

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG
KALIMAYA BAWAH RSUD DR. SLAMET GARUT
TAHUN 2018**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Mendapat Gelar Ahli
Madya Keperawatan (A.Md.Kep) Pada Prodi DIII Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung

Oleh

MIA PUSPA GANDANA

AKX.15.116



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG
2018**

ABSTRAK

Latar Belakang: Seksio Sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding perut. Operasi Seksio Sesarea di ruang Kalimaya Bawah di bulan Januari- September 2017 tercatat sebanyak 374 kasus atau 25,4% dan persalinan normal 1098 atau 74,6% dari 1472 kasus persalinan. Respon nyeri yang disebabkan oleh operasi biasanya membuat pasien merasa sangat kesakitan. Salah satu cara menurunkan nyeri *Post Seksio Sesarea* adalah *Hypnotherapy*. Kelebihan *Hypnotherapy* yaitu hanya menggunakan kekuatan sugesti dan pikiran yang mengubah gelombang otak menjadi kondisi alfa dan theta sehingga langsung merileksasikan klien menjadi lebih nyaman. **Tujuan:** Mengaplikasikan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien *Post Seksio Sesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2018, secara komprehensif meliputi aspek biologi, psikososial dan spiritual dalam bentuk pendokumentasian **Metode:** Penelitian Ini adalah Studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien seksio sesarea dengan masalah kperawatan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut. Pengumpulan data yang digunakan penulis yaitu wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi *Hypnotherapy*, masalah keperawatan nyeri akut pada klien 1 dan 2 dapat teratasi dan ada penurunan skala nyeri. **Diskusi:** Pada kedua klien ditemukan masalah nyeri akut berhubungan dengan luka operasi. Adapun perbedaan hasil dari intervensi yang diberikan yaitu pada klien 1 hasil evaluasi keperawatan nyeri dirasakan menjadi 3 (0-10) dan klien 2 nyeri dirasakan 2 (0-10). **Saran:** Penulis menyarankan kepada pihak rumah sakit agar dapat menerapkan terapi non farmakologi *Hypnotherapy* sebagai intervensi komplementer dalam memberikan asuhan keperawatan,

Kata Kunci : Post seksio sesarea, Nyeri Akut, Asuhan Keperawatan, *Hypnotherapy*
Daftar Pustaka : 21 Buku (2009-2018), 11 Jurnal (2010 dan 2017)

ABSTRACT

Background: *Caesarean section is a surgical delivery of a baby that involves one incision in the mother's abdomen and another in the uterus. There were 374 (25.4%) cases of Caesarean section, and there were also 1098 cases of normal deliveries or 74.6% of 1472 deliveries in Kalimaya Bawah room from January to September in 2017. The pain caused by the surgery usually makes the patient feel very sick. One of the post-caesarean section pain relieves is hypnotherapy. The advantage of the hypnotherapy is that it only applies the power of suggestion and mind that converts the brain waves into alpha and theta state; therefore, it immediately makes the client relaxed and more comfortable. Objective:* *The objective of the study is to apply the knowledge of nursing care to post-caesarean section clients with acute pain in Kalimaya Bawah room at RSUD dr. Slamet Garut in 2018. Moreover, it is performed comprehensively that covers the aspects of biology, psychosocial, and spiritual in the form of documentation. Method:* *The study is a case study that explores the problem of nursing care to post-cesarean section clients with the acute pain in Kalimaya Bawah room at RSUD dr. Slamet Garut. The data collection is obtained through interview, observation, physical examination, and documentation study. Results:* *After the nursing care is given by providing Hypnotherapy intervention, the acute pain in client 1 and client 2 is overcome, and the pain level is decreased. Discussion:* *Both clients suffer from acute pain due to the surgical wounds; however, after the intervension, based on the nursing evaluation, there is difference in the results that the pain level in the client 1 is 3 (0-10), while the pain level in the client 2 is 2 (0-10). Suggestion:* *The writer suggests that the hospital applies non-pharmacological therapy through Hypnotherapy as a complementary intervention in providing nursing care.*

Keywords: *Post Caesarean section, Acute Pain, Nursing Care, Hypnotherapy*
Bibliography: *21 Books (2009-2018), 11 Journals (2010 and 2017)*

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Mia Puspa Gandana

NPM : AKX.15.116

Program Studi : DIII Keperawatan

Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Seksio Sesarea Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2018

Menyatakan:

1. Tugas akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar professional Ahli Madya (Amd) di Program Studi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di perguruan tinggi lainnya
2. Tugas akhir Saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan Saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila kemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang Saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Bandung, 2 Agustus 2018

Yang membuat Pernyataan

Yang membuat Pernyataan



Mia Puspa Gandana

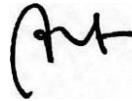
**LEMBAR PERSETUJUAN
PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG
KALIMAYA BAWAH RSUD DR. SLAMET GARUT TAHUN 2018

MIA PUSPA GANDANA
AKX.15.116

KARYA TULIS INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 16 AGUSTUS 2018

Oleh
Pembimbing Ketua



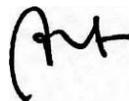
Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep
NIP:1011603

Pembimbing Pendamping



Ade Tika Herawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIP:10107069

Mengetahui,
Prodi DIII Keperawatan
Ketua,



Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep
NIP: 1011603

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG
KALIMAYA BAWAH RSUD DR. SLAMET GARUT
TAHUN 2018**

Oleh:

MIA PUSPA GANDANA

AKX.15.116

Telah Diuji

Pada Tanggal 16 Agustus 2018

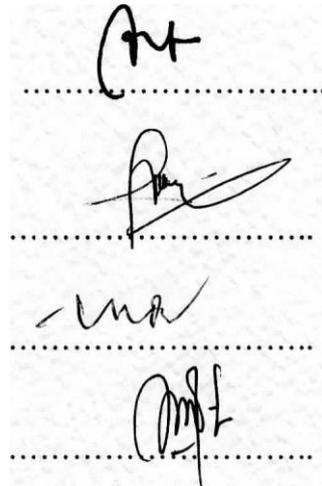
Panitia Penguji

Ketua :

Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep
(Pembimbing Utama)

Anggota :

1. Sri Lestari, M.Keb
(Penguji I)
2. Asep Aep Indarna, S.,Pd.,S.Kep.,Ners.,M.Pd
(Penguji II)
3. Ade Tika Herawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep
(Pembimbing Pendamping)

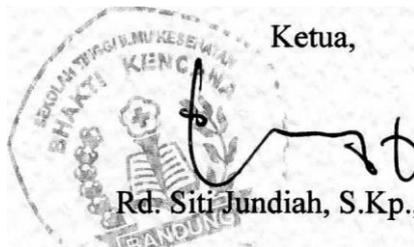


Mengetahui,

STIKes Bhakti Kencana Bandung

Ketua,

Ketua,



Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat Rahmat dan Karunia-Nya, penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG KALIMAYA BAWAH RSUD DR. SLAMET GARUT TAHUN 2018” dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung

Penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada:

1. H. Mulyana, SH.,M.Pd.,MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhiguna Kencana Bandung
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung
3. Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung sekaligus Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
4. Ade Tika Herawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep, selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini
5. dr. H. Maskut Farid, MM selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
6. Deti Fuji Adianti, S.Kep.,Ners sebagai CI Ruang Kaimaya Bawah Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut yang telah membimbng dan mengarahkan.

7. Orang tua tercinta yang telah memberikan dukungan, motivasi dan do'a yang tiada henti untuk anaknya demi tercapai cita-cita dan keberhasilan penulis
8. Imam Abidin yang telah memberi motivasi, mendukung dan memberikan semangat.
9. Neng Fitri Fitriani dan Reza Sekar Mustika dan teman-teman DIII Keperawatan Angkatan Tahun 2015 STIKes Bhakti Kencana Bandung yang telah saling mendukung.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bandung, 2 Agustus 2018

Mia Puspa Gandana

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul dan Prasyarat Gelar	i
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Kata Pengantar	iv
Daftar Isi	vi
Daftar Gambar	ix
Daftar Tabel.....	x
Daftar Bagan	xii
Daftar Lampiran	xiii

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.3.1 Tujuan Umum	7
1.3.2 Tujuan Khusus	8
1.4 Manfaat	9
1.4.1 Manfaat Teoritis	9
1.4.2 Manfaat Praktis	9

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Sistem Reproduksi Wanita	10
2.1.1 Anatomi dan Fisiologi Genitalia Eksterna	10
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Genitalia Interna	12
2.2 Konsep Seksio Sesarea	14
2.2.1 Definisi	14
2.2.2 Etiologi	14
2.2.3 Patofisiologi	15
2.2.4 Komplikasi	17

2.2.5	Pemeriksaan Diagnostik.....	17
2.3	Masa Nifas	18
2.3.1	Pengertian.....	18
2.3.2	Tahapan Masa Nifas.....	19
2.3.3	Perubahan Fisiologis pada Masa Nifas	20
2.3.4	Issue Terbaru Perawatan Masa Nifas	25
2.4	Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Partum.....	28
2.4.1	Pengkajian	28
2.4.2	Diagnosa Keperawatan Pada Pasien Post Partum.....	37
2.4.3	Rencana Keperawatan.....	38
2.4.4	Implementasi Keperawatan	67
2.4.5	Evaluasi Keperawatan	67
2.5	Nyeri.....	68
2.5.1	Definisi.....	68
2.5.2	Fisiologi Nyeri	69
2.5.3	Stimulus Nyeri	73
2.5.4	Klasifikasi Nyeri	73
2.5.5	Pengalaman Nyeri	75
2.5.6	Pengukuran Intensitas Nyeri	77
2.6	Hipnoterapi.....	78
2.6.1	Pengertian.....	78
2.6.2	Proses Fisiologis Hipnosis	79
2.6.3	Tahapan Proses Hipnoterapi	80
2.6.4	Gelombang Otak Manusia.....	83
2.6.5	Hypnosisability	84
2.6.6	Pengaruh Hipnoterapi Terhadap Nyeri	86

BAB III METODE PENELITIAN

3.1	Desain Penelitian.....	88
3.2	Batasan Istilah	88
3.3	Lokasi dan Waktu Penelitian	89
3.4	Pengumpulan Data	90

3.5 Uji Keabsahan Data.....	91
3.6 Analisa Data	91
3.7 Etik Penulisan KTI.....	93

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	95
4.2 Pengkajian	96
4.3 Diagnosa Keperawatan.....	109
4.4 Perencanaan.....	112
4.5 Implementasi	117
4.6 Evaluasi Sumatif	122
4.7 Pembahasan.....	123
4.7.1 Pengkajian.....	123
4.7.2 Diagnosa Keperawatan	124
4.7.3 Perencanaan	132
4.7.4 Implementasi.....	136
4.7.5 Evaluasi.....	144
4.8 Hambatan Penelitian	145

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan	146
5.2 Saran.....	148

DAFTAR PUSTAKA	150
-----------------------------	------------

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Organ Reproduksi Wanita.....	13
---	----

DAFTAR TABEL

Table 2.1 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas	38
Tabel 2.2 Intervensi Nyeri Akut.....	41
Tabel 2.3 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi	44
Tabel 2.4 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI	46
Tabel 2.5 Intervensi Gangguan Eleminasi Urine	49
Tabel 2.6 Intervensi Gangguan Pola Tidur	50
Tabel 2.7 Intervensi Resiko Infeksi	52
Tabel 2.8 Intervensi Kurang Perawatan Diri.....	54
Tabel 2.9 Intervensi Konstipasi	56
Tabel 2.10 Intervensi Resiko Syok	60
Tabel 2.11 Intervensi Resiko Perdarahan	62
Tabel 2.12 Intervensi Defisit Pengetahuan	64
Tabel 4.1 Identitas Klien	96
Tabel 4.2 Identitas Penanggung Jawab	96
Tabel 4.3 Riwayat Kesehatan.....	97
Tabel 4.4 Riwayat Ginekologi dan Obstetric	97
Tabel 4.5 Riwayat Persalinan.....	99
Tabel 4.6 Riwayat Nifas.....	99
Tabel 4.7 Pola Aktivitas Sehari-hari	100
Tabel 4.8 Pemeriksaan Fisik Ibu	101
Tabel 4.9 Pemeriksaan Fisik <i>Head to Toe</i>	102
Tabel 4.10 Data Psikologi.....	104
Tabel 4.11 Data Sosial	105
Tabel 4.12 Data Kebutuhan Bounding Attachment	105
Tabel 4.13 Data Kebutuhan Pemenuhan Seksual	105
Tabel 4.14 Data Spiritual	105
Tabel 4.15 Data Pengetahuan Perawatan Diri.....	106
Tabel 4.16 Data Laboratorium	106
Tabel 4.17 Data Program dan Rencana Pengobatan	107
Tabel 4.18 Analisa Data.....	107

Tabel 4.19 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas.....	109
Tabel 4.20 Perencanaan	112
Tabel 4.21 Implementasi.....	117
Tabel 4.22 Evaluasi Sumatif	122

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Patofisiologi Seksio Sesarea	15
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lembar Observasi

Lampiran I SOP Hypnotherapy

Lampiran II Satuan Acara Penyuluhan Dan Leaflet

Lampiran III Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran IV Surat Persetujuan Dan Justifikasi Studi Kasus

Lembar Bimbingan

Sertifikat *Hypnotherapy*

Jurnal *Hypnotherapy*

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Dewasa ini, ilmu pengetahuan dan teknologi telah meningkat pesat. Kemajuan teknologi dan ilmu dibidang kesehatan membawa manfaat yang besar bagi manusia, termasuk pada penatalaksanaan Seksio Sesarea. Seksio Sesarea merupakan salah satu cara yang digunakan dibidang kesehatan untuk membantu persalinan ketika ada masalah tidak terduga terjadi selama persalinan. Seksio Sesarea merupakan suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus (Oxon & Forte, 2010).

Indikasi tindakan Seksio Sesarea terdiri dari indikasi pada ibu dan janin. Indikasi pada ibu diantaranya yaitu: *dystosia*, *fetal distress*, komplikasi pre-eklamsi, masalah plasenta seperti solusio plasenta dan plasenta previa, bayi besar. Sedangkan indikasi pada janin meliputi: gawat janin, prolapsus funikuli, kehamilan kembar, kehamilan dengan kelainan kongenital dan anomali Janin misalnya hidrosefalus (Suryani dan Anik, 2015).

Survei Global Kesehatan oleh *World Health Organization* (WHO, 2013) yang dituliskan dalam data statistik kesehatan dunia menyebutkan bahwa angka kejadian Seksio Sesarea terbesar terdapat pada wilayah Amerika (36%), wilayah Western Pasifik (24%) dan wilayah Eropa (23%). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh

Osterman et al mengenai perubahan jumlah rata-rata kelahiran melalui Seksio Sesarea di Amerika Serikat sejak tahun 1996 (19,7%) menjadi 32,2% pada tahun 2011. Data statistik WHO (2013) juga menyebutkan bahwa negara tertinggi dengan kejadian Seksio Sesarea terdapat pada negara Brazil (52%), Cyprus (51%), Mexico (39%). *World Health Organization* (WHO) menetapkan standar rata-rata persalinan operasi sesar di sebuah negara adalah sekitar 5-15 persen per 1000 kelahiran di dunia (Novianti, 2017).

Hasil Riskesdas tahun 2013 menunjukkan kelahiran dengan metode operasi Seksio Sesarea Di Indonesia sebesar 9,8 persen dari total 49.603 kelahiran sepanjang tahun 2010 sampai dengan 2013. Dengan proporsi tertinggi di DKI Jakarta (19,9%) dan terendah di Sulawesi Tenggara (3,3%). Secara umum pola persalinan melalui operasi sesar menurut karakteristik menunjukkan proporsi tertinggi pada kuintil indeks kepemilikan teratas (18,9%), tinggal di perkotaan (13,8%), pekerjaan sebagai pegawai (20,9%) dan pendidikan tinggi/lulus PT (25,1%).

RSUD Dr. Slamet Garut angka kejadian dari operasi Seksio Sesarea pada Bulan Januari-September 2017 adalah 698 kasus atau 16,1% dan persalinan normal 3646 kasus atau 83,9% dari 4344 kasus persalinan.

Operasi Seksio Sesarea di ruang Kalimaya Bawah di bulan Januari- September 2017 tercatat sebanyak 374 kasus atau 25,4% dan

persalinan normal 1098 atau 74,6% dari 1472 kasus persalinan (Rekam Medis RSUD Dr. Slamet Garut, 2017).

Tingginya angka kejadian Seksio Sesarea dikarenakan teknik dan fasilitas bertambah baik, operasi berlangsung lebih aseptik, teknik anestesi bertambah baik, kenyamanan post operasi Seksio Sesarea semakin tinggi, dan lama rawat bertambah pendek serta dapat memilih tanggal kelahiran sesuai keinginan Namun demikian operasi Seksio Sesarea bukan berarti bebas dari resiko atau masalah (Aris 2014).

Masalah keperawatan yang dapat terjadi pada ibu postpartum dengan tindakan Seksio Sesarea dapat berupa aktual, risiko maupun potensial, yaitu: gangguan rasa nyaman nyeri, kurang perawatan diri dan bayi, risiko terjadinya infeksi, cemas berhubungan dengan status kesehatan (luka operasi), ketidaknyamanan terhadap situasi lingkungan dan peningkatan pemberian ASI eksklusif (Anik dan Suryani, 2015).

Berdasarkan hasil pengkajian pada pasien post partum dengan Seksio Sesarea pada tanggal 8 Mei 2018 didapatkan data bahwa masalah utama yang dirasakan oleh klien adalah nyeri. dan jika nyeri tidak diatasi maka akan mempengaruhi ADL (*Activities Daily Living*) klien. Sebagian arti nyeri merupakan arti yang *negative*, misalnya membahayakan, merusak, menyebabkan ketidakmampuan dan memerlukan penyembuhan.

Selain itu dalam penentuan diagnosa keperawatan mana yang akan pertama kali atau yang segera dilakukan salahsatunya berdasarkan kebutuhan *Maslow*, yaitu; a) kebutuhan fisiologis, meliputi masalah

respirasi, sirkulasi, suhu, nutrisi, cairan, rasa nyaman, dll, b) kebutuhan keamanan dan keselamatan, meliputi masalah lingkungan, kondisi tempat tinggal, perlindungan, pakaian, bebas infeksi, dll, c) kebutuhan mencintai dan dicintai, d) kebutuhan harga diri, dan e) aktualisasi diri. Kebutuhan rasa nyaman (nyeri) adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman, kelegaan, dan trasenden (Potter & Porry, 2011)

Respon nyeri yang dirasakan oleh pasien merupakan efek samping yang timbul setelah menjalani suatu operasi. Nyeri yang disebabkan oleh operasi biasanya membuat pasien merasa sangat kesakitan. Ketidaknyamanan atau nyeri bagaimanapun keadaannya harus diatasi dengan manajemen nyeri, karena kenyamanan merupakan kebutuhan dasar manusia (Chandra, 2013). Pada tahun 1999, *the Veteran's Health Administration* mengeluarkan kebijakan untuk memasukan nyeri sebagai tanda vital ke lima, jadi perawat tidak hanya mengkaji suhu tubuh, nadi, tekanan darah dan respirasi tetapi juga harus mengkaji tentang nyeri.

Rasa nyeri merupakan suatu stressor yang dapat menimbulkan ketegangan bagi individu. Seseorang akan merespon secara perilaku dan biologis yang menimbulkan respon fisik dan psikis. Respon fisik meliputi keadaan umum, ekspresi wajah, nadi, pernafasan, suhu, sikap badan, apabila nyeri pada derajat yang berat dapat nyebabkan syok dan henti jantung. Respon psikis akibat nyeri dapat merangsang respons stress yang dapat menekan system imun dan peradangan, serta

menghambat penyembuhan. Nyeri pada pasien dapat terjadi karena proses perjalanan penyakit maupun tindakan *diagnostic* dan invasif pada pemeriksaan (Smeltzer & Bare 2012).

Ada beberapa metode untuk menghilangkan nyeri salah satunya teknik farmakologi. untuk menghilangkan nyeri terutama untuk nyeri yang sangat hebat yang berlangsung berjam-jam atau bahkan berhari-hari. Penatalaksanaan nyeri secara farmakologi meliputi penggunaan opioid (narkotik), non opioid/NSAIDs (*Nonsteroid Anti Inflammation Drugs*) serta ko-analgesik (Smelzer and Bare 2012).

Metode selanjutnya teknik non farmakologi yang di bagi menjadi dua yaitu penanganan berdasarkan stimulus fisik dan perilaku kognitif. Penanganan secara fisik meliputi stimulasi kulit, stimulasi elektrik saraf kulit traskutan (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*), akupuntur, dan pemberian plasebo. Intervensi perilaku kognitif meliputi distraksi relaksasi *imagenary* terbimbing, relaksasi otot progresif, umpan balik biologis, hypnosis, dan sentuhan terapeutik. tindakan tersebut bukan pengganti untuk obat-obatan, tindakan tersebut diperlukan untuk mempersingkat periode nyeri yang berlangsung hanya beberapa detik atau menit (Smelzer and Bare 2012).

Salah satu teknik non farmakologi yang dapat menurunkan nyeri dengan menggunakan teknik *Hypnotherapy*. *Hypnotherapy* dilakukan dengan cara hipnosis yakni perubahan status kesadaran saat konsentrasi individu terfokus dan distraksi minimal, hipnosis juga bisa digunakan untuk mengendalikan nyeri, bahwa hipnosis dapat mencegah stimulus

nyeri dalam otak menembus pikiran sadar, teori tertentu menyebutkan bahwa hipnosis bekerja dengan mengaktifkan saraf dalam otak yang menyebabkan pelepasan zat seperti morfin alamiah yang disebut enkefalin dan endorphin (Gusti Ayu, 2016).

Selama ini kejadian hipnosis telah menjadi topik baru dalam proses terapi, sedangkan penanganan penurunan rasa nyeri yang dilakukan oleh perawat hanya menggunakan teknik farmakologi, hingga *Hypnotherapy* akan digunakan sebagai salah satu acuan intervensi non farmakologi (Kusuma, 2013).

Kelebihan *Hypnotherapy* yaitu hanya menggunakan kekuatan sugesti dan pikiran yang mengubah gelombang otak menjadi kondisi alfa dan theta sehingga langsung merileksasikan klien menjadi lebih nyaman (Valentine, 2015).

Hypnotherapy juga merupakan tehnik yang metodenya tidak membutuhkan alat, yang terpenting klien bersedia atau mau mengikuti prosedur *Hypnotherapy*, maka *Hypnotherapy* akan bekerja sesuai sugesti yang diberikan, beberapa mafaat *Hypnotherapy* seperti: 1) mengatasi masalah fisik dan fisiologis, diantaranya Ketegangan otot, hipertensi, dan rasa nyeri yang berlebihan dapat dibantu dengan hipnoterapi. *Hypnotherapy* dapat membuat tubuh menjadi rileks dan mengurangi intensitas nyeri yang berlebihan secara drastis, 2) mengatasi masalah emosi dan psikologis, diantaranya serangan panik, ketegangan dalam menghadapi ujian, kemarahan, rasa bersalah, cemas, fobia, kurang percaya diri, dan lain-lain adalah masalah-masalah emosi

yang berhubungan dengan rasa takut dan kegelisahan. 3) masalah perilaku seperti merokok, makan berlebihan hingga menyebabkan obesitas, minum minuman keras yang berlebihan, gangguan tidur, dan berbagai macam perilaku ketagihan (Ellias, 2009)

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik untuk melakukan Asuhan Keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea melalui penyusunan karya tulis ilmiah (KTI) yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG KALIMAYA BAWAH RSUD DR. SLAMET GARUT TAHUN 2018”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2018?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu mengaplikasikan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2018, secara komprehensif meliputi aspek biologi, psikososial dan spiritual dalam bentuk pendokumentasian.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2018.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2018.
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2018.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2018.
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2018.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Perawat

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi perawat yaitu perawat dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada klien Post Seksio Sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut.

b. Bagi Rumah Sakit

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu dan pelayanan bagi pasien khususnya pada klien Post Seksio Sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Manfaat praktis bagi institusi Pendidikan yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Sistem Reproduksi Wanita

Tidak seperti pria, organ reproduksi wanita terletak seluruhnya di dalam tubuh. Fungsi organ ini adalah untuk mematangkan dan melepaskan sel telur dalam jangka waktu yang teratur, serta jika sel telur dibuahi, melindungi dan memelihara embrio dan janin. Tidak ada telur yang dibentuk setelah lahir. Seorang wanita telah lahir dengan telur yang cukup untuk seumur hidupnya (Ensiklopedi Tubuh Manusia, 2007).

2.1.1 Anatomi dan Fisiologi Genitalia Eksterna

1. Mons pubis

Adalah bantalan jaringan lemak dan kulit yang terletak di atas simfisis pubis. Bagian ini tertutup rambut pubis setelah pubertas.

2. Labia mayora

Adalah dua lipatan kulit longitudinal yang merentang ke bawah dari mons pubis dan menyatu di sisi *Posterior* perineum, yaitu kulit antara pertemuan dua lipatan ini dan anus.

3. Labia minora

Adalah dua lipatan kulit diantara labia mayora. Lipatan ini tidak berambut, tetapi mengandung kelenjar sebacea dan beberapa kelenjar keringat. Prepusium klitoris adalah pertemuan lipatan-lipatan labia minora di bawah klitoris. Frenulum adalah area lipatan di bawah klitoris

4. Klitoris

Organ seksual wanita yang ditemukan di ujung sebelah atas antara kedua labia minora (bibir vagina dalam). Banyaknya ujung saraf dalam klitoris menyebabkannya menjadi sangat sensitif terhadap sentuhan atau tekanan langsung atau tidak langsung.

5. Vestibula

Area yang dikelilingi labia minora. Vestibula menutupi mulut uretra, mulut vagina dan duktus kelenjar bartolini (vestibular besar). Kelenjar ini memproduksi beberapa tetes sekresi mukus untuk membantu melumasi orifisium vaginal saat eksitasi seksual. Bulba vestibular adalah massa jaringan erektil dalam substansi jaringan labial.

6. Hymen (selaput dara)

Hymen adalah selaput tipis yang berupa selaput lendir yang menutupi sebagian lubang vagina. Selaput dara mempunyai lubang yang berlainan besarnya pada setiap perempuan.

7. Mulut vagina

Terletak dibawah orifisium uretra. Hymen (selaput dara) merupakan suatu membrane yang bentuk dan ukurannya bervariasi dan melingkari mulut vagina.

2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Genitalia Interna

1. Ovarium

Ovarium adalah satu-satunya organ dalam rongga pelvis yang retroperitoneal (terletak di belakang peritoneum). Ovarium dilapisi epitelium germinal (permukaan). Medulla ovarium adalah area terdalam. Medulla mengandung pembuluh darah dan limfatik, serabut saraf, sel otot polos dan sel-sel jaringan ikat. Korteks adalah lapisan stroma luar yang rapat. Korteks mengandung folikel ovarian yaitu unit fungsional pada ovarium.

2. Tuba fallopi (Oviduk)

Dua tuba uterine atau tuba fallopi menerima dan mentransport oosit ke uterus setelah ovulasi. Setiap tuba uterin, dengan panjang 10 cm dan diameter 0,7 cm, ditopang oleh ligament besar uterus. Infundibulum adalah ujung terbuka menyerupai corong (ostium) pada tuba uterin. Bagian ini memiliki prosesus motil menyerupai jaring (fimbrae) yang merentang di atas permukaan ovarium untuk membantu menyapu oosit terovulasi ke dalam tuba. Ampula adalah bagian tengah segmen tuba. Ismus adalah segmen terdekat dari uterus.

3. Uterus

Uterus berbentuk seperti buah pir terbalik dan dalam keadaan tidak hamil memiliki panjang 7 cm, lebar 5 cm dan diameter 2,3 cm. dinding uterus terdiri dari bagian terluar serosa (perimetrium), bagian

tengah myometrium (lapisan otot polos) dan bagian terdalam lapisan endometrium.

4. Vagina

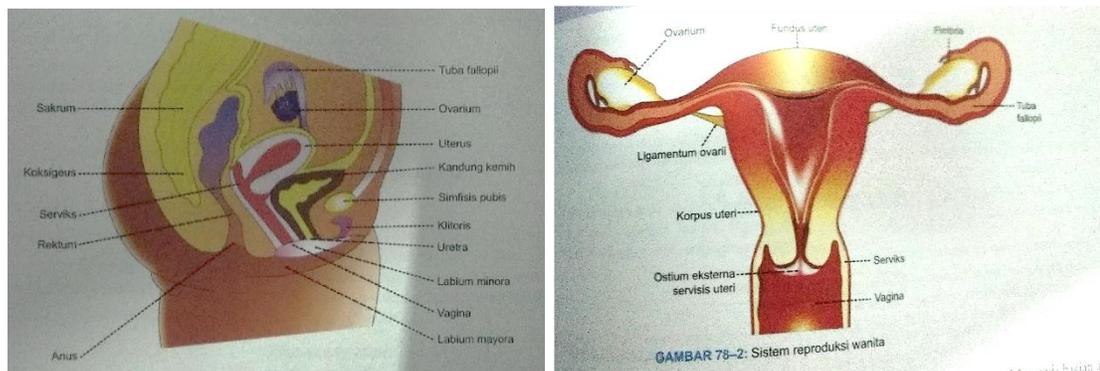
Organ ini merupakan jalan lahir bayi dan aliran menstruasi fungsinya adalah organ kopulasi perempuan.

5. Perineum

Pada laki-laki atau perempuan adalah area berbentuk seperti iritan yang terbentang dari simfisis pubis di sisi anterior sampai ke koksiks di sisi *Posterior* dan tuberositas iskial di sisi lateral.

(Sembulingam dan Prema, 2013)

Gambar 2.1
Anatomi Organ Reproduksi Wanita



Sumber: Sembulingam (2013)

2.2 Konsep Seksio Sesarea

2.2.1 Definisi

Seksio Sesarea adalah upaya persalinan buatan dengan melahirkan janin melalui suatu insisi pada dinding perut dan rahim, dengan syarat Rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Kapita Selekta Kedokteran, 2014).

Ibu *Pasca* Seksio Sesarea adalah ibu yang melahirkan janin dengan cara proses pembedahan dengan membuka dinding perut dan dinding uterus dalam waktu sekitar kurang lebih enam minggu organ-organ produksi akan kembali pada keadaan tidak hamil (Cunningham, 2005 dalam Anik dan Suryani, 2015).

2.2.2 Etiologi

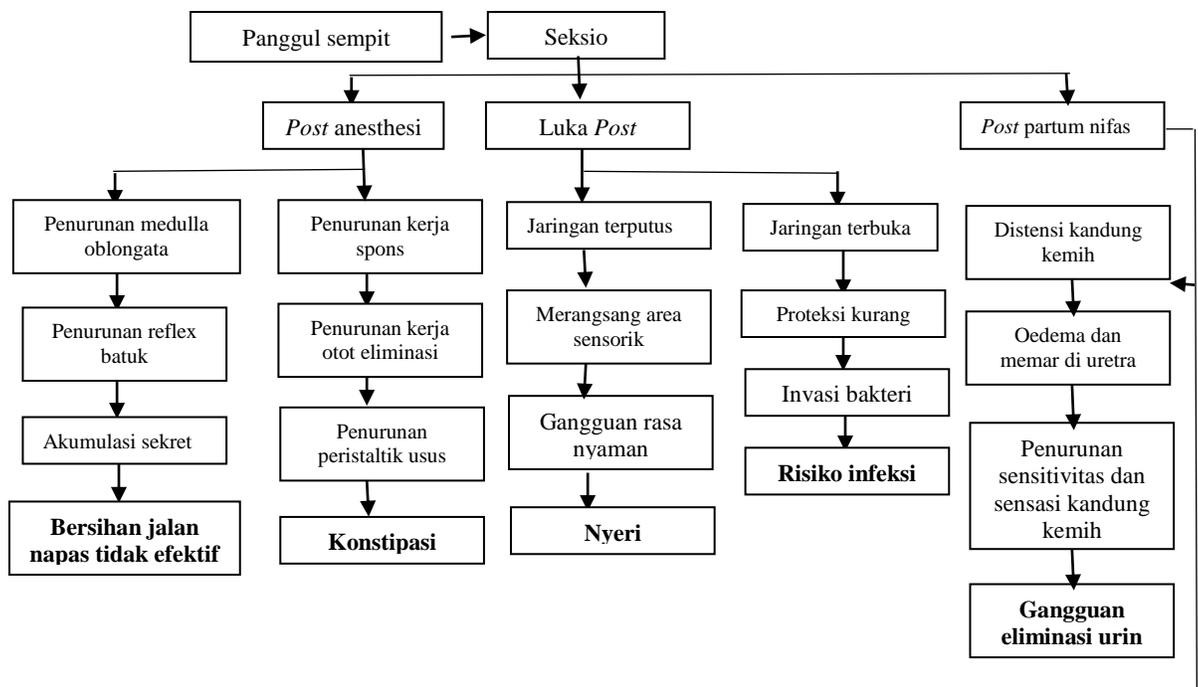
- a. Indikasi pada ibu yang dilakukan operasi Seksio Sesarea, antara lain:
 1. Proses persalinan normal yang lama atau kegagalan proses persalinan normal (dystosia)
 2. Detak jantung janin melambat (fetal distress)
 3. Komplikasi pre-eklamsi
 4. Ibu menderita herpes
 5. Putusnya tali pusat
 6. Risiko luka parah pada Rahim
 7. Bayi pada posisi sungsang, letak lintang
 8. Bayi besar
 9. Masalah plasenta seperti plasenta previa

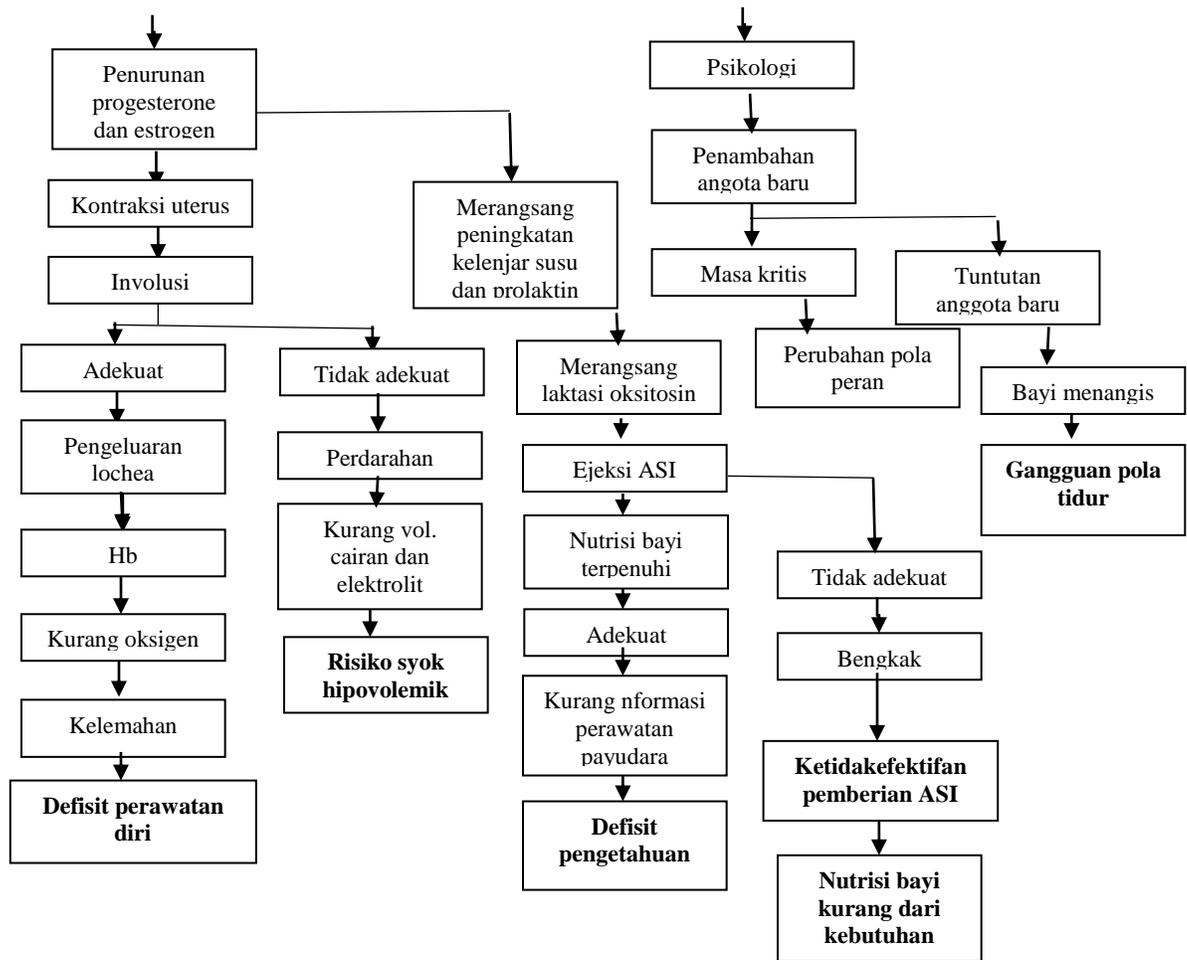
10. Pernah mengalami masalah pada penyembuhan perineum, distosia, Seksio Sesarea berulang
 11. Presentasi bokong, hipertensi akibat kehamilan (pregnancy-induced hypertention)
 12. Kelainan plasenta dan malpresentasi misalnya presentasi bahu
- b. Indikasi pada janin yang dilakukan operasi Seksio Sesarea, antara lain:
1. Gawat janin, prolapses funikuli (tali pusat penumpang)
 2. Primigravida tua, kehamilan dengan diabetes mellitus
 3. Infeksi intra partum, kehamilan kembar
 4. Kehamilan dengan kelainan kongenital, anomaly janin misalnya hidrosepalus.

(Suryani dan Anik, 2015)

2.2.3 Patofisiologi

Bagan 2.1
Patofisiologi Seksio Sesarea





Sumber: (Nurarif, 2015)

2.2.4 Komplikasi

Suryani dan Anik (2015) menjelaskan bahwa komplikasi *Pasca* operasi Seksio Sesarea pada insisi segmen bawah Rahim dapat terjadi:

- a. Berkurangnya vaskuler bagian atas uterus sehingga berisiko mengalami ruptur membran
- b. Ileus dan peritonitis
- c. *Pasca* obstruksi obstruktif
- d. Masalah infeksi karena masuknya mikroorganisme selama *Pasca* operasi

2.2.5 Pemeriksaan Diagnostik

- a. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
 - 1) Pemantuan EKG
 - 2) JDL dengan diferensial
 - 3) Elektrolit
 - 4) Hemoglobin/*Hematocrit*
 - 5) Golongan dan pencocokan silang darah
 - 6) Urinalisis
 - 7) Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
 - 8) Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi
 - 9) *Ultrasound* sesuai indikasi

Periksa tekanan darah, frekuensi nadi dan pernafasan, ukur jumlah urin yang tertampung, periksa/kultur jumlah perdarahan selama operasi. Buat laporan operasi dan cantumkan hasil

pemeriksaan diatas pada lembar laporan. Catat lama operasi, jenis kelamin, nilai APGAR dan kondisi bayi saat lahir, lembar operasi di tanda tangani oleh operator.

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) Persipan kulit pembedahan abdomen
- 8) Persetujuan ditandatangani
- 9) Pemasangan kateter *foley*

2.3 Masa Nifas

2.3.1 Pengertian

Masa nifas (*Puerperium*) dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. *Puerperium* yaitu dari kata puer yang artinya bayi dan parous melahirkan. Jadi, *Puerperium* berarti masa setelah melahirkan bayi yaitu masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil. Sekitar 50% kematian ibu terjadi dalam 24 jam pertama *Post partum* sehingga pelayanan *pasca* persalinan yang berkualitas harus terselenggara

pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi (Susilo dan Feti, 2016).

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Walyani & Purwoastuti, 2015).

2.3.2 Tahapan Masa Nifas

1. *Puerperium Dini*

Yaitu kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan serta menjalankan aktifitas layaknya wanita normal lainnya (40 hari).

2. *Puerperium Intermediet*

Yaitu suatu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3. *Remote Puerperium*

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi.

a. *Immediate Post partum*

Masa segera setelah plasenta lahir sampai 24 jam. Sering terdapat banyak masalah, misal perdarahan. Lakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lokia, tanda-tanda vital.

b. *Early Postpartum* (24 jam-1 minggu)

Pada tahap ini, pastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup cairan dan makanan, ibu menyusui dengan baik.

c. *Late Postpartum* (1 minggu-5 minggu)

Pada tahap ini lakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB.

2.3.3 Perubahan Fisiologis pada Masa Nifas

Perubahan fisiologis pada masa nifas menurut Walyani & Purwoastuti (2015), yaitu:

1. Sistem kardiovaskuler

a. Volume darah

Perubahan pada volume darah tergantung pada beberapa variabel, contoh kehilangan darah selama persalinan, mobilisasi, dan pengeluaran cairan ekstravaskuler, dalam 2-3 minggu setelah persalinan volume darah seringkali menurun sampai pada nilai sebelum kehamilan.

b. *Cardiac output*

Cardiac output terus meningkat selama kala 1 dan kala 2 persalinan. Puncaknya selama masa nifas dengan tidak memperhatikan tipe persalinan dan penggunaan anastesi,

cardiac output akan kembali seperti semula sebelum hamil dalam 2-3 minggu.

2. Sistem Haematologi

- a. Keadaan hematokrit dan hemoglobin akan kembali pada keadaan semula seperti sebelum hamil dalam 4-5 minggu *Post partum*.
- b. Leukosit selama 10-12 hari setelah persalinan umumnya bernilai antar 20.000-25.000/mm³.
- c. Faktor pembekuan, pembekuan darah setelah melahirkan. Keadaan produksi tertinggi dari pemecahan fibrin mungkin akibat pengeluaran dari tempat plasenta.
- d. Kaki ibu diperiksa setiap hari untuk mengetahui adanya tanda-tanda thrombosis (nyeri, hangat dan lemas, vena bengkak kemerahan yang dirasakan keras atau padat ketika disentuh).
- e. Varises pada vulva umumnya kurang dan akan segera kembali setelah persalinan.

3. Sistem reproduksi

- a. Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.
- b. Lochea adalah cairan sekret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

- 1) Lochea rubra : darah segar, sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo dan mekonium, selama 2 hari *Post partum*.
 - 2) Lochea sanguinolenta : berwarna kuning berisi darah dan lender, hari 3-7 *Post partum*.
 - 3) Lochea serosa : berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, hari ke 7-14 *Post partum*.
 - 4) Lochea alba : cairan putih setelah 2 minggu.
 - 5) Lochea purulenta : terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
 - 6) Locheastasis : lochea tidak lancar keluarnya.
- c. Serviks mengalami involusi bersama uterus, setelah persalinan ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tengah, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.
- d. Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar seelama proses melahirkan bayi, dalam beberapa hari pertama setelah partus keadaan vulva dan vagina masih kendur, setelah 3 minggu secara perlahan-lahan akan kembali ke keadaan sebelum hamil.
- e. Perineum akan menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi dan tampak terdapat robekan jika dilakukan episiotomi yang akan terjadi masa penyembuhan selama 2 minggu.

f. Payudara, suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan vaskuler sementara, air susu saat diproduksi disimpan di alveoli dan harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara diisap oleh bayi untuk pengadaan dan keberlangsungan laktasi.

4. Sistem perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam, urin dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Keadaan ini menyebabkan diuresis, ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu.

5. Sistem gastrointestinal

Kerap kali diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal, namun asupan makan kadang juga mengalami penurunan selama 1-2 hari, rasa sakit di daerah perineum dapat menghalangi keinginan ke belakang.

6. Sistem endokrin

Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam *Post partum*, progesterone turun pada hari ke 3 *Post partum*, kadar prolaktin dalam darah berangsur-angsur hilang.

7. Sistem muskuloskeletal

Ambulasi pada umumnya dimulai 4-8 jam *Post partum*, ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi.

Tahapan mobilisasi yang dapat dilakukan oleh ibu *Postpartum* dengan Seksio Sesarea:

- 1) Bernapas dalam dan latihan kaki 2 jam setelah operasi
- 2) Setelah 6 jam ibu melakukan pergerakan miring kanan dan kiri
- 3) Setelah 12 jam ibu dianjurkan untuk duduk dan setelah 24 jam ibu belajar berdiri dan berjalan (Suryani dan Atik 2015).

8. Sistem integumen

Penurunan melanin umumnya setelah persalinan menyebabkan berkurangnya hyperpigmentasi kulit.

9. Perubahan Psikologis pada Masa Nifas

Perubahan psikologis pada masa nifas menurut Walyani & Purwoastuti (2015), yaitu :

a. Fase *taking in*

Fase *taking in* yaitu periode ketergantungan, berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan, pada fase ini ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri, ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir.

b. Fase *taking hold*

Fase *taking hold* adalah periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan, pada fase ini timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi.

c. Fase *letting go*

Fase *letting go* adalah periode menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai orang tua, fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan.

2.3.4 Issu Terbaru Perawatan Masa Nifas

a. Mobilisasi dini

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

Gerakan awal yang dapat dilakukan adalah melakukan latihan menarik nafas yang dalam melalui hidung dan hembuskan perlahan melalui hidung (relaksasi) serta latihan tungkai yang sederhana dan duduk serta mengayunkan tungkainya di tepi ranjang, menyusui bayi.

Pada persalinan normal dan keadaan ibu normal maka biasanya ibu diperbolehkan untuk bangun dari tempat tidur 24-48 jam setelah persalinan, contohnya berjalan, mandi, dan ke WC atau

kamar mandi dengan dibantu keluarga. Ambulasi dilakukan secara bertahap sesuai kekuatan ibu.

Keuntungan ambulasi dini yaitu meningkatkan sirkulasi dan mencegah resiko bendungan pembuluh darah, meningkatkan fungsi kerja pencernaan, memungkinkan dalam mengajari ibu merawat bayi, klien merasa lebih baik dan lebih sehat. Ambulasi tidak dapat dilakukan pada klien yang disertai penyulit seperti anemia, penyakit paru-paru, penyakit jantung, dll.

b. *Roaming in* (perawatan ibu dan anak dalam 1 ruang/kamar)

Meningkatkan pemberian ASI, *Bounding attachment*, mengajari ibu cara perawatan bayi terutama pada ibu primipara, dimulai dengan penerapan inisiasi menyusui dini. Penelitian Lestari (2010) menunjukkan bahwa antara rawat gabung dengan mobilisasi dini terdapat hubungan, hal ini dikarenakan seorang ibu memiliki keinginan untuk segera merawat bayinya sendiri serta keinginan ibu segera menyusui bayinya sehingga meningkatkan motivasi ibu untuk melakukan mobilisasi dini.

c. Pemberian ASI

Untuk meningkatkan volume ASI pada masa nifas, ibu dapat memberikan terapi pijat oksitosin dan pijat bayi. Pijat oksitosin sangat membantu ibu dalam meningkatkan produksi ASI, hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Suryani (2013) tentang pengaruh pijat oksitosin terhadap produksi ASI ibu

Postpartum di BPM wilayah Kabupaten Klaten yang menunjukkan pengaruh pijat *oxytosin* terhadap produksi ASI dengan indikasi berat badan bayi, frekuensi bayi menyusu, frekuensi bayi BAK dan bayi tidur setelah menyusu.

d. Dukungan terhadap ibu Nifas

Elizabeth (2012) dalam jurnal *Sosial Support During The Postpartum Period: Mothers Views On Needs, Expectations And Mobilization of Support*. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa sumber dukungan sosial pada ibu nifas adalah dukungan saat depresi *Post partum*, namun sedikit yang diketahui tentang persepsi perempuan terkait dukungan sosial saat menjalani *Postpartum*.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mengidentifikasi kebutuhan dukungan dan harapan ibu yang baru melahirkan sangat penting untuk pemulihan ibu setelah melahirkan. Pencegahan depresi *Postpartum* harus mengintegrasikan fokus yang kuat pada dukungan sosial seperti kebutuhan ibu dan tantangan *Postpartum*, harapan dukungan sosial dan pemberi dukungan, dukungan mobilisasi ibu dan hambatan untuk dukungan mobilisasi (Suryani dan Atik, 2015).

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Postpartum*

2.4.1 Pengkajian

1. Identitas pasien

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomor *medical record*, diagnosa medik, yang mengirim, cara masuk, alasan masuk, keadaan umum, tanda vital.

2. Data riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

a) Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

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

b) Keluhan Utama Saat Dikaji

Keluhan yang paling dirasakan oleh klien saat dikaji *Post* operasi Seksio Sesarea adalah nyeri, cemas, kurang pengetahuan tentang perawatan luka *Post* Seksio Sesarea lalu diuraikan dalam konsep PQRST dalam bentuk narasi.

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

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

3) *Region*: Lokasi dimana, penyebarannya

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

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

b. Riwayat kesehatan dahulu

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

c. Riwayat kesehatan keluarga

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

a. Riwayat Ginekologi dan Obstetri

1) Riwayat ginekologi

a) Riwayat menstruasi

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

b) Riwayat perkawinan (suami istri)

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

c) 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 setelah persalinan.

2) Riwayat obstetri

a) Riwayat kehamilan dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada kehamilan sebelumnya.

b) Riwayat kehamilan sekarang

Usia kehamilan, keluhan selama kehamilan, gerakan anak pertama dirasakan oleh klien, imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam pemeriksaan 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 nifas dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya.

f) Riwayat nifas sekarang

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

b. Pola aktifitas sehari-hari, di rumah dan di rumah sakit

1) Pola nutrisi

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

2) Pola eliminasi

Mencangkup kebiasaan BAB : frekuensi, warna, konsistensi dan keluhan. BAK : frekuensi, jumlah, warna, dan keluhan. Biasanya terjadi penurunan karena faktor psikologis dari ibu yang masih merasa trauma, dan otot-otot masih berelaksasi. Defekasi spontan mungkin baru terjadi setelah 2-3 hari *Post partum*. Pergerakan usus yang biasa dan teratur kembali setelah tonus usus kembali. Dibutuhkan 2-8 minggu sampai hipotonus dan dilatasi uterus dan pelvis ginjal yang terjadi karena kehamilan kembali seperti sebelum hamil.

3) Pola istirahat dan tidur

Mencangkup tidur malam : waktu dan lama, tidur siang : waktu, lama dan keluhan. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasa kesakitan dan lemas akibat dari tindakan pembedahan Seksio Sesarea.

4) *Personal hygiene*

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 dan latihan

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

c. Pemeriksaan Fisik

1) Pemeriksaan fisik ibu (Suryani dan Anik, 2015)

a) 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 penampilan tampak baik dan terkadang sedikit pucat.

b) Tanda-tanda vital

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

c) Antropometri

Meliputi tinggi badan, BB sebelum 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.

(2) Wajah

Penampilan, ekspresi, nyeri tekan, adanya edema pada pipi atau pitting edema pada dahi, dan adanya kloasma gravidarum.

(3) Mata

Warna konjungtiva, bentuk, pergerakan bola mata, reflek pupil terhadap cahaya, gangguan pada sistem penglihatan, fungsi penglihatan.

(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

Ada tidak pembesaran tyroid dan limfe, nyeri saat menelan, ada tidak penikatan vena jugularis, ada tidak kaku kuduk.

(8) Dada

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

(9) Abdomen

Pada hari pertama, tinggi fundus uteri kira-kira 1 jari dibawah pusat. Perhatikan adanya linea nigra masih terlihat, serta ada tidaknya hematoma dan infeksi sekitar

luka insisi Seksio Sesarea. Nielsen et al, menjelaskan bahwa efek anestesi terhadap *Pasca* Seksio Sesarea adalah merasakan adanya nyeri akut secara fisiologis, intensitas nyeri akut yang berisiko terhadap perkembangan *Pasca* pembedahan (Suryani dan Anik, 2015).

(10) Punggung dan bokong

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

(11) Genetalia

Kebersihan, ada tidaknya edema pada vulva, pengeluaran *lochea* rubra pada hari pertama dengan jumlah sedang dan sampai *lochea* serosa pada hari ketiga dengan jumlah sedang berbau amis atau kadang tidak berbau.

(12) Anus

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

(13) Ekstremitas

Adaptasi sistem *musculoskeletal* 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.

2) Pemeriksaan fisik bayi

a) Keadaan umum

Meliputi tampilan, dan kesadaran bayi dilakukan dengan pemeriksaan APGAR *Score*.

b) Antropometri

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

d. Analisa data

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

2.4.2 Diagnosa Keperawatan Pada Klien *Post Partum*

Pernyataan yang jelas tentang masalah klien dan penyebabnya. Selain itu harus spesifik berfokus pada kebutuhan klien dengan mengutamakan prioritas dan diagnosa yang muncul harus dapat diatasi dengan tindakan keperawatan. Menurut Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA (*North American Nursing diagnosis Association*) 2015 bahwa diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu *Post partum* maturus dengan Seksio Sesarea adalah (Nurarif, 2015) :

- a. Ketidakefektifan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (*mucus* dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi).
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomy).
- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi *Postpartum*.
- d. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.
- e. Gangguan eliminasi urine.
- f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan.
- g. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko : episiotomy, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.

- h. Kurang perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik.
- i. Konstipasi.
- j. Resiko syok (hipovolemik).
- k. Resiko perdarahan.
- l. Defisiensi pengetahuan: perawatan *Postpartum* berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan *Postpartum*.

2.4.3 Rencana Keperawatan

Menurut *North American Nursing diagnosis Association 2015*

Rencana Keperawatan pada diagnosa yang mungkin muncul dengan Seksio Sesarea adalah (Nurarif, 2015, Doenges, 2015) :

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

Tabel 2.1
Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas

Diagnosa 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	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	NIC Mempertahankan jalan napas yang adekuat 1. Evaluasi frekuensi/kedalaman pernapasan dan suara napas	Mempertahankan jalan napas yang adekuat 1. Takipnea biasanya terjadi pada beberapa derajat dan dapat terlihat saat terjadi stress pernapasan. Pernapasan menjadi dangkal. Beberapa derajat bronkospasme terjadi pada obstruksi jalan napas dan dapat

<p>nafas.</p> <p>Batasan</p> <p>Karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada batuk 2. Suara napas tambahan 3. Perubahan frekuensi napas 4. Perubahan irama napas 5. Sianosis 6. Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara 7. Penurunan bunyi napas 8. Dipsneu 9. Sputum dalam jumlah yang berlebihan 10. Batuk yang tidak efektif 11. Orthopneu 12. Gelisah 13. Mata terbuka lebar <p>Faktor Yang Berhubungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lingkungan <ol style="list-style-type: none"> a) Perokok pasif b) Mengisap asap c) Merokok 2. Obstruksi jalan nafas <ol style="list-style-type: none"> a) Spasme jalan nafas b) Mokus dalam jumlah berlebihan c) Eksudat dalam jalan alveoli d) Adanya jalan napas buatan e) Sekresi 	<p>sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips).</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) 3. Mampu mengidentifikasi faktor yang dapat menghambat jalan nafas 	<p>atau tidak ditandai dengan suara napas tambahan, seperti crecels, suara redup dengan mengi saat ekspirasi (emfisema), atau tidak adanya suara napas (asma berat)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mengatur posisi kembali kepala menjadi sesuatu yang diperlukan untuk membuka atau mempertahankan jalan napas tetap terbuka pada individu yang mengalami imobilisasi atau gangguan.
	<p>Mengeluarkan sekresi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Tinggikan kepala tempat tidur atau ubah posisi jika diperlukan 	<p>Mengeluarkan sekresi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Posisi yang tinggi atau tegak lurus memfasilitasi fungsi pernapasan dengan penggunaan gravitasi. Bagaimanapun yang mengalami distress pernapasan akan mencari posisi yang nyaman
	<ol style="list-style-type: none"> 4. Dorong dan instruksikan klien untk latihan napas dalam dan batuk terarah; beri penyuluhan (pra operasi) dan dorong (<i>Pasca</i> operasi) klien untuk bernapas dan batuk saat membalut luka insisi. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Untuk memaksimalkan upaya batuk, ekspansi paru, dan drainase, dan mengurangi gangguan nyeri
	<ol style="list-style-type: none"> 5. Mobilisasi klien sedini mungkin 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Mengurangi resiko atau efek atelaktasis, yang meningkatkan ekspansi paru dan

bertahan/sisa sekresi		drainase bagian paru yang berbeda
f) Jalan napas alergik	6. Beri obat (misalnya ekspektoran, bronchodilator, mukolitik, dan anti inflamasi) sesuai indikasi	6. Untuk merileksasikan otot polos pernapasan, mengurangi uedema jalan napas, dan mengeluarkan sekresi.
g) Asma	7. Beri nebulizer ultrasonic atau alat pelembab udara ruangan humidifier)	7. Untuk memberikan kelembapan tambahan sehingga membantu mengurangi kekentalan sekresi.
h) Penyakit paru obstruktif kronik	Mengkaji perubahan, catat komplikasi;	Mengkaji perubahan, catat komplikasi
i) Hiperplasi dinding bronchial	8. Auskultasi suara napas, dengan mencatat perubahan dalam pergerakan udara	8. Untuk memastikan status saat ini dan efek terapi untuk memebersihkan jalan napas
j) Infeksi	9. Pantau tanda-tanda vital, dengan mencatat perubahan darah atau denyut nadi. Observasi peningkatan frekuensi pernapasan, gelisah/ansietas, dan penggunaan otot bantu napas.	9. Menunjukkan perburukan gawat napas
k) Disfungsi neuromuscular	Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pemulangan);	Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pemulangan)
	10. Demonstrasikan atau bantu klien/kerabat dalam melakukan teknik pembersihan jalan napas atau latihan penguatan otot pernapasan,	10. Agar klien/kerabat dapat melakukan pembersihan jalan napas atau latihan penguatan otot pernapasan, perkusi dada secara mandiri

	perkusi dada jika diindikasikan	
	11. Tinjau latihan napas, teknik batuk efektif, dan penggunaan alat bantu tambahan pada penyuluhan pra operasi.	11. Untuk memfasilitasi pemulihan <i>Pasca</i> operasi, mengurangi risiko pneumonia.

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

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

Tabel 2.2
Intervensi Nyeri Akut

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Nyeri akut Definisi: Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (<i>International Association for the study of Pain</i>): awitan yang tiba-tiba atau lambat dan intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan.	NOC 1. <i>Pain Level</i> , 2. <i>Pain control</i> 3. <i>Comfort level</i> Kriteria Hasil : 1. Mampu mengontrol nyeri (mampu menggunakan tehnik <i>Nonfarmakologi</i> untuk mengurangi nyeri). 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang menjadi 1-3 (0-10) dengan menggunakan manajemen nyeri Klien mungkin tidak seratus persen terbebas dari nyeri namun dapat merasa bahwa “tiga” merupakan tingkat ketidaknyamanan yang dapat dikendalikan. 3. Mampu mengenali	NIC Mengkaji etiologi/Faktor pendukung dan pencetus: 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. Mengevaluasi respon klien terhadap nyeri: 2. Observasi reaksi <i>Nonverbal</i> dan ketidaknyamanan sebelum melakukan tindakan <i>Nonfarmakologi</i> .	Mengkaji etiologi/Faktor pendukung dan pencetus: 1. Mengidentifikasi faktor pencetus atau pemicu dan Faktor yang mengurangi Mengevaluasi respon klien terhadap nyeri: 2. Pasien mungkin tidak secara verbal melaporkan nyeri dan ketidaknyamanan secara langsung bermanfaat dalam mengenali adanya nyeri mengindikasikan kebutuhan untuk evaluasi lebih lanjut.

<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 pernapasan 5. Laporan isyarat 6. Diaforesis 7. Perilaku distraksi (mis,berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktifitas lain, aktifitas yang berulang) 8. Mengekspresikan perilaku (mis, gelisah, merengek, menangis) 9. Masker wajah (mis, mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus meringis) 10. Sikap melindungi area nyeri 11. Fokus menyempit (mis, gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, 	<p>nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang, ditandai dengan: klien tidak tampak meringis, tidak berkeringat,mata tidak berpencar. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Observasi reaksi <i>Nonverbal</i> setelah melakukan tindakan <i>Nonfarmakologi</i>. 4. Observasi tanda-tanda vital. <p>Membantu klien menggali metode dalam mengurangi /mengendalikan nyeri:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Evaluasi penerimaan pasien tentang manajemen nyeri. 6. Berikan terapi <i>Non farmakologi</i> ,terapi komplementer <i>Hypnotherapy</i> sebagai intervensi <i>Non farmakologis</i> dan kaji skala nyeri. 7. Beri informasi dalam penyuluhan tentang manajemen nyeri <i>Non farmakologis</i>. 8. Mengobservasi skala nyeri sebelum tindakan <i>Hypnotherapy</i>. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Pasien mungkin tidak secara verbal melaporkan nyeri dan ketidaknyamanan secara langsung bermanfaat dalam mengenali adanya nyeri mengindikasikan kebutuhan untuk evaluasi lebih lanjut. 4. Tekanan darah,frekuensi pernafasan biasanya berubah pada nyeri akut. <p>Membantu klien menggali metode dalam mengurangi /mengendalikan nyeri:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Untuk mengetahui keefektifan manajemen nyeri farmakologi maupun <i>Non farmaklogi</i>. 6. <i>Hypnotherapy</i> bekerja sesuai dengan teori <i>gate control</i> pada nyeri dan melepaskan hormone endorphin dan dinorfin sebagai pembunuh nyeri alami dalam tubuh (Candra, 2015). 7. Perhatian utama sebagian besar klien/keluarga adalah nyeri dan ketidaknyamanan setelah pembedahan. 8. Untuk mengetahui perubahan intensitas nyeri sebelum dilakukan tindakan <i>Hypnotherapy</i>
--	--	--	---

penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)	<i>Analgesic Administration</i>		<i>Analgesic Administration</i>
12. Indikasi nyeri yang dapat diamati	9. Evaluasi efektivitas analgesik, dan gejala.	tanda	9. Untuk mengetahui efektifitas dari terapi farmakologis.
13. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri	10. Lanjutkan kolaboratif <i>Analgesic</i> klien.	pada	10. Manajemen farmakologi berdasarkan simtomatologi klien dan <i>Analgesic</i> yang beragam meliputi pil, injeksi, dosis intravena, atau <i>Analgesic</i> regional (misalnya <i>Analgesic</i> epidural dan spinal).
14. Sikap tubuh melindungi			
15. Dilatasi pupil			
16. Melaporkan nyeri secara verbal			
17. Gangguan tidur			
Faktor Yang Berhubungan :			
1. Agen cedera (mis, biologis, zat kimia, fisik, psikologis)			

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

- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi *Postpartum*.

Tabel 2.3
Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik 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</i> : <i>food and Fluid Intake</i> 3. <i>Weight 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 malnutrisi 5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dan menelan 6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	NIC Mengevaluasi tingkat <i>deficit</i> 1. Kaji berat badan saat ini,bandingkan dengan berat badan yang biasa,dan berat badan normal sesuai usia 2. Tinjau pemeriksaan laboratorium (glukosa,fungsi hati,elektrolit,zat besi,albumin serum,kolesterol) 3. Lakukan kolaborasi dengan tim antardisiplin Kebutuhan terapi kondisi khusus 4. Beri obat untuk nyeri atau mual,dan atai efek samping obat 5. Bantu dalam terapi guna mengoreksi atau mengendalikan faktor penyebab yang mendasari Meningkatkan asupan diet 6. Beri banyak makanan kecil sesuai indikasi	Mengevaluasi tingkat <i>deficit</i> 1. Untuk mengidentifikasi perubahan yang memengaruhi pilihan intervensi 2. Untuk menentukan tingkat <i>deficit</i> nutrisi dan efek pada fungsi tubuh yang menentukan kebutuhan diet khusus 3. Untuk menetapkan tujuan nutrisi ketika klien memiliki kebutuhan diet khusus,malnutrisi berat Kebutuhan terapi kondisi khusus 4. Untuk meningkatkan kenyamanan fisik dan nafsu makan 5. Untuk memperbaiki asupan dan penggunaan zat gizi Meningkatkan asupan diet 6. Memperbaiki kesempatan untuk meningkatkan jumlah gizi yang dikonsumsi

	adekuat		dalam waktu 24 jam
13.	Kesalahan konsep		
14.	Kesalahan informasi	7. Hindari makanan yang menyebabkan intoleransi motilitas lambung	7. Untuk mengurangi ketidaknyamanan setelah makan
15.	Mambran mukosa pucat		
16.	Ketidakmampuan memakan makanan	Meningkatkan kesehatan (penyuluhan)	Meningkatkan kesehatan (penyuluhan)
17.	Tonus otot menurun	8. Beri informasi mengenai nutrisi	8. Untuk mengetahui pemahaman nutrisi klien
18.	Mengeluh gangguan sensasi rasa	9. Timbang berat badan setiap minggu dan dokumentasikan	9. Untuk memantau keefektifan rencana diet
19.	Mengeluh asupan makanan kurang dan RDA (recommended daily allowance)		
20.	Cepat kenyang setelah makan		
21.	Sariawan rongga mulut		
22.	Steatorea		
23.	Kelemahan otot pengunyah		
24.	Kelemahan otot untuk menelan		
Faktor Yang Berhubungan:			
1. Faktor biologis			
2. Faktor ekonomi			
3. Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrisi			
4. Ketidakmampuan untuk mencerna makanan			

-
5. Ketidakmampuan menelan makanan
6. Faktor psikologis
-

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

- d. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui

Tabel 2.4
Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI

Diagnosa 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. Ketidakadekuatan suplai 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 6. Ketidakmampuan bayi untuk latch-on pada payudara ibu secara tepat	NOC 1. Pengetahuan pemberian ASI 2. Pemantapan pemberian ASI ibu dan bayi Kriteria Hasil: 1. Kementapan pemberian ASI : Bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI 2. Kemandapan Pemberian ASI : IBU : kemandapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dan payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI 3. Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan	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 3. Catat pengalaman yang tidak memuaskan sebelumnya	Mengidentifikasi 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 3. Seringkali masalah yang tidak teratasi dan masalah yang diceritakan orang lain dapat menyebabkan keraguan tentang kesempatan untuk berhasil

7. Menolak latching on	nutrisi bagi bayi/todler	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 yang dapat membantu pengalaman pemberian ASI yang berhasil dan memberikan kesempatan memperbaiki masalah tersebut
8. Tidak responsive terhadap kenyamanan lain	4. Penyapihan		
9. Ketidakcukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui	5. Diskontinuitas progresif pemberian ASI		
10. Ketidakcukupan kesempatan untuk mengisap payudara	6. Pengetahuan Pemberian ASI : tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting mengenali tanda-tanda penurunan suplai 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 memerlukan rencana khusus untuk memantau dan memberi terapi guna memastikan pemberian ASI yang berhasil
11. Kurang menambah berat badan bayi			
12. Tidak tampak tanda pelepasan ositosis			
13. Tampak ketidakadekuatan asupan susu			
14. Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui		6. Tentukan perasaan ibu misalnya ketakutan, ansietas, depresi	6. Indikator kondisi emosi yang mendasari yang menunjukkan kebutuhan untuk intervensi dan rujukan klien
15. Penurunan berat badan bayi terus menerus		Mengkaji faktor penyebab/pendukung bayi	Mengkaji faktor penyebab/pendukung bayi
16. Tidak mengisap payudara terus-menerus		7. Tentukan masalah menyusui atau anomaly bayi misalnya celah palatum	7. Faktor ini mengindikasikan kebutuhan intervensi yang diarahkan pada perbaikan situasi individu, seperti menggunakan puting khusus atau alat pemberian makan.
Faktor Yang Berhubungan :			
1. Defisit pengetahuan			

<p>2. Anomali bayi</p> <p>3. Bayi menerima makanan tambahan dengan puting buatan</p>	<p>8. Tentukan apakah bayi puas setelah menyusu atau menunjukkan kerewal atau menangis setelah pemberian ASI</p>	<p>8. Menunjukkan proses pemberian ASI yang tidak memuaskan</p>
<p>4. Diskontinuitas pemberian ASI</p> <p>5. Ambivalen ibu</p> <p>6. Ansietas ibu</p> <p>7. Anomali payudara ibu</p> <p>8. Keluarga tidak mendukung</p> <p>9. Pasangan tidak mendukung</p>	<p>Membantu ibu mengembangkan keterampilan ASI yang adekuat</p> <p>9. Beri dukungan emosional kepada ibu</p>	<p>Membantu ibu mengembangkan keterampilan ASI yang adekuat</p> <p>9. Ibu baru mengatakan bahwa mereka menyukai lebih banyak dukungan, dorongan dan informasi praktis terutama mereka pulang lebih awal</p>
<p>10. Reflek menghisap buruk</p> <p>11. Prematuritas</p> <p>12. Pembedahan payudara sebelumnya</p> <p>13. Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya</p>	<p>10. Informasikan ibu tentang isyarat awal tentang pemberian ASI pada bayi</p>	<p>10. Ibu baru mungkin tidak menyadari bahwa perilaku ini menandakan bayi lapar dan mungkin tidak berespon dengan tepat seperti menangis, <i>rooting</i>, menghisap jari tangan.</p>
	<p>11. Tingkatkan penatalaksanaan dini masalah pemberian ASI</p>	<p>11. Mengatasi masalah dengan cara yang tepat akan meningkatkan pemberian ASI yang berhasil</p>
	<p>Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pemulangan)</p> <p>12. Berikan penyuluhan kepada ayah atau kerabat tentang manfaat pemberian ASI dan bagaimana menangani tantangan ASI yang umum terjadi</p>	<p>Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pemulangan)</p> <p>12. Mendapat dukungan berhubungan dengan rasio keberhasilan ASI yang lebih tinggi pada enam bulan.</p>

	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)

e. Gangguan eliminasi urine

Tabel 2.5
Intervensi Gangguan Eleminasi Urine

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan Eliminasi Urine Definisi : Disfungsi pada eliminasi urine	NOC 1. Eliminasi urin 2. Kontinensia urin 3. Perawatan diri: eliminasi urin	NIC Mengkaji faktor penyebab atau pendukung 1. Tentukan asupan cairan harian klien yang biasa baik jumlah dan pilihan minuman catat kondisi kulit dan membrane mukosa, warna urin.	Mengkaji faktor penyebab atau pendukung 1. Untuk menentukan tingkat hidrasi
Batasan Karakteristik: 1. Disuria 2. Sering berkemih 3. Anyang-anyangan 4. Inkontinensia 5. Nokturia 6. Retensi 7. Dorongan	Kriteria Hasil: 1. Klien mengatakan pemahaman tentang kondisi 2. Klien mengetahui faktor penyebab khusus 3. Klien mengetahui pola eliminasi normal atau berpartisipasi dalam tindakan untuk mengoreksi atau mengompensasi defek	Mengkaji tingkat gangguan/disabilitas 2. Pastikan pola eliminasi klien sebelumnya dan bandingkan dengan situasi saat ini.	Mengkaji tingkat gangguan/disabilitas 2. Untuk membantu dalam identifikasi dan terapi disfungsi tertentu.
Faktor Yang Berhubungan : 1. Obstruksi anatomic 2. Penyebab multiple 3. Gangguan sensori motorik 4. Infeksi saluran kemih	4. Klien menunjukkan perilaku untuk mencegah infeksi urin 5. Klien mampu menangani perawatan kateter urin atau stoma dan alat setelah diversifikasi urin	3. Membantu mengatasi/mencegah gangguan perkemihan/anjuran asupan cairan hingga 200-3000 ml/hari. 4. Bantu meningkatkan eliminasi yang rutin misalnya	3. Mempertahankan fungsi ginjal, mencegah infeksi, pembentukan batu urin, menghindari kerak sekitar kateter. 4. Untuk orang dewasa yang utuh secara kognitif dan secara fisik mampu

	berkemih yang dijadwalkan, latihan kandung keih, berkemih singkat dan melatih kembali kebiasaan berkemih.	melakukan eliminasi sendiri, latihan kandung kemih, berkemih yang dijadwalkan, akan tetapi latihan kembali kandung kemih tidak direkomendasikan untuk klien PBS
	5. Implementasikan dan patau intervensi untuk masalah eliminasi khusus misalnya latihan dasar panggul atau modalitas latihan kembali kandung kemih	5. Untuk memodifikasi terapi sesuai kebutuhan.
	Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pemulangan 6. Pertimbangkan pentingnya mempertahankan area perineum tetap kering dan bersih	Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pemulangan 6. Mengurangi risiko infeksi

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

f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

Tabel 2.6
Intervensi Gangguan Pola Tidur

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan pola tidur	NOC 1. <i>Anxiety reduction</i> 2. <i>Comfort level</i> 3. <i>Pain level</i> 4. <i>Rest : Extent and Pattern</i> 5. <i>Sleep : Extent and Pattern</i>	NIC Mengkaji faktor penyebab atau pendukung 1. Identifikasi adanya faktor yang diketahui mengganggu tidur, termasuk penyakit saat ini bayi baru hospitalisasi	Mengkaji faktor penyebab atau pendukung 1. Masalah tidur dapat muncul akibat faktor internal dan eksternal dan mungkin memerlukan pengkajian setiap waktu untuk
Definisi : Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal			
Batasan Karakteristik : 1. Perubahan	Kriteria Hasil: 6. Jumlah jam tidur dalam batas		

n pola tidur normal	normal 6-8 jam/hari		membedakan penyebab khusus
2. Penurunan kemampuan berfungsi	7. Pola tidur, kualitas dalam batas normal	Mengevaluasi tidur dan tingkat disfungsi	Mengevaluasi tidur dan tingkat disfungsi
3. Ketidakpuasan tidur	8. Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat	2. Kaji pola tidur yang biasa dan bandingkan dengan gangguan tidur saat ini.	2. Untuk memastikan intensitas dan durasi masalah.
4. Menyatakan sering terjaga	9. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur	3. Dengarkan laporan mengenai kualitas tidur dan respon dari kurangnya tidur yang berkualitas misalnya mengantuk, pusing, letih.	3. Membantu mengklarifikasi persepsi klien mengenai kualitas dan kuantitas dan respon terhadap tidur yang tidak adekuat
5. Meyatakan tidak mengalami kesulitan tidur			
6. Menyatakan tidak merasa cukup istirahat			
Faktor Yang Berhubungan			
7. Kelembaban lingkungan sekitar		Membantu klien mencapai pola istirahat tidur yang optimal	Membantu klien mencapai pola istirahat tidur yang optimal
8. Suhu lingkungan sekitar		4. Nyalakan music yang lembut, program TV yang menenangkan, lingkungan yang tenang sesuai kesukaan klien	4. Untuk meningkatkan relaksasi
9. Tanggung jawab memberi asuhan			
10. Perubahan pejanan terhadap cahaya gelap		5. Minimalkan faktor yang mengganggu tidur seperti mengurangi bicara, alarm, gangguan bising, suhu ruang	5. Penelitian menunjukan bahwa penggunaan intervensi ini dapat memperbaiki kesiapan untuk tidur dan meningkatkan durasi dan kualitas tidur.
11. Gangguan (mis., untuk tujuan terapeutik, pemantauan, pemeriksaan laboratorium)			
12. Kurang kontrol tidur			
13. Kurang privasi, Pencahayaan		6. Lakukan pemantauan dan aktifitas perawatan tanpa membangunkan pasien	6. Memungkinkan untuk periode tidur tanpa gangguan yang lebih lama terutama selama malam hari
14. Bising, Bau gas			
15. Restrain fisik, Teman tidur			
16. Tidak familier dengan prabot		Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pemulangan)	Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pemulangan)
			7. Pengetahuan bahwa insomnia sekali-kali

tidur	7. Yakinkan klien bahwa tidak dapat tidur sekali-kali tidak mengancam kesehatan	umum terjadi dan biasanya tidak membahayakan
-------	---	--

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

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

Tabel 2.7
Intervensi Resiko Infeksi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Risiko Infeksi	NOC	NIC	
Definisi : Beresiko tinggi terhadap invasi organisme pathogen	1. <i>Immune Status</i> 2. <i>Knowledge : Infection control</i> 3. <i>Risk control</i>	Untuk menentukan faktor resiko/pendukung 1. Kaji adanya faktor spesifik pejamu yang mempengaruhi imunitas seperti trauma, gaya hidup, usia ekstrem, adanya penyakit yang mendasari	Untuk menentukan faktor resiko/pendukung 1. Trauma: merupakan jalur umum masuknya pathogen
Faktor Resiko : 1. Penyakit kronis (diabetes mellitus, obesitas) 2. Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pembedahan patogen. 3. Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat. 1) Gangguan peritonsil 2) Kerusakan integritas kulit (pemasangan kateter intravena,	Kriteria Hasil: 1. Menyatakan pemahaman penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan 2. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi 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 3. Tinjau nilai laboratorium untuk mengurangi faktor resiko yang ada	2. Kemerahan, hangat, pembengkakan, nyeri, lapisan merah merupakan tanda perkembangan infeksi setempat yang dapat memiliki implikasi sistemik jika terapi terlambat. 3. Untuk mengidentifikasi adanya pathogen dan pilihan terapi

<p>prosedur invasif)</p> <p>3) Perubahan sekresi pH</p> <p>4) Penurunan kerja siliaris</p> <p>5) Pecah ketuban dini</p> <p>6) Pecah ketuban lama</p> <p>7) Merokok</p> <p>8) Stasis cairan tubuh</p> <p>9) Trauma jaringan (mis, trauma destruksi jaringan)</p>	<p>4. Ajarkan teknik mencuci tangan yang tepat</p> <p>5. Masukan informasi dalam penyuluhan tentang cara mengurangi potensi infeksi <i>Pasca</i>operasi (mis,tindakan perawatan luka atau balutan,menghindari orang lain yang mengidap infeksi).</p>	<p>4. Pertahanan ini pertama terhadap infeksi terkait layanan kesehatan (healthcare-associated infection,HAI).</p> <p>5. Untuk mengurangi faktor resiko yang ada dan mencegah infeksi silang.</p>
<p>4. Ketidakadekua tan pertahanan sekunder</p> <p>1) Penurunan hemoglobin</p> <p>2) Imunosupresi (mis, imunitas didapat tidak adekuat, agen farmasetika termasuk imunosupresan, steroid, antibodi monoklonal, imunomodulator)</p> <p>3) Supresi respon inflamasi</p> <p>5. Vaksinasi tidak adekuat</p> <p>6. Pemajanan terhadap patogen lingkungan meningkat</p>	<p>6. Lakukan atau dorong diet seimbang dengan menekankan protein untuk mendukung system imun</p> <p>7. Beri dan pantau regimen obat (antimikroba,antibiotic topical) dan catat respon klien.</p> <p>8. Inspeksi balutan abdominal terhadap eksudat atau rembesan</p>	<p>6. Fungsi imun dipengaruhi oleh asupan protein,keseimbangan antara asupan asam 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.</p> <p>7. Untuk menentukan keefektifan terapi dan adanya efek samping.</p> <p>8. Balutan steril menutupi luka pada 24 jam pertama kelahiran Sesarea membantu melindungi luka dari kontaminasi.rembesan dapat menandakan</p>

7. Wabah			hematoma.
8. Prosedur invasif		9. Dorong pasien untuk mandi shower dengan menggunakan air hangat setiap hari	9. Mandi shower biasanya diizinkan pada hari kedua setelah kelahiran Sesarea, meningkatkan higienis dan dapat merangsang sirkulasi atau penyembuhan luka.
9. Malnutrisi		10. Kaji suhu, nadi dan sel darah putih	10. Demam paska operasi hari ketiga, leukosit dan takikardia enunjukkan infeksi.
		11. Ganti balutan luka bedah atau luka lain jika perlu dengan menggunakan teknik 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)

- h. Kurang perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelemahan *Postpartum*

Tabel 2.8
Intervensi Kurang Perawatan Diri

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Kurang perawatan diri mandi	NOC 1. Mendemonstrasikan teknik untuk	NIC 1. kaji status psikologis pasien	1. Membantu menetapkan tujuan

Definisi: Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi / aktifitas perawatan diri untuk diri sendiri.	memenuhi perawatan diri 2. Mengidentifikasi dan menggunakan sumber-sumber yang tersedia.	dan kondisi yang ada (nyeri, trauma pembedahan)	yang realistis dan membuat dasar untuk mengevaluasi keefektifan intervensi sehingga sesuai dengan aspek psikologis dan kondisi pasien.
Batasan karakteristik : 1. Ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi 2. Ketidakmampuan mengeringkan tubuh 3. Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi 4. Ketidakmampuan menjangkau sumber air 5. Ketidakmampuan mengatur air mandi 6. Ketidakmampuan membasuh tubuh	Kriteria hasil : 1. Perawatan diri Mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu 2. Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh 3. Skala nyeri berkurang menjadi 1-3 (0-10)	2. Motivasi klien untuk segera mungkin melakukan latihan mobilisasi, kemudian ditingkatkan secara bertahap 3. Berikan bantuan perawatan diri mandi/hygne, makan.	2. Mobilisasi sedini mungkin dapat mempengaruhi status kesehatan klien sehingga klien mampu melakukan perawatan dirinya secara optimal 3. Memenuhi kebutuhan perawatan diri klien
Faktor Yang Berhubungan : 1. Gangguan kognitif 2. Penurunan motivasi 3. Kendala lingkungan 4. Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh 5. Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial 6. Efek anestesi 7. Ketidaknyamanan fisik 8. Gangguan			

-
- muskuloskeletal
 - 9. Gangguan neuro muskular
 - 10. Nyeri
 - 11. Gangguan persepsi
 - 12. Ansietas berat
-

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

i. Konstipasi

Tabel 2.9
Intervensi Konstipasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Konstipasi Definisi: Penurunan pada frekuensi normal pada defekasi yang disertai oleh kesulitan atau pengeuaran tidak lengkap feses atau pengeluaran feses yang kering, keras dan banyak. Batasan Karakteristik: 1. Nyeri abdomen 2. Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot 3. Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resistensi otot 4. Anoreksia 5. Penampilan tidak khas pada lansia (misal: perubahan pada status mental, inkontinensia urinarius, jatuh)	NOC 1. Defekasi 2. Status Nutrisi 3. Perawatan Diri Kriteria Hasil: 1. Menetapkan atau memperoleh kembali pada defekasi yang normal 2. Menyatakan pemahaman tentang etiologi dan intervensi atau solusi yang tepat untuk situasi individu 3. Memperlihatkan perilaku atau perubahan gaya hidup untuk mencegah rekuensi masalah 4. Berpartisipasi dalam program defekasi, sesuai indikasi.	NIC Identifikasi faktor penyebab 1. Tinjau program diet harian, dengan mencatat apakah diet kurang serat 2. Lakukan auskultasi abdomen 3. Lakukan palpasi abdomen Pola eliminasi normal 4. Diskusikan kebiasaan eliminasi yang normal 5. Catat faktor yang	Identifikasi faktor penyebab 1. Ketidakseimbangan nutrisi mempengaruhi jumlah dan konsistensi feses, serat makanan yang tidak adekuat menyebabkan fungsi usus yang buruk 2. Untuk mengetahui adanya ,lokasi, dan karakteristik bising usus yang menggambarkan aktifitas usus. 3. Untuk mengetahui adanya kekerasan, distensi, dan masa atau retensi feses. Pola eliminasi normal 4. Membantu mengidentifikasi persepsi klien terhadap masalah 5. Klien mungkin

yang tidak penyebabnya, peningkatan suhu)	biasanya menstimulasi aktifitas usus dan setiap gangguan yang ada	menjelaskan bahwa ia harus duduk dalam posisi tertentu atau harus memberikan tekanan untuk memulai defekasi
6. Borbogirigmi		
7. Darah merah pada feses		
8. Perubahan pada pola defekasi	Mengkaji pola eliminasi saat ini	Mengkaji pola eliminasi saat ini
9. Penurunan frekuensi	6. Catat warna, bau, konsistensi, jumlah dan frekuensi feses setiap kali defekasi selama fase pengkajian	6. Memberikan dasar untuk perbandingan, yang meningkatkan pengenalan terhadap perubahan.
10. Penurunan volume feses		
11. Distensi abdomen		
12. Rasa rektal penuh		
13. Rasa tekanan rektal	7. Pastikan durasi masalah saat ini dan tingkat kekhawatiran klien	7. Gangguan yang berlangsung lama mungkin tidak menyebabkan kekhawatiran yang berlebihan sedangkan konstipasi Pascabedah akut dapat menyebabkan distress yang hebat.
14. Keletihan umum		
15. Feses keras dan berbentuk		
16. Sakit kepala		
17. Bising usus hiperaktif		
18. Bising usus hipoaktif		
19. Peningkatan tekanan abdomen	Memfasilitasi kembali pola eliminasi yang normal	Memfasilitasi kembali pola eliminasi yang normal
20. Tidak dapat makan, mual	8. Tinjau program medikasi klien saat ini dengan dokter	8. Menentukan apakah obat yang menyebabkan konstipasi dapat dihentikan atau diganti.
21. Rembesan feses cair		
22. Nyeri pada saat defekasi	9. Lakukan mandi dengan rendam duduk sebelum defekasi	9. Untuk merelaksasikan sfingter dan setelah defekasi untuk memberikan efek sejuk pada area rectum
23. Massa abdomen yang dapat diraba		
24. Adanya feses lunak, seperti pasta didalam rektum		
25. Perkusi abdomen pekak	10. Dukung terapi penyebab medis yang mendasari jika tepat (pembedahan untuk memperbaiki prolaps rectum, terapi tiroid)	10. Untuk memperbaiki fungsi tubuh dan usus
26. Sering flatus		
27. Mengejan pada saat defekasi		
28. Tidak dapat mengeluarkan		

<p>feses</p> <p>29. Muntah</p>	<p>Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pemulangan)</p>	<p>Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pemulangan)</p>
<p>Faktor yang berhubungan:</p>	<p>11. Beri informasi dan sumber kepada klien mengenai diet, latihan fisik, cairan, dan penggunaan laksatif yang tepat, sesuai indikasi.</p>	<p>11. Untuk membantu klien dalam penanganan konstipasi</p>
<p>1. Fungsional:</p>	<p>12. Beri dukungan sosial dan emosional</p>	<p>12. Untuk membantu klien dalam mengatasi disabilitas actual atau potensial yang berkaitan dengan manajemen usus jangka panjang.</p>
<p>1) Kelemahan otot abdomen</p>	<p>13. Identifikasi tindakan khusus yang dilakukan jika masalah tidak terselesaikan</p>	<p>13. Untuk meningkatkan intervensi yang tepat waktu sehingga meningkatkan kemandirian klien</p>
<p>2) Kebiasaan mengabaikan dorongan defekasi</p>		
<p>3) Ketidakekuatan toileting (mis: batasan waktu, posisi untuk defekasi, privasi)</p>		
<p>4) Kurang aktifitas fisik</p>		
<p>5) Kebiasaan defekasi tidak teratur</p>		
<p>6) Perubahan lingkungan saat ini</p>		
<p>Psikologis:</p>		
<p>1. Depresi, stres emosi</p>		
<p>2. Konfusi mental</p>		
<p>Farmakologis:</p>		
<p>1. Antasida mengandung aluminium</p>		
<p>2. Antikolinergik, antikonvulsan</p>		

-
3. Antidepresan
 4. Agens antilipemik
 5. Garam bismuth
 6. Kalsium karbonat
 7. Penyekat saluran kalium
 8. Diuretic, garam besi
 9. Penyalahgunaan laksatif
 10. Agens anti-inflamasi *Non* steroid
 11. Opiate, fenotiazid, sedative
 12. Simpatomimetik.

Mekanis

1. Ketidakseimbangan elektrolit
2. Hemoroid
3. Penyakit hirschprung
4. Gangguan neurologist
5. Obesitas
6. Obstruksi *Pasca* bedah
7. Kehamilan
8. Pembesaran prostat
9. Abses rektal
10. Fisura anorektal
11. Striktur anorektal
12. Prolapse rektal, ulkus rektal
13. Rektokel, tumor

Fisiologis:

1. Perubahan pola makan
 2. Perubahan
-

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

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

j. Resiko syok (hipovolemik) Resiko syok (hipovolemik)

Tabel 2.10
Intervensi Resiko Syok

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko syok Definisi : Beresiko terhadap ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa	NOC 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 pernapasan dalam batas yang diharapkan 5. Natrium serum dalam batas normal 6. Kalium serum dalam batas normal	NIC Kaji faktor penyebab/pendukung 1. Kaji riwayat adanya penyebab syok hipovolemik, seperti trauma, pembedahan, pembekuan yang tidak adekuat, terapi anti koagulan, muntah dan diare. 2. Infeksi kulit, catat adanya luka traumatis atau luka pembedahan, eritema, nyeri tekan. 3. Kaji tanda-tanda	Kaji faktor penyebab/pendukung 1. Menunjukkan volume darah yang bersirkulasi menurun dan kemampuan mempertahankan perfusi dan fungsi organ 2. Untuk membuktikan hemoragi, infeksi terlokalisasi atau reaksi hipersensitifitas 3. Untuk perubahan
Faktor Resiko : 1. Hipotensi 2. Hipovolemi 3. Hipoksemia 4. Hipoksia 5. Infeksi 6. Sepsis 7. Sindrom respons inflamasi			

sistemik	7. Klorida serum dalam batas normal	vital dan perfusi jaringan seperti (warna dan kelembaban kulit)	yang berkaitan dengan kondisi syok seperti kuku jari kebiruan, pengisian kapiler ulang yang lambat, kulit dingin.
	8. Kalsium serum dalam batas normal		Perubahan disebabkan gangguan sirkulasi sistemik dan hypoperfusi.
	9. Magnesium serum dalam batas normal		
	10. PH darah serum dalam batas normal	Mencegah kemungkinan penyebab syok	Mencegah kemungkinan penyebab syok
	11. Hidrasi		
	Indikator :	4. Kolaborasi terapi terhadap kondisi yang mendasari seperti pembedahan, trauma, infeksi.	4. Untuk memaksimalkan sirkulasi sistemik dan perfusi jaringan dan organ
	1) Mata cekung tidak ditemukan		
	2) Demam tidak ditemukan		
	3) Tekanan darah dalam batas normal	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.
	4) Hematokrit dalam batas normal	6. Beri medikasi sesuai indikasi misalnya obat vasoaktif, trombolitik, anti mikroba, <i>Analgesic</i> .	6. Untuk mengatasi kondisi dan memaksimalkan fungsi organ
		Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pemulangan)	Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pemulangan)
	7. Instruksikan klien mengenai cara mencegah atau mengelola kondisi yang mendasari dan menyebabkan syok termasuk dehidrasi	7. Untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan klien dalam mencegah kondisi yang dapat menyebabkan syok termasuk dehidrasi.	

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

k. Resiko perdarahan

Tabel 2.11
Intervensi Resiko Perdarahan

Diagnosa 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 <i>Pascapartum</i> (mis, atoni uteri, retensi plasenta) 10. Komplikasi terkait kehamilan (mis, plasenta previa, kehamilan mola, solusio plasenta) 11. Trauma	NOC <i>1. Blood lose severity</i> <i>2. Blood koagulation</i> Kriteria Hasil: 1. Tidak ada hematuria dan hematemesis 2. Kehilangan darah yang terlihat 3. Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastole 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 Untuk mengevaluasi perdarahan potensial 2. Pantau perineum dan tinggi fundus pada klien <i>Pascapartum</i> ; 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 4. Tinjau data laboratorium (Mis; darah lengkap, Hb, jumlah dan fungsi	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 berisiko mengalami perdarahan <i>Pasca partum</i> . Untuk mengevaluasi perdarahan potensial 2. Untuk mengidentifikasi kehilangan darah aktif. Catatan; hemoragi dapat terjadi karena ketidakmampuan untuk mencapai hemostatis saat terjadi cedera atau akibat perburukan koagulopati. 3. Untuk menentukan apakah ada <i>deficit</i> cairan intravaskular 4. Untuk mengevaluasi risiko perdarahan. Penurunan tiba-tiba Hb 2 g/dL dapat

12. Efek samping terkait terapi (mis, pembedahan, pemberian obat, pemberian produk darah defisiensi trombosit, kemoterapi)	rombosit, faktor koagulasi lain (faktor I, II, dst atau dengan nama protombne time, masa tromboplastin parsial, fibrinogen, dll)	mengindikasikan perdarahan aktif. Kehilangan faktor dapat terjadi akibat kehilangan darah akut, rnsfusi 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 mendasariyang menyebabkan atau berkontribusi terhadap kehilangan darah, seperti terapi medis infeksi sistemik atau temponade balon varises esofagus sebelum skelroterapi, penggunaan obat inhibitor, pembedahan untuk trauma abdomen internal atau retensi plasenta	5. Terapi kondisi yang mendasari terjadinya perdarahan dapat mencegah atau menghentikan komplikasi perdarahan
	6. Berkolaborasi dalam mengevaluasi kebutuhan untuk menghentikan kehilangan darah atau komponen darah khusus	6. Untuk menggantikan kehilangan darah yang terjadi. Instituasi atau dokter memiliki panduan spesifik untuk transfuse seperti hitung trombosit <20000/mcl atau haemoglobin <6 g/dLl
	Untuk meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pemulangan)	Untuk meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pemulangan)
	7. Kebutuhan ntuk	7. Untuk menentukan

	tindak lanjut medis dan pemeriksaan laboratorium secara teratur ketika mendapat terapi antikoagulan.	perubahan dosis yang dibutuhkan atau masalah penatalaksanaan klien yang memerlukan pemantauan dan atau modifikasi.
	8. Ajari teknik bagi klien <i>Pascapartum</i> 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)

1. Defisiensi pengetahuan: perawatan *Postpartum* berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan *Postpartum*

Tabel 2.12
Intervensi Defisit Pengetahuan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Defisit pengetahuan Definisi : Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. Batasan Karakteristik: 1. Perilaku hiperbola 2. Ketidakakuratan mengikuti	NOC 1. <i>Knowledge : disease proces</i> 2. <i>Knowledge : healt beavior</i> Kriteria Hasil: 1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tetang penyakit, kondisi, prognosis, program pengobatan. 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang	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, stabilitas emosi)	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 tanggung jawab untuk perubahan.

<p>perintah</p> <p>3. Ketidakakuratan mengikuti tes (mis., hysteria, bermusuhan, agitasi, apatis)</p> <p>4. Pengukuran masalah</p>	<p>dijelaskan secara benar.</p> <p>3. Pasien dan keluarga mamu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya.</p>	<p>Untuk menentukan prioritas bersama klien</p> <p>2. Tentukan kebutuhan klien yang paling mendesak dari sudut pandang klien dan perawat</p>	<p>Untuk menentukan prioritas bersama klien</p> <p>2. Mengidentifikasi apakah klien dan perawat bersama-sama dalam pemikiran mereka dan memberi poin awal untuk penyuluhan dan perencanaan hasil untuk keberhasilan yang optimal</p>
<p>Faktor yang berhubungan:</p> <p>1. Keterbatasan kognitif</p> <p>2. Salah interpretasi informasi</p> <p>3. Kurang pajanan</p> <p>4. Kurang minat dalam belajar</p> <p>5. Kurang dapat mengingat</p> <p>6. Tidak familiar dengan sumber informasi</p>		<p>Untuk menentukan isi yang dimasukkan</p> <p>3. Identifikasi informasi yang perlu diingat (kognitif) pada tingkat perkembangan dan pendidikan klien</p>	<p>Untuk menentukan isi yang dimasukkan</p> <p>3. Meningkatkan kemungkinan bahwa informasi akan didengarkan dan dipahami</p>
		<p>Untuk mengembangkan tujuan pembelajar</p> <p>4. Nyatakan tujuan secara jelas dengan ucapan pembelajar untuk memenuhi kebutuhan pembelajar (bukan instruktur)</p>	<p>Untuk mengembangkan tujuan pembelajar</p> <p>4. Untuk memahami mengapa materi penting bagi pembelajar memberi, motivasi dalam belajar</p>
		<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>Untuk mengidentifikasi metode penyuluhan yang dilakukan</p> <p>5. Untuk mengakses gambaran mental yang familier sesuai tingkat perkembangan klien untuk membantu individu belajar lebih efektif</p>

6. Libatkan dengan orang lain yang memiliki masalah, kebutuhan atau perhatian yang sama	6. Kelompok dukungan memberi model peran dan kesempatan untuk berbagi informasi guna meningkatkan pembelajaran
Untuk memfasilitasi pembelajaran	Untuk memfasilitasi pembelajaran
7. Minta klien menafsirkan isi dengan kata-katanya sendiri, lakukan demonstrasi kembali dan jelaskan bagaimana belajar dapat diaplikasikan pada situasi klien sendiri	7. Untuk meningkatkan internalisasi materi dan mengevaluasi pembelajaran
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

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

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Fase implementasi dari proses keperawatan mengikuti rumusan dari rencana keperawatan. Implementasi mengacu pada pelaksanaan rencana keperawatan yang disusun. Tindakan dilakukan berdasarkan tingkat ketergantungan ibu *Post partum* Seksio Sesarea (Doenges, 2015)

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan hasil akhir yang diharapkan pada ibu *Postpartum* dengan tindakan Seksio Sesarea adalah mampu mempertahankan kebutuhan perawatan 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).

2.5 Nyeri

2.5.1 Definisi

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

1. Long (1996), nyeri merupakan perasaan tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut.
2. Priharjo (1992), nyeri merupakan perasaan tidak nyaman baik ringan maupun berat.
3. Mc. Coffery (1979), nyeri merupakan suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang yang keberadaannya diketahui hanya jika orang tersebut pernah mengalaminya.
4. Arthur C. Curton (1983), nyeri merupakan suatu mekanisme produksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang dirusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri.
5. Wolf Weifsel Feurst (1974), nyeri merupakan suatu perasaan menderita fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan.
6. *International Association For Study of Pain (IASP)*, nyeri adalah sensori subjektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang didapat terkait dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial,

atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan (*Micron Medical Multimedia*, 2015).

2.5.2 Fisiologi Nyeri

1. Nosisepsi

Rasa nyeri dihantarkan oleh reseptor yang disebut nosiseptor. Nosiseptor merupakan ujung saraf perifer yang bebas dan tidak bermielin atau hanya memiliki sedikit myelin. Reseptor ini tersebar di kulit dan mukosa, khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati dan kandung empedu. Proses fisiologis yang terkait dengan nyeri disebut nosisepsi. Proses ini terdiri dari empat tahap, yaitu sebagai berikut:

a. Transduksi

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

b. Transmisi

Tahap transmisi terdiri atas tiga bagian, yaitu sebagai berikut:

- 1) Stimulus yang diterima oleh reseptor ditransmisikan berupa impuls nyeri dari serabut saraf perifer ke medulla spinalis.
- 2) Nyeri ditransmisikan dari medulla spinalis ke batang otak dan thalamus melalui jalur spinothalamikus (*spinothalamis*

tract atau STT) yang membawa informasi tentang sifat dan lokasi stimulus ke thalamus.

- 3) Sinyal diteruskan ke korteks sensorik somatik (tempat nyeri dipersepsikan). Impuls yang ditransmisikan melalui STT mengaktifkan respon otonomik dan limbik.

c. Persepsi

Individu mulai menyadari adanya nyeri dan tampaknya persepsi nyeri tersebut terjadi di struktur korteks, sehingga memungkinkan timbulnya berbagai strategi perilaku kognitif untuk mengurangi komponen sensorik dan afektif nyeri.

d. Modulasi atau system desendens

Neuron di batang otak mengirimkan sinyal-sinyal kembali ke tanduk dorsal medulla spinalis yang terkonduksi dengan nosiseptor impuls supresif. Serabut desendens tersebut melepaskan substansi seperti opiois, serotonin, dan norepinefrin yang akan menghambat impuls ascendens yang membahayakan dibagian dorsal medulla spinalis.

2. Teori *Gate Control*

Teori *gate control* dikemukakan oleh Melzack dan Wall pada tahun 1965. Berdasarkan teori ini, fisiologis nyeri dapat dijelaskan sebagai berikut.

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

terdapat substansi gelatinosa (substantia gelatinosa atau SG) yang berperan seperti layaknya pintu gerbang yang memungkinkan atau menghalangi masuknya impuls nyeri yang menuju otak. Pada mekanisme nyeri, rangsangan nyeri dihantarkan melalui serabut saraf kecil. Rangsangan pada saraf kecil dapat menghambat substansi gelatinosa dan membuka pintu mekanisme sehingga merangsang aktivasi sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri.

Rangsangan nyeri yang dihantarkan melalui saraf kecil dapat dihambat apabila terjadi rangsangan pada saraf besar. Rangsangan pada saraf besar akan mengakibatkan aktifitas substansi gelatinosa meningkat sehingga pintu mekanisme tertutup dan hantaran rangsangan pun terhambat. Rangsangan yang melalui saraf besar dapat langsung merambat ke korteks serebri agar dapat diidentifikasi dengan cepat.

3. Teori Penghantaran Nyeri

1) Teori pemisahan (*Specificity*)

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

2) Teori pola (*Pattern*)

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

3) Teori pengendalian gerbang (*Gate Control*)

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

4) Teori transmisi dan inhibisi

Stimulus yang mengenai nosiseptor memulai transmisi (penghantaran) impuls saraf. Transmisi ini menjadi efektif karena terdapat neurotransmitter yang spesifik. Inhibisi impuls nyeri juga menjadi efektif karena terdapat impuls pada serabut besar yang menghalangi impuls pada serabut lambat dan system supresi opiate endogen.

(Potter & Perry, 2011 dan *Micron Medical Multimedia*, 2015)

2.5.3 Stimulus Nyeri

Beberapa Faktor dapat menjadi stimulus nyeri atau menyebabkan nyeri karena menekan reseptor nyeri. Contoh faktor-faktor tersebut adalah trauma atau gangguan pada jaringan tubuh, tumor, iskemia pada jaringan dan spasme otot.

Seseorang dapat mentoleransi, menahan nyeri (*pain tolerance*), atau dapat mengenali jumlah stimulasi nyeri sebelum merasakan nyeri (*pain threshold*). Terdapat beberapa jenis stimulus nyeri, diantaranya adalah:

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

2.5.4 Klasifikasi Nyeri

1. Jenis Nyeri
 - a. Nyeri perifer

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

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

b. Nyeri sentral

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

c. Nyeri psikogenik

- 1) Nyeri somatic, yaitu nyeri yang berasal dari tendon, tulang, saraf dan pembuluh darah.
- 2) Nyeri menjalar, yaitu nyeri yang terasa di bagian tubuh yang lain, umumnya disebabkan oleh kerusakan atau cedera pada organ *visceral*.
- 3) Nyeri neurologis, yaitu bentuk nyeri tajam yang disebabkan oleh spasme di sepanjang atau di beberapa jalur saraf.
- 4) Nyeri phantom, yaitu nyeri yang dirasakan pada bagian tubuh yang hilang, misalnya pada bagian kaki yang sebenarnya sudah diamputasi.

2. Bentuk nyeri

a. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang. Nyeri ini umumnya berlangsung tidak lebih dari enam bulan. Penyebab dan lokasi nyeri biasanya sudah diketahui. Nyeri akut ditandai dengan peningkatan tegangan otot dan kecemasan.

b. Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang berlangsung berkepanjangan, berulang atau menetap selama lebih dari enam bulan. Sumber nyeri dapat diketahui ataupun tidak.

2.5.5 Pengalaman Nyeri

1. Arti atau makna nyeri

Nyeri bersifat subjektif sehingga memiliki arti atau makna yang berbeda bagi setiap orang, bahkan juga untuk orang yang sama pada waktu yang berbeda. Sebagian arti nyeri merupakan arti yang *negative*, misalnya membahayakan, merusak, menunjukkan adanya komplikasi (misal infeksi), menyebabkan ketidakmampuan dan memerlukan penyembuhan.

2. Persepsi nyeri

Persepsi nyeri merupakan penilaian yang sangat subjektif yang berpusat di area korteks (pada fungsi evaluatif kognitif). Persepsi ini dapat timbul akibat rangsangan yang dihantarkan menuju jalur spinotalamikus dan talamiko kortikalis.

3. Toleransi terhadap nyeri (*Pain Tolerance*)

Toleransi terhadap nyeri berhubungan erat dengan intensitas nyeri yang membuat seseorang sanggup menahan nyeri sebelum meminta bantuan dari orang lain. Faktor-faktor yang dapat meningkatkan toleransi nyeri antara lain adalah *alcohol*, obat-obatan, hypnosis, kepercayaan yang kuat, pengalihan perhatian dan gesekan serta garukan. Faktor-faktor yang menurunkan toleransi nyeri antara lain adalah kelelahan, rasa marah, rasa bosan, kecemasan, kondisi sakit dan nyeri yang tidak kunjung hilang.

4. Reaksi terhadap nyeri

Reaksi seseorang pada saat mengalami nyeri berbeda-beda, contohnya ketakutan, gelisah, cemas, mengerang, menangis, menjerit-jerit, berjalan mondar-mandir, tidur sambil menggeretakan gigi, mengeluarkan banyak keringat dan mengepalkan tangan.

2.5.6 Pengukuran intensitas nyeri

1. Skala nyeri menurut *Hayward*

Skala nyeri menurut *Hayward* dapat dituliskan sebagai berikut:

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

2. Skala nyeri menurut *McGill*

Skala nyeri menurut *McGill* dapat dituliskan sebagai berikut:

- a. 0 = tidak nyeri
- b. 1 = nyeri ringan
- c. 2 = nyeri sedang
- d. 3 = nyeri berat atau parah
- e. 4 = nyeri sangat berat
- f. 5 = nyeri hebat

3. Skala wajah atau *Wong-Baker FACES Rating Scale*

Skala wajah dapat digambarkan sebagai berikut:

- a. 0 = tidak sakit
- b. 2 = sedikit sakit
- c. 4 = agak mengganggu
- d. 6 = mengganggu aktifitas

e. 8 = sangat mengganggu

f. 10 = tak tertahankan

(*Micron Medical Multimedia*, 2015)

2.6 Hypnotherapy

2.6.1 Pengertian

Hypnotherapy merupakan salah satu cabang ilmu psikologi yang mempelajari manfaat sugesti untuk mengatasi masalah pikiran, perasaan dan perilaku (Setiawan, 2009). Menurut Batbual (2010), *Hypnotherapy* adalah salah satu jenis hipnosis sebagai sarana penyembuhan gangguan psikologis maupun fisik (psikomatis). Selain itu, *Hypnotherapy* dapat juga dikatakan sebagai suatu teknik terapi pikiran menggunakan hipnosis (Setiawan, 2009).

Menurut Wong & Andri (2009), hipnosis dapat diartikan sebagai suatu kondisi relaks, fokus atau konsentrasi. Dengan demikian, *Hypnotherapy* efektif digunakan dalam penanganan gangguan-gangguan yang bersifat psikologis untuk mengubah mekanisme pikiran manusia dalam menginterpretasikan pengalaman hidupnya serta menghasilkan perubahan pada persepsi dan tingkah laku (Wong, 2010).

2.6.2 Proses Fisiologis Hipnosis

Menurut Budi & Ervin (2010), proses hipnosis dapat berlangsung karena adanya *gap duration* dalam berlangsungnya perjalanan impuls, penalaran atas suatu impuls yang diterima dan perjalanan respon sebagai reaksi terhadap suatu impuls serta terjadi atau munculnya reaksi, yang diakibatkan oleh adanya kelambatan berlangsungnya proses tersebut. Kelambatan proses tersebut yang menyebabkan adanya *gap duration* dapat terjadi sebagai akibat dari:

- 1). Perjalanan masing-masing rangsangan yang melalui jejas serabut saraf mengalami perbedaan kecepatan.
- 2). Rangsangan yang timbul memiliki perbedaan dalam kejelasan, jenis, lokasi, dan kekuatannya.
- 3). Selama melawati jejas serabut saraf, rangsangan dapat mengalami modifikasi baik pembelokan maupun penguatan bahkan *bloking* atau *inhibiasi* (penghambatan).
- 4). Kelambatan alur impuls tersebut dapat menyebabkan kelembatan *loading* otak di dalam memersepsikan semua impuls yang masuk, yaitu kelambatan dalam perjalanan impuls untuk dipersepsikan atau diolah.
- 5). Dapat pula sebagai akibat dalam kelambatan alur respons saraf setelah dipersepsikan di dalam otak.

Saat seseorang telah terfokus kepada suatu hal maka pada saat itulah terjadi *gap duration* yang memungkinkan dilakukan sugesti suatu kalimat-kalimat perintah yang disebut *afirmasi* sehingga obyek akan masuk ke alam pikir bawah sadar dan akan mengikuti apapun yang diperintahkan subyek pemberi hipnosis.

Hal tersebut merupakan proses fisiologis yang dapat terjadi dan dialami oleh siapapun karena pada dasarnya setiap orang dalam kehidupan sehari-harinya akan mengalami hal fluktuatif dalam tingkatan alam pikir baik dalam gelombang *alfa*, *beta* maupun *teta*. Hal tersebut terjadi secara otomatis dengan sendirinya atau tanpa disadari karena 80% memori manusia yang mempengaruhi perilaku manusia tersimpan dalam alam pikir bawah sadar (Budi & Ervin, 2010).

2.6.3 Tahapan Proses *Hypnotherapy*

Dalam Buku Pelatihan dari *Indonesian Board Of Hypnotherapy* (IBH), kondisi *Hypnotherapy* dapat dicapai dalam beberapa proses, yaitu tahap *Pre Induction*, *Induction*, *Deepening*, *Suggestion* dan *Termination*.

1) *Pre Induction*

Pre Induction merupakan suatu proses mempersiapkan suatu situasi dan kondisi yang bersifat kondusif antara terapis dengan orang yang akan dihipnosis (klien). Agar proses *pre Induction* berlangsung dengan baik maka sebelumnya terapis harus dapat mengenali aspek-aspek psikologis dari klien, antara

lain hal yang diminati, hal yang tidak diminati, apa yang diketahui klien terhadap proses *Hypnotherapy*.

Pre Induction dapat berupa percakapan ringan, saling berkenalan, serta hal-hal lain yang bersifat mendekatkan seorang terapis secara mental terhadap seorang klien. *Pre Induction* merupakan tahapan yang bersifat kritis, seringkali kegagalan proses *Hypnotherapy* diawali dari proses *pre Induction* yang tidak tepat.

Salah satu yang harus dilakukan pada *pre Induction* adalah *suggestivity test* yang harus dilakukan untuk mengetahui tingkat suggestivitas alamiah dari klien. Tes ini merupakan standar yang harus dilakukan setiap melakukan *Hypnotherapy* pada saat melakukan *Hypnotherapy* kepada orang yang belum pernah merasakan hipnosis langsung.

2) *Induction*

Induction (induksi) merupakan teknik untuk membawa subjek berada dalam kondisi hipnosis. Induksi ini dilakukan dengan memberikan suatu kejutan kepada subjek sehingga *critical area* terbuka secara tiba-tiba dan terjadi masa tegang (*blank*). Pada masa tegang tersebut, kita berikan perintah sederhana kepada subjek.

3) *Deepening*

Deepening merupakan suatu teknik yang bertujuan membawa subjek memasuki kondisi hipnosis yang lebih dalam lagi dengan memberikan suatu sentuhan imajinasi. Konsep dasar dari *deepening* ini adalah membimbing subyek klien untuk berimajinasi melakukan sesuatu kegiatan atau berada di suatu tempat yang mudah dirasakan oleh subyek. Rasa mengalami secara dalam ini akan membimbing subyek memasuki *trance level* lebih dalam.

4) *Sugestion*

Sugestion merupakan suatu kalimat-kalimat saran yang disampaikan oleh hipnosis ke bawah sadar obyek. Dalam hal ini, sugesti tersebutlah yang menjadi tujuan kegiatan hipnosis dilakukan .

5) *Termination*

Termination merupakan tahap pengakhiran untuk mengembalikan subyek pada keadaan semula. Sebuah terminasi dilakukan dengan memberikan kalimat lanjutan setelah kalimat-kalimat sugesti.

2.6.4 Gelombang Otak Manusia

Secara umum mekanisme kerja *Hypnotherapy* sangat terkait dengan aktifitas otak manusia. Aktifitas ini sangat beragam pada setiap kondisi yang diindikasikan melalui gelombang otak yang dapat diukur menggunakan alat bantu EEG (*Electroencephalograph*). Dalam kondisi hipnosis, pikiran bawah sadar manusia dapat diakses karena diri seseorang lebih fokus secara internal dengan gelombang otak yang lebih rendah. Kondisi ini dicapai saat klien berada dalam kondisi lebih rileks. Berikut penjabaran pola gelombang otak manusia berdasarkan pengukuran EEG, yaitu:

1). *Beta* (14-30 Hz)

Beta merupakan gelombang otak yang mempunyai frekuensi paling tinggi, yaitu antara 14 siklus per detik (spd) atau Hz hingga 30 spd/Hertz. Gelombang ini diproduksi otak ketika seseorang dalam kondisi terjaga sepenuhnya, saat pikiran sadar benar-benar sangat aktif. Kondisi ini misalnya muncul saat seseorang sedang sibuk belajar, menganalisis, atau memperhatikan sesuatu yang umumnya mengarah ke bagian luar dirinya (eksternal).

2). *Alpha* (8-13,9 Hz)

Alpha merupakan jenis gelombang dengan frekuensi di bawah beta, yaitu antara 8 hingga 13.9 Hz. Gelombang ini diproduksi dalam keadaan yang lebih tenang dan santai, biasanya dalam kondisi ini, seseorang mampu merasakan kondisi relaks pada tubuh dan

pikiran. Gelombang *alpha* merupakan gelombang yang timbul saat pikiran sadar mulai pasif dan sebaliknya, pikiran bawah sadar mulai aktif. Dalam keadaan *alpha*, pikiran kesadaran manusia mulai mengarah ke dalam dirinya sendiri atau berfokus pada suatu hal saja (internal).

3). *Theta* (4-7,9 Hz)

Theta merupakan jenis gelombang dengan frekuensi di bawah *alpha*, yaitu berkisar antara 4 hingga 7,9 Hz. Gelombang ini terjadi ketika kesadaran manusia lebih mengarah ke dalam dirinya sendiri (internal), misalnya pada kondisi ketika seseorang merasakan kantuk yang sangat dalam. Pada saat kondisi ini dicapai, pikiran bawah sadar benar-benar telah aktif dan menggantikan pikiran sadar.

4). *Delta* (0,1-3,9 Hz)

Delta merupakan jenis gelombang otak yang paling lambat, yang berkisar antara 0,1 hingga 3,9 Hz. Gelombang ini terjadi ketika manusia masuk ke dalam tidur yang sangat nyenyak (*sleep state* atau *somnambulism*).

2.6.5 *Hipnosisability*

Menurut Batbual (2010), *hipnosisability* dapat diartikan secara bebas sebagai kemampuan untuk dapat memasuki kondisi hipnosis atau kemampuan seseorang memasuki *hypnosis state*. *Hypnosis state* merupakan suatu kondisi dimana seseorang cenderung lebih sugestif

sehingga dapat menerima saransaran yang dapat berubah menjadi nilai-nilai baru. Dalam pengertian praktis, seseorang hanya dapat dihipnosis jika memenuhi 3 (tiga) persyaratan utama, yaitu:

1). Bersedia atau tidak menolak

Hipnosis terkait dengan pembukaan filter pikiran bawah sadar. Oleh karena itu, jika seorang subyek tidak nyaman atau menolak, secara otomatis filter pikiran bawah sadarnya akan tertutup.

2). Memahami komunikasi

Hipnosis membentuk suatu pengertian melalui komunikasi verbal dan *Non* verbal. Jika seseorang memiliki gangguan panca indra misalnya gangguan pendengaran maka sulit untuk menerima proses hipnosis. Demikian juga jika kata-kata atau kalimat dari terapis tidak dipahami oleh subyek maka subyek akan sulit untuk memasuki kondisi hipnosis.

3). Memiliki kemampuan untuk fokus

Salah satu faktor penting yang dapat mempermudah pembukaan filter pikiran bawah sadar adalah fokus. Oleh karena itu bagi subyek yang memiliki kesulitan dalam fokus, sulit untuk dipandu memasuki kondisi hipnosis.

Tingkat sugesti alamiah seseorang dapat digolongkan dalam 3 kategori menurut SHSS (*Stanford Hypnotic Susceptibility Scale*), yaitu:

- a. Sulit, sebanyak 10%, klien sulit mengikuti perintah dari sugesti yang diberikan.

- b. Moderat, sebanyak 80 %, klien dapat mengikuti perintah dengan baik dari sugesti yang diberikan.
- c. Mudah, sebanyak 10%, klien dapat mengikuti perintah dengan sangat baik dari sugesti yang diberikan.

2.6.6 Pengaruh Hipnotherapy terhadap Nyeri

Hipnosis merupakan perubahan status kesadaran saat konsentrasi individu terfokus dalam satu hal dan mengabaikan yang lain, membutuhkan kerja sama dengan responden tanpa menghilangkan kesadaran atau kendali pada responden. Teknik hipnosis dapat membantu dalam memberikan peredaan nyeri dengan mekanisme mengaktifkan jaras saraf dalam otak yang menyebabkan pelepasan zat morfin alamiah yang disebut enkefalin dan endorfin sehingga membantu mengubah persepsi dan perilaku nyeri (Kozier & Erb, 2011).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Adil Candra, dkk (2015) mengenai pengaruh *Hypnotherapy* terhadap penurunan tingkat nyeri ibu *Pasca* operasi section secarea, didapatkan bahwa Terdapat pengaruh *Hypnotherapy* terhadap penurunan tingkat nyeri pada ibu *Pasca* Seksio Sesarea. Dimana selisish tingkat nyeri kelompok perlakuan dan kelompok kontrol didapatkan p – value 0,000.

Begitupun penelitian yang dilakukan oleh Valentine Niraski mengenai pengaruh *Hypnotherapy* terhadap tingkat nyeri pada ibu *Post sectio caesarea* Di RSB Jeumpa Pontianak Tahun 2015

didapatkan hasil bahwa pemberian *Hypnotherapy* berpengaruh terhadap penurunan tingkat nyeri ibu *Post sectio caesarea* yang dibuktikan dengan nilai $p (0,001) < 0,05$ dan ada perbedaan antara kelompok kontrol yang hanya di berikan analgesik dengan kelompok intervensi yang diberikan kombinasi analgesik dan *Hypnotherapy*.