitas yang berulang

- mengekspresikan perilaku (gelisah, menangis, merengek-rengek)
- masker wajah mis( mata kurang berbahaya, atau tamoak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus(meringis
- sikap melindungi area yang nyeri
- fokus menyempit mis( gangguan persepsi nyeri hambatan proses berpikir, penurunan interaksi dengan orang lain (lindungan
- indikasi nyeri yang bisadiamati
- perubahan posisi untuk menghindari nyeri
- sikap tubuh melindungi
- dilatasipupil
- melaporkan nyeri secara verbal
- gangguan tidur

**Faktor yang berhubungan :**  
agen cedera (misl, fisik, biologis, zat kimia, psikologis

### Analgesic

#### Administration:

- tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
- cek intruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
- pilih analgesic yang diperlukan atau kombinasi dari analgesic ketika pemberian lebih dari satu
- tentukan analgesic pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal
- pilih rute secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur
- monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesic pertama kali
- berikan analgesic tepat waktu terutama saat nyeri
- evaluasi efektivitas tanda dangejala
- meredakan ketidaknyamanan dan mengurangi energy sehingga meningkatkan kemampuan coping
- membantu dalam menegakan diagnosis dan menentukan kebutuhan tepi
- meningkatkan istirahat, mengarahkan kembali perhatian, dan meningkatkan coping
- mempermudah menentukan perencanaan
- meningkatkan istirahat, mengarahkan kembali perhatian dan meningkatkan coping
- meningkatkan kenyamanan dan memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain
- untuk mengetahui efektifitas pengontrolan nyeri
- mengurangi ketidaknyamanan pada klien
- nyeri hebat yang tidak reda oleh tindakan rutin dapat mengidentifikasi perkembangan komplikasi dan kebutuhan intervensi lebih lanjut
- untuk mengevau aluasi
- Medikasi dan kemajuan penyembuhan
- mengevaluasi keefektifan terapi yang diberikan
- menentukan jenis analgesic yang sesuai
- menentukan jenis rute untuk pemberian terapi
- menentukan rute yang sesuai dengan terapi
- untuk mengetahui perkembangan atau ketidakefektifan terapi
- menurunkan ketidaknyamanan dan memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain.
- untuk mengetahui efektifitas dari terapi farmakologi

tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi postpartum

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>	<b>NOC</b> <b>1. nutritionalstatus</b> <b>2. nutritional status : food danfluid</b> <b>3. intake</b> <b>4. nutritional status: nutrientintake</b> <b>5. weightcontrol</b> <b>Kriteria Hasil</b> 1. adanyapeningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3. mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. tidak ada tandatanda malnutrisi 5. menunjukan peningkatan fungsi pengecapan dari menelan 6. tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	<b>NIC</b> <b>Nutritiont management</b> 1. kaji adanya alergi makanan 2. kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien. 3. anjurkan pasien untuk meningkatkan Fe 4. anjurkan pasien untuk meningkatkan vitamin C dan protein 5. yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggiserat 6. berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahligizi) 7. ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian 8. memonitor jumlah nutrisi dan kalori 9. berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi <b>10. kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan</b> <b>NutritionMonitoring</b> 1. BB pasien dalam batasnormal 2. monitor adanya penurunan beratbadan 3. memonitor tipe dan jumlah aktifitas yang dilakukan 4. monitor lingkungan selamamakan	<b>1.</b> pilihan intervensi tergantung pada penyebab yang mendasari <b>2.</b> metode pemberian makan dan kebutuhan kalori ditentukan situasi individual dan kebutuhan spesifik <b>3.</b> meningkatkan defisit dan memantau keefektifan dalam pemberian nutrisi <b>4.</b> memaksimalkan dalam alkan asupan zatgizi <b>5.</b> pertimbangkan masukan individual dapat mempengaruhi asupan diet <b>6.</b> memaksimalkan asupan gizi <b>7.</b> mengidentifikasi toleransi makanan dan defidiensi kebutuhan nutrisi <b>8.</b> mengetahui asupan gizi yang diberikan <b>9.</b> untuk memahami kebutuhan nutrisi bagi pasien <b>10.</b> mengetahui adanya kekurangan vitaminB
14.			1. menjaga keseimbangannutrisi
15.			2. mengetahui adanya ketidakseimbangan nutrisi
			3. mengetahui aktifitas yang biasa dilakukan atau tidak

20. cepat kenyang setelah makan	5. jadwalakan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan	Karena bisa membuang energy
21. kelemahan untuk menelan	6. monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi	4. lingkungan yang nyaman mempengaruhi selama makan
<b>22. penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat</b>	7. monitor turgorkulit	5. memaksimalkan asupan
<b>Faktor yang berhubungan</b>	8. monitor pucat, kemerahan, kekeringan jaringan konjungtiva	6. nutrisi asupan yang kurang mempengaruhi perubahan fisik
1. asupan diet yang kurang	9. monitor kalori dan intakenutrisi	7. mengetahui ketidakseimbangan nutrisi
<b>Populasi berisiko</b>	10. catat jika lidah berwarna magenta atau scarlet	8. asupan yang kurang mempengaruhi perubahan fisik
1. asupan diet kurang		9. mengukur keefektifan bantuan nutrisi
2. kesulitan ekonomi		10. mengetahui adanya kekurangan vitaminB
<b>kondisi terkait</b>		
1. ketiamampuan mengabsorbsinutrien		
2. ketidakmampuan mencernamakanan		
3. ketidakmampuan makan		
<b>4. gangguan psikososial</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
<p><b>Ketidakefektifan pemberian ASI</b></p> <p><b>Definisi</b> Kesulitan memberikan susu pada bayi atau anak secara langsung dari payudara, yang dapat mempengaruhi status nutrisi bayi atau anak.</p> <p><b>Batasan Karakteristik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ketidakadekuatan defeksi bayi</li> <li>2. bayi mendekat ke arah payudara</li> <li>3. bayi menangis ke arah payudara</li> <li>4. bayi menangis pada jam pertama setelah menyusui</li> <li>5. bayi rewel setelah satu jam menyusui</li> <li>6. bayi tidak mampu latching-on pada payudara secara cepat</li> <li>7. bayi menolak latching-on</li> <li>8. bayi tidak responsive terhadap tindakan kenyamanan lain.</li> <li>9. ketidakcukupan pengosongan payudara setelah menyusui</li> <li>10. kurang penambahan berat badan</li> <li>11. tidak tampak pelepasan oksitosin</li> <li>12. tampak ketidakadekuatan asupan susu</li> <li>13. luka putting yang menetap setelah minggu pertama menyusui</li> </ol>	<p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Breastfeeding ineffective</i></li> <li>2. <i>Breathing pattern Ineffective</i></li> <li>3. <i>bresfeeding interupied</i></li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan pemberian ASI: bayi Perletakan bayi yang sesuai dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI</li> <li>2. Kemampuan pemberian ASI ibu ; kemampuan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama</li> <li>3. pemeliharaan pemberian ASI keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/toddler.</li> <li>4. penyapihan pemberian ASI diskonutias pemberian ASI</li> <li>5. pengetahuan pemberian ASI tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makanan bayi melalui proses pemberian ASI.</li> <li>6. ibu menggalis yarat lapar dari bayi dengan segera.</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Breastfeeding assistance</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. evaluasi pola menghisap/menelan bayi</li> <li>2. tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui dari bayi (misal; reflek rooting, mengisap dan terjaga)</li> <li>3. pantau integritas kulit ibu</li> <li>4. pantau berat badan dan pola eliminasi bayi</li> </ol> <p><b>Breast examination lactationsupersion</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI</li> <li>2. sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI</li> <li>3. ajarkan pengasuh bayi mengenai topik seperti penyimpanan pencairan ASI dan penghindaran susu botol pada dua jam sebelum ibupulang</li> <li>4. ajarkan orangtua mempersiapkan, menyimpan, mengahan gatkan, dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengetahui perkembangan bayi</li> <li>2. menentukan rencana selanjutnya</li> <li>3. kelembaban dan kelembutan pada bayi</li> <li>4. melihat keefektifan pemberian nutrisi dan ASI</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. membantu mengefektifkan pemberian terapi</li> <li>2. ibu baru mungkin tidak menyadari bahwa tentang pemberian ASI</li> <li>3. memberikan pengetahuan dasar</li> <li>4. menggantikan ASI untuk nutrisi pada bayi</li> </ol>

14. Penurunan berat badan bayi terus menerus	7. ibumengindikasikan kepuasaan terhadap pemberian ASI	<b>Lactaction conseling</b>	1. mendapat dukungan berhubungan dengan rasio keberhasilanASI
15.tidak menghisap payudara terus menerus	8. ibu tidakmengalami nyeri tekan pada putting	1. sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI	2. memberi pengetahuan untuk ibu
<b>Faktor yang berhubungan</b>	9. mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI	2. demontrasikan Lathan menghisap bila perlu	3.menggantikan nutrisi untukbayi
1. keterlambatan laktogen II		3. diskusikan metode alternative pemberian makan bayi	
2. suplai asi tidakcukup			
3. keluarga tidak mendukung			
4. tidak cukup waktu untuk menyusuiASI			
5. kurang pengetahuan orang tua tentang teknik menyusui			
6. kurangpengetahuan orangtua tentang pentingnya pemberian ASI			
7. diskonuitas pemberian ASI			
8. Ambivalensiibu			
9. ansietasibu			
10. anomaly payudara ibu			
11. keletihanibu			
12. keletihanibu			
13. nyeri			
14. penggunaandot			
15. refleks isap bayi buruk			
<b>16. penambahan makanan dengann putting artifisial.</b>			
<b>Faktor yang berhubungan</b>			
1. defisit pengetahuan			
2.anomaly bayi			
3. bayi menerima makanan tambahan dengan putting buatan			
4.diskontinuitas pemberian ASI			

## 5. Hambatan eliminasiurine

**Tabel 2.5**

### **Hambatan Eliminasi Urine**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
<p><b>Hambatan eliminasi urine</b></p> <p><b>Definisi</b> Disfungsi eliminasi urin</p> <p><b>Batasan karakteristik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. disuria</li> <li>2. sering berkemih</li> <li>3. anyang-anyangan</li> <li>4. nokturia</li> <li>5. inkontinensia urin</li> <li>6. retensiurin</li> <li>7. dorongan berkemih</li> </ol> <p><b>Faktor yang berhubungan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. penyebab multiple</li> </ol> <p><b>Kondisi terkait</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. obstruksi anatomic</li> <li>2. gangguan sensori motoric</li> <li>3. infeksi saluran kemih</li> </ol>	<p><b>1. Urinary elimination</b></p> <p><b>2. urinary continence</b></p> <p><b>Kriteria Hasil</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kandung kemih kosong secapapun</li> <li>2. tidak adaresiden urine &gt;100-200cc</li> <li>3. intake cairan dalam rentangnormal</li> <li>4. bebas dariISK</li> <li>5. tidak ada spasme bladder</li> <li>6. balance cairan seimbang</li> </ol>	<p><b>Urinary retention care</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. lakukan penilaian kemih secara komprehensif berfokus pada inkonutas (missal, outpu urin, pola berkemih, fungsi kognitif dan masalah berkencingpraeksisten)</li> <li>2. memantau pemberian obat dengan sifat antikilonegrik atau properti alphaagonis</li> <li>3. sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih 10menit</li> <li>4. masukan kateter kemih sesuai</li> <li>5. anjurkan pasien/keluarga untuk merekam output urin sesuai</li> <li>6. memantau asupan dan pengeluaran</li> <li>7. memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi</li> <li>8. menerapkan kateterisasi intermiten sesuai</li> <li>9. merujuk spesialis kontinensiasesuai</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. pola berkemih mengidentifikasi karakteristik kandung kemih</li> <li>2. mengetahui obat yang sedang digunakan saatterapi</li> <li>3. pemindaian kandung kemih bermaanfaat dalam menentukan residu pascaberkemih</li> <li>4. untuk mempermudah mengeluarkan urin</li> <li>5. memantau pengeluaranurin</li> <li>6. mengetahui perkembangan dari intake dan output</li> <li>7. disfungsi kandung kemih beragam tetapi dapat mencakup kehilangan kontraksi kandung kemih dan ketidakmampuan untuk merelaksasi sflingther urine</li> <li>8. untuk mengurangi spastisitas kandung kemih dan Gejala perkemihan terkait frekuensi, urgensi, inkontinensia dan nokturia</li> <li>9. spesialis kontinensia membantu rencana asuhan individual untuk memenuhi kebutuhan spesifik klien dengan menggunakan teknik dan produk kontinensia terbaru</li> </ol>

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

## 6. gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

**Tabel 2.6**

<b>Gangguan pola tidur</b>			
<b>Diagnosa keperawatan</b>	<b>Tujuan dan kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
<p><b>Gangguan pola tidur</b></p> <p><b>Definisi</b> Interupsi jumlah waktu dan kualitas tidur akibat faktor internal</p> <p><b>Batasan</b></p> <p><b>Karakteristik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kesulitan berfungsi sehari-hari</li> <li>2. kesulitan memulai tertidur</li> <li>3. kesulitan mempertahankan tetap tidur</li> <li>4. ketidaksiapan tidur</li> <li>5. tidak merasa cukup istirahat</li> <li>6. terjaga tanpa jelas penyebabnya</li> </ol> <p>Faktor yang berhubungan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. gangguan karena cara pasangantidur</li> <li>2. kendali lingkungan</li> <li>3. kurang privasi</li> <li>4. pola tidur tidak menyehatkan</li> </ol> <p><b>Kondisiterkait</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. immobilisasi</li> </ol>	<p><b>Tujuan dan Hasil NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Anxiety reduction</i></li> <li>2. <i>comfort level</i></li> <li>3. <i>paint level</i></li> <li>4. <i>rest : extent and pattern</i></li> <li>5. <i>sleep: extent and pattern</i></li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari</li> <li>2. pola tidur, kualitas dalam batas normal</li> <li>3. perasaan segar setelah tidur atau istirahat</li> <li>4. mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. jelaskan pentingnya tidur yang adekuat</li> <li>2. fasilitasi untuk mempertahankan aktifitas sebelum tidur (membaca)</li> <li>3. ciptakan lingkungan yang nyaman</li> <li>4. kolaborasi pemberian obat tidur</li> <li>5. diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien</li> <li>6. instruksikan untuk memonitor tidur pasien</li> <li>7. monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur</li> <li>8. monitor atau catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan relaksasi dan kesiapantidur</li> <li>2. Meningkatkan kesiapan untuk tidur</li> <li>3. Meningkatkan coping klien</li> <li>4. Medikasi terjadwal dan meningkatkan istirahat atau tidur</li> <li>5. Mengatasi dan meningkatkan kesiapan tidur</li> <li>6. Klien lebih mudah menoleransi</li> <li>7. Mengakibatkan klien tidak merasa beristirahat dengan baik</li> <li>8. Mengetahui, menoleransi kebutuhan dan kesiapantidur</li> </ol>

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**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan kriteria hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
<p><b>Resiko Infeksi</b></p> <p><b>Definisi</b> Rentan mengalami dan multiplikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan</p> <p><b>Faktor Resiko</b></p> <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 pemajaman pathogen</li> <li>5. malnutrisi</li> <li>6. obesitas</li> <li>7. merokok</li> <li>8. stasis cairan tubuh</li> </ol> <p>Populasi Beresiko</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. terpajan padaa wajah</li> </ol> <p>Kondisi Terkait</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan Phsekresi</li> <li>2. penyakitkronis</li> <li>3. penurunan kerjasiliaris</li> <li>4. penurunanhemoglobin</li> <li>5.imunosupresi</li> <li>6.prosedurinvasive</li> <li>7. leukopenia</li> <li>8.pecah ketuban dini</li> <li>9. pecah ketubanlambat</li> <li>10. supresi responinflamas</li> </ol>	<p><b>NOC</b></p> <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> <p><b>Kriteria Hasil</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. klien bebas dari tanda dan gejalainfeksi</li> <li>2. mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksannya</li> <li>3. menunjukankemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</li> <li>4. jumlah leukosit dalam batasnormal</li> <li>5. menunjukkan perlakusehat</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><i>Infection Control (kontrol infeksi)</i></p> <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 aseptic selama pemasangan alat</li> <li>8.ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai petunjuk umum</li> <li>9. gunakan kateter intermiten untukmenurunkan kandung kemih</li> <li>10.tingkatkan intake nutrisi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksiterkait</li> <li>2. individu telah mengalami gangguan dan berisiko 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 rumahsakit</li> <li>5. mengurangi resiko penyebaraninfeksi</li> <li>6. faktor ini dapat menjadi kunci yang paling sederhana tetapi merupakan kunci terpenting untuk pencegahan infeksi yang didapat dirumah sakit</li> <li>7.mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait alat</li> <li>8.mengurangi resiko kontaminasi silang infeksi terkaitalat</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 siskemik dan diarahkan pada organisme teridentifikasi tertentu seperti bakteri anaerob, jamur, basili dan gram positif
12. monitor tanda dan gejala infeksisiskemik dan lokal	12.untuk menentukan adanya infeksi
13. pertahankan teknik asepsis 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 membrane 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 ,	18. membantu memperbaiki resistensi umum terhadap penyakit dan mengurangi resiko infeksi dari sekresi yang statis
19. instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai yang diresepkan	19. terapi bersifat sistemik dan diarahkan pada organisme teridentifikasi tertentu seperti bakteri anaerob, jamur dan basili gram negatif
20. ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi	20. mendeteksi dini adanya tanda dan gejala infeksi
21. ajarkan cara menghindari infeksi	21. mendeteksi dini adanya tanda dan gejala infeksi
22. laporkan kultur positif	22. untuk mengidentifikasi pathogen 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
<p><b>Defisit Perawatan diri</b></p> <p><b>Definisi</b> Ketidakmampuan melakukannpembersihan diri saksama secara mandiri</p> <p><b>Batasan Karakteristik</b></p> <p>1.ketidakmampuan mengakses kamarmandi 2. ketidakmampuan menjangkau sumberair</p> <p>3. ketidakmampuan mengeringkan tubuh</p> <p><b>Faktor yangberhubungan</b></p> <p>1. ansietas 2. penurunanmotivasi 3. kendalalingkungan 4. nyeri 5. kelemahan</p> <p>Kondisiterkait</p> <p>1. gangguan fungsikognitif 2. ketidakmampuan merasakan bagiantubuh 3. ketidakmampuan merasakan hubungan spesial 4. gangguan musculoskeletal 5. gangguanneuromuscular 6. gangguan persepsi</p>	<p><b>NOC</b></p> <p>1. activityintolerance 2. mobility physical immpared 3.self care deficit/hygiene 4. sensory perception auditory disturbed</p> <p><b>Kriteria Hasil</b></p> <p>1. perawatan diriostomi :tindakan pribadi perawatan otonomi untuk eliminasi 2. perawatan diri: aktifitas kehidupan sehari-hari ADL mampu melakukan aktifitas secara fisik dan pribadi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu 3. perawatan diri hygiene : mampu membersihkan tubuh secara mandiri dengan atau tanpa alat bantuan 4. perawatan diri hygiene oral:mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri atau tanpa denganbantuan 5. mampumempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyelesaikan alat mandi 6.membersihkan dan mengeringkan tubuh 7. mengungkapkan secara verbal kebersihan tubuh dan hygene/oral</p>	<p><b>NIC</b></p> <p><i>self care assistance bathing dan hygiene</i></p> <p>1. pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktifitas perawatan diri 2. pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikanaktifitas perawatan diri 3. menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan 4. tempat handuk,deodorant,sabun, alat pencukur dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan disamping tempat tidur atau dikamar mandi 5.menyediakan artikel yang diinginkan(mis, deodorant,sikat gigi,sabun mandi, shampoo dan aromaterapi 6.menyediakanlingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat,santai, pengalaman pribadi dan personal 7.memfasilitasi diri mandi pasien sesuai 8.memantau pembersih kuku menurukemampuan diripasien 9. memantau integritas kulit pasien 10. memberikan bantuan sampai pasien mengasumsikan perawat diri secaramandiri</p>	<p>1. mengetahui apa yang dibutuhkanklien</p> <p>2. memberikan informasi untuk membuatrencana</p> <p>3. membantu merencanakan untuk memenuhi kebutuhan individual</p> <p>4. memampukan klien untuk mengatur diri sendiri</p> <p>5.meningkatkan partisipasi dalam asuhan</p> <p>6.meredakan ketidaknyamanan dan menjaga privasi pasien</p> <p>7.partisipasi klien dalam perawatan diri dapat meringankan atas persepsi kehilangan kemandirian</p> <p>8.mengetahui keadaan perawatan fisik klien</p> <p>9.melihat kedaan perubahan fisik pasien</p> <p>10.partisipasi klien dalam perawatan diri dapat meringankan atas persepsi seperti kehilangan kemandirian</p>

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

## 9.Konstipasi

**Table**  
**2.9**  
**Konstipas**  
**i**

<b>Diagnose keprawatan</b>	<b>Tujuan dan kriteria hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
<p><b>Konstipasi</b>  <b>Definisi</b>  Penurunan fungsi normal defekasi yang disertai kesulitan atau pengeluaran feses tidak tuntas dan fese yang keras kering, dan banyak Batasan Karakteristik  1. nyeri abdomen  2. nyeri tekan bdomen dengan teraba retensi otot  3.nyeri abdomen tanpa teraba resistensi otot  4.anoreksia  5. penampilan tidak khas pada lansia  6.borbogirigm  7.darah merah pada feses  8. perubahan pada pola defekasi  9.penurunan pada frekuensi defekasi  10.penurunan volume feses  11.distensi abdomen  12.keletihan  13. feses keras dan berbentuk  14.sakit kepala  15.bising usus hiperaktif  16.bising usus hipoaktif  17.tidak dapat defekasi  18.peningkatan tekanan abdomen  19.tidak dapat makan  20.fesescair  21.nyeri pada saat defekasi  22.masa abdomen yang dapat diraba  23.masa rektal yang dapat diraba  24. perkusi abdomen pekak  25. rasa penuhrektal</p>	<p><b>NOC</b></p> <p><b>1. bowel elimination</b>  <b>2.hydratation</b></p> <p>Kriteria Hasil  1. mempertahankan bentuk feses lunak setiap hari 1-3  2. bebas dari ketidaknyamanan konstipasi  3.mengidentifikasi indicator untuk mencegahkonstipasi  5.feses lunak dan berbentuk</p>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Constipation/immepacten management</b></p> <p>1. monitor tanda dan gejal konstipaii  2p.monitor bising usus  3. monitor fese: frekuensi,konsisten dan volume  4. konsultasi dengan dokter terkait terjadinya penurunan dan peningkatan bising usu  5.jelaskan etiologi dan rasionalisasi tindakan  6.identifikasi Fsktor penyebab dan konstribusi atau konstipasi  7. dukungan intake cairan  8.kolaborasi pemberian laktasi  9.faktor tanda gejala pada psien konstipasi  10.frekuensi bentuk, volume ,warna  11.memantau bising usus  12.konsultasi dengan dokter tentang kenaikan atau penurunan frekuensi bising usus  13. pantai tandatanda gaejala pecahnya usus atau peritonitis  14. jelaskan etiologi masalah dan pemikiran untuk tindakan pasien  15.  Mendorong dan maenngkatkan asupan cairan kecuali dikontraindikasi  16.anjurkan pasiendan keluarga untuk mencata warna volume, frekuensi</p>	<p>1. mendeteksi dini keadaan konstipasi  2. menentukan kesiapan terhadap pemberian makan per oral  3. melihat keefetifan terapi  4. mencegah komplikasi  5.memberikan pengetahuan dasar  6.mendeteksi dini penyebab konstipasi  7.merangsang eliminasi dan mencegah konstipasi defekasi  8. membantu mengembalikan fungsi usus  9. melihat adanya perkembangan tanda gejala  9.melihat ad serta anya oerubahan  10. bisisng usus biasanya tidak terdengar suatu prosedur pembedahan  11. melihat adanya tahap perkembangan  12.bising usus biasanya terdengar setelah prosedur pembedahan  13.mengetahu adanya komplikasi lain  14.mengetahui prnyrbab pada pasien  15. melunnakan fese dan merangsang peristastik  16.melihat adanya perubah  17. mendukung adanya perubahan pada pasien  18.membantu mengembalikan fungsi fese</p>

26. rasa tekanan rektal	Dan konsistensi tinja	19. untuk mempermudah pelunakan fese
27. sering flatus	17. ajarkan pasien dan keluarga bagaimana untuk menjaga buku harian makanan	20. membantu mengembalikan fungsi usus
28. adanya feses lunak seperti pasta pada rectum	18. anjurkan pasien dan keluarga untuk diet tinggi serat	21. merencanakan tindakan selanjutnya
29. mengejan pada saat defekasi	19. anjurkan pasien dan keluarga pada penggunaan dalam pemberian obat dari pencahar	22. memberiksn pengetshusn mendeteksi dini untuk konstipasi
30. muntah	20. anjurkan pasien dan keluarga pada hubungan asupan diet, olahraga dan cairansembelit/impaksi	23. mendeteksi dini untuk konstipasi
<b>Faktor yang berhubungan</b>	21. memyarankan pasien untuk berkonsultasi dengan dokter jika sembelit/implikasi terusada	24. memberi pengetahuan dasar untuk pencegahan
1. kelemahan otot abdomen	22. menginformasikan pasien prosedur penghapusan manual tinja bila perlu	
2. rata-rata aktifitas fisik kurang yang dianjurkan menurut gender atau lansia	23. ajarkan pasien dan keluarga tentang proses pencernaan yang baik	
3. konfusi	24. ajarkan psien dan keluarga tentang kerangka waktu untuk resolusisembelit	
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		
Kondisiterkait		
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		
14. Sumber: Nurrif dan Kusuma, 2015, Darmo, 2014)		
15. Kusuma, 2015, Darmo, 2014)		

## 10. Resiko syok hipovolemik

Tabel 2.10

Resiko syok  
hipovolemik

Diagnose keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<b>Resiko syok hipovolemik</b> <b>Definisi</b> Rentan ketidakcukupan aliran darah kejantung tubuh <b>Faktor Risiko</b> Akan dikembangkan <b>Kondisi terkait</b> 1. hipotensi 2. hypovolemia 3. hipoksemia 4. hipoksia 5. infeksi 6. sepsis 7. sindrom respons inflamasi sistemik(systemic inflamatory response syndrome (SIRS))	<b>NOC</b> <b>1. Syok prevention</b> <b>2. syok management</b> <b>Kriteria hasil</b> 1. nadi dalam batas yang diharapkan 2. irama jantung dalam batas yang diharapkan 3. frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan 4. irama pernafasan dalam batas yang diharapkan 5. natrium, serum dbn 6. kalium, serum dbn 7. klorida, serum dbn 8. kalsium serum dbn 9. magnesium serum, dbn 10. PH darah serum dbn <b>Hidrasi:</b> 1. indicator: 2. mata cekung tidak ditemukan 3. demam tidak ditemukan 4. TDdbn 5. hematokrit dbn	<b>NIC</b> syok prevention 1. monitor sirkulasi BP, warna kulit, suhu, denyut jantung, HR dan ritme, nadi perifer dan kapiler refill 2. monitor inadekuat oksigenasi jaringan 3. monitor suhu dan pernafasan 4. monitor input dan output 5. monitor tanda syok awal 6. tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan perload dengan tepat 7. berikan cairan IV atau oral dengan tepat 8. ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala awal datangnya syok 9. ajarkan pasien dan keluarga tentang langkah untuk mengatasi gejala syok <b>Syokmanagement</b> 1. monitor tekanan nadi 2. monitor status cairan, input/output 3. catat gas darah arteri dan oksigen dijaringan 4. monitor EKG sesuai 5. monitor nilai laboratorium misal, (CBC dengan diferensial) koagulasi profil, ABC, tingkat laktat, budaya dan profil kimia) 6. masukan dan memelihara besarnya kebosanan akses IV	1. mengidentifikasi dan efektifitas serta kebutuhan terapi 2. menghindari adanya hipoksemia selama perdarahan 3. mengetahui tanda dari syok hipovolemik 4. mengetahui kasar kehilangan cairan/darah 5. mengetahui informasi dari tanda syok 6. mengurangi pengeluaran berlebih 7. mengganti dan mempertahankan volume sirkulasi dan perfusi 8. memberikan pengetahuan dasar untuk tanda gejala syok 9. memberikan deteksi dini untuk atasi gejala syok 1. mengidentifikasi dan efektifitas serta kebutuhan terapi 2. mengetahui kasar kehilangan cairan/darah 3. mengidentifikasi efektifitas serta kebutuhan terapi 4. digunakan untuk mengontrol perdarahan 5. mengetahui perkembangan dan mengetahui efektifitas serta kebutuhan terapi 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>	<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	
<b>Definisi</b>	1. blood loses severity	<b>Bleeding precaution</b>	1. mengetahui tanda dan resiko perdarahan
<b>Rentan mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan</b>	2. blood coagulation Kriteria Hasil 1. tidak ada hematuria dan hematemesis 2. kehilangan darah yang terlihat 3. tekanan dalam batas normal systole dan diastole 4. tidak adaperdarahan pervagina 5. tidak adadistensi 6. koagulopati intravascular abnormal diseminata 7. gangguan gastrointestinal hematokrit dalam batas normal 8. gangguan fungsi hati normal 9. koagulopati intheren plasma,PT,PTT, dalam batas normal 10. komplikasi pascapartum 11. komplikasi kehamilan 12. trauma 13. program pengobatan	1. monitor dengan ketat tanda-tanda perdarahan 2. catat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadi perdarahan 3. pertahankan bedrest selama perdarahan aktif 4. lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan 5. anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makna yang banyak mengandung vitamin K <b>Bleeding reduction</b> 1. identifikasi penyebab perdarahan 2. monitor trend ,tekanan darah, dan parameter hemodinamik(CVP, pulmonary capillary/artery wedge pressure) 3. monitor status yang meliputi intake dan output <b>Bleeding Reducaution:wound/luka</b> 1. gunakan ice pack pada area perdarahan 2. lakukan pressure dressing(perban yang menekan pada area luka) 3. tinggikan eksremitas yang perdarahan 4. monitor nadi distal dari area luka atau perdarahan 5. intruksikan pasien untuk membatasi aktifitas <b>Bleeding reduction:gastrointestinal</b> 1. observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh:emesis,feces,urine, residu lambung, dan drainase luka 2. monitor complete blood count dan leukosit 3. kurangi faktor stress	2. membantu menentukan kebutuhan penggantian darah 3. mengurangi pengeluaran darah berlebih 4. mengurangi pengeluaran darah berlebih 5. asupan nutrisi untuk menggantikan output 1. mengetahui penyebab perdarahan 2. mengetahui kedaan perdarahan 3. mengetahui adanya tanda risiko perdarahan 1. untuk mengurangi pengeluaran perdarahan 2. untuk mengurangi pengeluaran darah 3. membantu aliran darah mengalir lambat 4. dapat digunakan untuk menentukan perkiraan kasar kehilangan darah 5. mengurangi adanya pengeluaran darah 1. kehilangan penggantian faktor pembekuan yang tidak adekuat 2. mengetahui perkiraan kehilangan kasar darah 3. mencegah timbul perdarahan berlebih 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 all, 2013).

### **2.3 KonsepNyeri**

#### 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 mengalaminya adalah tidak ada pernyataan atau verbal (Indrayani dan Moudy,2013).

### 2.3.2 Proses terjadinya nyeri

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

Dalam situasi dan kondisi menghadapinya 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 berkontraksi 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 dasar yang banyak digunakan adalah teori gate control yang dikemukakan oleh Melzack dan Wall tahun 1965. Teori ini didefinisikan sebagai pengalaman perceptual 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 perifer menuju sistem saraf pusat. Menurut teori ini, sensasi nyeri diantar 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 mencangkup metode psikologis, masase punggung, dan stimulasi saraf elektrik transkutaneus (Indrayani dan Moudy, 2013).

### 2.3.4 Pengukuran Intensitasnyeri

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 rkstrm yaitu “tidak nyeri”. Dan nyeri senyeri-syerinya”.

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

Gambar 2.5



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 menunjukan dimensi sensorik, afektif dan evaluative nyeri sehingga MPQ bersifat valid, reliabel, konsisten, dan berguna. Apabila digunakan dalam penelitian, deksripsi 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 koping.

#### 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 karna 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 argumentasi 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 adrenalinn kedalam darah dan ddaialirkan 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 mencangkup aspek subyektif, perilaku dan fisik.

Kelelahan otot dan kelelahan umum disebabkan oleh faktor-faktor yang berbeda. Faktor penyebab kelelahan otot diantaranya adalah penggosongan ATP, penggosongan 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 fisik 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 beraktifitas.

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. Mekanismekoping

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 nosisceptor ke subtansi gelantinosa (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)