

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO  
SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANG ZADE  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
DR. SLAMET GARUT**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk mendapat gelar Ahli Madya  
Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi DIII Keperawatan Fakultas  
Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung**

**Oleh :**

**MIRANTI**

**NIM: AKX.17.108**



**PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA BANDUNG**

**2020**

## PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Miranti

NPM : AKX.17.108

Fakultas : Keperawatan

Prodi : D III Keperawatan

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul: "ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANG ZADE RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR SLAMET GARUT".

**Bebas dari plagiarisme dan bukan hasil karya orang lain.**

Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau sebagian dari penelitian dan karya ilmiah tersebut terdapat indikasi plagiarisme, *saya bersedia menerima sanksi* sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari siapapun juga dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung, Oktober 2020

Yang membuat pernyataan



Miranti

Pembimbing I

Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep

Pembimbing II

Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners

LEMBAR PERSETUJUAN  
KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA  
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG ZADE RUMAH SAKIT UMUM  
DAERAH DR. SLAMET GARUT

OLEH  
MIRANTI  
AKX17108

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Disetujui Pada Tanggal 19 Agustus 2020

Oleh

Pembimbing Utama

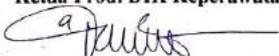
  
Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep  
NIK: 02004020117

Pembimbing Pendamping

  
Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners  
NIK: 02014020171

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan

  
Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep.,Ners.,M.Kep  
NIK: 02001020009

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA  
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG ZADE RUMAH SAKIT UMUM  
DAERAH DR. SLAMET GARUT

Oleh

MIRANTI

AKX.17.108

Telah berhasil di pertahankan dan di uji di hadapan panitia penguji dan di terima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung  
19 Agustus 2020

PANITIA PENGUJI

Ketua:

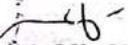
Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep

()

(Pembimbing Utama)

1. Ade Tika Herawati, S.Kep., Ners., M.Kep  
(Penguji I)
2. Eki Pratidina, S.Kp.,MM  
(Penguji II)
3. Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners  
(Pembimbing Pendamping)

()  
()  
()

Mengetahui,  
Fakultas Keperawatan  
Dekan  
  
Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep  
NIK: 200702032

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur penulis ucapkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis mampu menyelesaikan penelitian dan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan nyeri akut di ruang Zade RSUD Dr. Slamet Garut” dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan penelitian dan Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Keperawatan di Universitas Bhakti Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Proposal Penelitian ini, terutama kepada:

1. H. Mulyana, SH, M,Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, MH.Kes.,Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana
3. Rd. Siti Jundiah, S,Kp.,M.Kep, selaku Dekan Fakultas Keperawatan
4. Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung
5. Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan Proposal Penelitian ini.

6. Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan Proposal Penelitian ini.
7. Dr. H Husodo Dewo Adi Sp. OT.Spine selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini
8. Risris Risnawati S.Kep.,Ners selaku CI ruang Zade yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Dr. Slamet Garut
9. Orang tua tercinta, Ibu Ipah dan Bapak Udi Rudiana, adik tersayang dan keluarga yang selalu memberikan do'a dukungan dan semangat dalam keberhasilan penulis untuk penyusunan penelitian ini
10. Silvia Basri, Nining Maeda, Anisa Fitri, Nita Khoerunnisa, Rindy Nafa, Novita Sari, Winda Widiawati, Paisal dan teman terdekat lainnya yang selalu mendo'akan dan memberi semangat kepada penulis dalam penyusunan penelitian ini.

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

Bandung, 28 Agustus 2020

Miranti

## DAFTAR ISI

<b>Lembar Pernyataan .....</b>	<b>i</b>
<b>Lembar Persetujuan .....</b>	<b>ii</b>
<b>Lembar Pengesahan.....</b>	<b>iii</b>
<b>Kata Pengantar .....</b>	<b>iv</b>
<b>Daftar Isi .....</b>	<b>vi</b>
<b>Daftar Tabel.....</b>	<b>viii</b>
<b>Daftar Bagan .....</b>	<b>x</b>
<b>Daftar Gambar .....</b>	<b>xi</b>
<b>Daftar Lampiran .....</b>	<b>xii</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>xiii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penelitian .....	4
1.3.1 Tujuan umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat .....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	5
1.4.2 Manfaat Praktis .....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Penyakit .....	7
2.1.1 Konsep Seksio Sesarea.....	7
2.1.2 Masa Nifas.....	14
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Partum.....	29
2.2.1 Pengkajian .....	29
2.2.2 Diagnosa Keperawatan Pada Klien Post Partum.....	38
2.2.3 Rencana Keperawatan .....	39
2.2.4 Implementasi Keperawatan .....	76

2.2.5	Evaluasi Keperawatan .....	76
2.3	Konsep Nyeri .....	77
2.3.1	Definisi Nyeri .....	77
2.3.2	Fisiologi Nyeri.....	78
2.3.3	Transmisi Nyeri.....	80
2.3.4	Patofisiologi Nyeri Secara Umum.....	81
2.3.5	Klasifikasi Nyeri .....	83
2.3.6	Skala Nyeri.....	83
2.3.7	Teknik Relaksasi Genggam Jari.....	84
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>		
3.1	Desain Penelitian.....	85
3.2	Batasan Istilah .....	85
3.3	Partisipan/Responden/Subyek Penelitian.....	86
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian .....	86
3.5	Pengumpulan Data .....	87
3.6	Uji Keabsahan Data.....	88
3.7	Analisa Data .....	88
3.8	Etik Penulisan KTI.....	90
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b>		
4.1	Hasil .....	92
4.2	Pembahasan.....	126
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b>		
5.1	Kesimpulan .....	139
5.2	Saran .....	142
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>		
<b>LAMPIRAN</b>		

## DAFTAR TABEL

Table 2.1 Perubahan Pada Uterus .....	17
Table 2.2 Perbedaan Masing-masing Lokia.....	18
Tabel 2.3 Intervensi Ketidakefektifan Jalan Nafas .....	39
Tabel 2.4 Intervensi Nyeri Akut.....	44
Tabel 2.5 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi.....	48
Tabel 2.6 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI .....	50
Tabel 2.7 Intervensi Gangguan Eliminasi Urine.....	54
Tabel 2.8 Intervensi Gangguan Pola Tidur .....	56
Tabel 2.9 Intervensi Resiko Intervensi.....	58
Tabel 2.10 Intervensi Kurang Perawatan Diri.....	62
Tabel 2.11 Intervensi Konstipasi .....	63
Tabel 2.12 Intervensi Resiko Syok .....	67
Tabel 2.13 Intervensi Resiko Perdarahan .....	69
Tabel 2.14 Intervensi Defisit Pengetahuan .....	73
Tabel 4.1 Identitas Klien .....	93
Tabel 4.2 Identitas Penanggung Jawab .....	93
Tabel 4.3 Riwayat Kesehatan.....	94
Tabel 4.4 Riwayat Ginekologi .....	95
Tabel 4.5 Riwayat Kehamilan.....	95
Tabel 4.6 Riwayat Persalinan Dahulu.....	96
Tabel 4.7 Riwayat Persalinan Sekarang.....	96
Tabel 4.8 Riwayat Nifas.....	97
Tabel 4.9 Pola Aktivitas Sehari-hari .....	97
Tabel 4.10 Pemeriksaan Fisik Ibu.....	98
Tabel 4.11 Pemeriksaan Fisik Head to Toe .....	99
Tabel 4.12 Pemeriksaan Fisik Bayi.....	102
Tabel 4.13 Data Psikologis .....	104
Tabel 4.14 Data Sosial .....	105

Tabel 4.15 Kebutuhan <i>Bounding Attachment</i> .....	105
Tabel 4.16 Kebutuhan Pemenuhan Seksual .....	105
Tabel 4.17 Data Spiritual .....	105
Tabel 4.18 Pengetahuan Tentang Perawatan Diri .....	106
Tabel 4.19 Hasil Laboratorium .....	106
Tabel 4.20 Rencana Pengobatan .....	106
Tabel 4.21 Analisa Data .....	107
Tabel 4.22 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas .....	109
Tabel 4.23 Perencanaan .....	112
Tabel 4.24 Implementasi & Evaluasi Formatif .....	120
Tabel 4.25 Evaluasi Sumatif .....	125

## **DAFTAR BAGAN**

Bagan 2.1 Patofisiologi Seksio Sesarea .....	12
--	----

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Lokasi Dilakukan Seksio Sesarea .....	7
Gambar 2.2 Post Seksio Sesarea .....	9

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran I	: Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah
Lampiran II	: Lembar Justifikasi
Lampiran III	: Lembar Pernyataan Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran IV	: Lembar Observasi
Lampiran V	: Lembar Jurnal
Lampiran VI	: Lembar Satuan Acara Penyuluhan
Lampiran VII	: Lembar Leaflet

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Seksio sesarea adalah upaya melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Angka kejadian seksio sesarea di RSUD Dr. Slamet Garut pada bulan November-Januari adalah 419 kasus. Operasi seksio sesarea di ruang Zade pada bulan November-Januari adalah 156 kasus. Setelah dilakukan tindakan operasi seksio sesarea dapat terjadi masalah keperawatan berupa aktual, resiko maupun potensial, yaitu: gangguan rasa nyaman nyeri. Jika nyeri tidak diatasi maka akan memperlambat proses penyembuhan klien. **Tujuan:** Melakukan asuhan keperawatan pada klien *post* seksio sesarea dengan nyeri akut di ruang Zade RSUD Dr. Slamet Garut, secara komprehensif meliputi aspek biologi, psikososial dan spiritual dalam bentuk pendokumentasian. **Metode:** Desain yang digunakan penulis adalah studi kasus. Studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien *post* seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang Zade RSUD Dr. Slamet Garut, Pengumpulan data yang di gunakan penulis yaitu wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi. **Hasil:** Setelah di lakukan asuhan keperawatan, masalah keperawatan nyeri akut pada klien 1 dan klien 2 ada penurunan skala nyeri dan dapat teratasi. **Diskusi:** Pada kedua klien di temukan masalah yang sama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik. Tidak terdapat perbedaan hasil dari intervensi yang di berikan pada klien 1 dan klien 2, yaitu pada evaluasi keperawatan klien 1 dan klien 2 nyeri di rasakan 1 (0-10). **Saran:** Penulis menyarankan kepada pihak rumah sakit agar dapat melaksanakan atau mengajarkan klien terapi non farmakologi genggam jari dalam memberikan asuhan keperawatan.

Kata Kunci : *Asuhan keperawatan, nyeri akut, post seksio sesarea*  
Daftar Pustaka : 16 Buku (2009-2017), 5 Jurnal (2017-2019)

## ABSTRACT

**Background:** *Caesarean section is an attempt to give birth to a fetus by making an incision on the uterine wall through the front wall of the abdomen. The incidence rate of caesarean section at RSUD Dr. Slamet Garut in November-Januari was 156 cases. After surgery, there can be actual nursing problems, risks and potential, namely: pain comfort disorders. If the pain is not overcome it will slow down the healing process of the client.* **Goal:** *Perform nursing care on post sectional clients with acute pain in the Zade room of Dr. Slamet Garut, comprehensively covers biological, psychosocial and spiritual aspects in the form of documentation.* **Method:** *The design the author uses is a case study. This case study is a study to explore the issue of nursing care in post sectional clients with acute pain nursing problems in the hospital's Zade room. Dr. Slamet Garut, the collection of data used by the authors are interviews, observations, physical examinations, and documentation studies.* **Result:** *After nursing care, acute pain nursing problems in clients 1 and client 2 there is a decrease in the pain scale and can be resolved.* **Discussion:** *In both clients found the same problem is acute pain associated with physical injury agents. There is no difference in the results of the interventions given to client 1 and client 2, namely in the evaluation of client nursing 1 and client 2 pain in feel 1 (0-10).* **Advice:** *The authors advise hospitals to carry out or teach finger-pointing non-pharmacological therapies in providing nursing care.*

Keywords: *Nursing care, acute pain, post cesarean section*  
Bibliography: 16 Books (2019-2019), 5 Journals (2017-2019)

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang Masalah**

Persalinan adalah proses yang terjadi di mulai dari terbukanya leher rahim hingga proses keluarnya bayi serta plasenta melalui jalan lahir (rahim). Ada tiga jenis persalinan, yaitu: persalinan normal, persalinan buatan, dan persalinan anjuran/ induksi. Proses persalinan yang melalui vagina (per vaginam) adalah proses persalinan normal. Persalinan anjuran/ induksi terjadi setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin, sedangkan persalinan dengan bantuan tenaga dari luar misalnya dengan forceps dan seksio sesarea adalah upaya melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Sofian, 2012).

Terdapat indikasi medis dan non medis yang menyebabkan persalinan dengan seksio sesarea meningkat. Usia, pendidikan, sosial budaya, dan sosial ekonomi dapat mempengaruhi indikasi non medis. Sedangkan indikasi medis di lakukannya tindakan seksio sesarea adalah karena partus lama, gawat janin, preeklamsia, eklamsia, plasenta previa, kehamilan kembar, solusio plasenta, panggul sempit, dan indikasi seksio sesarea sebelumnya.

*World Health Organization* (WHO, 2015) menetapkan indikator persalinan SC 5-15% untuk setiap Negara, jika SC tidak sesuai indikasi

maka operasi SC dapat meningkatkan resiko morbiditas dan mortalitas pada bayi dan ibu (Maryani, 2016). Hasil Riskedass tahun 2018 di seluruh provinsi sebesar 15,5% dari total 78.736 kelahiran di sepanjang tahun 2018 dengan provinsi terendah yaitu Papua sebanyak 6,7% dan provinsi tertinggi Bali sebanyak 30,2% (Riani, 2019). Angka kejadian seksio sesarea di RSUD Dr. Slamet Garut pada bulan November-Januari adalah 419 kasus. Operasi seksio sesarea di ruang Zade pada bulan November-Januari adalah 156 kasus.

Setelah dilakukan tindakan operasi seksio sesarea dapat terjadi masalah keperawatan berupa aktual, resiko maupun potensial, yaitu: gangguan rasa nyaman nyeri, kurang perawatan diri dan bayi, resiko terjadinya infeksi, cemas berhubungan dengan status kesehatan (luka operasi), ketidaknyamanan terhadap situasi lingkungan dan peningkatan pemberian ASI eksklusif (Anik dan Suryani, 2015).

Adapun dalam penentuan diagnosa keperawatan utama pada klien post seksio sesarea adalah nyeri. Jika nyeri tidak diatasi maka akan mempengaruhi ADL (*Activities Daily Living*) dan akan memperlambat proses penyembuhan klien. Sebagian arti nyeri merupakan arti yang *negative*, misalnya bisa merusak jaringan kulit, menyebabkan ketidakmampuan dan memerlukan penyembuhan.

Rasa nyeri merupakan stressor yang dapat menimbulkan ketegangan bagi individu. Respon nyeri seseorang bisa secara perilaku dan biologis yang dapat menimbulkan respon fisik dan psikis. Respon fisik meliputi keadaan

umum, ekspresi wajah, nadi, pernafasan, suhu, sikap badan, apabila nyeri pada derajat yang berat dapat menyebabkan syok dan henti jantung. Respon psikis akibat nyeri dapat merangsang respons stress yang dapat menekan sistem imun dan peradangan, serta menghambat penyembuhan (Smeltzer & Bare 2012).

Sehingga untuk meningkatkan kesehatan dalam proses penyembuhan klien, perawat harus melakukan pendekatan asuhan keperawatan yang sistematis dan komprehensif dengan melakukan pengkajian, menetapkan diagnosa, menentukan perencanaan, melakukan tindakan keperawatan dan mengevaluasi hasil tindakan.

Penatalaksanaan untuk mengurangi intensitas nyeri pada ibu post seksio sesarea dapat dilakukan dengan terapi farmakologi dan non farmakologi, yaitu lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, observasi reaksi non verbal, observasi tanda-tanda vital, terapi genggam jari sebagai intervensi non farmakologis dan kaji skala nyeri, beri informasi dalam penyuluhan tentang manajemen nyeri. Penatalaksanaan nyeri dengan farmakologi menggunakan obat-obat analgesik narkotik dan non narkotik baik secara intravena maupun intramuskular. Penatalaksanaan nyeri secara non farmakologi yang bisa digunakan antara lain dengan menggunakan relaksasi, perubahan posisi dan pergerakan, dan terapi genggam jari.

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 nyeri akut di ruang Zade RSUD Dr. Slamet Garut”

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan nyeri akut di ruang Zade RSUD Dr. Slamet Garut ?”

## **1.3 Tujuan penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mampu mengaplikasikan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan nyeri akut di ruang Zade RSUD Dr. Slamet Garut, secara komprehensif meliputi aspek biologi, psikososial dan spiritual dalam bentuk pendokumentasian.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- 1) Melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan nyeri akut di ruang Zade RSUD Dr. Slamet Garut.
- 2) Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan nyeri akut di ruang Zade RSUD Dr. Slamet Garut.
- 3) Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan nyeri akut di ruang Zade RSUD Dr. Slamet Garut.

- 4) Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan nyeri akut di ruang Zade RSUD Dr. Slamet Garut.
- 5) Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan nyeri akut di ruang Zade RSUD Dr. Slamet Garut.

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Hasil penelitian ini dapat dijadikan tambahan referensi dan masukan ilmu keperawatan terkait asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan nyeri akut di RSUD Dr. Slamet Garut.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

#### **1) Bagi Perawat**

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi perawat yaitu perawat dapat membuat karya tulis ilmiah ini sebagai referensi untuk melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif pada klien post seksio sesarea dengan nyeri akut.

#### **2) 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 nyeri akut.

### 3) Bagi Institusi Pendidikan

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

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Penyakit**

##### **2.1.1 Konsep Seksio Sesarea**

###### 1) Definisi Seksio Sesarea

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

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

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

#### **Gambar 2.1**

##### **Lokasi Dilakukan Seksio Sesarea**



## 2) Anatomi Seksio Sesarea

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

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

### a) Fascia Camperi

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

### b) Fascia Scarpa

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

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

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

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

### **Gambar 2.2**

#### **Post Seksio Sesarea**



### 3) Etiologi

#### a) Etiologi yang berasal dari ibu

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

#### b) Etiologi yang berasal dari janin

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

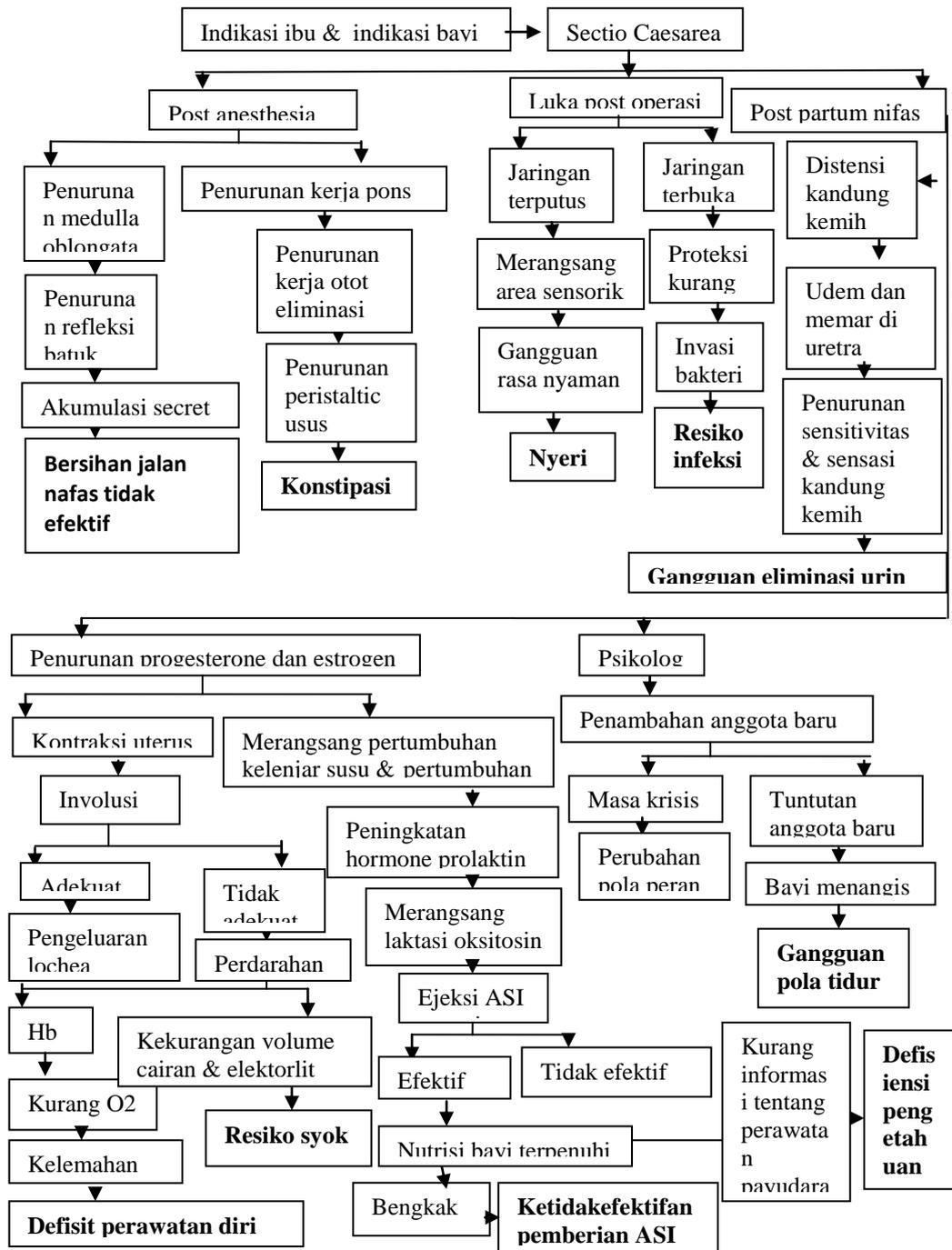
### 4) Patofisiologi

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

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

Bagan 2.1

Patofisiologi Seksio Sesarea



Sumber: (Nurarif, 2015)

## 5) Komplikasi

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

## 6) Pemeriksaan Diagnostik

### a) Pemantauan janin terhadap kesehatan janin

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

b) Penatalaksanaan medis

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

**2.1.2 Masa Nifas**

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

## 1) Tahapan Masa Nifas

### a) Puerperium Dini

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

### b) Puerperium Intermediate

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

### c) Remote Puerperium

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

#### (1) *Immediate* Postpartum

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

#### (2) *Early* Postpartum

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

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

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

2) Perubahan Fisiologis Masa Nifas

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

a) Uterus

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

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

(1) Iskemia Miometrium

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

(2) Atrofi Jaringan

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

(3) Autolisis

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

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

#### (4) Efek Oksitosin

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

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

**Tabel 2.1**  
**Perubahan Pada Uterus**

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

Sumber: (Pitriani, 2014)

#### b) Lokhea

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

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

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

**Tabel 2.2**  
**Perbedaan Masing-masing Lokhea**

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

Sumber: (Pitriani, 2014)

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

c) Vagina dan Perineum

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

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

d) Sistem Pencernaan

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

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

e) Sistem Perkemihan

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

f) Sistem Muskuloskeletal

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

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

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

g) Tanda-tanda Vital

(1) Suhu

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

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

#### (2) Nadi

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

#### (3) Tekanan Darah

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

#### (4) Pernafasan

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

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

#### (5) Sistem Kardiovaskuler

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

#### (6) Sistem Hematologi

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

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

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

#### (7) Sistem Endokrin

##### (a) Hormon Plasenta

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

##### (b) Hormon Pituitary

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

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

(c) Hypotalamik Pituitary Ovarium

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

(d) Kadar Estrogen

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

3) Adaptasi Psikologi Pada Masa Nifas

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

a) *Taking in*

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

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

b) *Taking Hold*

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

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

c) *Letting Go*

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

4) **Isu Terbaru Perawatan Masa Nifas**

a) **Mobilisasi Dini**

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

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

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

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

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

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

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

- c) Pemberian ASI Dini dan Pijat Oksitosin

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

#### d) Dukungan Terhadap Ibu Nifas

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

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Partum**

### **2.2.1 Pengkajian**

#### 1. Identitas Pasien

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

#### 2. Data Riwayat Kesehatan

##### 1) Riwayat kesehatan sekarang

##### a) Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

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

##### b) Keluhan Utama Saat Dikaji

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

pengetahuan tentang perawatan luka lalu diuraikan dalam konsep PQRST.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

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

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

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

4) Riwayat Ginekologi dan Obstetri

a) Riwayat Ginekologi

(1) Riwayat Menstruasi

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

(2) Riwayat Perkawinan (suami istri)

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

(3) Riwayat Keluarga Berencana

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

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

(4) Riwayat Obstetri

(a) Riwayat Kehamilan Dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada kehamilan sebelumnya.

(b) Riwayat Kehamilan Sekarang

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

(c) Riwayat Persalinan Dahulu

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

(d) Riwayat Persalinan Sekarang

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

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

(e) Riwayat Nifas Dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya

(f) Riwayat Nifas Sekarang

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

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

a) Pola Nutrisi

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

b) Pola Eliminasi

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

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

c) Pola Istirahat dan Tidur

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

d) *Personal Hygiene*

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

e) Aktifitas dan Latihan

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

6) Pemeriksaan Fisik

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

(1) Keadaan Umum

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

*composmentis* (kesadaran maksimal) dan penampilannya tampak baik.

(2) Tanda-tanda Vital

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

(3) Antropometri

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

(4) *Head To Toe*

(a) Kepala

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

(b) Wajah

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

(c) Mata

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

(d) Telinga

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

(e) Hidung

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

(f) Mulut

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

(g) Leher

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

(h) Dada

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

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

(i) Abdomen

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

(j) Punggung dan Bokong

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

(k) Genetalia

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

(l) Ekstremitas

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

(5) Pemeriksaan Fisik Bayi

(a) Keadaan Umum

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

(b) Antropometri

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

7) Analisa Data

Data yang sudah terkumpul selanjutnya akan di kelompokkan dan di lakukan analisa serta sintesa data. Dalam mengelompokkan data dibedakan atas data subjektif

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

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

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan Pada Klien Post Partum**

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

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

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

### 2.2.3 Rencana Keperawatan

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

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

**Tabel 2.3**

#### **Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas**

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

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

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

---

6. Beri obat (misalnya ekspektoran, bronchodilator, mukolitik, dan anti inflamasi) sesuai indikasi	6. Untuk merilekksi jalan polos pernafasan, mengurangi udema jalan nafas, dan mengeluarkan sekresi
7. Beri nebulizer ultrasonic atau alat pelembab udara ruangan humidifier	7. Untuk memberikan kelembapan tambahan sehingga membantu mengurangi kekentalan sekresi.
Mengkaji perubahan, catat komplikasi;	Mengkaji perubahan, catat komplikasi
8. Auskultasi suara nafas, dengan mencatat perubahan dalam pergerakan udara	8. Untuk memastikan status saat ini dan efek terapi untuk membersihkan jalan nafas
9. Pantau tanda-tanda vital, dengan mencatat perubahan darah atau denyut nadi. Observasi peningkatan frekuensi pernafasan gelisah/	9. Menunjukkan perburukkan gawat nafas

---

---

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

---

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

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

**Tabel 2.4**  
**Intervensi Nyeri Akut**

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

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

---

	mengurangi nyeri	mengurangi rasa nyeri dengan menghambat proses transduksi yaitu mengurangi sensasi nyeri
13.	Evaluasi keefektifan kontrol nyeri	13. Untuk mengetahui keefektifan kontrol nyeri
14.	Tingkatkan istirahat	14. Mengurangi ketidaknyamanan kepada pasien
15.	Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil	15. Nyeri hebat yang tidak reda oleh tindakan rutin dapat mengindikasikan perkembangan komplikasi dan kebutuhan intervensi lebih lanjut
16.	Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri	16. Untuk mengetahui perkembangan nyeri

*Analgesic*

*Administration*

1.	Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat	1. Untuk mengevaluasi medikasi dan kemajuan penyembuhan
2.	Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis,	2. Mengevaluasi keefektifan terapi yang diberikan

---

---

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

---

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

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

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

**Tabel 2.5**

**Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi**

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

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

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

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

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

**Tabel 2.6**

**Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI**

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

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

<p>4. buatan diskontinuitas pemberian ASI</p> <p>5. ambivalen ibu</p> <p>6. ansietas ibu</p> <p>7. anomaly payudara ibu</p> <p>8. keluarga tidak mendukung</p> <p>9. pasangan tidak mendukung</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>ASI ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera ibu mengindikasi kepuasan terhadap pemberian ASI ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI</p>	<p>6. Tentukan perasaan ibu misalnya ketakutan, ansietas, depresi mengkaji faktor penyebab/ pendukung bayi.</p> <p>7. Tentukan masalah menyusui atau anomaly bayi misalnya celah palatum</p> <p>8. Tentukan apakah bayi puas setelah menyusui atau menunjukkan ke rewel atau menangis setelah pemberian ASI membantu ibu mengemba</p>	<p>memastikan pemberian ASI yang berhasil</p> <p>6. Indicator kondisi emosi yang mendasari yang menunjukkan kebutuhan untuk intervensi dan rujukan klien mengkaji faktor penyebab/ pendukung bayi</p> <p>7. Faktor ini mengindikasikan kebutuhan intervensi yang diarahkan pada perbaikan situasi individu seperti menggunakan puting khusus atau alat pemberian makan</p> <p>8. Menunjukkan proses pemberian ASI yang tidak memuaskan membantu ibu mengembangkan keterampilan ASI yang adekuat</p>
--	--	---	---

---

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

---

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

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

## 5) Gangguan Eliminasi Urine

**Tabel 2.7**

### **Intervensi Gangguan Eliminasi Urine**

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

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

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

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

## 6) Gangguan Pola Tidur b.d Kelemahan

**Tabel 2.8**

### **Intervensi Gangguan Pola Tidur**

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

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

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

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

**Tabel 2.9**

**Intervensi Resiko Infeksi**

Diagnose keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Resiko infeksi	NOC	NIC	
Definisi : Beresiko tinggi terhadap invasi organisme pathogen	1. immune status 2. knowledge : infection control 3. risk control	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 pemanjanaan pathogen 3. pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat 1) gangguan peristalsis 2) kerusakan integritas kulit (pemasangan kateter intravena, prosedur invasive) 3) perubahan sekresi pH 4) penurunan kerja siliaris 5) pecah ketuban dini 6) pecah ketuban lama 7) merokok 8) statis cairan tubuh 9) trauma jaringan (mis, trauma destruksi jaringan) 4. ketidakadekuatan pertahanan sekunder	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. tinjauan nilai	2. Kemerahan, hangat, pembengkakan, nyeri, lapisan merah merupakan tanda perkembangan infeksi setempat yang dapat memiliki implikasi sistemik jika terapi terlambat 3. Untuk mengidenti

---

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

---

---

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

---

---

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

---

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

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

**Tabel 2.10**

**Intervensi Defisit Perawatan Diri**

<b>Diagnosa keperawatan</b>	<b>Tujuan dan kriteria hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
Defisit perawatan diri	NOC	NIC	
Definisi: Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi/ aktifitas perawatan diri untuk diri sendiri	1. mendemonstrasikan teknik untuk memenuhi perawatan diri 2. mengidentifikasi dan menggunakan sumber-sumber yang tersedia	1. kaji status pasien ada kondisi yang ada (nyeri, trauma pembedahan)	1. membantu menetapkan tujuan 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	2. mobilisasi sedini mungkin dapat mempengaruhi status kesehatan klien sehingga klien mampu melakukan perawatan dirinya secara optimal
faktor yang berhubungan : 1. gangguan kognitif 2. penurunan motivasi 3. kendala lingkungan 4. ketidakmampuan merasakan bagian tubuh 5. ketidakmampuan merasakan hubungan special 6. efek anestesi 7. ketidaknyamanan fisik 8. gangguan musculoskeletal		3. berikan bantuan perawatan diri mandi/	3. memenuhi kebutuhan perawatan diri klien

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

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

## 9) Konstipasi

**Tabel 2.11**

### **Intervensi Konstipasi**

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

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

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

---

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

---

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

## 10) Resiko Syok (hipovolemik)

Tabel 2.12

## Intervensi Resiko Syok

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Resiko syok	NOC	NIC	
Definisi : Beresiko terhadap ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa	1. syok prevention 2. syok management kriteria hasil : 1. nadi dalam batas yang diharapkan 2. irama jantung dalam batas yang diharapkan 3. frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan 4. irama pernafasan dalam batas yang diharapkan 5. natrium serum dalam batas normal 6. kalium serum dalam batas normal 7. klorida serum dalam batas normal 8. kalsium serum dalam batas normal 9. magnesium serum dalam batas normal 10. PH darah serum dalam batas normal 11. Hidrasi indicator : 1) Mata cekung tidak ditemukan 2) Demam tidak ditemukan 3) Tekanan darah dalam batas normal 4) Hematokrit dalam batas normal	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 traumatik atau luka pembedahan, eritema, nyeri tekan 3. Kaji tanda-tanda vital dan perfusi jaringan seperti (warna dan kelembaban kulit)	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 yang berkaitan dengan kondisi syok seperti kuku jari kebiruan, pengisian kapiler ulang yang lambat, kulit dingin. Perubahan disebabkan gangguan

---

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

---

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

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

## 11) Resiko Perdarahan

**Tabel 2.13**

### Intervensi Resiko Perdarahan

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

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

---

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

---

---

obat inhibitor,  
pembedahan  
untuk trauma  
abdomen  
internal atau  
retensi plasenta

6. Berkolaborasi dalam mengevaluasi kebutuhan untuk menghentikan kehilangan darah atau komponen darah khusus

6. Untuk menggantikan kehilangan darah yang terjadi. Institusi atau dokter memiliki panduan spesifik untuk transfuse seperti hitung trombosit  $<20000/m^3$  atau haemoglobin  $<6g/dL$

Untuk meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pemulangan)

7. Kebutuhan untuk tindak lanjut medis dan pemeriksaan laboratorium secara teratur ketika mendapat terapi antikoagulan

Untuk meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pemulangan)

7. Untuk menentukan perubahan dosis yang dibutuhkan atau masalah penatalaksanaan klien yang memerlukan pemantauan dan atau modifikas
-

i

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

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

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

**Tabel 2.14**

### **Intervensi Defisit Pengetahuan**

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

<p>faktor yang berhubungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. keterbatasan kognitif</li> <li>2. salah inteprestasi informasi</li> <li>3. kurang pajanan</li> <li>4. kurang minat dalam belajar</li> <li>5. kurang dapat mengingat</li> <li>6. tidak familiar dengan sumber informasi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar</li> <li>3. pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya.</li> </ol>	<p>, stabilitas e</p> <p>untuk menentukan prioritas bersama klien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. tentukan kebutuhan klien yang paling mendesak dari sudut pandang klien dan perawat</li> </ol>	<p>tanggung jawab untuk perubahan.</p> <p>Untuk menentkan prioritas bersama klien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. mengidentifikasi apakah klien dan perawat bersama-sama dalam pemikiran mereka dan member poin awal untuk penyuluhan dan perencanaan hasil untuk keberhasilan yang optimal</li> </ol>
		<p>untuk menentukan isi yang dimasukkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. identifikasi informasi yang perlu diingat (kognitif) pada tingkat perkembangan dan pendidikan klien</li> </ol>	<p>untuk menentukan isi yang dimasukkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. meningkatkan kemungkinan bahwa informasi akan didengarkan dan dipahami</li> </ol>
		<p>untuk mengembangkan tujuan pembelajaran</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. nyatakan tujuan secara jelas dengan ucapan pembelajar an untuk memenuhi kebutuhan pembelajar an (bukan instruktur)</li> </ol>	<p>untuk mengembangkan tujuan pembelajaran</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. untuk memahami mengapa materi penting bagi pembelajar memberi motivasi dalam belajar</li> </ol>

---

<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 familiar sesuai tingkat perkembangan klien untuk membantu individu belajar lebih efektif</p>
<p>6. libatkan dengan orang lain yang memiliki masalah, kebutuhan atau perhatian yang sama</p>	<p>6. kelompok dukungan memberi model peran dan kesempatan untuk berbagi informasi guna meningkatkan pembelajaran</p>
<p>untuk memfasilitasi pembelajaran</p> <p>7. minta klien menafsirkan isi dengan kata-katanya sendiri, lakukan demonstrasi kembali dan jelaskan bagaimana belajar dapat diaplikasikan pada situasi</p>	<p>untuk memfasilitasi pembelajaran</p> <p>7. untuk meningkatkan internalisasi materi dan mengevaluasi pembelajaran</p>

---

---

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

---

#### **2.2.4 Implementasi Keperawatan**

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

#### **2.2.5 Evaluasi Keperawatan**

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

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

## **2.3 Konsep Nyeri**

### **2.3.1 Definisi Nyeri**

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

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

### 2.3.2 Fisiologi Nyeri

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

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

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

### 2.3.3 Transmisi Nyeri

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

#### 1) Teori Spesivitas (*Specivity Theory*)

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

#### 2) Teori Pola (*Pattern Theory*)

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

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

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

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

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

#### **2.3.4 Patofisiologi Nyeri Secara Umum**

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

dan protein intraseluler. Peningkatan kadar  $K^+$  ekstraseluler akan menyebabkan depolarisasi nociceptor, sedangkan protein pada beberapa keadaan akan menginfiltrasi mikroorganisme sehingga akan menyebabkan peradangan/ inflamasi. Akibatnya, mediator nyeri ini dilepaskan seperti leukotrien, prostaglandin E<sub>2</sub>, dan histamin yang akan merangsang nosiseptor sehingga rangsangan berbahaya dan tidak berbahaya dapat menyebabkan nyeri (hiperalgesia atau allodynia).

Selain itu lesi juga bisa mengaktifkan faktor pembekuan darah sehingga bradikinin dan serotonin akan terstimulasi dan merangsang nosiseptor. Jika terjadi oklusi pembuluh darah maka akan terjadi iskemia yang menyebabkan akumulasi  $K^+$  ekstraseluler dan  $H^+$  yang selanjutnya akan mengaktifkan nosiseptor. Histamin, bradikinin, dan prostaglandin E<sub>2</sub> ini memiliki efek vasodilator dan meningkatkan permeabilitas pada pembuluh darah. Hal bisa ini menyebabkan edema lokal, tekanan jaringan akan meningkat dan juga terjadi perangsangan nosiseptor. Bila nosiseptor terangsang maka mereka melepaskan substansi peptide P (SP) dan kalsitonin gen terkait peptide (CGRP), yang akan merangsang proses inflamasi dan juga menghasilkan vasodilatasi dan meningkatkan permeabilitas pembuluh darah. Vasokonstriksi (oleh serotonin), diikuti oleh vasodilatasi, mungkin juga bertanggung jawab untuk serangan

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

### **2.3.5 Klasifikasi Nyeri**

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

#### **1. Nyeri Akut**

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

#### **2. Nyeri Kronis**

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

### **2.3.6 Skala Nyeri**

Skala nyeri secara visual dan numerik

Keterangan:

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

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

### **2.3.7 Teknik Relaksasi Genggam Jari**

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