

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Konsep Seksio Sesarea

1) Definisi Seksio Sesarea

Seksio sesarea adalah cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui bagian dinding depan perut (Sofian, 2012).

Seksio sesarea adalah persalinan buatan dengan melahirkan janin melalui suatu insisi pada dinding rahim, dengan syarat rahim harus dalam keadaan utuh serta berat janin lebih dari 500 gram (Kapita Selekt Kedokteran, 2014).

Seksio sesarea adalah suatu cara persalinan dengan membuat sayatan pada dinding rahim bagian depan perut. Bisa dilakukan atas indikasi non medis dan medis.

Gambar 2.1

Lokasi Dilakukan Seksio Sesarea



2) Anatomi Seksio Sesarea

Dinding abdomen dari luar ke dalam terdiri dari kulit, jaringan subkutis, fascia superfisialis, otot-otot perut dan punggung, serta di sebelah dalam di batasi oleh fascia otot bagian dalam (fascia transversalis). Kulit abdomen mempunyai turgor yang bervariasi. Pada wanita yang sudah melahirkan anak, turgornya akan berkurang sehingga kulit menjadi lembek dan berkeriput. Pada penderita dehidrasi turgor kulit yang berkurang.

Fascia superfisialis meliputi semua bagian depan otot dan ke arah bawah dapat di bedakan menjadi dua lapisan :

a) Fascia Camperi

Mengandung banyak lemak yang menyatu dengan lapisan lemak superficial dari tubuh lalu ke bawah menyatu dengan fascia superfisialis dari paha dan pada bagian skrotum ikut membentuk lapisan otot dari tunica dartos dari skrotum pada pria atau menuju ke labium majus pada wanita.

b) Fascia Scarpa

Tipis dan bersifat membranosa, ke bawah melewati ligamentum inguinale dan menyatu dengan fascia lata pada paha. Di linea mediana bagian bawah fascia ini tidak melekat pada os pubis, tetapi pada bagian ini membentuk ligamentum suspensorium penis pada pria dan pada wanita membentuk suspensorium clitoridis. Dari situ fascia akan melekat pada

pinggir dari arcus pubicus dan membentuk fascia collesi (fascia perinealis superficialis, NA) (Harjadi Widjaja, 2009).

Pada bulan-bulan terakhir kehamilan, umumnya akan muncul garis-garis kemerahan yang sedikit mencekung pada kulit abdomen dan pada kulit payudara atau paha pada sekitar separuh dari semua wanita hamil. Pada wanita multipara, selain striae kemerahan dari kehamilan yang sekarang, sering terlihat garis-garis keperakan mengkilat yang menunjukkan sikatriks striae kehamilan sebelumnya.

Kadang kala otot dinding bagian abdomen tidak dapat menahan tegangan yang diberikan kepadanya, dan otot-otot rektus akan terpisah di garis tengah, sehingga membentuk diastatis rekti dengan lebar bervariasi. Bila parah banyak bagian dari dinding uterus anterior yang hanya tertutup oleh selapis kulit, fasica yang menipis dan peritoneum (Karlinah et al, 2015).

Gambar 2.2

Post Seksio Sesarea



3) Etiologi

a) Etiologi yang berasal dari ibu

- (1) Pada primigravida dengan kelainan letak
- (2) Pada primi para tua disertai kelainan letak
- (3) Disproporsi sefalo pelvic
- (4) Ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk
- (5) Terdapat kesempitan panggul
- (6) Plasenta previa
- (7) Solutsio plasenta
- (8) Preeklampsia-eklampsia
- (9) Atas permintaan kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM)
- (10) Gangguan perjalanan persalinan (mioma uteri, kista ovarium dan sebagainya)

b) Etiologi yang berasal dari janin

- (1) Gawat janin
- (2) Mal presentasi dan mal posisi
- (3) Prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil
- (4) Kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi

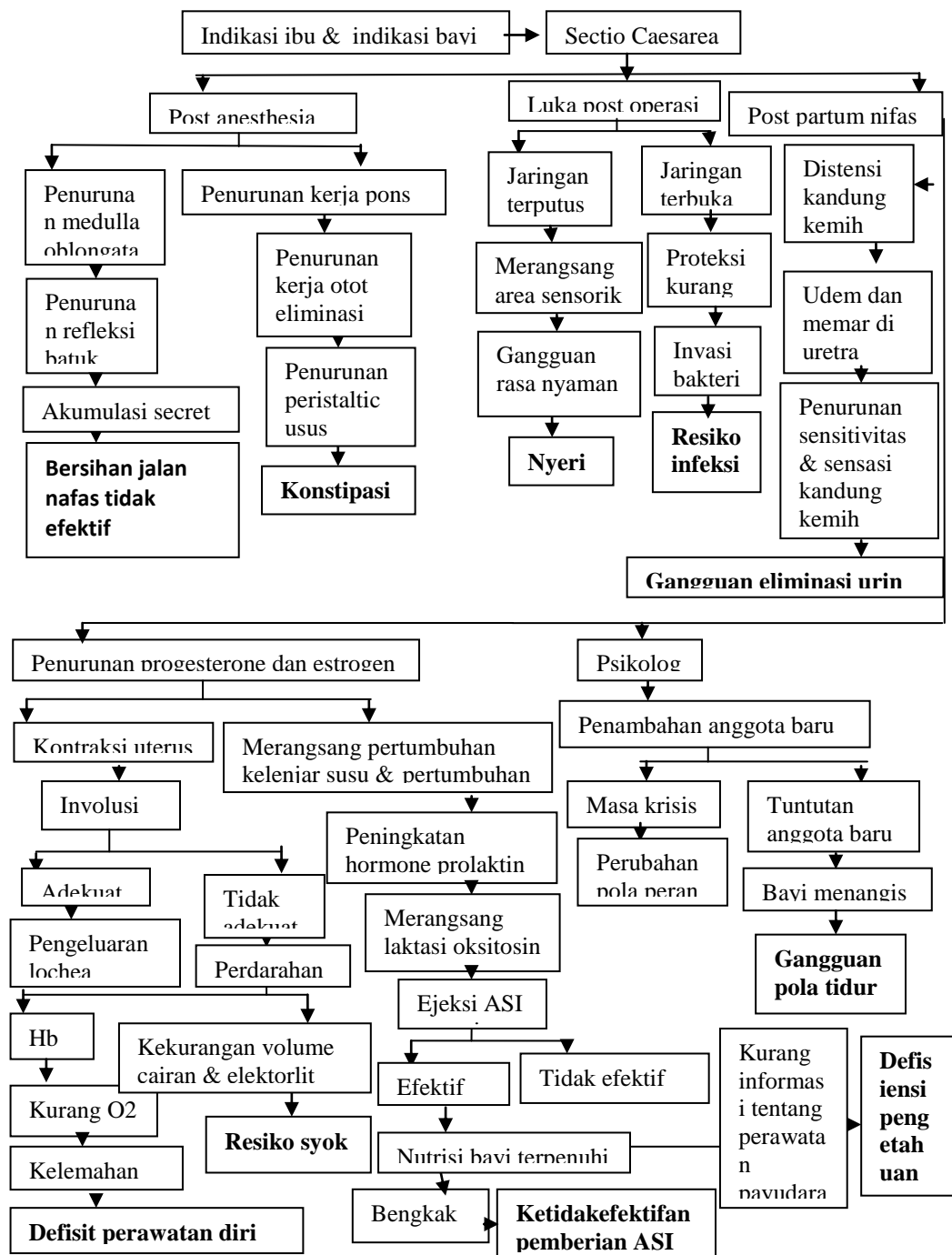
4) Patofisiologi

Adanya indikasi terhadap ibu atau janin yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara spontan. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu

seksio sesarea. Efek anestesi dapat menimbulkan konstipasi. Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansietas pada pasien. Selain itu, dalam proses pembedahan ini juga akan dilakukan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf yang ada di sekitar daerah insisi. Hal ini akan mengeluarkan histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri (nyeri akut). Setelah proses pembedahan berakhir daerah insisi akan ditutupi dan akan menimbulkan luka post seksio sesarea, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi (Chapman dan Charles, 2013).

Bagan 2.1

Patofisiologi Seksio Sesarea



Sumber: (Nurarif, 2015)

5) Komplikasi

Pada penelitian yang telah dilakukan oleh Bergholt, Stenderup, Vedsted, Hellm dan Lenstrup (2003) menunjukkan bahwa rata-rata komplikasi intra operasi sesarea ialah 12,1%. Lowdermilk, Perry dan Bobak (2000) berpendapat bahwa masalah yang biasanya muncul setelah dilakukan operasi ini adalah : terjadinya aspirasi (25-50%), emboli pulmonary, infark dada, perdarahan, gangguan rasa nyaman nyeri, infeksi pada luka, infeksi uterus, infeksi traktus urinarius, tromboflebitis, cedera pada kandung kemih dan pireksia.

6) Pemeriksaan Diagnostik

a) Pemantauan janin terhadap kesehatan janin

- (1) Pemantauan EKG
- (2) JDL dengan diferensial
- (3) Elektrolit
- (4) Hemoglobin/ hematokrit
- (5) Golongan darah
- (6) Urinalisis
- (7) Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- (8) Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi
- (9) Ultrasound sesuai pesanan

b) Penatalaksanaan medis

- (1) Cairan IV sesuai indikasi
- (2) Anesthesia: regional atau general
- (3) Perjanjian dari orang terdekat untuk tujuan seksio sesarea
- (4) Tes laboratorium/ diagnosis sesuai indikasi
- (5) Pemberian oksitosin sesuai indikasi
- (6) Tanda vital per protokol ruangan pemulihan
- (7) Persiapan kulit pembedahan abdomen
- (8) Persetujuan di tanda tangani
- (9) Pemasangan kateter foley

2.1.2 Masa Nifas

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai 6 minggu (42 hari) setelah itu. Puerperium yaitu di ambil dari kata puer yang artinya bayi dan kata parous melahirkan. Jadi yang disebut puerperium adalah masa setelah melahirkan bayi yaitu masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil. Sekitar 50% angka kematian ibu terjadi dalam 24 jam pertama post partum sehingga harus terselenggara pelayanan pasca persalinan yang berkualitas pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi.

1) Tahapan Masa Nifas

a) Puerperium Dini

Yaitu waktu pemulihan dimana ibu sudah diperbolehkan berdiri, berjalan dan menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya (40 hari).

b) Puerperium Intermediate

Sekitar 6-8 minggu yaitu masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia.

c) Remote Puerperium

Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pemulihan dan sehat sempurna terutama pada ibu yang telah mengalami komplikasi pada saat hamil atau persalinan.

(1) *Immediate* Postpartum

24 jam pertama setelah masa segera plasenta lahir. Sering terdapat banyak masalah, misal perdarahan. Bidan teratur melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tanda-tanda vital.

(2) *Early* Postpartum

Mulai dari 24 jam - 1 minggu bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup cairan dan makanan, ibu menyusui dengan baik.

(3) *Late* Postpartum (1-5 minggu)

Bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB.

2) Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Perubahan fisiologis masa nifas menurut (Pitriani, 2014) yaitu :

a) Uterus

Pengerutan atau involusi uterus merupakan proses uterus kembali ke kondisi sebelum hamil.

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

(1) Iskemia Miometrium

Hal ini disebabkan oleh adanya kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga dapat membuat uterus menjadi relatif anemi dan akan menyebabkan serat otot atrofi

(2) Atrofi Jaringan

Atrofi jaringan yaitu suatu reaksi penghentian hormon esterogen saat pelepasan plasenta.

(3) Autolisis

Merupakan proses penghancuran pada diri sendiri yang terjadi didalam otot uterus enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan

lebarnya ini 5 kali lebar sebelum hamil ini terjadi selama kehamilan hal ini disebabkan karena penurunan pada hormon estrogen dan progesteron.

(4) Efek Oksitosin

Terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus disebabkan oleh oksitosin. Proses ini akan membantu mengurangi tempat implantasi plasenta dan mengurangi perdarahan.

Ukuran uterus pada masa nifas ini akan mengecil seperti kondisi sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal uterus selama postpartum adalah sebagai berikut

Tabel 2.1
Perubahan Pada Uterus

Involusi uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi Pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari (minggu 1)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,3 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

Sumber: (Pitriani, 2014)

b) Lokhea

Akibat dari involusi uteri, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta menjadi nekrotik dan desidua

yang mati keluar bersama dengan sisa-sisa cairan. Pencampuran antara darah dan desidua inilah yang dinamakan lokhea. Lokhea adalah ekskresi cairan rahim pada masa nifas serta mempunyai reaksi basa/ alkalis yang akan membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal.

Lokhea ini mempunyai bau amis (anyir) tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lokhea mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran lokhea dapat dibagi menjadi lokhea rubra, sanguilenta, serosa dan alba. Perbedaan masing-masing lokhea bisa dilihat sebagai berikut:

Tabel 2.2
Perbedaan Masing-masing Lokhea

Lokhea	Waktu	Warna	Cirri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekoneum dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur kecoklatan	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/ kecoklatan	Terdapat sedikit darah dan lebih banyak serum, terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, terdapat selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber: (Pitriani, 2014)

Umumnya jumlah lochea ini lebih sedikit dan bila wanita postpartum dalam posisi berbaring daripada berdiri. Total jumlah rata-rata pengeluaran lochea sekitar 240 hingga 270 ml.

c) Vagina dan Perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini akan kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Hymen akan tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses ini pembentukan berubah menjadi karunkulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar setelah persalinan di bandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama.

Perubahan perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan atau pun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, melakukan latihan otot perineum bisa mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan otot vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini bisa dilakukan pada akhir masa puerperium dengan cara latihan harian.

d) Sistem Pencernaan

Sistem gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya yaitu tingginya kadar

progesteron yang akan dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah dan dapat melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu sekitar 3-4 hari untuk kembali normal.

e) Sistem Perkemihan

Dalam 12 Jam pasca melahirkan, ibu hamil membuang kelebihan cairan yang tertimbun di jaringan selama ia hamil. Salah satu mekanisme untuk mengurangi cairan yang teretensi selama masa kehamilan ialah diaphoresis luas, terutama pada malam hari selama 2-3 hari pertama setelah melahirkan. Dieresis pasca partum yang dapat disebabkan oleh penurunan kadar ekstrogen dan hilangnya peningkatan tekanan vena pada tingkat bawah serta hilangnya peningkatan volume darah yang di akibatkan kehamilan merupakan mekanisme tubuh untuk mengatasi kelebihan cairan.

f) Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus. Pembuluh darah yang berada antara anyaman otot-otot uterus ini akan terjepit. Proses ini akan menghentikan proses perdarahan setelah plasenta dilahirkan.

Ligament-ligament dan *diafragma pelvis* serta fasia yang meregang pada saat persalinan, secara berangsur-angsur akan menjadi ciut dan akan pulih kembali sehingga tak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum retundum yang menjadi kendur. Tidak jarang juga wanita mengeluh “kandungannya turun” setelah melahirkan karena ligament, fasia dan jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendur. Stabilitasi secara sempurna akan terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

Sebagai akibat dari putusnya serat-serat plastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih agak lunak dan kendur untuk sementara waktu. Untuk memulihkan kembali jaringan-jaringan penunjang pada alat genitalia serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, di anjurkan untuk melakukan latihan-latihan tertentu dan pada 2 hari postpartum sudah bisa fisioterapi.

g) Tanda-tanda Vital

(1) Suhu

Suhu tubuh wanita inpartu ini tidak lebih dari 37,2°C, sesudah partus bisa naik kurang lebih 0,5°C dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 38°C. Sesudah 2 jam pertama melahirkan seharusnya suhu

badan akan kembali normal. Jika suhu lebih dari 38°C, mungkin terjadi infeksi pada klien.

(2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80x/menit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi lebih lambat maupun lebih cepat. Denyut nadi yang lebih dari 100x/menit, harus waspada karena kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.

(3) Tekanan Darah

Tekanan darah ialah tekanan yang dialami oleh darah pada pembuluh arteri ketika darah dipompa oleh jantung ke seluruh anggota tubuh. Tekanan darah normal, sistolik antara 90-120 mmHg dan diastolik 60-80 mmHg. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah. Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan karena perdarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pada post partum ini merupakan tanda terjadinya pre eklampsia post partum. Namun demikian, hal tersebut jarang terjadi.

(4) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa yaitu 16-24x/menit. Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau dalam batas normal. Hal ini di

sebabkan ibu dalam keadaan pemulihan atau sedang kondisi istirahat. Keadaan pernafasan berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, maka pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa post partum ini menjadi lebih cepat, kemungkinan terdapat tanda-tanda syok.

(5) Sistem Kardiovaskuler

Setelah persalinan, *shunt* akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah, keadaan ini akan menyebabkan beban pada jantung dan akan menimbulkan *decompensatio cordis* pada pasien dengan *citum cardio*. Keadaan ini dapat di atasi oleh mekanisme kompensasi dengan tumbuhnya haemokonsentrasi sehingga volume darah akan kembali seperti semula. Umumnya, ini akan terjadi sekitar 3-5 hari post partum.

(6) Sistem Hematologi

Pada saat awal post partum, jumlah haemoglobin dan hematokrit serta eritrosit sangat bervariasi. Hal ini disebabkan volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Tingkatan ini dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi dari wanita tersebut. Jika hematokrit pada hari pertama atau kedua

lebih rendah dari titik 2% atau lebih tinggi daripada saat memasuki persalinan awal, maka pasien dianggap telah kehilangan darah yang cukup banyak. Titik 2% kurang lebih sama dengan kehilangan darah 500ml darah.

Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan di asosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 post partum dan akan normal sekitar 4-5 minggu post partum. Jumlah kehilangan darah selama masa persalinan kurang lebih 200-500ml, minggu pertama post partum berkisar 500-800ml dan selama sisa masa nifas berkisar 500ml.

(7) Sistem Endokrin

(a) Hormon Plasenta

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG (*Human Chorionic Gonadotropin*) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam pertama hingga hari ke-7 post partum dan sebagai omset pemenuhan *mamae* pada hari ke-3 post partum.

(b) Hormon Pituitary

Prolaktin darah akan meningkat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin akan menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH akan

meningkat pada fase konsentrasi *folikuler* (minggu ke-3) dan LH tetap rendah hingga terjadi ovulasi.

(c) Hypotalamik Pituitary Ovarium

Lamanya seorang wanita akan mendapatkan menstruasi juga dapat di pengaruhi oleh faktor menyusui. Seringkali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesteron.

(d) Kadar Estrogen

Setelah persalinan ini terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang juga sedang meningkat bisa mempengaruhi kelenjar *mamae* dalam menghasilkan ASI.

3) Adaptasi Psikologi Pada Masa Nifas

Perubahan psikologis pada masa nifas menurut buku Pitriani (2014) yaitu :

a) *Taking in*

Terjadi pada hari ke 1 sampai ke 2 fokus perhatian ibu adalah pada dirinya sendiri mungkin pasif dan tergantung, kelelahannya membuat ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur seperti mudah tersinggung. Kondisi ini perlu dipahami dengan cara menjaga komunikasi dengan baik.

Pada fase ini juga perlu di perhatikan pemberian ekstra makanan untuk proses pemulihan di samping, memang nafsu makan ibu saat ini sedang meningkat. Biasanya ibu belum menginginkan kontak dengan bayinya tetapi bukan berarti ibu tidak memperhatikan. Tetapi pada fase ini ibu hanya perlu informasi mengenai bayinya bukan cara merawat bayinya.

b) *Taking Hold*

Ini terjadi pada hari ke 3 sampai pada hari ke 10, ada kekhawatiran tidak mampu merawat bayinya, selain itu perasaan ibu juga pada fase ini sangat sensitif sehingga akan mudah tersinggung jika komunikasi kurang hati-hati. Ibu akan mulai berusaha mandiri dan berinisiatif, perhatian terhadap kemampuan untuk mengatasi fungsi tubuhnya seperti buang air kecil dan buang air besar, melakukan aktivitas duduk, jalan dan ingin belajar tentang perawatan diri serta bayi. Sering timbul perasaan tidak percaya diri.

Oleh karena itu ibu juga butuh dukungan khususnya suami, dimana pada fase ini merupakan kesempatan terbaik untuk melakukan penyuluhan dalam merawat diri dan bayi sehingga tumbuh rasa percaya diri pada ibu.

c) *Letting Go*

Terjadi setelah 10 hari post partum. Pada fase ini ibu akan merasakan bahwa bayinya sudah terpisah dari dirinya. Mendapatkan dan menerima peran dan menyadari atau merasa kebutuhan bayi sangat bergantung pada dirinya.

4) Issu Terbaru Perawatan Masa Nifas

a) Mobilisasi Dini

Terkadang ibu nifas merasa enggan untuk banyak bergerak karena merasa letih dan sakit, padahal seharusnya ibu nifas harus melakukan gerakan/ aktifitas sedini mungkin (*early ambulation/* ambulasi dini), yaitu kebijakan untuk selekas mungkin membimbing klien untuk keluar dari tempat tidurnya dan membimbing untuk selekas mungkin berjalan. Jika tidak segera diatasi maka ibu tersebut bisa terancam mengalami bendungan pada pembuluh darah vena (thrombosis vena).

Gerakan awal: yang bisa dilaksanakan adalah melakukan latihan menarik nafas yang dalam melalui hidung dan hembuskan perlahan melalui mulut (relaksasi) serta latihan tungkai yang sederhana dan duduk serta mengayunkan tungkainya ditepi ranjang, menyusui bayi.

Keuntungan ambulasi dini yaitu meningkatkan sirkulasi dan mencegah resiko bendungan pembuluh darah,

meningkatkan fungsi kerja pencernaan hingga sembelit, memungkinkan dalam mengajari ibu untuk merawat bayi, klien merasa lebih baik dan lebih sehat. Ambulasi dini tidak boleh dilakukan pada pasien yang mengalami penyulit seperti anemia, penyakit paru-paru, penyakit jantung dan lain-lain.

Senam nifas bertujuan untuk mengurangi bendungan lokhea dalam rahim meningkat, memperlancar peredaran darah sekitar alat kelamin, dan mempercepat normalisasi alat kelamin.

- b) *Rooming In* (perawatan pada ibu dan anak dalam 1 ruang/kamar)

Fase ini meningkatkan pemberian ASI, *bonding attachment*, mengajari ibu cara perawatan bayi terutama pada ibu primipara, dimulai dengan bagaimana penerapan inisiasi Menyusui Dini.

- c) Pemberian ASI Dini dan Pijat Oksitosin

Untuk meningkatkan volume ASI pada masa nifas, ibu dapat memberikan terapi pijat bayi dan mendapatkan pijat oksitosin. Pijat oksitosin bisa membantu ibu dalam meningkatkan produksi ASI.

d) Dukungan Terhadap Ibu Nifas

Sumber dukungan sosial untuk ibu nifas adalah dukungan saat depresi post partum, namun sedikit yang diketahui tentang bagaimana persepsi perempuan terkait dukungan sosial saat menjalani post partum.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Partum

2.2.1 Pengkajian

1. Identitas Pasien

Meliputi nama, umur, pendidikan suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomor RM, diagnosa medis, yang mengantar, cara masuk, alasan masuk, keadaan umum dan tanda-tanda vital.

2. Data Riwayat Kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

a) Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Menguraikan saat pertama kali keluhan dirasakan, tindakan yang sudah dilakukan sampai klien dibawa ke rumah sakit. Tindakan yang sudah dilakukan di rumah sakit sampai klien dilakukan perawatan.

b) Keluhan Utama Saat Dikaji

Keluhan utama yang dirasakan klien ketika dikaji post seksio sesarea adalah nyeri, cemas, kurang

pengetahuan tentang perawatan luka lalu diuraikan dalam konsep PQRSST.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Meliputi penyakit yang lain yang bisa mempengaruhi penyakit sekarang. Misalnya, riwayat operasi seksio sesarea, hipertensi, jantung, DM dan lainnya.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi penyakit yang di derita pasien dan apakah keluarga pasien ada juga yang mengalami penyakit yang sama dengan klien.

4) Riwayat Ginekologi dan Obstetri

a) Riwayat Ginekologi

(1) Riwayat Menstruasi

Siklus haid, lamanya, banyaknya sifat darah (warna, bau, cair dan gumpalan) *menarche* *disminorhae*, HPHT dan taksiran persalinan.

(2) Riwayat Perkawinan (suami istri)

Usia perkawinan, umur klien dan suami ketika menikah, pernikahan yang beberapa bagi klien dan suami.

(3) Riwayat Keluarga Berencana

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

kontrasepsi, apakah ada masalah dengan kontrasepsi yang digunakan, jenis kontrasepsi yang akan digunakan.

(4) Riwayat Obstetri

(a) Riwayat Kehamilan Dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada kehamilan sebelumnya.

(b) Riwayat Kehamilan Sekarang

Usia kehamilan, keluhan selama kehamilan, gerakan janin pertama yang dirasakan oleh klien, imunisasi TT, perubahan berat badan ibu selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam memeriksa kehamilannya.

(c) Riwayat Persalinan Dahulu

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

(d) Riwayat Persalinan Sekarang

Merupakan persalinan ke berapa bagi klien, tanggal melahirkan, jenis persalinan lamanya persalinan, banyaknya perdarahan,

jenis kelamin anak, berat badan dan APGAR skor dalam satu menit pertama dan 5 menit pertama.

(e) Riwayat Nifas Dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya

(f) Riwayat Nifas Sekarang

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

5) Pola Aktivitas Sehari-hari, Dirumah dan Di Rumah Sakit

a) Pola Nutrisi

Mencangkup: frekuensi, jumlah, jenis makanan yang disukai, porsi makan, pantangan, dan riwayat alergi. Pada ibu post seksio sesarea akan terjadi penurunan dalam pola makan dan akan merasa mual karena efek dari anestesi yang masih ada dan bisa juga dari faktor nyeri akibat seksio sesarea.

b) Pola Eliminasi

Mencangkup kebiasaan BAB dan BAK. Biasanya akan terjadi penurunan karena faktor psikologis dari ibu

yang masih merasa trauma, dan otot-otot yang masih berelaksasi.

c) Pola Istirahat dan Tidur

Mencangkup tidur malam dan siang, waktu dan lama. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasakan sakit dan lemas akibat dari tindakan pembedahan seksio sesarea.

d) *Personal Hygiene*

Mencangkup frekuensi mandi, gosok gigi, dan mencuci rambut. Kondisi pada ibu setelah melahirkan dengan seksio sesarea cenderung melakukan perawatan diri masih dibantu.

e) Aktifitas dan Latihan

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

6) Pemeriksaan Fisik

a) Pemeriksaan Fisik Ibu (Suryani dan Anik, 2015)

(1) Keadaan Umum

Meliputi tingkat kesadaran dan penampilan, berat badan, tinggi badan. Pada klien dengan post partum dengan seksio sesarea biasanya kesadaran

composmentis (kesadaran maksimal) dan penampilannya tampak baik.

(2) Tanda-tanda Vital

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

(3) Antropometri

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

(4) *Head To Toe*

(a) Kepala

Perhatikan bentuk kepala, rambut, bersih, warna, adanya nyeri tekan dan lesi.

(b) Wajah

Penampilan, ekspresi, nyeri tekan, dan adanya kloasma gravidarum.

(c) Mata

Warna konjungtiva, bentuk, pergerakan bola mata, reflek pupil, penurunan ketajaman penglihatan dan gangguan penglihatan.

(d) Telinga

Bentuk, kebersihan telinga, fungsi pendengaran, penurunan ketajaman pendengaran.

(e) Hidung

Bentuk, kebersihan hidung, pernafasan cuping hidung, nyeri tekan, warna mukosa, fungsi penciuman dan penurunan ketajaman penciuman.

(f) Mulut

Keadaan mulut, mukosa bibir, keadaan gigi, jumlah gigi, pembesaran tonsil, nyeri menelan, fungsi pengecap, penurunan ketajaman pengecap.

(g) Leher

Ada tidak pembesaran tyroid dan kelenjar getah bening, nyeri saat menelan, ada tidak peningkatan vena jugularis, ada tidak kaku kuduk.

(h) Dada

Terdiri dari jantung, paru-paru dan payudara. Selama 24 jam pertama setelah melahirkan, biasanya terjadi sedikit perubahan

di jaringan payudara. Kolostrum, cairan kuning jernih, keluar dari payudara. Payudara akan menjadi terasa hangat, keras dan agak nyeri. Beberapa ibu akan mengalami pembengkakan, kondisi ini akan bersifat sementara, biasanya 24 jam sampai 48 jam setelah melahirkan.

(i) Abdomen

hari pertama, tinggi fundus uteri kira-kira 1 jari dibawah pusat. Perhatikan adanya linea nigra masih terlihat, serta ada tidaknya hematoma dan infeksi sekitar luka insisi seksio sesarea. Nielsen et al, menjelaskan bahwa efek anestesi terhadap pasca seksio sesarea adalah merasakan adanya nyeri akut secara fisiologis, intensitas nyeri akut yang beresiko terhadap perkembangan pasca pembedahan (Suryani dan Anik, 2015).

(j) Punggung dan Bokong

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

(k) Genetalia

Kebersihan, edema vulva, pengeluaran lochea rubra pada hari pertama.

(l) Ekstremitas

Adaptasi system muskulostkeletal ibu yang terjadi saat hamil akan kembali pada masa nifas. Adaptasi ini termasuk relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat gravid ibu sebagai respon terhadap uterus yang membesar. Serta adanya perubahan ukuran pada kaki.

(5) Pemeriksaan Fisik Bayi

(a) Keadaan Umum

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

(b) Antropometri

Meliputi pengukuran berat badan, panjang badan, lingkaran kepala, lingkaran dada dan lingkaran lengan atas.

7) Analisa Data

Data yang sudah terkumpul selanjutnya akan dikelompokkan dan dilakukan analisa serta sintesa data. Dalam mengelompokkan data dibedakan atas data subjektif

dan data objektif dan pedoman pada teori Abraham Maslow yang terdiri dari :

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

2.2.2 Diagnosa Keperawatan Pada Klien Post Partum

Menurut Nurarif (2015) diagnosa keperawatan pada klien post seksio sesarea yang mungkin muncul adalah:

- 1) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d obstruksi jalan nafas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas elergik (respon obat anestesi)
- 2) Nyeri akut b.d agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomy)
- 3) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum
- 4) Ketidakefektifan pemberian ASI b.d kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui
- 5) Gangguan eliminasi urine
- 6) Gangguan pola tidur b.d kelemahan
- 7) Resiko infeksi b.d factor resiko: episiotomy, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan

- 8) Deficit perawatan diri: mandi/ kebersihan diri, makan, toileting
b.d kelelahan post partum
- 9) Konstipasi
- 10) Resiko syok (hipovolemik)
- 11) Resiko pendarahan
- 12) Defisit pengetahuan: perawatan post partum b.d kurangnya informasi tentang penanganan post partum

2.2.3 Rencana Keperawatan

Menurut Nurarif (2015) rencana keperawatan pada diagnosa yang mungkin muncul dengan seksio sesarea adalah sebagai berikut:

- 1) Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas b.d Obstruksi Jalan Nafas (mokus dalam jumlah berlebihan), Jalan Nafas Elergik (respon obat anestesi)

Tabel 2.3

Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas

Diagnos keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan bersihan jalan nafas Definisi : Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dan saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas. Batasan karakteristik : 1. tidak ada batuk 2. suara nafas tambahan 3. perubahan frekuensi nafas 4. perubahan irama nafas 5. sianosis	NOC 1. status pernafasan : kepatenan jalan nafas 2. pengendalian aspirasi 3. kognisi. Kriteria hasil : 1. mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu	NIC Mempertahankan jalan nafas yang adekuat 1. Evaluasi prekuensi/ke dalaman pernafasan dan suara nafas	Mempertahankan jalan nafas yang adekuat 1. Takipnea biasanya terjadi pada beberapa derajat dan dapat terlihat saat terjadi stress pernafasan . Pernafasan menjadi

6. kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara	mengeluarkan sputum, mampu bernafas	dangkal. Beberapa derajat bronkospa
7. penurunan bunyi nafas	dengan mudah, tidak ada pursed lips).	sme terjadi pada obstruksi
8. dispneu	2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, prekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)	jalan nafas dan dapat atau tidak ditandai dengan suara nafas tambahan, seperti crecels, suara redup dengan mengi saat ekspirasi (emfisema), atau tidak adanya suara nafas (asma berat)
9. sputum dalam jumlah berlebihan	3. Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas	
10. batuk yang tidak efektif		
11. orthopneu		
12. gelisah		
13. mata terbuka lebar		
faktor yang berhubungan :		
1. lingkungan		
a) perokok pasif		
b) menghisap asap		
c) merokok		
2. obstruksi jalan nafas		
a) spasme jalan nafas		
b) mokus dalam jumlah berlebihan		
c) eksudat dalam jalan alveoli		
d) adanya jalan nafas buatan		
e) sekresi bertahan/ sisa sekresi		
f) jalan nafas alergik		
g) asma		
h) penyakit paru obstruktif kronik		
i) hiperplasi dinding bronchial		
j) infeksi		
k) disfungsi		
	2. Atur posisi kepala sesuai usia dan kondisi/ gangguan	2. Mengatur posisi kembali kepala menjadi sesuatu yang diperlukan untuk membuka atau mempertahankan jalan nafas tetap terbuka pada individu yang mengalami imobilisasi atau gangguan.

neuromuscular	Mengeluarkan sekresi	Mengeluarkan sekresi
	3. Tinggikan kepala tempat tidur atau ubah posisi jika diperlukan	3. Posisi yang tinggi atau tegak lurus memfasilitasi fungsi pernafasan dengan gangguan gravitasi. Bagaimanapun yang menghalangi distress pernafasan akan mencari posisi yang nyaman
	4. Dorong dan instruksikan klien untuk latihan nafas dalam dan batuk terarah; beri penyuluhan (pra operasi) dan dorong (pasca operasi) klien untuk bernafas dan batuk saat membalut luka insisi	4. Untuk memaksimalkan upaya batuk, ekspansi paru, dan drainase, dan mengurangi gangguan nyeri
	5. Mobilisasi klien sedini mungkin	5. Mengurangi resiko atau efek atelaktasis, yang meningkatkan ekspansi paru dan drainase bagian paru yang berbeda

6. Beri obat (misalnya ekspektoran, bronchodilator, mukolitik, dan anti inflamasi) sesuai indikasi	6. Untuk merilekksi kan otot polos pernafasan , menguran gi udem a jalan nafas, dan mengeluarkan sekresi
7. Beri nebulizer ultrasonic atau alat pelembab udara ruangan humidifier	7. Untuk memberik an kelembapa n tambahan sehingga membantu menguran gi kekentalan sekresi.
Mengkaji perubahan, catat komplikasi;	Mengkaji perubahan, catat
8. Auskultasi suara nafas, dengan mencatat perubahan dalam pergerakan udara	8. Untuk memastika n status saat ini dan efek terapi untuk membersihkan jalan nafas
9. Pantau tanda-tanda vital, dengan mencatat perubahan darah atau denyut nadi. Observasi peningkatan frekuensi pernafasan gelisah/	9. Menunjuk kan perburukk an gawat nafas

	ansietas dan penggunaan otot bantu nafas.	
	Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/ pertimbangan pemulangan;	Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/ pertimbangan pemulangan)
	10. Demonstrasi kan atau bantu klien/ kerabat dalam melakukan teknik pembersihan jalan nafas atau latihan penguatan otot pernafasan,	10. Agar klien/ kerabat dapat melakukan pembersihan jalan nafas atau latihan penguatan otot pernafasan , perkusi dada secara mandiri
	Perkusi dada jika diindikasikan	
	11. Tinjau latihan nafas, teknik batuk efektif, dan penggunaan alat bantu tambahan pada penyuluhan pra operasi.	11. Untuk memfasilitasi pemulihan pasca operasi, mengurangi resiko pneumonia

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

- 2) Nyeri Akut b.d Agen Injuri Fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomy)

Tabel 2.4
Intervensi Nyeri Akut

Diagnose keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Nyeri akut</p> <p>Definisi :</p> <p>Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang actual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (internasional association for the study of pain):</p> <p>Awitan yang tiba-tiba atau lambat dan intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan.</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan selera makan 2. Perubahan tekanan darah 3. Perubahan frekuensi jantung 4. Perubahan frekuensi pernafasan 5. Laporan isyarat 6. Diaphoresis 7. Perilaku distraksi (miss, berjalan mondar-mandir mencari orang lain atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang) 	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pain level, 2. Pain control 3. Comfort level <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri (mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang menjadi 1-3 (0-10) dengan menggunakan manajemen nyeri klien mungkin tidak 100% terbebas dari nyeri namun dapat merasa bahwa “tiga” merupakan tingkat ketidaknyamanan yang dapat 	<p>NIC</p> <p>Pain Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2. Observasi reaksi <i>nonverbal</i> dari ketidaknyamanan 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi faktor pencetus atau pemicu dan faktor yang mengurangi 2. Pasien mungkin tidak secara verbal melaporkan nyeri dan ketidaknyamanan jika pasien tidak dapat menyatakan secara verbal 3. Meyakinkan pasien untuk mendapatkan perawatan yang intensif 4. Menentukan kultur pada pasien 5. Dapat membedakan nyeri saat ini dari pola nyeri

8. Mengekspresikan perilaku (miss, gelisah, merengek, menangis)	3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri).	6. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan	6. Keberadaan perawat dapat mengurangi perasaan takut pasien
9. Masker wajah (miss, mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu focus, meringis)	4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang ditandai dengan: klien tidak tampak meringis, tidak berkeringat, mata tidak terpancar.	7. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan	7. Meredakan ketidaknyamanan dan mengurangi energi sehingga meningkatkan kemampuan koping
10. Sikap melindungi area nyeri		8. Kurangi faktor presipitasi nyeri	8. Membantu dalam menegakan diagnosis dan menentukan kebutuhan pasien
11. Focus menyempit (miss, gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)		9. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)	9. Meningkatkan istirahat, mengarahkan kembali perhatian dan meningkatkan koping
12. Indikasi nyeri yang dapat diamati		10. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi	10. Untuk mempermudah menentukan perencanaan
13. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri		11. Ajarkan tentang teknik non farmakologi	11. Meningkatkan istirahat, mengarahkan kembali perhatian dan meningkatkan koping
14. Sikap tubuh melindungi		12. Berikan analgetik untuk	12. Analgesik dapat membantu
15. Dilatasi pupil			
16. Melaporkan nyeri secara verbal			
17. Gangguan tidur			
faktor yang berhubungan:			
1. Agen cedera (miss, biologis, zat kimia, fisik, psikologis)			

	mengurangi nyeri	mengurangi rasa nyeri dengan menghambat proses transduksi yaitu mengurangi sensasi nyeri
13.	Evaluasi keefektifan kontrol nyeri	13. Untuk mengetahui keefektifan kontrol nyeri
14.	Tingkatkan istirahat	14. Mengurangi ketidaknyamanan kepada pasien
15.	Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil	15. Nyeri hebat yang tidak reda oleh tindakan rutin dapat mengindikasikan perkembangan komplikasi dan kebutuhan intervensi lebih lanjut
16.	Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri	16. Untuk mengetahui perkembangan nyeri
<i>Analgesic Administration</i>		
1.	Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat	1. Untuk mengevaluasi medikasi dan kemajuan penyembuhan
2.	Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis,	2. Mengevaluasi keefektifan terapi yang diberikan

	dan frekuensi	
3.	Cek riwayat alergi	3. Untuk menghindari terjadinya alergi obat
4.	Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu	4. Menentukan jenis analgesik yang sesuai
5.	Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri	5. Menentukan jenis rute untuk memberikan terapi
6.	Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal	6. Menentukan rute yang sesuai untuk terapi
7.	Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur	7. Menentukan rute yang sesuai dengan terapi
8.	Monitor <i>vital sign</i> sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali	8. Untuk mengetahui perkembangan atau ketidakefektifan terapi
9.	Berikan analgesic tepat waktu	9. Menurunkan ketidaknyamanan dan

	terutama saat nyeri hebat	memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain
10. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala		10. Untuk mengetahui efektivitas dari terapi farmakologi

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

- 3) Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh b.d Kurangnya Pengetahuan Tentang Kebutuhan Nutrisi Post Partum

Tabel 2.5

Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi

Diagnose keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh Definisi: Asupan nutrisi tidak dapat cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolic Batasan karakteristik : 1. Kram abdomen 2. Nyeri abdomen 3. Menghindari makanan 4. Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal 5. Kerapuhan kapiler 6. Diare 7. Kehilangan rambut berlebihan 8. Bising usus hiperaktif 9. Kurang makanan 10. Kurang informasi 11. Kurang minat pada makanan 12. Penurunan berat badan dengan asupan makanan	NOC 1. <i>Nutritional status</i> : 2. <i>Nutritional status : food and fluid intake</i> 3. <i>Waight control</i> Kriteria hasil : 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. Tidak ada tanda-tanda mal nutrisi 5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan 6. Tidak terjadi	NIC Mengevaluasi tingkat deficit 1. Kaji berat badan saat ini, bandingkan dengan berat badan yang biasa dan berat badan normal sesuai dengan usia 2. Tinjau pemeriksaan laboratorium (glukosa, fungsi hati, elektrolit, zat besi, albumin serum,	Mengevaluasi tingkat deficit 1. Untuk mengidentifikasi perubahan yang mempengaruhi pilihan intervensi 2. Untuk menentukan tingkat deficit nutrisi dan efek pada fungsi tubuh yang menentukan kebutuhan diet khusus

adekuat	penurunan berat badan yang berarti	kolesterol)	
13. Kesalahan konsepsi		3. Lakukan kolaborasi dengan tim antardisiplin	3. Untuk menetapkan tujuan nutrisi ketika klien memiliki kebutuhan diet khusus, malnutrisi berat
14. Kesalahan informasi			
15. Membrane mukosa pucat			
16. Ketidakmampuan memakan makanan			
17. Tonus otot menurun			
18. Mengeluh gangguan sensasi rasa		Kebutuhan terapi kondisi khusus	Kebutuhan terapi kondisi khusus
19. Mengeluh asupan makanan kurang dan RDA (recommended daily allowance)		4. Beri obat untuk nyeri atau mual, dan atasi efek samping obat	4. Untuk meningkatkan kenyamanan fisik dan nafsu makan
20. Cepat kenyang setelah makan			
21. Sariawan rongga mulut		5. Bantu dalam terapi guna mengoreksi atau mengendalikan faktor penyebab yang mendasari	5. Untuk memperbaiki asupan dan penggunaan zat besi
22. Steatorea			
23. Kelemahan otot mengunyah			
24. Kelemahan otot untuk menelan			
faktor yang berhubungan:			
1. Faktor biologis			
2. Faktor ekonomi			
3. Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrient		Meningkatkan asupan diet	Meningkatkan asupan diet
4. Ketidakmampuan mencerna makanan		6. Beri banyak makanan kecil sesuai indikasi	6. Memperbaiki kesempatan untuk meningkatkan jumlah gizi yang dikonsumsi dalam waktu 24 jam
5. Ketidakmampuan menelan makanan			
6. Faktor psikologis		7. Hindari makanan yang menyebabkan intoleransi	7. Untuk mengurangi ketidaknyamanan setelah makan

	i motilitas lambung		
	Meningkatkan kesehatan (penyuluhan)	Meningkatkan kesehatan (penyuluhan)	
	8. Beri informasi mengenai nutrisi	8. Untuk mengetahui pemahaman nutrisi klien	
	9. Timbang berat badan setiap minggu dan dokumen tasikan	9. Untuk memantau keefektifan rencana diet	

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

- 4) Ketidakefektifan Pemberian ASI b.d Kurang Pengetahuan Ibu, Terhentinya Proses Menyusui

Tabel 2.6

Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI

Diagnose keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan pemberian ASI Definisi : Ketidakpuasan atau kesulitan ibu, bayi, atau anak menjalani proses pemberian ASI Batasan karakteristik : 1. Ketidakadekua tan ASI 2. Bayi melengkung menyesuaikan diri dengan payudara 3. Bayi menangis pada payudara 4. Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusui 5. Bayi rewel dalam jam pertama setelah menyusui	NOC 1. pengetahuan pemberian ASI 2. pemantapan pemberian ASI ibu dan bayi kriteria hasil : 1. kemantapan pemberian ASI: bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama	NIC Mengidentifikasi faktor penyebab/ pendukung ibu 1. kaji pengetahuan klien tentang pemberian ASI dan tingkat intruksi yang diterima sebelumnya 2. dorong diskusi pengalaman pemberian ASI saat ini dan sebelumnya	Menidentifikasi faktor penyebab/ pendukung ibu 1. Mengidentifikasi kebutuhan saat ini dan masalah yang ditemui untuk mengembangkan rencana keperawatan 2. Mengidentifikasi kebutuhan saat ini dan masalah yang ditemui untuk mengembangkan rencana keperawatan

6. Ketidakmampuan bayi untuk latch-on pada payudara ibu secara tepat	2. kemantapan pemberian ASI: IBU: kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dan payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI	3. catat pengalaman yang tidak memuaskan sebelumnya	3. Seringkali masalah yang tidak teratasi masalah yang diceritakan orang lain dapat menyebabkan keraguan tentang kesempatan untuk berhasil
7. Menolak latching on			
8. Tidak responsive terhadap kenyamanan lain			
9. Ketidakcukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui		4. lakukan pengkajian fisik, dengan mencatat penampilan payudara dan puting, payudara simetris yang terlihat, inversi puting atau puting datar yang nyata, minimal atau tidak ada pembesaran payudara selama kehamilan	4. Mengidentifikasi masalah yang ada membantu pengalaman pemberian ASI yang berhasil dan memberikan kesempatan memperbaiki masalah tersebut
10. Ketidakcukupan kesempatan untuk mengisap payudara			
11. Kurang menambah berat badan bayi	3. pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/toddler		
12. Tidak tampak tanda pelepasan oksitosin	4. penyapihan pemberian ASI :		
13. Tampak ketidakadekuatan asupan susu	5. diskontinuitas progresif pemberian ASI	5. catat riwayat kehamilan, persalinan dan kelahiran (vagina atau seksio sesarea), pembedahan lain saat ini atau baru-baru.	5. Ketika beberapa kondisi dapat menghalangi pemberian ASI dan rencana alternative perlu dibuat kondisi lainnya akan memerlukan rencana khusus untuk memantau dan memberi terapi guna
14. Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui	6. pengetahuan pemberian ASI : tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenal laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian		
15. Penurunan berat badan bayi terus menerus			
16. Tidak mengisap payudara terus-menerus			
faktor yang berhubungan:			
1. defisit pengetahuan			
2. anomaly bayi			
3. bayi menerima makanan tambahan dengan puting			

<hr/>		<p>ngkan keterampilan ASI yang adekuat</p>
9. Beri dukungan emosional kepada ibu	9. Ibu baru mengatakan bahwa mereka menyukai lebih banyak dukungan, dorongan dan informasi praktis terutama mereka pulang lebih awal	
10. Informasikan ibu tentang isyarat awal tentang pemberian ASI pada bayi	10. Ibu baru mungkin tidak menyadari bahwa perilaku ini menandakan bayi lapar dan tidak berespon dengan tepat seperti menangis, rooting, menghisap jari tangan	
11. Tingkatkan penatalaksanaan dini masalah pemberian ASI	11. Mengatasi masalah dengan cara yang tepat pemberian ASI yang berhasil	
<p>Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pemulangan)</p> <p>12. Berikan penyuluhan kepada ayah atau kerabat tentang manfaat pemberian ASI dan</p>	<p>Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pemulangan)</p> <p>12. Mendapat dukungan berhubungan dengan rasio keberhasilan ASI yang lebih tinggi pada 6 bulan</p>	
<hr/>		

	bagaimana menangani tantangan ASI yang umum terjadi	
13. Diskusikan pentingnya nutrisi yang adekuat dan asupan cairan, vitamin prenatal, suplemen vitamin, mineral lain seperti vitamin C sesuai indikasi	13. Selama laktasi terjadi peningkatan kebutuhan energy, suplementasi protein, mineral, dan vitamin untuk member nutrisi pada bayi dan melindungi simpanan ibu	

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

5) Gangguan Eliminasi Urine

Tabel 2.7

Intervensi Gangguan Eliminasi Urine

Diagnose keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan eliminasi urine Definisi : Disfungsi pada eliminasi urine Batasan karakteristik : 1. Disuria 2. Sering berkemih 3. Anyang-anyangan 4. Inkontinensi 5. Nokturia 6. Retensi 7. Dorongan Faktor yang berhubungan : 1. Obstruksi anatomic 2. Penyebab multiple	NOC 1. Eliminasi urin 2. Kontinensi a urin 3. Perawatan diri : eliminasi urin Kriteria hasil : 1. Klien mengatakan pemahaman tentang kondisi 2. Klien mengetahui faktor penyebab khusus 3. Klien mengetahui	NIC Mengkaji penyebab pendukung 1. Tentukan asupan cairan harian klien yang biasa dan jumlah pilihan minuman catat kondisi kulit dan membrane mukosa, warna urin. Mengkaji tingkat gangguan/disabilitas 2. Pastikan pola eliminasi klien sebelumnya dan	Mengkaji faktor penyebab pendukung 1. Untuk menentukan tingkat hidrasi Mengkaji tingkat gangguan/disabilitas 2. Untuk membantu dalam identifikasi dan

3. Gangguan sensorik motorik	i pola eliminasi normal atau	bandingkan dengan situasi saat ini	terapi disfungsi tertentu.
4. Infeksi saluran kemih	berpartisipasi dalam tindakan untuk mengoreksi atau mengkompensasi defect	3. Membantu mengatasi/mencegah gangguan perkemihan/anjurkan asupan cairan hingga 200-3000ml/hari	3. Mempertahankan fungsi ginjal, mencegah infeksi, pembentukan batu urin, menghindari kerak sekitar kateter.
	4. Klien menunjukkan perilaku untuk mencegah infeksi urin	4. Bantu meningkatkan eliminasi yang rutin misalnya berkemih yang dijadwalkan, latihan kandung kemih, berkemih singkat dan melatih kembali kebiasaan berkemih	4. Untuk orang dewasa yang utuh secara kognitif dan secara fisik mampu melakukan eliminasi sendiri, latihan kandung kemih, yang dijadwalkan, akan tetapi latihan kembali kandung kemih tidak direkomendasikan untuk klien PBS
	5. Klien mampu menangani perawatan kateter urin atau stoma dan alat setelah diversifikasi urin	5. Implementasikan pantau intervensi untuk masalah eliminasi khusus misalnya latihan dasar panggul atau modlitas latihan kembali kandung kemih	5. Untuk memodifikasi terapi sesuai kebutuhan
		Meingkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pemulangan)	Meingkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pemulangan)

	6. Pertimbangan pentingnya mempertahankan area perineum tetap kering dan bersih	6. Mengurangi resiko infeksi
--	---	------------------------------

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

6) Gangguan Pola Tidur b.d Kelemahan

Tabel 2.8

Intervensi Gangguan Pola Tidur

Diagnose keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan pola tidur Definisi: Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal Batasan karakteristik : 1. Perubahan pola tidur normal 2. Penurunan kemampuan berfungsi 3. Ketidakpuasan tidur 4. Menyatakan sering terjaga 5. Menyatakan mengalami kesulitan tidur 6. Menyatakan tidak merasa cukup istirahat faktor yang berhubungan : 1. Kelembaban lingkungan sekitar 2. Suhu lingkungan sekitar 3. Tanggung jawab member asuhan 4. Perubahan pejanan terhadap cahaya gelap 5. Gangguan	NOC 1. Anxiety reduction 2. Comfort level 3. Pain level 4. Rest: extent an pattern 5. Sleep: extent an pattern Kriteria hasil : 1. Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari 2. Pola tidur, kualitas dalam batas normal 3. Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat 4. Mampu mengiden tifikasi hal-hal yang meningka tkan tidur	NIC Mengkaji faktor penyebab atau pendukung 1. Identifikasi adanya faktor yang diketahui mengganggu tidur, termasuk penyakit saat ini bayi baru hospitalisasi Mengevaluasi tidur dan tingkat disfungsi 2. Kaji pola tidur yang biasa dan bandingkan dengan gangguan tidur saat ini 3. Dengarkan laporan mengetahui kualitas tidur dan respon dari kurangnya tidur yang berkualitas	Mengkaji faktor penyebab atau pendukung 1. Masalah tidur dapat muncul akibat faktor internal dan eksternal dan mungkin memerlukan pengkajian setiap waktu untuk membedakan penyebab khusus Mengevaluasi tidur dan tingkat disfungsi 2. Untuk memastikan intensitas dan durasi masalah 3. Membantu mengklarifikasi persepsi klien mengenai kualitas dan kuantitas dan respon terhadap tidur yang tidak adekuat

(mis, untuk tujuan terapeutik, pemantauan, pemeriksaan laboratorium)	misalnya mengantuk, pusing, letih.	
6. Kurang control tidur	Membantu klien mencapai pola istirahat tidur yang optimal	Membantu klien mencapai pola istirahat tidur yang optimal
7. Kurang privasi, pencahayaan	4. Nyalakan music yang lembut, program TV yang menenangkan, lingkungan yang tenang sesuai kesukaan klien	4. Untuk meningkatkan relaksasi
8. Bising, bau gas	5. Minimalkan faktor yang mengganggu tidur seperti mengurangi bicara, alarm, gangguan bising, suhu ruang	5. Penelitian menunjukkan bahwa penggunaan intervensi ini dapat memperbaiki kesiapan untuk tidur dan meningkatkan durasi dan kualitas tidur
9. Restrain fisik, teman tidur	6. Lakukan pemantauan dan aktifitas keperawatan tanpa membangun pasien	6. Memungkinkan untuk periode tidur tanpa gangguan yang lebih lama terutama selama malam hari
10. Tidak familier dengan prabot tidur	Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pemulangan) 7. Yakinkan klien bahwa tidak dapat tidur sekali-kali tidak mengancam kesehatan	Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pemulangan) 7. Pengetahuan bahwa insomnia sekali-kali umum terjadi dan biasanya tidak

membahayakan

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

- 7) Resiko Infeksi b.d Faktor Resiko: Episiotomy, Laserasi Jalan Lahir, Bantuan Pertolongan Persalinan

Tabel 2.9

Intervensi Resiko Infeksi

Diagnose keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Resiko infeksi	NOC	NIC	
Definisi :	1. immune status	Untuk menentukan faktor resiko/ pendukung	Untuk menentukan faktor resiko/ pendukung
Beresiko tinggi terhadap invasi organisme pathogen	2. knowledge : infection control	1. kaji adanya faktor spesifik pejamu yang mempengaruhi imunitas seperti trauma, gaya hidup, usia ekstrem, adanya penyakit yang mendasari	1. Trauma: merupakan jalur umum masuknya pathogen
Faktor resiko :	3. risk control kriteria hasil :		
1. penyakit kronis (diabetes mellitus, obesitas)	1. menyatakan pemahaman penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan		
2. pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemanjanaan pathogen	2. menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi		
3. pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat	3. mencapai penyembuhan luka yang tepat waktu; tidak mengalami drainase purulen; tidak mengalami demam	2. observasi kulit/ jaringan di sekitar cedera; inspeksi juga area jahitan, insisi pembedahan, luka	2. Kemerahan, hangat, pembengkakan, nyeri, lapisan merah merupakan tanda perkembangan infeksi setempat yang dapat memiliki implikasi sistemik jika terapi terlambat
1) gangguan peristalsis			
2) kerusakan integritas kulit (pemasangan kateter intravena, prosedur invasive)			
3) perubahan sekresi pH			
4) penurunan kerja siliaris			
5) pecah ketuban dini			
6) pecah ketuban lama			
7) merokok			
8) statis cairan tubuh			
9) trauma jaringan (mis, trauma destruksi jaringan)			
4. ketidakadekuatan pertahanan sekunder		3. tinjauan nilai	3. Untuk mengidenti

1) penurunan hemoglobin	laboratorium untuk mengukur faktor risiko yang ada	fikasi adanya pathogen dan pilihan terapi
2) imunosupresi (mis, imunitas didapat tidak adekuat, agen farmaseutikal termasuk imunosupresan, steroid, antibody monoclonal, imunomodulator)	4. ajarkan teknik mencuci tangan yang tepat	4. Pertahanan ini pertama terhadap infeksi terkait layanan kesehatan (healthcare-associated infection. HAI)
3) supresi respon inflamasi		
5. vaksinasi tidak adekuat		
6. pemajanan terhadap pathogen lingkungan meningkat	5. masukan informasi dalam penyuluhan tentang cara mengurangi potensi infeksi pasca operasi (mis, tindakan perawatan luka atau balutan, menghindari orang lain yang mengidap infeksi).	5. Untuk mengurangi faktor risiko yang ada dan mencegah infeksi silang
7. wabah		
8. prosedur invasive		
9. malnutrisi	6. Lakukan atau dorong diet seimbang dengan menekankan protein untuk mendukung sistem imun	6. Fungsi imun dipengaruhi oleh asupan protein, keseimbangan antara asupan lemak omega-6 dan omega-3,

		dan vitamin A,C, dan E, dalam jumlah yang adekuat. Defisiensi zat gizi tersebut membuat klien beresiko tinggi terhadap infeksi
7.	Beri dan pantau regimen obat (antimikroba, antibiotic topical) dan catat respon klien	7. Untuk menentukan keefektifan terapi dan adanya efek samping
8.	Inspeksi balutan abdominal terhadap eksudat atau rembesan	8. Balutan steril menutupi luka pada 24 jam pertama kelahiran sesarea membantu melindungi luka dari kontaminasi. Rembesan dapat menandakan hematoma.
9.	Dorong pasien untuk mandi shower dengan menggunakan	9. Mandi shower biasanya diizinkan pada hari kedua setelah

	kan air hangat setiap hari	kelahiran sesarea, meningkat kan hygienis dan dapat merangsang sirkulasi atau penyembuhan luka.
	10. Kaji suhu, nadi dan sel darah putih	10. Demam paska operasi hari ketiga, leukosit dan takikardia menunjukkan infeksi
	11. Ganti balutan luka bedah atau luka lain jika perlu dengan menggunakan aseptik	11. Mencegah timbulnya pertumbuhan infeksi
	Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/ pertimbangan pemulangan)	Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/ pertimbangan pemulangan)
	12. Intruksikan klien/ kerabat mengenai teknik untuk melindungi integritas kulit, merawat lesi dan mencegah penyebaran infeksi di rumah.	12. Memberi pengetahuan dasar untuk perlindungan diri sendiri

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

8) Defisit Perawatan Diri: Mandi/ Kebersihan Diri, Makan, Toileting b.d Kelelahan Post Partum

Tabel 2.10

Intervensi Defisit Perawatan Diri

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Defisit perawatan diri	NOC	NIC	
Definisi:	1. mendemonstrasikan teknik untuk memenuhi perawatan diri	1. kaji status pasien ada kondisi yang ada (nyeri, trauma pembedahan)	1. membantu menetapkan tujuan yang realistis dan membuat dasar untuk mengevaluasi keefektifannya intervensi sehingga sesuai dengan aspek psikologis dan kondisi pasien
Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi/ aktifitas perawatan diri untuk diri sendiri	2. mengidentifikasi dan menggunakan sumber-sumber yang tersedia		
Batasan karakteristik :	kriteria hasil :		
1. ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi	1. perawatan diri mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu		
2. ketidakmampuan mengeringkan tubuh	2. mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh		
3. ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi	3. skala nyeri berkurang menjadi 1-3 (0-10)	2. motivasi klien untuk segera mungkin melakukan latihan mobilisasi, kemudian ditingkatkan secara bertahap	2. mobilisasi sedini mungkin dapat mempengaruhi status kesehatan klien sehingga klien mampu melakukan perawatan dirinya secara optimal
4. ketidakmampuan menjangkau sumber air			
5. ketidakmampuan mengatur air mandi			
6. ketidakmampuan membasuh tubuh			
faktor yang berhubungan :			
1. gangguan kognitif			
2. penurunan motivasi			
3. kendala lingkungan			
4. ketidakmampuan merasakan bagian tubuh			
5. ketidakmampuan merasakan hubungan special			
6. efek anestesi		3. berikan bantuan perawatan diri mandi/	3. memenuhi kebutuhan perawatan diri klien
7. ketidaknyamanan fisik			
8. gangguan musculoskeletal			

9. gangguan neuromuscular	hygien
10. nyeri	
11. gangguan persepsi	
12. ansietas berat	

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

9) Konstipasi

Tabel 2.11

Intervensi Konstipasi

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Konstipasi	NOC	NIC	
Definisi :	1. defekasi	Identifikasi	Identifikasi faktor
Penurunan pada frekuensi normal pada defekasi yang disertai oleh kesulitan atau pengeluaran tidak lengkap feses atau pengeluaran feses yang kering, keras dan banyak.	2. status nutrisi	faktor penyebab	penyebab
Batasan karakteristik :	3. perawatn diri	1. tinjau program diet harian, dengan mencatat apakah diet kurang serat	1. ketidakseimbangan nutrisi mempengaruhi jumlah dan konsistensi feses, serat makanan yang tidak adekuat menyebabkan fungsi usus yang buruk
1. nyeri abdomen	kriteria hasil :		
2. nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot	1. menetapkan atau memperoleh kembali pada defekasi yang normal		
3. nyeri tekan abdomen tanpa teraba resistensi otot	2. menyatakan pemahaman tentang etiologi dan intervensi atau solusi yang tepat untuk situasi individu	2. lakukan auskultasi abdomen	2. untuk mengetahui adanya, lokasi, dan karakteristik bising usus yang menggambarkan aktivitas usus
4. anoreksia	3. memperlihatkan perilaku atau perubahan gaya hidup untuk mencegah frekuensi masalah	3. lakukan palpasi abdomen	3. untuk mengetahui adanya kekerasan, distensi, dan masa atau retensi feses
5. penampilan tidak khas pada lansia (misal, perubahan pada status mental, inkontinensia urinarius, jatuh yang tidak ada penyebabnya, peningkatan suhu)	4. berpartisipasi dalam program defekasi,	pola eliminasi normal	pola eliminasi normal
6. borborigmi			
7. darah merah pada feses		4. diskusikan	4. membantu mengidentifikasi persepsi
8. perubahan pada pola defekasi			
9. penurunan frekuensi			
10. penurunan volume feses			
11. distensi abdomen			
12. rasa rectal penuh			
13. rasa tekanan rektal			

14. keletihan umum	sesuai	kebiasa	klien
15. feses keras dan berbentuk	indikasi.	an	terhadap
16. sakit kepala		eliminasi yang normal	masalah
17. bising usus hiperaktif			
18. bising usus hipoaktif		5. catat faktor yang biasanya	5. klien mungkin menjelaskan bahwa ia harus duduk dalam posisi tertentu atau harus memberikan tekanan untuk memulai defekasi
19. peningkatan tekanan abdomen		menstruasi	
20. tidak dapat makan, mual		mulasi aktifitas usus dan setiap gangguan yang ada	
21. rembesan feses cair			
22. nyeri pada saat defekasi		mengkaji pola eliminasi saat ini	mengkaji pola eliminasi saat ini
23. massa abdomen yang dapat diraba		6. catat warna, bau, konsistensi, jumlah dan frekuensi feses setiap kali defekasi selama fase peninjauan	6. memberikan dasar untuk perbandingan yang meningkatkan pengenalan terhadap perubahan
24. adanya feses lunak, seperti pasta didalam rectum			
25. perkusi abdomen pekak			
26. sering flatus			
27. mencejan pada saat defekasi			
28. tidak dapat mengeluarkan feses			
29. muntah faktor yang berhubungan :			
1. fungsional :			
1) kelemahan otot abdomen			
2) kebiasaan mengabaikan dorongan defekasi			
3) ketidakadekuatan toileting (mis: batasan waktu, posisi untuk defekasi, privasi)			
4) kurang aktifitas fisik			
5) kebiasaan defekasi tidak teratur			
6) perubahan lingkungan saat ini			
psikologis :			
1. depresi. Stress emosi			
2. konfusi mental			
		7. pastikan durasi masalah saat ini dan tingkat kekhawatiran klien	7. gangguan yang berlangsung lama mungkin tidak menyebabkan kekhawatiran yang berlebihan sedangkan konstipasi pasca bedah

farmakologis			akut dapat
1. antasida			menyebabkan
mengandung			distress yang
aluminium			hebat
2. antikolinergik,			
antikonvulsan			
3. antidepresan			
4. agens	memfasilitas		
antilipemik	i		
5. garam bismuth	kembalinya		
6. kalsium	pola		
karbonat	eliminasi		
7. penyekat	yang normal		
saluran kalium	8. tinjau	8. menentukan	
8. diuretic, garam	program	apakah obat	
besi	medikas	yang	
9. penyalahgunaa	i klien	menyebabkan	
n laktasif	saat ini	konstipasi	
10. agens anti-	dengan	dapat	
inflamasi non	dokter	dihentikan	
steroide		atau diganti	
11. opiate,	9. lakukan	9. untuk	
fenotiazid,	mandi	merelaksasik	
sedative	dengan	an sfingter	
12. simpatomimeti	rendam	dan setelah	
k	duduk	defekasi	
mekanis	sebelum	untuk	
1. ketidakseimban	defekasi	memberikan	
gan elektrolit		efek sejuk	
2. hemoroid		pada area	
3. penyakit		rectum	
hirschprung			
4. gangguan	10. dukung	10. untuk	
neurologis	terapi	memperbaiki	
5. obesitas	penyeba	fungsi tubuh	
6. obstruksi pasca	b medis	dan usus	
bedah	yang		
7. kehamilan	mendas		
8. pembesaran	ari jika		
prostat	tepat		
9. abses rectal	(pembe		
10. fisura anak	dahan		
rectal	untuk		
11. striktur anak	memper		
rectal	baiki		
12. prolapse rectal,	porlaps		
ulkus rectal	rectum,		
13. rektokel, tumor	terapi		
fisiologis :	teroid)		
1. perubahan pola	meningkatkan	meningkatkan	
makan	n kesehatan	kesehatan	
2. perubahan	(penyuluhan	(penyuluhan/	
makanan	/	pertimbangan	
3. penurunan	pertimbanga	pemulangan)	
motilitas	n	11. untuk	

traktus gastrointestinal	pemulangan)	membantu klien dalam penanganan konstipasi
4. dehidrasi	11. beri informasi dan sumber kepada klien mengenai diet, latihan fisik, cairan dan penggunaan laktasif yang tepat, sesuai indikasi	
5. ketidakadekuatan gigi geligi		
6. ketidakadekuatan hygiene oral		
7. asupan serat tidak cukup		
8. asupan cairan tidak cukup		
9. kebiasaan makan buruk		
	12. beri dukungan sosial dan emosional	12. untuk membantu klien dalam mengatasi disabilitas actual atau potensial yang berkaitan dengan manajemen usus jangka panjang
	13. identifikasi tindakan khusus yang dilakukan jika masalah tidak terselesaikan	13. untuk meningkatkan intervensi yang tepat waktu sehingga meningkatkan kemandirian klien

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

10) Resiko Syok (hipovolemik)

Tabel 2.12

Intervensi Resiko Syok

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Resiko syok	NOC	NIC	
Definisi : Beresiko terhadap ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa	1. syok prevention 2. syok management kriteria hasil : 1. nadi dalam batas yang diharapkan 2. irama jantung dalam batas yang diharapkan 3. frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan 4. irama pernafasan dalam batas yang diharapkan 5. natrium serum dalam batas normal 6. kalium serum dalam batas normal 7. klorida serum dalam batas normal 8. kalsium serum dalam batas normal 9. magnesium serum dalam batas normal 10. PH darah serum dalam batas normal	Kaji faktor penyebab/ pendukung 1. Kaji riwayat adanya penyebab syok hypovolemik, seperti trauma, pembedahan, pembekuan yang tidak adekuat, terapi anti koagulan, muntah dan diare.	Kaji faktor penyebab/ pendukung 1. Menunjukkan volume darah yang bersirkulasi menurun dan kemampuan mempertahankan perfusi dan fungsi organ
Faktor resiko : 1. hipotensi 2. hipovolemi 3. hipoksemia 4. hipoksia 5. infeksi 6. sepsis 7. sindrom respons inflamasi sistemik	11. Hidrasi indikator : 1) Mata cekung tidak ditemukan 2) Demam tidak ditemukan 3) Tekanan darah dalam batas normal 4) Hematokrit dalam batas normal	2. Infeksi kulit, catat adanya luka traumatis atau luka pembedahan, eritema, nyeri tekan 3. Kaji tanda-tanda vital dan perfusi jaringan seperti (warna dan kelembaban kulit)	2. Untuk membuktikan hemoragi, infeksi terlokalisasi atau reaksi hipersensitifitas 3. Untuk perubahan yang berkaitan dengan kondisi syok seperti kuku jari kebiruan, pengisian kapiler ulang yang lambat, kulit dingin. Perubahan disebabkan gangguan

		sirkulasi sistemik dan hypoperfusi
	Mencegah kemungkinan penyebab syok	Mencegah kemungkinan penyebab syok
	4. Kolaborasi terapi terhadap kondisi yang mendasari seperti pembedahan, trauma, infeksi	4. Untuk memaksimalkan sirkulasi sistemik dan perfusi jaringan dan organ
	5. Beri cairan elektrolit, koloid, darah sesuai indikasi	5. Untuk menyimpan secara cepat atau mempertahankan volume sirkulasi dan mencegah kondisi syok yang berhubungan dengan dehidrasi dan hypovolemia
	6. Beri medikasi sesuai indikasi misalnya obat faso aktif, trombolitik, anti mikroba, analgesic.	6. Untuk mengatasi kondisi dan memaksimalkan fungsi organ
	Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pemulangan)	Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pemulangan)
	7. Intruksikan klien mengenai cara mencegah	7. Untuk meningkatkan pengetahuan dan

	atau mengelola kondisi yang mendasari dan menyebabkan syok termasuk dehidrasi	keterampilan klien dalam mencegah kondisi yang dapat menyebabkan syok termasuk dehidrasi.
--	---	---

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

11) Resiko Perdarahan

Tabel 2.13

Intervensi Resiko Perdarahan

Diagnose keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Resiko perdarahan Definisi : Beresiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan Faktor resiko : 1. Aneurisme 2. Sirkumsisi 3. Defisiensi pengetahuan 4. Koagulopati intravaskuler diseminata 5. Riwayat jatuh 6. Gangguan gastrointestinal (mis; penyakit ulkus lambung, polip, varises) 7. Gangguan fungsi hati (mis; sirosis, hepatitis) 8. Koagulopati inheren (mis; trombositopenia) 9. Komplikasi pasca partum (mis; atonia uteri, retensi plasenta)	NOC 1. Blood lose severity 2. Blood koagulation Kriteria hasil : 1. Tidak ada hematuria dan hematemesis 2. Kehilangan darah yang terlihat 3. Tekanan darah dalam batas normal 4. Tidak ada perdarahan pervagina 5. Tidak ada distensi abdominal 6. Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal 7. Plasma, PT, PTT, dalam batas normal	NIC Mengkaji faktor penyebab/ pencetus 1. Catat faktor terkait kehamilan, sesuai indikasi	Mengkaji faktor penyebab/ pencetus 1. Banyak faktor yang dapat terjadi, termasuk overdintensi uterus, kehamilan kembar, persalinan yang cepat atau lama, laserasi yang terjadi selama persalinan pervagina, atau retensi plasenta yang dapat menyebabkan ibu beresiko mengalami perdarahan pasca

10. Komplikasi terkait kehamilan (mis; plasenta previa, kehamilan mola, solusio plasenta)	Untuk mengevaluasi perdarahan potensial	partum
11. Trauma	2. Pantau	2. Untuk mengidentifikasi kehilangan darah aktif. Catatan; hemoragi dapat terjadi karena ketidakmampuan untuk mencapai hemostatis saat terjadi cedera atau akibat perburukan koagulopati.
12. Efek samping terkait terapi (mis; pembedahan, pemberian obat, pemberian produk darah defisiensi trombosit, kemoterapi)	perineum dan tinggi fundus pada klien pasca partum; luka, balutan, dan slang pada klien dengan trauma, pembedahan atau prosedur invasive lain	
	3. Kaji tanda-tanda vital. Ukur tekanan darah dalam posisi berbaring, duduk dan berdiri sesuai indikasi	3. Untuk menentukan apakah ada deficit cairan intravaskular
	4. Tinjau data laboratorium (mis; darah lengkap, hb, jumlah dan fungsi trombosit, faktor koagulasi lain (faktor I,II, dst atau dengan nama protombne	4. Untuk mengevaluasi resiko perdarahan. Penurunan tiba-tiba Hb 2g/dL dapat mengindikasikan perdarahan

	time, masa tromboplastin parsial, fibrinogen, dll)	n aktif. Kehilangan faktor dapat terjadi akibat kehilangan darah akut, transfuse darah yang mengalami defisiensi faktor, gangguan perdarahan yang diturunkan, obat yang mengubah faktor (mis; warfarin, steroid, dll) atau kondisi medis yang mempengaruhi organ seperti sirosis hati
5.	Bantu dengan terapi yang mendasari yang menyebabkan atau berkontribusi terhadap kehilangan darah, seperti terapi medis infeksi sistemik atau temponade balon varises esophagus sebelum skelroterapi, penggunaan	5. Terapi kondisi yang mendasari terjadinya perdarahan dapat mencegah atau menghentikan komplikasi perdarahan

	obat inhibitor, pembedahan untuk trauma abdomen internal atau retensi plasenta	
6.	Berkolaborasi dalam mengevaluasi kebutuhan untuk menghentikan kehilangan darah atau komponen darah khusus	6. Untuk menggantikan kehilangan darah yang terjadi. Institusi atau dokter memiliki panduan spesifik untuk transfuse seperti hitung trombosit <20000/ml atau haemoglobin <6g/dLl
	Untuk meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pemulangan)	Untuk meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pemulangan)
7.	Kebutuhan untuk tindak lanjut medis dan pemeriksaan laboratorium secara teratur ketika mendapat terapi antikoagulan	7. Untuk menentukan perubahan dosis yang dibutuhkan atau masalah penatalaksanaan klien yang memerlukan pemantauan dan atau modifikasi

		i
8. Ajari teknik bagi klien pasca partum untuk memeriksa fundusnya sendiri dan melakukan massase fundus sesuai indikasi dan menghubungi dokter untuk perdarahan setelah pemulangan yang berwarna merah terang atau gelap dengan bekuan darah yang besar.	8. Dapat mencegah komplikasi kehilangan darah, terutama jika klien pulang lebih awal dari RS	

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

12) Defisiensi Pengetahuan: Perawatan Post Partum b.d Kurangnya Informasi Tentang Penanganan Post Partum

Tabel 2.14

Intervensi Defisit Pengetahuan

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Defisit pengetahuan Definisi : Ketidakadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topic tertentu Batasan karakteristik : 1. perilaku hiperbola 2. ketidakakuratan mengikuti perintah 3. ketidakakuratan mengikuti tes (mis; hysteria, bermusuhan, agitasi) 4. pengukuran masalah	NOC 1. knowledge: disease process 2. knowledge : healt beavor kriteria hasil : 1. pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, program pengobatan	NIC Untuk menentukan faktor lain yang berhubungan dengan proses belajar 1. catat faktor personal (mis; usia, tingkat perkembangan, jenis kelamin, budaya, agama, pengalaman hidup, tingkat pendidikan	Untuk menentukan faktor lain yang berhubungan dengan proses belajar 1. untuk mengetahui faktor yang dapat mempengaruhi kemampuan dan keinginan untuk belajar serta memahami informasi baru, mengendalikan situasi, menerima

faktor yang berhubungan :	2.	pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar	, stabilitas	tanggung jawab untuk perubahan.
1. keterbatasan kognitif			e	
2. salah inteprestasi informasi			untuk menentukan prioritas bersama klien	Untuk menentkan prioritas bersama klien
3. kurang pajanan			2. tentukan kebutuhan klien yang paling mendesak dari sudut pandang klien dan perawat	2. mengidentifikasi apakah klien dan perawat bersama-sama dalam pemikiran mereka dan member poin awal untuk penyuluhan dan perencanaan hasil untuk keberhasilan yang optimal
4. kurang minat dalam belajar				
5. kurang dapat mengingat	3.	pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya.	untuk menentukan isi yang dimasukkan	untuk menentukan isi yang dimasukkan
6. tidak familiar dengan sumber informasi			3. identifikasi informasi yang perlu diingat (kognitif) pada tingkat perkembangan dan pendidikan klien	3. meningkatkan kemungkinan bahwa informasi akan didengarkan dan dipahami
			untuk mengembangkan tujuan pembelajaran	untuk mengembangkan tujuan pembelajaran
			4. nyatakan tujuan secara jelas dengan ucapan pembelajar an untuk memenuhi kebutuhan pembelajar an (bukan instruktur)	4. untuk memahami mengapa materi penting bagi pembelajar memberi motivasi dalam belajar

	<p>untuk mengidentifikasi metode penyuluhan yang dilakukan</p> <p>5. libatkan klien/ kerabat dengan menggunakan materi sesuai usia yang disesuaikan dengan minat dan keterampilan membaca dan menulis klien</p> <p>6. libatkan dengan orang lain yang memiliki masalah, kebutuhan atau perhatian yang sama</p> <p>untuk memfasilitasi pembelajaran</p> <p>7. minta klien menafsirkan isi dengan kata-katanya sendiri, lakukan demonstrasi kembali dan jelaskan bagaimana belajar dapat diaplikasikan pada situasi</p>	<p>untuk mengidentifikasi metode penyuluhan yang dilakukan</p> <p>5. untuk mengakses gambaran mental yang familiar sesuai tingkat perkembangan klien untuk membantu individu belajar lebih efektif</p> <p>6. kelompok dukungan memberi model peran dan kesempatan untuk berbagi informasi guna meningkatkan pembelajaran</p> <p>untuk memfasilitasi pembelajaran</p> <p>7. untuk meningkatkan internalisasi materi dan mengevaluasi pembelajaran</p>
--	---	--

	klien sendiri	
	untuk meningkatkan kesehatan (penyuluhan/ pertimbangan pemulangan)	untuk meningkatkan kesehatan (penyuluhan/ pertimbangan pemulangan)
	8. beri akses informasi mengenai orang yang dapat dihubungi.	8. untuk menjawab pertanyaan dan memvalidasi informasi setelah pulang.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Fase implementasi mengikuti rumusan dari rencana keperawatan. Implementasi mengacu pada pelaksanaan rencana keperawatan yang disusun. Tindakan dilakukan berdasarkan tingkat ketergantungan ibu post partum seksio sesarea (Doenges, 2015)

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan hasil akhir yang diharapkan pada ibu post partum dengan tindakan seksio sesarea adalah mampu mempertahankan kebutuhan keperawatan diri, mampu mengatasi defisit perawatan diri dan dapat meningkatkan kemandirian. Masalah ketidaknyamanan fisik akibat seksio sesarea dalam kondisi ini ibu mendapatkan bantuan dari perawat dan keluarga dengan mengajarkan teknik cara mengurangi nyeri. Dengan bantuan yang diberikan diharapkan ibu mampu melakukan perawatan dirinya dan bayinya secara mandiri sehingga ibu terhindar dari bahaya infeksi

karena adanya luka operasi sesarea serta memperlihatkan rasa nyaman (Suryani, Anik, 2015).

2.3 Konsep Nyeri

2.3.1 Definisi Nyeri

Nyeri adalah sebuah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial atau digambarkan sebagai bentuk kerusakan tersebut. Nyeri adalah suatu pengalaman sensorik yang multidimensional. Fenomena ini dapat berbeda dalam intensitas (ringan, sedang, berat), kualitas (tumpul, seperti terbakar, tajam), durasi (transien, intermiten, persisten), dan penyebaran (superficial atau dalam, terlokalisir atau difus). Meskipun nyeri adalah suatu sensasi, nyeri juga memiliki komponen kognitif dan emosional yang digambarkan sebagai suatu bentuk penderitaan. Nyeri juga dapat berkaitan dengan refleksi menghindar dan perubahan output otonom (Bahrudin, 2017).

Nyeri merupakan pengalaman yang subjektif, sama halnya saat seseorang mencium bau, mengecap rasa, yang ke semuanya merupakan persepsi panca indera dan di rasakan manusia sejak lahir. Walau demikian, nyeri juga berbeda dengan stimulus panca indera, karena stimulus nyeri ini merupakan suatu hal yang berasal dari kerusakan suatu jaringan atau yang berpotensi menyebabkan kerusakan jaringan (Bahrudin, 2017).

2.3.2 Fisiologi Nyeri

Mekanisme timbulnya suatu nyeri di dasari oleh proses multiple yaitu nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotip, sensitisasi sentral, eksitabilitas ektopik dan reorganisasi struktural serta penurunan inhibisi. Antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri ada empat proses tersendiri : transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi.

- 1) Transduksi adalah proses dimana akhiran saraf aferen menerjemahkan stimulus (misalnya tusukan jarum) ke dalam impuls nosiseptif. Terdapat tiga tipe serabut saraf yang terlibat dalam proses ini, yaitu ada serabut A-beta, A-delta, dan C. Serabut yang berespon secara maksimal terhadap stimulasi non noksius di kelompokkan sebagai serabut penghantar nyeri, atau nosiseptor. Serabut ini adalah A-delta dan C. *silent nociceptor*, juga terlibat dalam proses transduksi, ini merupakan serabut saraf aferen yang tidak akan berespon terhadap stimulasi eksternal tanpa adanya mediator inflamasi.
- 2) Transmisi adalah proses dimana impuls akan disalurkan menuju kornu dorsalis medulla spinalis dan kemudian sepanjang traktus sensorik menuju otak. Pengirim dan penerima aktif dari sinyal elektrik dan kimiawi adalah neuron aferen primer. Aksonnya akan berakhir di kornu dorsalis medulla spinalis dan selanjutnya berhubungan dengan banyak neuron spinal.

- 3) Modulasi adalah amplifikasi sinyal neural terkait nyeri (*pain related neural signals*). Proses ini terutama terjadi di kornu dorsalis medulla spinalis dan mungkin juga akan terjadi di level lainnya. Serangkaian reseptor opoid seperti *mu, kappa* dan *delta* juga dapat ditemukan di kornu dorsalis. Sistem nosiseptif ini juga mempunyai jalur descending yang berasal dari korteks frontalis, hipotalamus, dan area otak lainnya ke otak tengah (*midbrain*) dan medulla oblongata, selanjutnya akan menuju medulla spinalis. Penguatan, atau bahkan penghambatan (blok) sinyal nosiseptif di kornu dorsalis dihasilkan dari proses inhibisi.
- 4) Persepsi nyeri adalah kesadaran akan pengalaman nyeri. Persepsi ini merupakan hasil dari interaksi proses transduksi, transmisi, modulasi, aspek psikologis, dan karakteristik individu lainnya. Reseptor nyeri ialah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial dapat merusak. Reseptor nyeri disebut juga *nociceptor*. Secara anatomis, reseptor nyeri (*nociceptor*) ini ada yang bermiyelin dari syaraf aferen (Bahrudin, 2017).

2.3.3 Transmisi Nyeri

Terdapat beberapa teori yang menggambarkan bagaimana nosiseptor dapat menghasilkan rangsangan nyeri sampai saat ini di kenal berbagai teori yang mencoba menjelaskan bagaimana rasa nyeri dapat timbul, namun teori gerbang kendali nyeri di anggap paling relevan (Bahrudin, 2017).

1) Teori Spesivitas (*Specivity Theory*)

Teori ini di gambarkan pada abad ke 17 oleh Descartes. Teori ini di dasarkan pada kepercayaan bahwa terdapat suatu organ tubuh yang bisa secara khusus mentransmisi rasa nyeri. Syaraf ini diyakini dapat menerima rangsangan nyeri dan mentransmisikannya melalui ujung dorsal dan substansia gelatinosa ke thalamus, yang akhirnya akan dihantarkan lagi pada daerah yang lebih tinggi sehingga timbul respon nyeri. Tidak terdapat penjelasan pada teori ini bagaimana cara faktor-faktor multi dimensional ini dapat mempengaruhi nyeri.

2) Teori Pola (*Pattern Theory*)

Teori ini menerangkan bahwa ada dua serabut nyeri yaitu serabut yang mampu menghantarkan rangsang dengan cepat dan serabut yang mampu menghantarkan dengan lambat. Dua serabut syaraf tersebut bersinaps pada medulla spinalis dan meneruskan informasi ke otak mengenai sejumlah intensitas dan

tipe input sensori nyeri yang menafsirkan karakter dan kualitas input sensasi nyeri.

3) Teori Gerbang Kendali Nyeri (*Gate Control Theory*)

Teori ini merupakan model populasi nyeri yang populer. Teori ini menyatakan adanya eksistensi dari kemampuan endogen untuk mengurangi dan meningkatkan derajat perasaan nyeri melalui modulasi impuls yang masuk ke kornu dorsalis melalui “gate” (gerbang). Berdasarkan sinyal dari sistem asendens dan desendens maka input ini akan ditimbang. Integrasi semua input dari neuron sensorik, yaitu pada level medulla spinalis yang sesuai, dan ketentuan apakah gate akan menutup atau membuka, dan akan meningkatkan atau mengurangi intensitas nyeri asendens.

Gate Control Theory ini mengakomodir variabel psikologis dalam persepsi nyeri, termasuk motivasi untuk bebas dari nyeri, dan peranan pikiran, emosi, dan reaksi stress dalam meningkatkan atau menurunkan sensasi nyeri. Model ini, dapat dimengerti bahwa nyeri dapat di kontrol oleh manipulasi farmakologis maupun intervensi psikologis.

2.3.4 Patofisiologi Nyeri Secara Umum

Rangsangan nyeri diterima oleh nociceptors pada kulit bisa intensitas tinggi maupun rendah seperti perenggangan dan suhu serta oleh lesi jaringan. Sel yang mengalami nekrotik ini akan merilis K^+

dan protein intraseluler. Peningkatan kadar K^+ + ekstraseluler akan menyebabkan depolarisasi nociceptor, sedangkan protein pada beberapa keadaan akan menginfiltrasi mikroorganisme sehingga akan menyebabkan peradangan/ inflamasi. Akibatnya, mediator nyeri ini dilepaskan seperti leukotrien, prostaglandin E_2 , dan histamin yang akan merangsang nosiseptor sehingga rangsangan berbahaya dan tidak akan berbahaya dapat menyebabkan nyeri (hiperalgesia atau allodynia).

Selain itu lesi juga bisa mengaktifkan faktor pembekuan darah sehingga bradikinin dan serotonin akan terstimulasi dan merangsang nosiseptor. Jika terjadi oklusi pembuluh darah maka akan terjadi iskemia yang menyebabkan akumulasi K^+ + ekstraseluler dan H^+ yang selanjutnya akan mengaktifkan nosiseptor. Histamin, bradikinin, dan prostaglandin E_2 ini memiliki efek vasodilator dan meningkatkan permeabilitas pada pembuluh darah. Hal bisa ini menyebabkan edema lokal, tekanan jaringan akan meningkat dan juga terjadi perangsangan nosiseptor. Bila nosiseptor terangsang maka mereka melepaskan substansi peptide P (SP) dan kalsitonin gen terkait peptide (CGRP), yang akan merangsang proses inflamasi dan juga menghasilkan vasodilatasi dan meningkatkan permeabilitas pembuluh darah. Vasokonstriksi (oleh serotonin), diikuti oleh vasodilatasi, mungkin juga bertanggung jawab untuk serangan

migrain. Perangsangan nosiseptor inilah yang akan menyebabkan nyeri (Bahrudin, 2017).

2.3.5 Klasifikasi Nyeri

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

1. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan bisa berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 6 bulan (tim pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

2. Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah nyeri yang berlangsung lama dan lebih dari 6 bulan. Nyeri kronis ini merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan. Terdapat 3 kategori yang termasuk dalam nyeri kronis, diantaranya sindrom nyeri kronis, nyeri terminal dan nyeri psikomatis (Musrifatul & Alimul, 2015).

2.3.6 Skala Nyeri

Skala nyeri secara visual dan numerik

Keterangan:

1. 0/ tidak nyeri
2. 1-3/ nyeri ringan: secara objektif klien bisa berkomunikasi dengan baik

3. 4-6/ nyeri sedang: secara objektif klien akan mendesis, menyengir dan dapat menunjukkan lokasi nyeri dan dapat mendeskripsikannya serta dapat mengikuti perintah dengan baik.
4. 7-9/ nyeri berat: secara objektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi juga masih bisa respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya dan tidak dapat diatasi dengan alih posisi serta nafas panjang dan distraksi.
5. 10/ nyeri sangat berat: pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul (Nurhayati, 2015).

2.3.7 Teknik Relaksasi Genggam Jari

Untuk menghambat stimulus nyeri mencapai korteks serebral perlu adanya manajemen nyeri yang baik. Ada banyak cara yang dapat dilakukan untuk menurunkan intensitas nyeri seseorang dengan baik, salah satunya dengan melakukan teknik relaksasi genggam jari. Teknik relaksasi genggam jari yang diberikan selama ± 30 menit dengan menggenggam seluruh jari mulai dari ibu jari sampai jari kelingking dan sambil menarik napas dalam dapat memberikan ketenangan pikiran, mengontrol emosi, melancarkan aliran dalam darah, serta memberikan pengontrolan diri pada individu ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri (Mariene et al, 2018)