

BAB II

LANDASAN TEORI

2.1 Landasan Teori Post Partum

2.1.1 Konsep post partum

a. Definisi post partum

Menurut Johnson 2014 dalam Santika Putri, 2020, *postpartum* adalah masa sesudah persalinan dapat juga disebut masa nifas (*puerperium*) yaitu masa sesudah persalinan yang diperlukan untuk pulihnya kembali alat kandungan yang lamanya 6-8 minggu. Selama periode paska melahirkan, sang ibu akan mengalami sejumlah perubahan fisiologis dan psikologis ketika tubuh kembali ke keadaan sebelum hamil. Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih enam minggu.

Post partum adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa *post partum* berlangsung selama 6 minggu (Wibawati, 2020).

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa *postpartum* adalah masa sesudah persalinan dapat juga disebut masa nifas (*puerperium*) yaitu masa sesudah persalinan atau masa plasenta lahir yang diperlukan untuk pulihnya kembali alat kandungan yang lamanya 6-8 minggu.

b. Tahapan masa nifas

Terdapat 3 tahapan *post partum* menurut Wahyuningsih (2019), yaitu :

1) *Immediate post partum* (setelah plasenta lahir - 24 jam)

Masa segera setelah plasenta lahir sampai 24 jam, Adapun masalah yang sering terjadi pendarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu perlu melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran *lochea*, tekanan darah dan suhu.

2) *Early post partum* (24 jam - 1 mg)

Harus dipastikan involusi uteri normal, tidak ada perdarahan, *lochea* tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapat makanan dan cairan serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) *Late post partum* (1 mg - 6 mg)

Tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling/ pendidikan kesehatan Keluarga Berencana (KB).

c. Perubahan fisiologis pada *post partum*

Menurut Hacker dan Moore Edisi 2 dalam (Ayu Putri, 2019) Untuk mengingat komponen yang diperlukan dalam pengkajian *post partum*, banyak perawat menggunakan istilah **BUBBLE-HE** yaitu termasuk *Breast* (payudara), Uterus (rahim), *Bowel* (fungsi usus), *Bladder* (kandung kemih), *Lochea* (lochia), *Episiotomy* (episiotomi/perinium), *Human sign*, dan *Emotion* (emosi).

1) Involusi Rahim

Melalui proses katabolisme jaringan, berat rahim dengan cepat menurun dari sekitar 1000gm pada saat kelahiran menjadi 50 gm pada sekitar 3 minggu masa nifas. Serviks juga kehilangan elastisnya dan kembali kaku seperti sebelum

kehamilan. Selama beberapa hari pertama setelah melahirkan, secret rahim (*Lochea*) tampak merah (*Lochea rubra*) karena adanya eritrosit. Setelah 3 sampai 4 hari *Lochea* menjadi lebih pucat (*Lochea serosa*), dan dihari ke sepuluh lokhea tampak berwarna putih atau kekuning kuningan (*Lochea alba*).

Berdasarkan waktu dan warnanya pengeluaran *Lochea* dibagi menjadi 4 jenis:

- a) *Lochea rubra*, *Lochea* ini muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa *postpartum*, warnanya merah karena berisi darah segar dari jaringan sisa-sisa plasenta.
- b) *Lochea serosa*, *Lochea* ini muncul pada hari ketujuh sampai hari keempat belas dan berwarna kuning kecoklatan.
- c) *Lochea alba*, berwarna putih dan berlangsung 2 sampai 6 minggu *postpartum*.

Munculnya kembali perdarahan merah segar setelah lokia menjadi alba atau serosa menandakan adanya infeksi atau hemoragi yang lambat. (Martin, Reeder, G., Koniak, 2014).

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

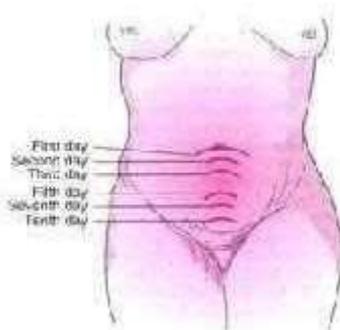
- a) Iskemia Miometrium : Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadirelatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.
- b) Atrofi jaringan : Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon esterogen saat pelepasan plasenta.
- c) Autolysis : Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam ototuterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar

sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.

d) Efek Oksitosin : Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

Gambar 2. 1

Involusi Uterus



(Sumber : Gunawan)

1. Uterus tempat plasenta

Menurut Martin, Reeder, G., Koniak dalam Ayu Putri, 2019, pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri. Segera setelah plasenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus.

Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka. Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung di dalam decidua basalis.

Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta hingga terkelupas dan tak dipakai lagi pada pembuangan lokia.

2. *Afterpains*

Menurut Harnany, S.ST, M.Si dkk., 2021, *afterpains* adalah perasaan nyeri (kram dan mules-mules) yang dirasakan oleh ibu setelah melahirkan akibat dari rileksasi dan kontraksi uterus yang periodik berlangsung 2-10 hari post partum, sering terjadi pada multipara karena uterus sering teregang, cenderung kendor dari pada uterus primipara, begitu pula pada bayi terlalu besar, bayi kembar atau pada *hydramnion*, karena uterus penuh dua kali lipat, akan membutuhkan upaya lebih kuat menimbulkan kontraksi dalam proses involusi uterus. Ketidaknyamanan ini dapat menimbulkan penurunan nafsu makan, gangguan mobilitas, istirahat dan tidur, bahkan menyebabkan kecemasan, yang dapat berpengaruh pula pada proses laktasi, sehingga menjadi salah satu penyebab kegagalan ASI eksklusif. Masalah yang serius ini harus segera diperhatikan dan ditangani oleh seorang perawat.

3. Vagina

Meskipun vagina tidak pernah kembali ke keadaan seperti sebelum kehamilan, jaringan suportif pada lantai pelvis berangsur-angsur kembali pada tonus semula.

4. Perubahan sistem pencernaan

Biasanya Ibu mengalami obstipasi setelah persalinan. Hal ini terjadi karena pada waktu melahirkan sistem pencernaan mendapat tekanan menyebabkan kolon menjadi kosong, kurang makan, dan laserasi jalan lahir. Menurut Dessy, T., dkk. dalam (Ayu Putri, 2019).

5. Sistem kardiovaskuler

Segera setelah kelahiran, terjadi peningkatan resistensi yang nyata pada pembuluh darah perifer akibat pembuangan sirkulasi uteroplasenta yang bertekanan rendah. Kerja jantung dan volume plasma secara berangsur angsur kembali normal selama 2 minggu masa nifas.

6. Perubahan sistem perkemihan

Menurut Rukiyah, 2010 dalam Ayu Putri, 2019 bahwa Diuresis *postpartum* normal terjadi dalam 24 jam setelah melahirkan sebagai respon terhadap penurunan estrogen. Kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami tekanan kepala janin selama persalinan. Protein dapat muncul di dalam urine akibat perubahan otolitik di dalam uterus.

7. Perubahan psikososial

Wanita cukup sering menunjukkan sedikit depresi beberapa hari setelah kelahiran. “perasaan sedih pada masa nifas” mungkin akibat faktor faktor emosional dan hormonal. Dengan rasa pengertian dan penentraman dari keluarga dan dokter, perasaan ini biasanya membaik tanpa akibat lanjut.

8. Kembalinya haid dan ovulasi

Pada wanita yang tidak menyusui bayi, aliran haid biasanya akan kembali pada 6 sampai 8 minggu setelah kelahiran, meskipun ini sangat bervariasi. Meskipun ovulasi mungkin tidak terjadi selama beberapa bulan, terutama ibu ibu yang menyusui bayi, penyuluhan dan penggunaan kontrasepsi harus ditekankan selama masa nifas untuk menghindari kehamilan yang tak dikehendaki.

9. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali Menurut Mansyur, 2014 dalam (Ayu Putri, 2019).

10. Perubahan Tanda-tanda Vital

Pada Ibu masa nifas terjadi perubahan tanda-tanda vital, meliputi:

- a) Suhu tubuh : Menurut Trisnawati, 2012 dalam (Ayu Putri, 2019) Pada 24jam setelah melahirkan suhu badan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai dampak dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan yang berlebihan, dan kelelahan.
- b) Nadi : Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat dari denyut nadi normal orang dewasa (60-80x/menit).
- c) Tekanan darah, biasanya tidak berubah, kemungkinan bila tekanan darah tinggi atau rendah karena terjadi kelainan seperti perdarahan dan preeklamsia.
- d) Pernafasan, frekuensi pernafasan normal orang dewasa adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal. Bila pernafasan pada masa *post partum* menjadi lebih cepat, kemungkinan adatananda-tanda syok Menurut Rukiyah, 2010 dalam (Ayu Putri, 2019).

11. Proses penyembuhan luka

Menurut (Harnany, S.ST, M.Si dkk, 2021) Terdapat tiga fase, yaitu: fase inflamasi (24 jam pertama - 48 jam), fase proliferasi (48 jam-5 hari), dan Fase maturasi (5 hari-berbulan-bulan).

Dalam proses penyembuhan luka sebaiknya mendapatkan asuhan yang baik, apabila tidak mendapat asuhan yang baik maka akan menimbulkan keadaan yang patologi.

d. Proses perubahan psikologis masa nifas

Proses adaptasi psikologis pada seorang ibu sudah dimulai sejak dia hamil. Wanita hamil akan mengalami perubahan psikologis yang nyata sehingga memerlukan adaptasi. Perubahan mood seperti sering menangis, lekas marah dan sering sedih atau cepat berubah menjadi senang merupakan manifestasi dari emosi yang labil. Menurut Suherni, dkk. 2009 : 85 dalam (Nababan, 2021). Beberapa penulis berpendapat, dalam minggu pertama setelah melahirkan banyak wanita menunjukkan gejala-gejala psikiatrik, terutama gejala depresi dari ringan sampai berat serta gejala-gejala neurosis traumatik.

Pada masa nifas, wanita banyak mengalami perubahan selain fisik yaitu antara lain wanita meningkat emosinya. Pada masa ini wanita mengalami transisi menjadi orang tua. Fase yang dilalui oleh ibu postpartum adalah :

1) Taking in Fase

Menurut Ambarwati, 2010 : 88-89 dalam Nababan, 2021, merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari ke 1-2 setelah melahirkan. Pada saat itu fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman proses persalinan sering berulang diceritakannya. Kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung lebih pasif terhadap lingkungannya.

2) *Taking hold*

Menurut Dewi Vivian, 2011 : 66 dalam Nababan, 2021

Cirinya :

- a) Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 postpartum.
- b) Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi.
- c) Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya.
- d) Ibu berusaha keras untuk menguasai ketrampilan perawatan bayinya.
- e) Pada masa ini, ibu biasanya agak sensitive dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut. Menurut Sulistyawati, 2009 : 88 dalam (Nababan, 2021)

Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai dalam merawat diri dan bayinya sehingga timbul percaya diri. (Dewi Vivian, 2011 : 66).

3) *Letting go*

- a) Terjadi setelah ibu pulang kerumah dan sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.
- b) Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi. Ia harus beradaptasi dengan kebutuhan bayi yang sangat bergantung, yang menyebabkan berkurangnya hak ibu dalam kebebasan dan berhubungan sosial.
- c) Pada periode ini umumnya terjadi depresi *post partum*.

2.1.2 Konsep *Post Partum Sectio Caesarea* (SC)

a. Definisi *Post Partum Sectio Caesarea*

Persalinan melalui *Sectio Caesarea* (SC) dilakukan dengan membuat sayatan di dinding rahim, sehingga menyebabkan adanya luka bekas operasi yang cukup besar. Luka bekas operasi ini seringkali membuat ibu merasa khawatir dan takut untuk melakukan pergerakan, selain itu luka tersebut juga menimbulkan nyeri pada ibu. (Antameng dkk., 2019)

Menurut Nisa A'fina, Susanti Evy, 2020 beberapa definisi *Sectio Caesarea* (SC). *Sectio Caesarea* adalah sebuah bentuk melahirkan anak dengan melakukan sebuah irisan pembedahan yang menembus berhubungan denganomen seorang ibu dan uterus untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih. Cara ini biasanya dilakukan ketika kelahiran melalui vagina akan mengarah pada komplikasi-komplikasi kendati cara ini semakin umum sebagai pengganti kelahiran normal (Mitayani, 2013), dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram.

Berdasarkan definisi dari beberapa pendapat yang diangkat bahwa *Post Sectio Caesarea* adalah suatu pembedahan dengan membuat sayatan di dinding rahim yang menembus aberhubungan denganomen seorang ibu dan uterus untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih.

b. Indikasi *Post Sectio Caesarea* (SC)

Indikasi dilakukannya operasi *sectio caesarea* (SC) atau biasa disebut operasi sesar atau *caesarean section*, secara umum adalah bila terdapat masalah pada jalan lahir (*passage*), his (*power*), dan/atau janin (*passenger*) atau terdapat kontraindikasi persalinan per vaginam.

Indikasi ini dapat dibedakan menjadi 3 kelompok besar, yaitu indikasi maternal, indikasi fetal, atau keduanya.

1) Indikasi Fetal

- a) Kondisi medis pada janin, seperti gawat janin, kelainan tali pusat berdasarkan pemeriksaan Doppler, infeksi, persalinan preterm, dan malpresentasi, misalnya presentasi sungsang, non-frank breech, presentasi lintang, atau presentasi muka
- b) Kelainan kongenital atau muskuloskeletal, dan makrosomia
- c) Kelainan pada darah, seperti trombositopenia dan acidemia memanjang
- d) Riwayat trauma lahir atau kondisi di mana pencegahan trauma akibat proses persalinan dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas neonatal.

2) Indikasi Maternal

- a) Kegawatdaruratan obstetri, seperti gawat ibu, atonia uteri, ruptur uteri
- b) Riwayat operasi dahulu, misalnya riwayat SC sebelumnya, riwayat histerektomi klasik, riwayat rekonstruksi pelvis, dan riwayat miomektomi *full-thickness*
- c) Kondisi medis, misalnya deformitas pelvis, bekas luka pada uterus, abnormalitas pelvis yang mengganggu kepala bayi masuk pintu atas panggul, massa atau lesi obstruktif pada traktus genital bawah, dan kanker serviks invasif
- d) Lainnya, seperti dehisensi insisi uterus, *human immunodeficiency virus* (HIV) atau *herpes simplex virus* (HSV), persalinan SC terencana, kondisi jantung yang tidak memungkinkan manuver *Valsalva* dilakukan, aneurisma serebral atau malformasi arteriovenosa.

3) Indikasi Fetal dan Maternal

- a) Kelainan plasenta, misalnya plasenta previa, plasenta akreta, solusio plasenta.
- b) Masalah persalinan per vaginam, seperti terdapat kontraindikasi pada persalinan per vaginam atau percobaan persalinan per vaginam gagal.
- c) Disproporsi sefalopelvik.
- d) Kehamilan postterm.

Dapat disimpulkan bahwa operasi *sectio caesarea* (SC) pada indikasi- indikasi di atas dapat dilakukan secara elektif ataupun emergensi, berdasarkan kategori tingkat urgensinya. Studi menunjukkan bahwa melakukan SC dengan indikasi secara terencana (elektif) memberikan dampak lebih baik secara psikologisterhadap ibu. Meski demikian, penting untuk melakukan SC hanya atas indikasi medis yang tepat.

4) Klasifikasi *Sectio Caesarea* (SC)

- a) *Sectio caesarea* klasik atau korporal.

Menurut Solehati, 2017 ciri SC klasik ini adalah dengan panjang sayatan kira-kira 10 cm yang memanjang pada korpus uteri. Untuk mencegah masuknya air ketuban dan darah ke rongga perut maka setelah dinding perut dan peritoneum parietal tersayat dan terbuka pada garis tengahnya harus dibalut beberapa kain kasa panjang yang mencakup antara dinding perut serta dinding uterus.

Pada bagian ujung bawah di atas batas plika vesiko uterina diberikan sayatan insisi pada bagian tengah korpus uteri dengan panjang 10-12cm. Untuk mengisap air ketuban sebanyak mungkin maka dibuatlah lubang kecil pada kantong ketuban, kemudian lubang ini dilebarkan, dan untuk memudahkan tindakan-tindakan selanjutnya maka janin dilahirkan dari rongga perut. plasenta dan selaput ketuban dikeluarkan secara manual serta berikan suntikan 10 oksitosin dalam dinding uterus atau intravena.

Selanjutnya dinding uterus tersebut ditutup dengan jahitan catgut yang kuat dalam dua lapisan; lapisan awal atau pertama terdiri atas jahitan simpul dan lapisan kedua atas jahitan menerus. Selanjutnya diadakan jahitan menerus dengan catgut yang lebih tipis, yang mengikutsertakan peritoneum serta bagian luar miomertrium dan yang menutup jahitan yang terlebih dahulu dengan rapi. Akhirnya dinding perut ditutup secara biasa.

b) Sectio caesarea transperitonealis profunda.

Cirinya adalah sayatan yang melintang konkaf di segmen bawah rahim yang panjangnya kira-kira 10. Ibu disuruh berbaring dalam keadaan trendelenburg ringan dan dipasang dauercatheter. Di dinding perut pada bagian garis tengah dari simfisis sampai beberapa sentimeter di bawah pusat diberikan insisi. Dengan satu kain kasa panjang atau lebih maka dipasang spekulumperut serta lapangan operasi dipisahkan dari rongga perut, itu dilakukan setelah peritoneum dibuka (Solehati, 2017)

Peritoneum pada dinding uterus depan dan bawah dipegang dengan pinset, plika 7 vesiko-uterina dibuka dan ibnsisi ini diteruskan melintang jauh ke lateral; kemudian kandung kencing dengan peritoneum di depan uterus didorong ke bawah dengan jari.

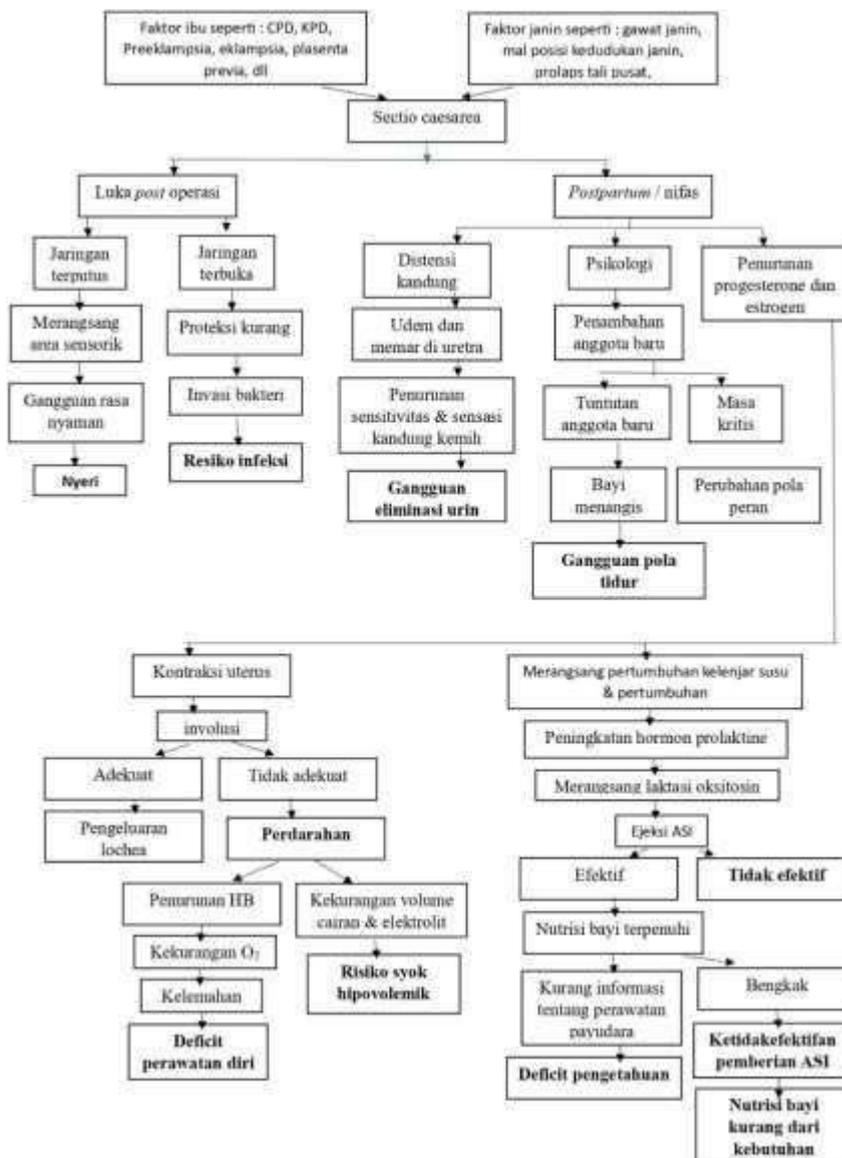
c) Patofisiologis

Akibat dari kelainan pada ibu dan janin menyebabkan dilakukannya SC dan tidak dilakukan dengan persalinan (Solehati, 2017). Tindakan alternatif untuk dilakukannya persalinan adalah menggunakan *sectio caesarea* dengan berat diatas 500 gram dan adanya bekas sayatan yang masih utuh. Penyebab atau indikasi dilakukannya SC ini adalah karena distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distorsia jaringan lunak. Plasenta previa dan lain-lain. Untuk ibu sedangkan untuk gawat janin, janin besar dan letak lintang setelah dilakukan *sectio caesarea* ibu akan mengalami adaptasi post partum. Perlu anestesi yang bersifat regional dan umum sebelum dilakukannya operasi pasien.

d) *Pathway post partum caesarea*

Gambar 2. 2

Pathway Sectio Caesarea



(Sumber : NIC-NOC, 2017)

e) Komplikasi

Komplikasi yang sering terjadi pada pasien post sectio caesarea adalah:

- 1) Infeksi puerperal infeksi ini merupakan infeksi bakteri yang menyerang bagian tubuh reproduksi setelah post partum, keguguran atau pun post SC, biasanya ditandai dengan kenaikan suhu bersifat berat seperti peritonitis, sepsis dan sebagainya.
- 2) Perdarahan, pendarahan biasanya terjadi saat proses pembedahan karena cabang-cabang arteri terbuka atau karena atonia uteri
- 3) Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kencing, embolisme paru- paru dan sebagainya sangat jarang terjadi.
- 4) Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak, ialah kurang kuatnya parut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan selanjutnya bisa terjadi ruptur uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah sesarea klasik. (Solehati, 2017) Komplikasi lain seperti resiko terjadinya depresi pernapasan pada bayi biasanya diakibatkan oleh obat bius yang mana obat bius tersebut mengandung narkose.

2.1.3 Landasan Teori Nyeri

a. Definisi Nyeri

Menurut (Faisal, 2022) Nyeri adalah mekanisme protektif untuk menimbulkan kesadaran terhadap kenyataan bahwa sedang atau akan terjadi kerusakan jaringan. Karena nilainya bagi kelangsungan hidup, nosiseptor (reseptor nyeri) tidak beradaptasi terhadap stimulasi yang berulang atau berkepanjangan. Simpanan

pengalaman yang menimbulkan nyeri dalam ingatan membantu kita menghindari kejadian – kejadian yang berpotensi membahayakan di masa mendatang.

Nyeri merupakan pengalaman sensorik yang dibawa oleh stimulus akibat kerusakan jaringan. Nyeri pasca persalinan merupakan sensasi yang tidak menyenangkan akibat stimulasi saraf sensorik. Nyeri terdiri dari dua komponen, yaitu komponen fisiologis yang merupakan proses penerimaan impuls menuju saraf pusat dan komponen psikologis meliputi rekognisi sensasi, interpretasi rasa nyeri dan reaksi terhadap hasil interpretasi nyeri tersebut.

b. Etiologi Nyeri

Menurut Handayani dalam Badriyah & Sumarliyah, 2019 dalam nyeri dapat disebabkan oleh beberapa hal yaitu trauma, mekanik, thermos, elektrik, neoplasma (jinak dan ganas), peradangan (inflamasi), gangguan sirkulasi darah dan kelainan pembuluh darah serta yang terakhir adalah trauma psikologis

c. Klafikasi Nyeri

1) Nyeri Akut

Nyeri akut dapat dideskripsikan sebagai nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah, dan memiliki awitan yang cepat, dengsn intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) serta berlangsung singkat (kurang dari enam bulan) dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang rusak. Nyeri akut biasanya berlangsung singkat. Pasien yang mengalami nyeri akut biasanya menunjukkan gejala perspirasi meningkat, denyut jantung dan tekanan darah meningkat serta pallor (Mubarak, dkk. 2015)

2) Nyeri Kronis

Merupakan nyeri yang berlangsung terus menerus selama 6 bulan atau lebih. Nyeri ini berlangsung diluar waktu penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik. Nyeri kronis iniberbeda dengan nyeri akut dan menunjukkan masalah baru, nyeri ini sering mempengaruhi semua aspek kehidupan penderitanya dan menimbulkan distress, kegalauan emosi dan mengganggu fungsi fisik dan sosial (Faisol, 2022)

d. Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Nyeri merupakan hal yang kompleks, banyak faktor yang mempengaruhi pengalaman seseorang terhadap nyeri. Seorang perawat harus mempertimbangkan faktor-faktor tersebut dalam menghadapi klien yang mengalami nyeri. Hal ini sangat penting dalam pengkajian nyeri yang akurat dan memilih terapi nyeri yang baik. Persepsi individu terhadap nyeri di pengaruhi oleh beberapa faktor antara lain (Faisol, 2022) :

1. Etnik dan nilai budaya

Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah suatu yang alamiah. Kebudayaan lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup (*introvert*). Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Dengan demikian hal ini dapat memengaruhi pengeluaran fisiologis opial endogensehingga terjadilah persepsi nyeri. Sebagai contoh, individu dari budaya tertentu cenderung ekspresif dalam mengungkapkan nyeri, sedangkan individu dari budaya lain cenderung lebih memilih menahan perasaan mereka dan tidak ingin merepotkan orang lain.

2. Tahap Perkembangan

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variable penting yang akan memengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Dalam hal ini anak-anak cenderung kurang mampu mengungkapkan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri untuk mereka. Disisi lain, prevalensi nyeri pada individu lansia lebih tinggi karena penyakit akut atau kronis dan degenerative yang diderita.

3. Lingkungan dan individu pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah faktor penting yang memengaruhi persepsi nyeri individu. Sebagai contoh, individu yang sendirian, tanpa keluarga atau teman-teman yang mendukungnya, cenderung merasakan nyeri yang lebih berat dibandingkan mereka yang dapat dukungan keluarga dan orang-orang terdekat.

4. Pengalaman nyeri sebelumnya

Pengalaman masa lalu juga berpengaruh terhadap persepsi nyeri individu dan kepekaannya terhadap nyeri. Individu yang pernah mengalami nyeri atau menyaksikan penderitaan orang terdekatnya saat mengalami nyeri cenderung merasa terancam dengan peristiwa nyeri yang akan terjadi dibandingkan individu lain yang belum pernah mengalaminya.

5. Ansietas dan stress

Ansietas seringkali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri.

6. Jenis kelamin

Beberapa kebudayaan yang memengaruhi jenis kelamin misalnya menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Namun secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespon terhadap nyeri.

7. Makna Nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman, dan tantangan. Makna nyeri memengaruhi pengalaman nyeri dan secara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.

8. Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

9. Keletihan

Rasa kelelahan menyebabkan sensai nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping sehingga meningkatkan persepsi nyeri.

10. Gaya coping

Individu yang memiliki lokasi kendali internal mempersiapkan diri mereka sebagai individu yang dapat mengendalikan lingkungan mereka dan hasil akhir suatu peristiwa nyeri.

11. Dukungan keluarga dan sosial

Kehadiran orang-orang terdekat pasien dan bagaimana sikap mereka terhadap pasien mempengaruhi respon nyeri memerlukan dukungan, bantuan, dan perlindungan walaupun nyeri tetap dirasakan, kehadiran orang yang dicintai akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

e. Skala dan Intesitas Nyeri

Skala nyeri digunakan untuk mengetahui tingkat keparahan rasa sakit yang dirasakan pasien. Skala nyeri dapat membantu dokter dalam membuat diagnosis yang akurat, merencanakan pengobatan, dan mengukur efektivitas pengobatan.

Tak hanya tingkat keparahan, skala nyeri juga dapat digunakan untuk mengetahui durasi dan jenis nyeri yang dirasakan oleh pasien. Ada banyak metode untuk mengukur skala nyeri, namun yang paling sering digunakan antara lain:

1). *Numeric rating scale* (NRS)

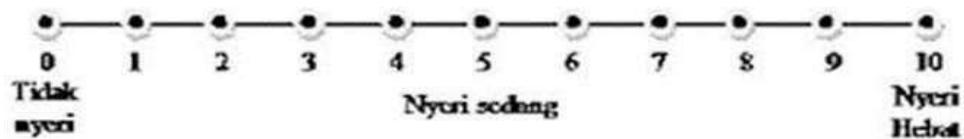
Numeric rating scale merupakan skala nyeri yang paling sering digunakan. Skala nyeri ini dirancang untuk digunakan oleh pasien yang berusiadi atas 9 tahun. Tingkat intensitas nyeri ini dapat dinilai pada perawatan awal, atausecara berkala setelah perawatan.

Pada pengukuran skala nyeri ini, pasien diminta untuk menilai rasa sakit yang dialami menggunakan angka 0–10 atau 0–5. Semakin besar angka yang dipilih, maka semakin sakit juga nyeri yang dirasakan. Berikut adalah penjelasannya:

- a) Angka 0 artinya tidak nyeri
- b) Angka 1–3 artinya nyeri ringan
- c) Angka 4–6 artinya nyeri sedang
- d) Angka 7–10 artinya nyeri berat

Gambar 2. 3

Skala Intensitas Nyeri Numerik



(Sumber : Suindrayasa, 2017)

2) *Visual analog scale* (VAS)

Skala nyeri ini menggunakan garis sepanjang 10 cm yang dicetak pada selembar kertas. Di ujung garis sebelah kiri terdapat tulisan "tidak sakit" dan di ujung lainnya terdapat tulisan "sakit yang teramat sangat".

Pasien diminta untuk memberi tanda titik atau X pada garis untuk menunjukkan intensitas rasa sakit yang diderita. Kemudian dokter akan mengukur garis untuk menghitung skor nyeri.

3) *Verbal rating scale (VRS)*

Skala nyeri berupa *verbal rating scale* menggunakan kata-kata, angka, atau warna untuk menilai rasa sakit. Misalnya, dalam satu garis lurus terdapat kata-kata mulai dari “tidak nyeri”, “nyeri ringan”, “nyeri sedang”, “sangat nyeri”, “sangat nyeri sekali”, hingga “amat sangat nyeri sekali”. Setiap kata tersebut dipasangkan dengan angka (misalnya, "tidak nyeri" = 0 dan "amat sangat nyeri sekali" = 5).

4) *McGill pain questionnaire (MPQ)*

Skala nyeri jenis ini berbentuk seperti kuesioner berisi 78 kata yang berkaitan dengan rasa nyeri, seperti takut, dingin, panas, mati rasa, dan sebagainya. Pasien diminta menandai kata-kata yang paling sesuai dengan kondisi yang dirasakan. Skala nyeri ini ditujukan untuk anak-anak yang sudah bisa membaca dan orang dewasa.

5) *Brief pain inventory (BPI)*

Skala nyeri ini berisi sekitar 15 pertanyaan untuk mengetahui rasa sakit yang dirasakan selama 24 jam terakhir. Beberapa pertanyaan dilengkapi dengan pilihan angka 0–10. Contoh pertanyaan yang diberikan antara lain menandai lokasi nyeri pada gambar manusia dan apakah nyeri mengganggu tidur maupun kemampuan berjalan pasien.

6) *Initial pain assessment tool*

Initial pain assessment tool dirancang untuk digunakan selama pemeriksaan awal. Skala nyeri ini bisa membantu dokter mendapatkan informasi mengenai rasa nyeri pasien.

f. Manajemen Nyeri

Menurut Putri & Maria, 2015 dalam Febiantri & Machmudah, 2021) bahwa penatalaksanaan nyeri dalam mengatasi nyeri dengan tujuan untuk mengurangi nyeri yang muncul dengan menggunakan dua metode yaitu metode nonfarmakologi dan metode farmakologi.

Menurut Faisol, 2022 manajemen nyeri farmakologi menghilangkan nyeri dengan pemberian obat-obatan pereda nyeri. Penggunaan pada nyeri sangat hebat dan berlangsung berjam-jam atau hingga berhari-hari. Obat-obatan yang digunakan jenis analgesik. terdapat tiga jenis analgesik, yaitu:

- 1) Non-narkotik dan anti inflamasi non-steroid (NSAID): dapat digunakan untuk nyeri ringan hingga sedang. Obat ini tidak menimbulkan depresi pernapasan.
- 2) Analgesik narkotik atau opioid: diperuntukkan nyeri sedang hingga berat, misalnya pasca operasi. Efek samping obat ini menimbulkan depresi pernapasan, efek sedasi, konstipasi, mual, dan muntah.
- 3) Obat tambahan atau adjuvant (koanalgesik): obat dalam jenis sedatif, anticemas, dan pelemas otot. Obat ini dapat meningkatkan kontrol nyeri dan menghilangkan gejala penyertanya. Obat golongan NSAID, golongan kortikosteroid sintetik, golongan opioid memiliki onset sekitar 10 menit dengan maksimum analgesik tercapai dalam 1-2 jam. Durasi kerja sekitar 6-8 jam.

Manajemen Nyeri non-farmakologi ada beberapa tindakan non-farmakologi yang dapat dilakukan secara mandiri oleh perawat, yaitu:

1) Stimulasi dan Masase Kutaneus Masase

Merupakan stimulasi kutaneus tubuh secara umum yang dipusatkan pada punggung dan tubuh. Masase dapat mengurangi nyeri karena membuat pasien lebih nyaman akibat relaksasi otot.

2) Kompres Dingin dan Hangat Kompres dingin

Menurunkan produksi prostaglandin sehingga reseptor nyeri lebih tahan terhadap rangsang nyeri dan menghambat proses inflamasi. Kompres hangat berdampak pada peningkatan aliran darah sehingga menurunkan nyeri dan mempercepat penyembuhan. Kedua kompres ini digunakan secara hati-hati agar tidak terjadi cedera.

3) Distraksi Pasien

Akan dialihkan fokus perhatiannya agar tidak memperhatikan sensasi nyeri. Individu yang tidak menghiraukan nyeri akan lebih tidak terganggu dan tahan menghadapi rasa nyeri. Teknik Relaksasi dapat berupa napas dalam dengan cara menarik dan menghembuskan napas secara teratur. Teknik ini dapat menurunkan ketegangan otot yang menunjang rasa nyeri. Penelitian Aini (2018) menunjukkan ada pengaruh teknik relaksasi napas dalam terhadap penurunan nyeri pada pasien fraktur.

4) Imajinasi Terbimbing

Pasien akan dibimbing dan diarahkan untuk menggunakan imajinasi yang positif. Dikombinasi dengan relaksasi dan menggunakan suatu gambaran kenyamanan dapat mengalihkan perhatian terhadap nyeri.

5) Terapi Musik

Pengaruh signifikan pemberian musik instrumental terhadap penurunan skala nyeri pasien pra operasi fraktur. Musik instrumental dapat memberikan ketenangan pada pasien. Pemberian musik dapat mengalihkan perhatian pasien dan menurunkan tingkat nyeri yang dialami.

6) Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini merupakan suatu kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya. Mobilisasi dini dapat dilakukan 2 jam pada post partum normal dan 6 jam pada post partum SC.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Menurut Husna, asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien atau pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidah kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistic, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien.

Proses keperawatan adalah aktivitas yang mempunyai maksud yaitu praktik keperawatan yang dilakukan dengan cara yang sistematis. Selama melaksanakan proses keperawatan, perawat menggunakan dasar pengetahuan yang komprehensif untuk mengkaji status kesehatan klien, membuat penilaian yang bijaksana dan mendiagnosa, mengidentifikasi hasil akhir kesehatan klien dan merencanakan, menerapkan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang tepat guna mencapai hasil akhir tersebut (Dermawan, 2013).

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien baik secara bio, psiko, sosial dan spiritual.

a. Data Ibu

1) Identitas Klien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, tanggal MRS, diagnosa medis.

3) Keluhan Utama

Pada umumnya pasien post sectio caesar mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi. Nyeri biasanya bertambah parah jika pasien bergerak.

4) Riwayat kesehatan

Pada pengkajian riwayat kesehatan, data yang dikaji adalah riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan sekarang dan riwayat kesehatan keluarga. Dalam mengkaji riwayat kesehatan dahulu hal yang perlu dikaji adalah penyakit yang pernah diderita pasien khususnya penyakit kronis, menular, dan menahun seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin.

Riwayat kesehatan sekarang berisi tentang pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya operasi sectio caesarea seperti kelainan letak bayi (letak sungsang dan letak lintang), faktor plasenta (plasenta previa, solution plasenta, plasenta accrete, vasa previa),

kelainan tali pusat (prolapses tali pusat, telilit tali pusat), bayi kembar (*multiple pregnancy*), pre eklampsia, dan ketuban pecah dini yang nantinya akan membantu membuat rencanatindakan terhadap pasien.

Riwayat kesehatan keluarga berisi tentang pengkajian apakah keluarga pasien memiliki riwayat penyakit kronis, menular, dan menahun seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin yang merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya pre eklampsia dan *giant baby*, seperti diabetes dan hipertensi yang sering terjadi pada beberapa keturunan.

5) Riwayat Perkawinan

Pada riwayat perkawinan hal yang perlu dikaji adalah menikah sejak usia berapa, lama pernikahan, berapa kali menikah, status pernikahan saat ini.

6) Riwayat obsterti

Pada pengkajian riwayat obstetri meliputi riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, berapa kali ibu hamil, penolong persalinan, dimana ibu bersalin, cara bersalin, jumlah anak, apakah pernah abortus, dan keadaan nifas yang lalu.

7) Riwayat persalinan sekarang

Meliputi tanggal persalinan, jenis persalinan, lama persalinan, jenis kelamin anak, keadaan anak.

8) Riwayat KB

Pengkajian riwayat KB dilakukan untuk mengetahui apakah klien pernah ikut program KB, jenis kontrasepsi, apakah terdapat keluhan dan masalah dalam penggunaan kontrasepsi tersebut, dan setelah masa nifas ini akan menggunakan alat kontrasepsi apa.

9) Pola aktivitas sehari-hari

Pola aktivitas sehari-hari pasien sebelum masuk RS dan setelah masuk RS terdiri dari :

- Makan dan minum : Biasanya pasien akan mengalami peningkatan nafsu makan karena adanya kebutuhan untuk menyusui bayinya.
- Eliminasi : Biasanya pengeluaran urine akan meningkat pada 24-48 jam pertama, kemudian pasien akan mengalami kesulitan buang air besar (konstipasi) karena ketakutan akan rasa sakit dan takut jahitan terbuka.
- Istirahat dan tidur : Biasanya terjadi perubahan karena kehadiran sang bayi dan nyeri akibat luka *post sectio caesarea*.
- Personal hygiene : Biasanya pasien membutuhkan bantuan untuk mandi karena kesulitan berjalan ke kamar mandi atau karena adanya luka *post sectio caesarea*, sebagian pasien kurang mengetahui bagaimana perawatan luka perineum/ *vulva hygiene*.
- Pola aktivitas : Pola aktivitas biasanya pada pasien *post sectio caesarea* mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi miring kanan dan kiri pada 6-8 jam pertama, kemudian latihan duduk dan latihan berjalan.

10) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan suatu proses memeriksa tubuh pasien dari ujung kepala sampai ujung kaki (*head to toe*) untuk menemukan tanda klinis dari suatu penyakit (Dermawan, 2012).

- Pemeriksaan kepala meliputi bentuk kepala, kulit kepala, apakah ada lesi atau benjolan, dan kesan wajah, biasanya terdapat chloasma gravidarum pada ibu post partum. Pada pemeriksaan mata meliputi kelengkapan dan kesimetrisan mata, kelopak mata, konjungtiva, cornea, ketajaman pengelihatan. Pada ibu post sectio caesarea biasanya terdapat konjungtiva yang anemis diakibatkan oleh kondisi anemia atau dikarenakan proses persalinan yang mengalami perdarahan.
- Pemeriksaan hidung meliputi tulang hidung dan posisi septum nasi, pernafasan cuping hidung, kondisi lubang hidung, apakah ada secret, sumbatan jalan nafas, apakah ada perdarahan atau tidak, apakah ada polip dan purulent.
- Pemeriksaan telinga meliputi bentuk, ukuran, ketegangan lubang telinga, kebersihan dan ketajaman pendengaran.
- Pemeriksaan leher meliputi posisi trakea, kelenjar tiroid, bendungan vena jugularis. Pada ibu post partum biasanya terjadi pemebesaran kelenjar tiroid yang disebabkan proses meneran yang salah.
- Pemeriksaan mulut dan orofaring meliputi keadaan bibir, keadaan gigi, lidah, palatum, orofaring, ukuran tonsil, warna tonsil.
- Pemeriksaan thorak meliputi inspeksi (bentuk dada, penggunaan otot bantu nafas, pola nafas), palpasi (penilaian voal fremitus), perkusi (melakukan perkusi pada semua lapang paru mulai dari atas klavikula kebawah pada setiap spasiem intercostalis), auskultasi (bunyi nafas, suara nafas, suara tambahan).

- Pemeriksaan payudara pada ibu yang mengalami bendungan ASI meliputi bentuk simetris, kedua payudara tegang, ada nyeri tekan, kedua puting susu menonjol, areola hitam, warna kulit tidak kemerahan, ASI belum keluar atau ASI hanya keluar sedikit. Pada pemeriksaan jantung meliputi inspeksi dan palpasi (amati ada atau tidak pulsasi, amati peningkatan kerja jantung atau pembesaran, amati ictus kordis), perkusi (menentukan batas-batas jantung untuk mengetahui ukuran jantung), auskultasi (bunyi jantung). Pemeriksaan berhubungan dengan meliputi inspeksi (lihat luka bekas operasi apakah ada tanda-tanda infeksi dan tanda perdarahan, apakah terdapat striae dan linea), auskultasi (peristaltic usus normal 5-35 kali permenit), palpasi (kontraksi uterus baik atau tidak).
- Pemeriksaan genetalia eksterna meliputi inspeksi (apakah ada hematoma, oedema, tanda-tanda infeksi, periksa lochea meliputi warna, jumlah, dan konsistensinya).

Pada pemeriksaan kandung kemih diperiksa apakah kandung kemih ibu penuh atau tidak, jika penuh minta ibu untuk berkemih, jika ibu tidak mampu lakukan kateterisasi.

- Pemeriksaan anus diperiksa apakah ada hemoroid atau tidak. Pada pemeriksaan integument meliputi warna, turgor, kerataan warna, kelembaban, temperatur kulit, tekstur, hiperpigmentasi. Pada pemeriksaan ekstermitas meliputi ada atau tidaknya varises, oedema, reflek patella, reflek Babinski, nyeri tekan atau panas pada betis, pemeriksaan *human sign*.
- Pemeriksaan status mental meliputi kondisi emosi, orientasi klien, proses berpikir, kemauan atau motivasi serta persepsi klien.

- Pengkajian psikososial dan spiritual
 - a) Data psikologis : Status emosi, pola koping, pola komunikasi, konsep diri (gambaran diri, peran diri, ideal diri, identitas diri, harga diri).
 - b) Data sosial : Dengan keluarga dan tetangga, dengan tenaga kesehatan, dan dengan sesama pasien.
 - c) Data spiritual : Keyakinan dan makna hidup, otoritas dan pembimbing, pengalaman dan emosi, persahabatan dan komunitas, ritual dan ibadah, dorongan dan pertumbuhan.

b. Data Bayi

- 1) Identitas bayi : meliputi nama bayi, jenis kelamin, tanggal lahir/jam lahir, no registrasi, berat badan (BB) /panjang badan (PB), kemudian hari/tanggal pengkajian. BB <2.500 g: prematur atau *small for gestational age* (SGA), BB > 4.000 g: *post-term* atau *large for gestational age* (LGA), PB normal padabayai yaitu 43-53 cm (Kumalasari, 2015).
- 2) APGAR score : Jumlah *Appearance* (*colour* = warna kulit), *pulse* (*heart rate* = denyut nadi), *grimace* (refleks terhadap rangsangan), *activity* (tonus otot), *respiration* (usaha bernafas) dalam 1 menit, 5 menit dan 10 menit.
- 3) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada bayi menurut Kumalasari (2015) dan (Sakti, 2022) meliputi :

 - a) Kesadaran : Menangis/ tidur nyenyak/ tidur dengan gerakan mata yang tepat (REM, rapid eye movement)/ aktif – sadar/ tenang – sadar/ transisional.
 - b) TTV : Laju napas normal 40-60x/ menit, laju jantung normal 120-160x/ menit, suhu tubuh bayi baru lahir normalnya 36,5 – 37,5°C.

c) Karakteristik khusus neonatus :

- (1) Kepala : Apakah ukuran dan tampilannya normal/tidak, lingkaran kepala normalnya 33-38 cm, bagaimana keadaan tulang kepala (*moulding/moulase*), *fontanel anterior* dan *fontanel posterior* berapa cm, apabila fontanel teraba cekung maka terjadi dehidrasi pada bati.
- (2) Kulit : Perhatikan adanya *vernix caseosa*/ tidak, warna kulit, ada atau tidaknya ruam dan bercak atau tanda lahir, adanya pembengkakan/tidak, adanya lanugo/tidak,.
- (3) Rambut : Warna rambut, bentuk bulu mata, alis simetris/tidak, persebaran bulu alis merata/tidak.
- (4) Kuku jari : Keadaan kuku kotor/bersih, jumlah jari lengkap/tidak.
- (5) Payudara : Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk dengan baik dan tampak simetris. Payudara dapat tampak membesar tetapi ini normal.
- (6) Genitalia : Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm, periksa apakah testis sudah berada dalam skrotum dan penis berlubang pada ujungnya. Pada bayi perempuan labia mayora tampak menutupi labia minora, lubang uretra terpisah dengan lubang vagina.
- (7) Refleks normal pada bayi lahir :
 - (a) Refleks pelindung : Moro (bayi terkejut), tonus leher (mempertahankan posisi leher/kepala), apakah ada refleks menggenggam/tidak, apakah ada refleks mata berkedip/ tidak, ketika lahir bayi menangis/tidak.

- (b) Refleksi bernafas : Gerakan pernafasan simetris/tidak, adanya refleksi bersin/tidak, adanya refleksi batuk/tidak (refleksi ini harus ada sepanjang hidup, biasanya ada setelah hari pertama lahir).
- (c) Refleksi makan : Ada/ tidaknya refleksi menghisap (gerakan menghisap kuat pada area sikumoral sebagai respons terhadap rangsangan, refleksi ini harus tetap ada selama masa bayi), ada/ tidaknya refleksi rooting (bayi membalikan kepala ke arah sisi bayi tersebut dan mulai menghisap, keadaan ini harus menghilang pada usia 3-4 bulan), ada/ tidaknya refleksi menelan, ada/ tidaknya refleksi gag (refleksi muntah harus menetap seumur hidup).
- (d) Indera khusus : Sentuhan, rasa sakit, tekanan, bagaimana kondisi indera penciuman, pengecap, pendengaran, dan penglihatan.

Setelah selesai melakukan pengkajian keperawatan kepada pasien, langkah selanjutnya yaitu membuat analisa data berdasarkan data subjektif dan objektif yang telah didapatkan, kemudian menentukan etiologi/penyebab sehingga muncul masalah keperawatan yang dapat dirumuskan menjadi diagnosa keperawatan (Leniwita & Anggraini, 2019)

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat, sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan, tujuan dokumentasi diagnosa keperawatan untuk menuliskan masalah pasien atau perubahan status kesehatan pasien (Dokumentasi Keperawatan, 2017).

Berdasarkan SDKI (2017) masalah yang mungkin muncul sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)
2. Defisit pengetahuan tentang perawatan diri pasca operasi SC (D.0111).
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)
4. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka insisi (0142)
5. Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot (D.0049)
6. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan reflek oksitosin (D.0029)
7. Gangguan proses keluarga berhubungan dengan krisis situasional (D.0120)
8. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)

2.2.3 Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (PPNI, 2018)

Tabel 2. 1
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x7 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. Dengan kriteria hasil (L.08066) : 1) Pasien mengatakan keluhan nyeri menurun 2) Keluhan nyeri meringis menurun 3) Pasien menunjukkan sikap protektif menurun 4) Pasien tampak tidak gelisah	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 2. Fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri. 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 4. Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri. Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuaan suplai ASI (D.0029)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax7 jam diharapkan status menyusui membaik. Dengan kriteria hasil (L.03029) : 1) Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat. 2) Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat. 3) Pancaran ASI meningkat 4) Suplai ASI adekuat meningkat. 5) Payudara kosong setelah menyusui	Konseling Laktasi (I.03093) Observasi 1. Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui. 2. Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui. 3. Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui. Terapeutik 1. Gunakan teknik mendengar aktif. 2. Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar. Edukasi 1. Ajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu.

dilanjutkan

lanjutan

3	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x7 jam diharapkan pola tidur membaik. Dengan kriteria hasil (L.05045) : 1) Keluhan sulit tidur menurun 2) Keluhan sering terjaga menurun 3) Keluhan tidak puas tidur menurun 4) Pola tidur membaik 5) Keluhan istirahat tidak cukup menurun 6) Kemampuan beraktivitas meningkat	Dukungan tidur (I.05174) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur. 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur. 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur. 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi. Terapeutik 1. Modifikasi lingkungan. 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu. 3. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur. 4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan. Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sulit. 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur. 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur.
4	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x7 jam diharapkan pengetahuan meningkat. Dengan kriteria hasil (L12111) : 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat 2) Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 5) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 6) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 7) Persepsi yang keliru menurun	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. Terapeutik 1. Sediakan materi dan media <i>health promotion</i> . 2. Jadwalkan <i>health promotion</i> sesuai kesepakatan. 3. Berikan kesempatan untuk bertanya. Edukasi 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan. 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat. 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

dilanjutkan

lanjutan

(1)	(2)	(3)	(4)
5	Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer. (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x7 jam diharapkan tingkat infeksi menurun. Dengan kriteria hasil (L.09097) : 1) Tidak ada tanda-tanda infeksi (Demam, nyeri, kemerahan dan bengkak). 2) Kadar sel darah putih membaik.	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. 2. Pertahankan tehnik aseptik pada pasien beresiko tinggi. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi. 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar. 3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka. 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi <p>Perawatan Perineum (I. 07225)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inspeksi insisi atau robekan perineum. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi dalam membersihkan perineum. 2. Pertahankan perineum tetap kering. 3. Berikan posisi nyaman. 4. Berikan kompres es, jika perlu 5. Bersihkan area perineum secara teratur. 6. Berikan pembalut yang menyerap cairan. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan pasien dan keluarga mengobservasi tanda abnormal pada perineum (mis. Infeksi, kemerahan, pengeluaran cairan yang abnormal) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dalam pemberian antiinflamasi, jika perlu. 2. Kolaborasi pemberian analgesic, jika perlu.
6	Risiko gangguan perlekatan berhubungan dengan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x7 jam diharapkan kemampuan berinteraksi ibu dan bayi meningkat. Dengan kriteria	<p>Promosi Perlekatan (I.10342)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kegiatan menyusui. 2. Identifikasi kemampuan bayi menghisap dan menelan ASI.

lanjutan

(1)	(2)	(3)	(4)
	kekhawatiran menjalankan peran sebagai orang tua. (D.0127)	<p>hasil (L.13122):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menunjukkan peningkatan verbalisasi perasaan positif terhadap bayi. 2) Menunjukkan peningkatan perilaku mencium bayi, tersenyum pada bayi, melakukan kontak mata dengan bayi, berbicara dengan bayi, berbicara kepada bayi serta berespon dengan isyarat bayi. 3) Kekhawatiran menjalankan peran orang tua menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 3. menghisap dan menelan ASI. 4. Identifikasi payudara ibu. 5. Monitor perlekatan saat menyusui. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari memegang kepala bayi. 2. Diskusikan dengan ibu masalah selama proses menyusui. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan Ibu menopang seluruh tubuh bayi. 2. Anjurkan bayi yang mendekati kearah payudara ibu dari bagian bawah. 3. Anjurkan Ibu untuk memegang payudara menggunakan jarinya seperti huruf “C” mengarah kemulut bayi. 4. Anjurkan ibu untuk menyusui menunggu mulut bayi terbuka lebar sehingga areola bagian bawah dapat masuk sempurna.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang baik/optimal. Pelaksanaan tindakan merupakan realisasi dari rencana/intevensi keperawatan yang mencakup perawatan langsung atau tidak langsung. Perawatan langsung adalah tindakan yang diberikan secara langsung kepada klien, perawat harus berinteraksi dengan klien, ada pelibatan aktif klien dalam pelaksanaan tindakan. Contoh: perawat memasang infus, memasang kateter, memberikan obat dsb (Ernawati Nunung, 2019).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai. Evaluasi ini dilakukan dengan cara membandingkan hasil akhir yang teramati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat dalam rencana keperawatan. Evaluasi ini akan mengarahkan asuhan keperawatan, apakah asuhan keperawatan yang dilakukan ke pasien berhasil mengatasi masalah pasien atau akan asuhan yang sudah dibuat akan terus berkesinambungan terus mengikuti siklus proses keperawatan sampai benar-benar masalah pasien teratasi. (Ernawati Nunung, 2019). Terdapat 2 jenis evaluasi yaitu :

a. Evaluasi Formatif

Evaluasi yang dilakukan segera setelah melakukan tindakan keperawatan. evaluasi formatif berorientasi pada aktivitas proses keperawatan dan hasil

tindakan keperawatan yang disebut sebagai evaluasi proses (Ermawati Nunung, 2019)

b. Evaluasi Sumatif

Evaluasi yang dilakukan setelah perawat melakukan serangkaian tindakan keperawatan. evaluasi ini berfungsi menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang diberikan. Pada evaluasi ini berorientasi pada masalah keperawatan yang sudah ditegakan, menjelaskan keberhasilan atau ketidakberhasilan, rekapitulasi, dan atau kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang telah ditetapkan. (Ermawati Nunung, 2019)

