

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Nifas

2.1.1 Pengertian

Nifas adalah masa yang dimulai segera setelah kelahiran plasenta dan berlangsung hingga sekitar enam minggu atau 42 hari pasca persalinan. Pada masa ini, tubuh ibu mengalami berbagai perubahan fisiologis untuk kembali ke kondisi sebelum hamil. Proses yang terjadi selama nifas meliputi penyusutan rahim (involusi uterus), pengeluaran cairan nifas (lokia), pemulihan luka pasca persalinan, dan adaptasi hormonal. Selain itu, masa nifas juga menjadi periode penting dalam proses menyusui serta pemulihan psikologis ibu.

Menurut Saifuddin (2022), masa nifas merupakan periode kritis yang memerlukan perhatian khusus karena risiko komplikasi seperti perdarahan, infeksi, dan gangguan emosi cukup tinggi, terutama jika perawatan tidak dilakukan dengan tepat. Oleh karena itu, pelayanan kesehatan yang menyeluruh selama masa nifas sangat penting untuk menjaga kesehatan ibu dan bayi.

2.1.2 Tahapan Masa Nifas

Menurut Nurhayati & Dewi (2021), pembagian masa post partum ini penting untuk menentukan intervensi keperawatan dan pemantauan kesehatan ibu secara tepat sesuai dengan fase yang sedang dialami, guna mencegah komplikasi dan mendukung pemulihan optimal. Masa ini dibagi menjadi tiga fase utama berdasarkan waktu terjadinya perubahan fisiologis dan kebutuhan perawatan ibu, yaitu:

1. Post partum dini (early puerperium)

Berlangsung selama 24 jam pertama setelah kelahiran. Pada fase ini, ibu sangat rentan mengalami komplikasi seperti perdarahan post partum, sehingga pengawasan intensif sangat diperlukan.

2. Post partum intermediat (intermediate puerperium)

Mencakup hari ke-2 hingga hari ke-7 pasca persalinan. Masa ini ditandai dengan proses involusi uterus yang aktif, pengeluaran lokia, serta adaptasi laktasi dan psikologis ibu terhadap bayinya.

3. Post partum lanjut (late puerperium)

Berlangsung dari hari ke-8 hingga sekitar minggu ke-6 (atau 42 hari) pasca persalinan. Selama fase ini, organ reproduksi secara bertahap kembali ke kondisi prakehamilan dan ibu menyesuaikan diri secara fisik dan emosional terhadap peran barunya.

2.1.3 Patofisiologi Masa Nifas

Pada masa masa nifas, alat-alat genitalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil dan terjadinya perubahan fisikologis serta perubahan psikologis. Perubahan fisikologis ini yaitu proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan, proses ini dimulai setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Perubahan-perubahan alat genitalia ini dalam keseluruhannya disebut "involusi". Involusi terjadi perubahan-perubahan penting yakni mengkonsentrasi dan timbulnya laktasi yang terjadi karena pengaruh hormon laktogen dari kelenjar hipofisis terhadap kelenjar-kelenjar mammae (Sukmawati & Prasetyorini, 2022).

Otot-otot uterus berkontraksi segera post partum, pembuluh- pembuluh darah yang ada antara otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah plasenta lahir. Perubahan- perubahan yang terdapat pada serviks adalah bentuk serviks agak menganga seperti corong, bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri terbentuk semacam cincin. Perubahan-perubahan yang terdapat pada endometrium ialah timbulnya trombosis, degenerasi dan nekrosis ditempat implantasi plasenta pada hari pertama endometrium yang kira-kira setebal 2-5mm itu mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua dan selaput janin regenerasi endometrium terjadi dari sisa-sisa sel desidua basalis yang memakan waktu 2 sampai 3 minggu. Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis serta fascia yang merenggang sewaktu kehamilan dan perlu setelah janin lahir berangsur-angsur kembali seperti semula (Mayasari & jayanti, 2023).

2.1.4 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Menurut Widiastuti & Nurhidayati (2020) selama masa nifas, tubuh ibu mengalami berbagai perubahan fisiologis sebagai bentuk adaptasi setelah kehamilan dan persalinan. Berikut adalah proses adaptasi yang terjadi:

1. Involusi Uterus

- Rahim mengalami penyusutan kembali ke ukuran sebelum hamil.
- Proses ini berlangsung selama ± 6 minggu.
- Dapat disertai kontraksi uterus (afterpain) terutama saat menyusui.

2. Pengeluaran Lochia

- Merupakan cairan yang keluar dari vagina setelah persalinan, terdiri dari darah, lendir, dan jaringan sisa.
- Terdiri dari tiga tahap:

- Lochia rubra (merah) → hari 1–3
- Lochia serosa (kecoklatan/merah muda) → hari 4–10
- Lochia alba (keputihan) → hari 10 hingga habis

3. Perubahan Hormon

- Penurunan kadar estrogen dan progesteron setelah lahirnya plasenta.
- Peningkatan prolaktin dan oksitosin untuk merangsang produksi dan pengeluaran ASI.

4. Perubahan Sistem Kardiovaskular

- Volume darah menurun secara bertahap.
- Denyut jantung dan tekanan darah kembali ke keadaan normal.

5. Perubahan pada Payudara

- Pembesaran dan pengencangan payudara sebagai respons terhadap produksi ASI.
- Muncul rasa nyeri pada awal masa menyusui (daya hisap bayi).

6. Perubahan Traktus Urinarius dan Pencernaan

- Kandung kemih dapat mengalami penurunan tonus otot.
- Konstipasi sering terjadi akibat penurunan aktivitas usus dan nyeri perineum.

2.1.5 Proses Adaptasi Psikologis Masa Nifas

Selain adaptasi fisik, ibu yang baru melahirkan juga mengalami berbagai perubahan psikologis yang signifikan selama masa nifas. Perubahan ini terjadi sebagai respons terhadap peran baru sebagai seorang ibu, perubahan hormon, kelelahan setelah persalinan, serta dinamika dalam hubungan sosial dan keluarga.

Berikut ini 3 tahap penyesuaian psikologi ibu dalam masa post partum (Rohmawati & Anggorowati, 2023):

a. Fase Talking In (Setelah melahirkan sampai hari ke dua)

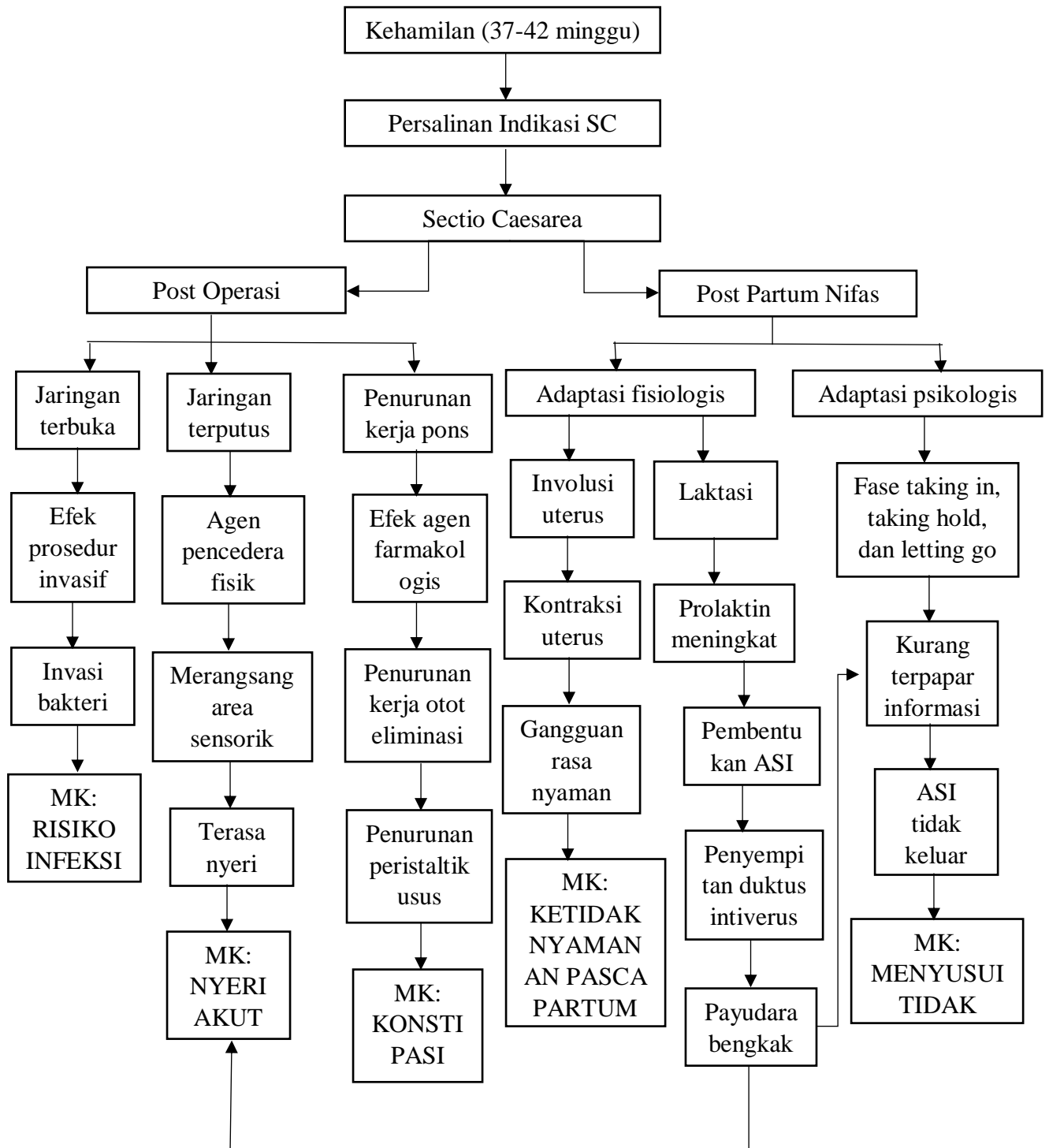
- 1) Perasaan ibu berfokus pada dirinya.
- 2) Ibu masih pasif dan tergantung dengan orang lain.
- 3) Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya.
- 4) Ibu akan mengulangi pengalaman pengalaman waktu melahirkan.
- 5) Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal.
- 6) Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi.
- 7) Kurangnya nafsu makan menandakan proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung normal.

b. Fase Taking Hold (Hari ke-3 sampai 10)

- 1) Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan merawat bayi, muncul perasaan sedih (baby blues).
- 2) Ibu memperhatikan kemampuan men jadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya.
- 3) Ibu memfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuh, BAK, BAB dan daya tahan tubuh.
- 4) Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan, dan mengganti popok.
- 5) Ibu cenderung terbuka menerima nasehat bidan dan kritikan pribadi.

- 6) Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya.
 - 7) Wanita pada masa ini sangat sensitif akan ketidakmampuannya, cepat tersinggung, dan cenderung menganggap pemberi tahu bidan sebagai teguran. Dianjurkan untuk berhati-hati dalam berkomunikasi dengan wanita ini dan perlu memberi support.
- c. Fase Letting Go (Hari ke-10 sampai akhir masa nifas)
- 1) Ibu merasa percaya diri untuk merawat diri dan bayinya. Setelah ibu pulang ke rumah dan dipengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga.
 - 2) Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi.

2.1.6 Pathway



Gambar 2.1 Pathway Ibu Nifas dengan Sectio Caesarea

2.1.7 Komplikasi dan Penyakit Dalam Masa Nifas

Menurut Sari dan Dewi (2022), masa nifas merupakan periode yang sangat rentan terhadap berbagai komplikasi, baik fisik maupun psikologis. Komplikasi yang tidak ditangani dengan tepat dapat membahayakan keselamatan ibu, bahkan menjadi penyebab utama kematian maternal di beberapa negara berkembang.

Beberapa komplikasi yang umum terjadi selama masa nifas antara lain:

1. Perdarahan post partum

Perdarahan pasca persalinan merupakan penyebab utama kematian ibu di masa nifas, terutama dalam 24 jam pertama. Penyebab tersering adalah atonia uteri (rahim tidak berkontraksi), retensi plasenta, dan robekan jalan lahir.

2. Infeksi nifas (puerperal sepsis)

Infeksi terjadi akibat masuknya bakteri ke dalam rahim setelah persalinan, terutama jika prosedur persalinan tidak higienis. Gejala meliputi demam, nyeri abdomen, dan keputihan berbau. Infeksi dapat menyebar sistemik bila tidak segera ditangani.

3. Mastitis

Infeksi pada jaringan payudara yang sering terjadi akibat penyumbatan saluran ASI. Ditandai dengan payudara bengkak, kemerahan, nyeri, dan demam. Jika berlanjut, dapat menyebabkan abses payudara.

4. Tromboflebitis dan emboli

Ibu nifas berisiko mengalami penggumpalan darah, terutama pada vena tungkai (deep vein thrombosis), yang bisa menyebabkan emboli paru jika bekuan berpindah ke sirkulasi paru.

5. Komplikasi psikologis

Termasuk *baby blues*, depresi post partum, hingga psikosis post partum. Kondisi ini dapat memengaruhi hubungan ibu dengan bayi dan keluarga, serta menghambat proses menyusui dan pemulihan.

2.1.8 Penatalaksanaan Masa Nifas

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2021), penatalaksanaan masa nifas meliputi beberapa aspek berikut:

1. Pemantauan Tanda Vital dan Involusi Uterus

Dilakukan untuk memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan post partum. Pemeriksaan tinggi fundus uteri, kontraksi rahim, dan jumlah lochia dilakukan secara rutin.

2. Pencegahan Infeksi

Edukasi tentang kebersihan perineum dan penggunaan pembalut yang bersih sangat ditekankan untuk mencegah infeksi nifas (*puerperal sepsis*).

3. Manajemen Laktasi

Dukungan menyusui sejak dini dan eksklusif sangat dianjurkan. Ibu diberikan informasi tentang teknik menyusui yang benar, perawatan payudara, serta deteksi dini mastitis atau bendungan ASI.

4. Pemberian Nutrisi dan Istirahat yang Cukup

Asupan gizi seimbang dan istirahat yang memadai diperlukan untuk mempercepat pemulihan fisik dan mendukung produksi ASI.

5. Pemantauan Psikologis

Ibu dinilai kondisi mental dan emosionalnya untuk mendeteksi gejala *baby blues*, depresi post partum, atau gangguan psikologis lainnya. Dukungan keluarga dan tenaga kesehatan sangat penting.

6. Konseling dan Edukasi

Penatalaksanaan masa nifas juga mencakup konseling tentang perawatan bayi baru lahir, tanda bahaya pada ibu dan bayi, serta rencana keluarga berencana (KB) pasca persalinan.

Penatalaksanaan ini dilakukan melalui kunjungan nifas oleh tenaga kesehatan minimal tiga kali: dalam 6 jam–3 hari pertama, hari ke-4–28, dan hari ke-29–42 setelah persalinan.

2.2 Konsep Nyeri Payudara

2.2.1 Pengertian

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual maupun fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (SDKI, 2017). Respon fisiologis terhadap nyeri meliputi peningkatan tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, keringat, diameter pupil, dan ketegangan otot. (Utami & Fitriahadi, 2019).

Nyeri payudara atau mastalgia merupakan salah satu keluhan yang umum dialami oleh ibu pada masa nifas, terutama saat menyusui. Nyeri ini dapat muncul dalam bentuk rasa nyeri tumpul, nyeri tajam, atau rasa terbakar yang mempengaruhi

kenyamanan ibu saat menyusui dan berpotensi menurunkan keberhasilan inisiasi dan keberlanjutan pemberian ASI eksklusif (Olsen et al., 2020).

Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang kompleks akibat kerusakan jaringan, dengan respons fisiologis yang dapat memengaruhi kondisi tubuh secara keseluruhan. Salah satu bentuk nyeri yang sering dialami ibu pada masa nifas adalah nyeri payudara, yang dapat mengganggu kenyamanan menyusui dan menurunkan keberhasilan pemberian ASI eksklusif. Nyeri payudara timbul karena setelah melahirkan, produksi ASI meningkat drastis. Jika bayi tidak menyusu secara efektif atau jadwal menyusui tidak teratur, ASI akan menumpuk dan menyebabkan pembengkakan, rasa penuh, dan nyeri.

2.2.2 Etiologi

Penyebab nyeri ini bisa dikategorikan menjadi 3 (tiga) menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2018) yaitu:

1. Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma)
2. Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan)
3. Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, tekanan, latihan fisik berlebihan).

2.2.3 Klasifikasi

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018), nyeri dibagi menjadi tiga klasifikasi utama dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), yaitu:

1. Nyeri Akut

Nyeri yang muncul secara tiba-tiba, berlangsung dalam waktu singkat (kurang dari 3 bulan), dan biasanya berhubungan langsung dengan

kerusakan jaringan atau proses penyakit akut. Nyeri ini memiliki tujuan protektif, seperti mengingatkan tubuh terhadap adanya ancaman cedera.

2. Nyeri Kronis

Nyeri yang berlangsung lebih dari 3 bulan atau melebihi waktu penyembuhan yang diharapkan. Nyeri kronis dapat terjadi secara terus-menerus atau berulang dan sering kali tidak memiliki tujuan protektif seperti nyeri akut. Jenis nyeri ini cenderung memengaruhi aspek psikologis dan kualitas hidup pasien secara menyeluruh.

3. Nyeri Persalinan

Nyeri yang berhubungan dengan proses persalinan, terutama disebabkan oleh kontraksi uterus dan dilatasi serviks. Nyeri ini bersifat fisiologis, namun intensitasnya dapat dipengaruhi oleh faktor psikologis, budaya, serta pengalaman sebelumnya.

2.2.4 Data Mayor & Data Minor

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018) tanda dan gejala pada masalah nyeri akut antara lain :

a. Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : mengeluh nyeri

Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur

b. Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : (tidak tersedia)

Objektif : Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis

2.2.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Faktor yang mempengaruhi nyeri menurut (Saputra, 2023):

a. Usia

Usia yaitu variable penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak dan lansia.

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin laki-laki dan perempuan tidak berbeda secara makna dalam respon terhadap nyeri.

c. Kebudayaan

Sosial budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Sehingga, hal ini dapat mempengaruhi pengeluaran fisiologi opita endrogrn dan akan terjadi presepsi nyeri.

d. Makna Nyeri

Pengalaman nyeri dan cara orang beradaptasi terhadap nyeri. Hal ini juga dikaitkan secara dekat dengan latar belakang budaya individu.

e. Perhatian

Perhatian dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

f. Ansietas

Hubungan antara nyeri dengan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri., tetapi nyeri juga dapat menimbulkan sesuatu perasaan ansietas.

g. Kelelahan

Kelelahan meningkatkan persepsi nyeri, rasa kelelahan, dan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping.

h. Gaya Koping

Gaya coping mempengaruhi untuk mengatasi nyeri

i. Dukungan keluarga dan Sosial

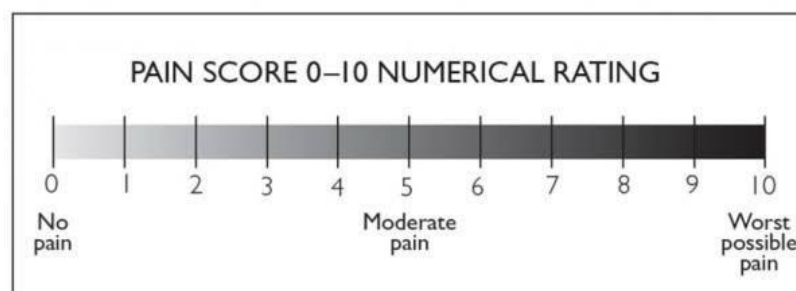
Kehadiran orang terdekat klien dan bagaimana sikap mereka terhadap klien dapat mempengaruhi respon nyeri.

2.2.6 Pengukuran Skala Nyeri

Menurut Irawan dan Sari (2020), pemilihan skala nyeri harus disesuaikan dengan kemampuan komunikasi pasien, konteks klinis, dan tujuan penilaian.

Beberapa skala nyeri yang umum digunakan antara lain:

1. Skala Nyeri Numerik (Numerical Rating Scale/NRS)

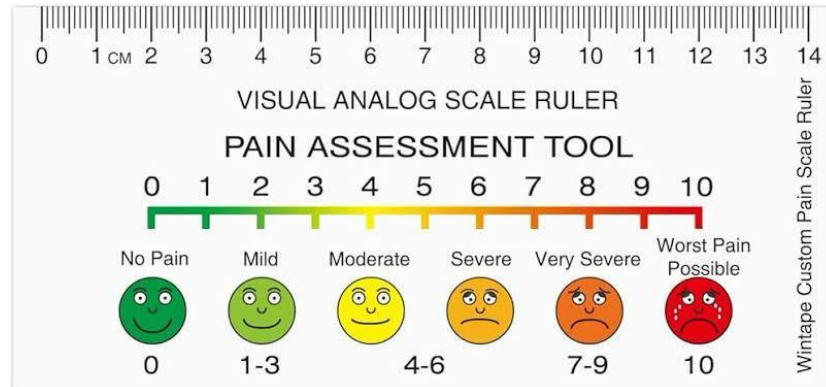


Gambar 2.2 Skala nyeri Numerik (Numerical Rating Scale/ NRS)

Pasien diminta memberi nilai nyeri mereka pada angka 0 sampai 10, di mana 0 berarti “tidak nyeri sama sekali” dan 10 berarti “nyeri paling hebat

yang pernah dirasakan”. Skala ini mudah digunakan dan cepat dalam praktik klinis.

2. Skala Nyeri Visual Analog (Visual Analog Scale/VAS)



Gambar 2.3 Skala nyeri (Visual Analog Scale/ Vas)

Pasien menunjukkan tingkat nyeri pada garis lurus sepanjang 10 cm yang kedua ujungnya diberi label “tidak nyeri” hingga “nyeri terburuk”. Hasil pengukuran diukur dalam milimeter dari titik nol.

3. Skala Wajah (Wong-Baker Faces Pain Scale)



Gambar 2.4 Skala wajah (Wong Baker Faces Pain Scale)

Skala ini menggunakan gambar wajah dengan ekspresi yang berbeda, mulai dari senyum (tidak nyeri) hingga menangis (nyeri sangat hebat), cocok untuk anak-anak atau pasien dengan keterbatasan komunikasi verbal.

2.2.7 Penatalaksanaan Nyeri

Dalam mengatasi nyeri dapat diberikan terapi non-farmakologi yaitu distraksi, terapi spiritual dan relaksasi (Potter, 2017). Menurut (Forikes, 2021) manajemen nyeri adalah salah satu bagian dari disiplin ilmu medis yang berkaitan dengan upaya-upaya menghilangkan nyeri. Manajemen nyeri yang tepat haruslah mencakup penanganan secara keseluruhan, tidak hanya terbatas pada pendekatan farmakologi saja, karena nyeri juga dipengaruhi oleh emosi dan tanggapan individu terhadap dirinya, sehingga ada dua manajemen mengatasi nyeri yaitu farmakologi dan non farmakologi sebagai berikut:

a. Farmakologi

Penanganan nyeri berdasarkan patofisiologi nyeri pada proses transduksi dapat diberikan anestesik lokal dan atau obat anti radang non steroid, pada transmisi impuls saraf dapat diberikan obat-obatan anestetik lokal, pada proses modulasi diberikan kombinasi anestetik lokal, narkotik, dan atau klonidin, dan pada persepsi diberikan anestetik umum, narkotik, atau paracetamol.

b. Non Farmakologi

1. Self healing

Self healing adalah metode penyembuhan penyakit bukan dengan obat, melainkan dengan menyembuhkan dan mengeluarkan perasaan dan emosi yang terpendam di dalam tubuh. Selain itu, self healing juga dapat dilakukan dengan hipnosis, terapi qolbu, atau menenangkan pikiran.

2. Teknik relaksasi dan distraksi

Relaksasi merupakan perasaan bebas secara mental dan fisik dari ketegangan atau stres yang membuat individu mempunyai rasa kontrol terhadap dirinya. Perubahan fisiologis dan perilaku berhubungan dengan relaksasi yang mencakup menurunnya denyut jantung, tekanan darah, dan kecepatan pernafasan, meningkatnya kesadaran secara global, menurunnya kebutuhan oksigen, perasaan damai, serta menurunnya ketegangan otot dan kecepatan metabolisme. Salah satu modifikasi teknik relaksasi ialah relaksasi benson. Relaksasi Benson menggunakan teknik pernapasan dan menambahkan unsur keyakinan dalam bentuk kata-kata sesuai dengan yang dianut oleh pasien.

3. Guided imagery

Guided imagery merupakan teknik yang menggunakan imajinasi seseorang untuk mencapai efek positif tertentu.

4. Pijatan

Terapi pijat mengembangkan reaksi ini menjadi cara untuk menghilangkan rasa sakit dan ketegangan. Pijat dapat dilakukan secara sistematis dengan teknik manipulasi manual, seperti menggosok, meremas, atau memutar jaringan lunak (misalnya, otot, ligamen tendon, dan fascia)

5. Kompres dingin

Kompres dingin merupakan salah satu tindakan keperawatan dan banyak digunakan untuk menurunkan nyeri. Sensasi dingin yang dirasakan memberikan efek fisiologis yang dapat menurunkan respon

inflamasi, menurunkan aliran darah, mampu menurunkan edema serta mengurangi rasa nyeri local.

6. TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation)

TENS adalah sebuah metode pemberian stimulasi elektrik bervoltase rendah secara langsung ke area nyeri yang telah teridentifikasi, ke titik akupresur, di sepanjang kolumna spinalis.

7. Akupuntur dan akupresur

Akupunktur adalah suatu tindakan penusukan jarum-jarum kecil ke titik akupoin. Akupresur adalah terapi menekan jari pada titik- titik yang berhubungan dengan banyak titik yang digunakan dalam akupunktur.

8. Biofeedback

Biofeedback adalah suatu proses dimana individu belajar untuk memahami serta memberi pengaruh respon fisiologis atas diri mereka terhadap nyeri.

2.2.8 Pengkajian Nyeri

Tidak ada cara yang tepat untuk menjelaskan seberapa berat nyeri seseorang. Individu yang mengalami nyeri adalah sumber informasi terbaik untuk menggambarkan nyeri yang dialami (Maharani, 2020). Beberapa hal yang dikaji untuk menggambarkan nyeri seseorang antara lain adalah riwayat nyeri.

- 1) P: Provokasi (penyebab terjadinya nyeri). Tenaga kesehatan harus mengkaji faktor penyebab terjadinya nyeri pada klien, bagian tubuh mana yang terasa nyeri termasuk menghubungkan antara nyeri dan faktor psikologis. Karena terkadang nyeri itu bisa muncul tidak karena luka tetapi karena faktor psikologisnya.

- 2) Q: Quality (kualitas nyeri) yaitu ungkapan subyektif yang diungkapkan oleh klien dan mendeskripsikan nyeri dengan kalimat seperti ditusuk, disayat, ditekan, sakit nyeri atau superfisial.
- 3) R: Region (untuk mengkaji lokasi nyerinya). Tenaga kesehatan meminta klien untuk menyebutkan bagian mana saja yang dirasakan tidak nyaman. Untuk mengetahui lokasi yang spesifik tenaga kesehatan meminta klien untuk menunjukkan nyeri yang paling hebat.
- 4) S: Severe (untuk mengetahui dimana tingkat keparahan nyeri). Hal ini yang paling subyektif dirasakan oleh penderita, karena akan diminta bagaimana kualitas nyeri. Kualitas nyeri ini bisa digambarkan melalui skala nyeri.
- 5) T: Time (waktu). Yang harus dilakukan dalam pengkajian waktu adalah awitan, durasi dan rangkaian nyeri yang dialami. Perlu ditanyakan kapan mulai muncul adanya nyeri, berapa lama nyeri itu muncul dan seberapa sering untuk kambuh.

2.3 Konsep Kompres Hangat

2.3.1 Pengertian

Teknik kompres hangat merupakan tindakan dengan menggunakan kain, waslap atau handuk yang telah di celupkan ke dalam air hangat, kemudian ditempelkan pada bagian tubuh tertentu sehingga memberikan rasa nyaman dan menurunkan suhu tubuh (Casman et al. 2023).

Terapi kompres hangat merupakan teknik stimulasi kulit dan jaringan dengan menggunakan paparan hangat/panas untuk mengurangi nyeri yang bertujuan memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi atau membebaskan nyeri, mengurangi atau mencegah terjadinya spasme otot, dan memberikan rasa

hangat (Sultoni, 2018). Kompres hangat merupakan salah satu metode terapi nonfarmakologis yang digunakan untuk mengurangi nyeri dan ketidaknyamanan dengan cara memberikan panas lokal pada bagian tubuh tertentu. Pada ibu nifas, kompres hangat sering diaplikasikan pada area payudara yang mengalami nyeri akibat bendungan ASI (*breast engorgement*), saluran ASI tersumbat, atau proses awal menyusui.

Menurut Wulandari dan Hastuti (2020), pemberian kompres hangat pada ibu nifas yang mengalami bendungan ASI terbukti efektif dalam menurunkan intensitas nyeri dan mendukung proses menyusui yang lebih nyaman. Terapi ini aman, mudah dilakukan, dan dapat menjadi bagian dari intervensi mandiri keperawatan.

2.3.2 Tujuan & Manfaat

Pemberian kompres hangat merupakan intervensi nonfarmakologis yang bertujuan untuk mengurangi nyeri, meningkatkan kenyamanan, dan mendukung proses fisiologis pada ibu nifas, khususnya yang mengalami nyeri payudara akibat bendungan ASI atau saluran susu yang tersumbat. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Rahmawati dan Azizah (2020), terapi kompres hangat secara signifikan efektif dalam menurunkan intensitas nyeri payudara pada ibu nifas, serta meningkatkan kelancaran menyusui. Terapi ini juga mudah dilakukan, hemat biaya, dan dapat digunakan sebagai bagian dari perawatan mandiri di rumah.

1. Tujuan Kompres Hangat:

- Mengurangi nyeri payudara yang disebabkan oleh bendungan ASI pada masa nifas.

- Meningkatkan kelancaran aliran ASI melalui efek vasodilatasi dan pelunakan jaringan payudara.
- Meningkatkan kenyamanan ibu selama proses menyusui.
- Mendukung keberhasilan menyusui dini dan eksklusif dengan membantu refleks let-down (pengeluaran ASI).

2. Manfaat Kompres Hangat:

- Mengurangi pembengkakan payudara, sehingga mengurangi ketegangan dan tekanan jaringan yang menyebabkan nyeri.
- Meningkatkan relaksasi otot dan sirkulasi darah di sekitar payudara, yang mempercepat proses pemulihan.
- Mencegah komplikasi seperti mastitis, dengan memperlancar pengosongan ASI.
- Memberikan efek nyaman secara psikologis, karena hangatnya kompres dapat mengurangi kecemasan dan ketegangan pada ibu nifas.

2.3.3 Mekanisme Kerja Kompres Hangat

Kompres hangat merupakan intervensi nonfarmakologis yang bekerja dengan menyalurkan panas ke permukaan tubuh. Ketika panas diaplikasikan ke area tertentu, seperti payudara ibu nifas, terjadi vasodilatasi atau pelebaran pembuluh darah. Proses ini meningkatkan aliran darah ke jaringan setempat, mempercepat distribusi oksigen dan nutrisi, serta membantu pengeluaran zat sisa metabolisme yang menumpuk akibat inflamasi atau pembengkakan (Nisa et al., 2022).

Peningkatan sirkulasi darah tersebut juga mendukung proses relaksasi otot dan jaringan di sekitar payudara. Kondisi ini sangat bermanfaat untuk ibu nifas yang mengalami bendungan ASI, karena kompres hangat dapat membantu melunakkan jaringan payudara yang tegang dan mempercepat aliran ASI keluar, sehingga mengurangi nyeri akibat tekanan internal (Pramesthi & Kurniawati, 2021).

Secara neurologis, mekanisme kerja kompres hangat dapat dijelaskan melalui teori Gate Control, yang menyatakan bahwa rangsangan panas mampu menutup “gerbang nyeri” di tingkat spinal. Rangsangan dari panas diinterpretasikan oleh sistem saraf sebagai sinyal dominan yang menghambat transmisi impuls nyeri menuju otak. Akibatnya, persepsi nyeri yang dirasakan tubuh akan menurun (Wahyuwihayanti et al., 2023).

Selain itu, kompres hangat juga merangsang pelepasan hormon oksitosin, yang berperan dalam refleksi let-down atau pengeluaran ASI. Dengan meningkatnya oksitosin, pengosongan payudara menjadi lebih lancar, yang pada akhirnya turut mengurangi pembengkakan dan nyeri. Efek ini tidak hanya mendukung kenyamanan ibu, tetapi juga berkontribusi terhadap keberhasilan menyusui eksklusif (Sari & Kurniasari, 2020).

2.3.4 Prosedur Kompres Hangat

Prosedur Kompres Hangat terstruktur menurut World Health Organization (2018).

1. Persiapan Alat dan Bahan:

- Siapkan baskom bersih, handuk kecil atau kain bersih, dan air hangat dengan suhu antara 38°C hingga 44°C.
- Gunakan termometer untuk memastikan suhu air berada dalam rentang yang aman.

- Pastikan semua peralatan dalam kondisi bersih untuk mencegah infeksi.

2. Pemeriksaan Suhu dan Keamanan:

- Sebelum mengaplikasikan kompres, uji suhu air dengan menyentuhnya menggunakan bagian dalam pergelangan tangan atau lengan bawah untuk memastikan tidak terlalu panas.
- Jika menggunakan kompres pada pasien lain, uji suhu pada kulit pasien, seperti bagian dalam lengan, untuk memastikan kenyamanan.

3. Penerapan Kompres Hangat:

- Rendam handuk atau kain dalam air hangat, lalu peras hingga tidak menetes.
- Lipat kain sesuai ukuran area yang akan dikompres.
- Tempatkan kompres pada area yang membutuhkan selama 15–20 menit.
- Jika kompres mulai mendingin, rendam kembali dalam air hangat dan peras sebelum mengaplikasikan ulang.

4. Frekuensi dan Durasi Penggunaan:

- Kompres hangat dapat digunakan beberapa kali sehari sesuai kebutuhan atau anjuran tenaga kesehatan.
- Pastikan ada jeda waktu antara aplikasi untuk mencegah iritasi kulit.

5. Perhatian Khusus:

- Hindari penggunaan kompres hangat pada area dengan luka terbuka, infeksi aktif, atau kulit yang sensitif tanpa konsultasi medis.
- Perhatikan reaksi kulit selama dan setelah aplikasi; jika terjadi kemerahan berlebihan, rasa terbakar, atau ketidaknyamanan, hentikan penggunaan dan konsultasikan dengan tenaga medis.

2.4 Konsep Relaksasi Slow Deep Breathing

2.4.1 Pengertian

Slow deep breathing relaxation atau relaksasi nafas dalam merupakan teknik relaksasi yang dapat menurunkan nyeri dengan cara merangsang susunan saraf pusat yaitu otak dan sumsum tulang belakang untuk memproduksi endorfin yang berfungsi sebagai penghambat nyeri. Slow deep breathing merupakan tindakan yang disadari untuk mengatur pernapasan secara dalam dan lambat (Rustini and Tridiyawati, 2022). Teknik ini dilakukan dengan menarik napas perlahan melalui hidung, menahan selama beberapa detik, lalu menghembuskannya secara perlahan melalui mulut.

Penerapan teknik slow deep breathing pada ibu nifas dapat membantu merangsang sistem saraf parasimpatis yang berperan dalam menurunkan denyut jantung, menstabilkan tekanan darah, dan memberikan rasa tenang. Ketika ibu merasa rileks, produksi hormon stres seperti kortisol akan menurun, sehingga persepsi terhadap nyeri pun ikut berkurang. Ini menjadikan slow deep breathing

sebagai pendekatan efektif dalam menangani nyeri payudara tanpa efek samping farmakologis (American Psychiatric Association, 2021).

Selain membantu mengurangi rasa nyeri, teknik ini juga memperbaiki pola pernapasan yang kadang menjadi dangkal akibat ketegangan saat menyusui. Dengan memperdalam napas dan meningkatkan oksigenasi jaringan, ibu dapat mengalami peningkatan toleransi terhadap ketidaknyamanan fisik dan emosional pascapersalinan. Hal ini sangat bermanfaat bagi ibu yang mengalami gangguan laktasi akibat stres atau kecemasan saat menyusui (Cleveland Clinic, 2022).

2.4.2 Tujuan & Manfaat

a. Tujuan Teknik Slow Deep Breathing

1. Mengurangi persepsi nyeri

Membantu menurunkan sensasi nyeri melalui pengaturan pernapasan yang dalam dan terkontrol (*Ronika et al., 2024*).

2. Meningkatkan relaksasi tubuh dan pikiran

Mengaktivasi sistem saraf parasimpatis yang menginduksi rasa tenang (*Zulistin et al., 2023*)

3. Mengurangi ketegangan otot akibat stres atau nyeri

Meredakan spasme otot yang sering memperburuk rasa nyeri (*Supriadi, 2024*)

b. Manfaat Teknik Slow Deep Breathing

1. Menurunkan intensitas nyeri akut dan kronis

Terbukti menurunkan nyeri pada pasien pascaoperasi maupun prosedur invasif seperti pemasangan infus (*Ronika et al., 2024; Zulistin et al., 2023*)

2. Meningkatkan oksigenasi dan sirkulasi darah

Pernapasan yang dalam meningkatkan aliran oksigen ke jaringan tubuh dan otak (*Supriadi, 2024*).

3. Mengurangi kecemasan dan stres yang memicu peningkatan nyeri

Membantu pasien lebih tenang dan fokus sehingga respon terhadap nyeri lebih terkontrol (*Fauziyyah, 2022 dalam jurnal JIKSH*).

4. Intervensi non-farmakologis yang aman dan mudah diterapkan

Tidak memerlukan alat khusus, minim efek samping, dan dapat dilakukan di berbagai kondisi klinis (*Zulistin et al., 2023; Ronika et al., 2024*)

2.4.3 Mekanisme Kerja Relaksasi Slow Deep Breathing

Slow Deep Breathing dapat merangsang respon dari saraf otonom melalui pengeluaran neurotransmitter endorfin, hal ini akan berefek pada penurunan respon saraf simpatis dan meningkatkan respon parasimpatis. Slow deep breathing merupakan terapi modalitas non farmakologis yang dapat memicu terjadinya peningkatan sensitivitas barorefleksi dan mengurangi aktivitas simpatis dan aktivasi chemoreflex (*Hendra Kusuma et al., 2021*). Slow deep breathing memiliki dampak terhadap tekanan darah dengan cara meningkatkan sensitivitas baroreseptor, mengurangi aktivitas sistem saraf simpatis, dan meningkatkan aktivitas sistem saraf parasimpatis. Latihan pernapasan juga berkontribusi pada kesehatan fisik dan mental dengan meningkatkan fluktuasi interval frekuensi pernapasan, yang berdampak pada peningkatan efektivitas barorefleksi.

Terapi slow deep breathing dapat menyebabkan pembuluh darah lebar dan lentur, impuls aferen diaktifkan oleh baroreseptor sehingga akan mencapai pusat

jantung yang selanjutnya akan merangsang aktivitas saraf parasimpatis dan menghambat pusat simpatis maka terjadilah vasodilatasi sistemik yang memperlancar peredaran darah di seluruh tubuh, denyut menjadi turun dan daya kontraksi jantung juga akan turun. Slow deep breathing dapat meningkatkan stimulasi baroreseptor yang dipengaruhi oleh variasi tekanan darah sebagai respons terhadap latihan pernapasan. Hal ini dilakukan melalui mekanisme tertentu dan berdampak pada modulasi sistem otonom dan emosional yang bermanfaat untuk mengatasi kecemasan (Andri et al., 2021).

2.4.4 Prosedur Terapi Relaksasi Slow Deep Breathing

Langkah-langkah relaksasi *slow deep breathing* yaitu partisipan harus diposisikan duduk atau berbaring dan tangannya diletakkan di atas perutnya. Partisipan diminta untuk menarik napas secara perlahan dan dalam melalui hidung serta tarik napas selama 3 detik, rasakan perut mengembang saat menarik napas. Kemudian, hembuskan napas melalui mulut secara perlahan selama 6 detik, sambil merasakan perut bergerak ke bawah. *Slow deep breathing* ini dilakukan dua kali setiap hari yaitu pagi dan sore selama lima belas menit (Anggraini, Chrisanto and Kurniasih, 2024).

Berikut adalah langkah-langkah *slow deep breathing*

1. Mengatur posisi pasien dengan posisi duduk atau berbaring.
2. Kedua tangan pasien diletakkan di atas perut.
3. Menganjurkan pasien untuk bernapas secara perlahan dan dalam melalui hidung.

4. Menganjurkan pasien untuk menarik napas selama tiga detik dan menganjurkan pasien untuk merasakan abdomen mengembang saat menarik napas.
5. Menganjurkan pasien untuk menahan napas selama tiga detik.
6. Menganjurkan pasien mengerutkan bibir untuk mengeluarkan udara melalui mulut dan menghembuskan napas secara perlahan selama enam detik. Menganjurkan pasien untuk merasakan abdomen bergerak ke bawah.
7. Menganjurkan pasien untuk mengulangi langkah satu sampai lima selama 5 menit.

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan

2.5.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya (Rohmah & Walid, 2014). Pengkajian meliputi:

2.5.1.1 Pengumpulan Data

1. Identitas Klien

Identitas klien perlu ditanyakan : nama, umur, jenis kelamin, alamat, suku, agama, nomor register, pendidikan, tanggal MRS, serta pekerjaan.

2. Keluhan Utama

Keluhan utama adalah keluhan yang paling dirasakan mengganggu oleh pasien. Keluhan utama akan menunjukkan prioritas intervensi dan mengkaji pengetahuan pasien tentang kondisinya saat ini.

3. Riwayat Kesehatan Sekarang

Perawat melakukan pencatatan riwayat kesehatan pasien sehingga memungkinkan perawat untuk membuat patokan dasar pengkajian tentang status pasien. Riwayat kesehatan yang tidak mampu di dapatkan dari pasien, maka perawat dapat menggali informasi dan keterangan terkait riwayat kesehatannya kepada keluarga pasien.

4. Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat kesehatan masa lalu memberikan informasi tentang riwayat kesehatan pasien dan anggota keluarganya.

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Jika klien tidak memiliki riwayat kesehatan, ada faktor risiko yaitu riwayat penyakit keluarga meliputi hipertensi, diabetes mellitus, riwayat keluarga yang menderita tumor.

6. Riwayat perkawinan

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

7. 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.

8. Riwayat persalinan sekarang

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

9. 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.

10. Riwayat Psikososial dan Spiritual

Terdapat keadaan dimana kondisi klien membutuhkan biaya yang lebih untuk pemeriksaan dan pengobatan secara komprehensif yang mungkin memakan biaya lebih banyak sehingga dapat mempengaruhi emosi dan mekanisme coping klien dan keluarga. Mengkaji apakah ada gangguan atau masalah spiritual yang dialami klien selama sakit.

11. Pola-pola fungsi kesehatan

Setiap pola fungsi kesehatan pasien terbentuk atas interaksi antara pasien dan lingkungan kemudian menjadi suatu rangkaian perilaku membantu perawat untuk mengumpulkan, mengorganisasikan, dan memilah-milah data.

Pengkajian pola fungsi kesehatan terdiri dari :

a. Pola nutrisi dan metabolisme

Biasanya terjadi peningkatan nafsu makan karena adanya kebutuhan untuk menyusui bayinya.

b. Pola aktifitas

Biasanya pada pasien post sectio caesarea mobilisasi dilakuakn secara bertahap meliputi miring kanan dan kiri pada 6-8 jam pertama, kemudian latihan duduk dan latihan berjalan

c. Pola eliminasi

Biasanya terjadi konstipasi karena pasien post sectio caesarea takut untuk melakukan BAK dan BAB.

d. Pola istirahat dan tidur

Biasanya terjadi perubahan yang disebabkan oleh kehadiran sang bayi dan rasa nyeri yang ditimbulkan akibat luka pembedahan.

e. Pola Reproduksi

Biasanya terjadi disfungsi seksual yang diakibatkan oleh proses persalinan dan masa nifas.

12. Secondary Survey

a. Keadaan umum dan tanda-tanda vital : keadaan umum pasien yang lemah, adanya peningkatan tekanan darah pada pasien, suhu tubuh pasien yang tinggi dapat menimbulkan kejang.

b. Pemeriksaan Fisik merupakan suatu proses memeriksa tubuh pasien dari ujung kepala sampai ujung kaki (head to toe) untuk menemukan tanda klinis dari suatu penyakit.

1. Kepala : bentuk kepala, kulit kepala, apakah ada lesi atau benjolan, dan kesan wajah, biasanya terdapat chloasma gravidarum pada ibu post partum.

2. Mata : 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

3. Hidung: 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.
4. Telinga : Meliputi bentuk, ukuran, ketegangan lubang telinga, kebersihan dan ketajaman pendengaran.
5. Leher : Meliputi posisi trakea, kelenjar tiroid, bendungan vena jugularis. Pada ibu post partum biasanya terjadi pembesaran kelenjar tiroid yang disebabkan proses meneran yang salah.
6. Mulut : meliputi keadaan bibir, keadaan gigi, lidah, palatum, orofaring, ukuran tonsil, warna tonsil
7. Thorax : meliputi inspeksi (bentuk dada, penggunaan otot bantu nafas, pola nafas), palpasi (penilaian voval fremitus), perkusi (melakukan perkusi pada semua lapang paru mulai dari atas klavikula kebawah pada setiap spasiem intercostalis), auskultasi (bunyi nafas, suara nafas, suara tambahan).
8. 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

9. 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).
10. Abdomen : 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 per menit), palpasi (kontraksi uterus baik atau tidak).
11. Genetalia : meliputi inspeksi (apakah ada hematoma, oedema, tanda-tanda infeksi, periksa lochea meliputi warna, jumlah, dan konsistensinya).
12. Anus : Diperiksa apakah ada hemoroid atau tidak. Pada pemeriksaan integument meliputi warna, turgor, kerataan warna, kelembaban, temperatur kulit, tekstur, hiperpigmentasi.
13. Ekstermitas meliputi ada atau tidaknya varises, oedema, reflek patella, reflek Babinski, nyeri tekan atau panas pada betis, pemeriksaan human sign.
14. Status Mental : Meliputi kondisi emosi, orientasi klien, proses berpikir, kemauan atau motivasi serta persepsi klien.

2.5.1.2 Analisa data

Data yang sudah terkumpul selanjutnya dikelompokkan dan dilakukan analisis serta sintesis data. Dalam mengelompokkan data dibedakan atas data subyektif dan data obyektif. Data yang dikelompokkan dianalisis sehingga dapat diambil kesimpulan tentang masalah keperawatan dan kemungkinan penyebab, yang dapat dirumuskan dalam bentuk diagnosis keperawatan meliputi aktual, potensial, dan kemungkinan (Ramadanty, 2020).

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan aktual ataupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil tempat perawat bertanggung jawab (Siti, 2022).

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul (Tim Pokja, 2018) : :

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik, luka post op SC, tekanan pada payudara disebabkan peningkatan produksi ASI (D.0077).
2. Ketidaknyamanan Pasca Partum b.d Pembengkakan payudara dimana alveoli mulai terisi ASI (D.0075)
3. Menyusui tidak efektif b.d Payudara bengkak (D.0029).
4. Konstipasi b.d Kelemahan otot abdomen (D.0049)
5. Risiko infeksi b.d efek prosedur pembedahan Sectio Caesarea (D.0142).

2.5.3 Intervensi Keperawatan

Setelah pengumpulan data pasien, mengorganisasi data dan menetapkan diagnosis keperawatan maka tahap berikutnya adalah perencanaan. Pada tahap ini

perawat membuat rencana perawatan dan menentukan pendekatan apa yang digunakan untuk memecahkan masalah klien. Ada tiga fase dalam tahap perencanaan yaitu menentukan prioritas, menentukan tujuan dan merencanakan tindakan keperawatan. Berikut adalah perencanaan dari diagnosa keperawatan pada pasien dengan pneumonia menurut (Nurarif & Kusuma, 2016) :

1. Menentukan urutan prioritas masalah

Tahap ini memilih masalah yang memerlukan perhatian/prioritas di antara masalah-masalah yang telah ditentukan. Prioritas tertinggi diberikan pada masalah yang memengaruhi kehidupan atau keselamatan pasien. Selain itu, masalah nyata mendapatkan perhatian atau prioritas lebih tinggi daripada masalah potensial.

2. Merumuskan tujuan keperawatan yang akan dicapai

Perumusan tujuan keperawatan ialah hasil yang ingin dicapai dari asuhan keperawatan untuk menanggulangi dan mengatasi masalah yang telah dirumuskan dalam keperawatan.

3. Menentukan kriteria hasil

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menentukan kriteria hasil :

- a. Bersifat spesifik dalam isi dan waktu seperti halnya pasien dapat menghabiskan 1 porsi makanan selama 3 hari setelah operasi
- b. Bersifat realistic artinya dalam menentukan tujuan harus mempertimbangkan faktor patologi atau fisiologi penyakit yang dialami dan sumber yang tersedia waktu pencapaian.
- c. Dapat diukur
- d. Mempertimbangkan keadaan dan keinginan pasien

4. Merumuskan intervensi keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Manajemen Nyeri Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Nyeri Akut (D.0077) Definisi: pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p>	<p>Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12. Fasilitasi istirahat dan tidur

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		<p>13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>15. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>17. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</p> <p>18. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
<p>Ketidaknyamanan Pasca Partum (D.0075) Definisi: Perasaan tidak nyaman yang berhubungan dengan kondisi setelah melahirkan.</p>	<p>Kenyamanan Pasca Partum (L.07061) Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan Status Kenyamanan Pasca Partum meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan tidak nyaman menurun 2. Meringis menurun 3. Luka episiotomi menurun 4. Kontraksi uterus menurun 5. Payudara bengkak menurun 	<p>Terapi relaksasi (I.09326)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan 5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		<p>ruang nyaman, jika memungkinkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 8. Gunakan pakaian longgar 9. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 10. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) 12. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 13. Anjurkan mengambil posisi nyaman 14. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 15. Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih 16. Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)
<p>Menyusui tidak efektif (D.0029). Definisi: kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui.</p>	<p>Status Menyusui (L.03029) Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat 	<p>Konseling Laktasi (I.03093) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui 2. Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui 3. Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui <p>Terapeutik</p>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
	<ol style="list-style-type: none"> 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat 3. Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam meningkat 4. Berat badan bayi meningkat 5. Tetesan/pancaran ASI meningkat 6. Suplai ASI adekuat meningkat 7. Puting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan meningkat 8. Kepercayaan diri ibu meningkat 9. Lecet pada puting menurun 10. Kelelahan maternal menurun 11. Kecemasan maternal menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Gunakan Teknik mendengarkan aktif (mis: duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan ibu) 5. Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ajarkan Teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu.
<p>Konstipasi (D.0049) Definisi: Penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak.</p>	<p>Eliminasi Fekal (L.04033) Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrol pengeluaran feses meningkat 2. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun 3. Mengejan saat defekasi menurun 	<p>Manajemen Eliminasi Fekal (I.04151) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar 2. Identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal 3. Monitor buang air besar (mis: warna, frekuensi, konsistensi, volume) 4. Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi, atau impaksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Berikan air hangat setelah makan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
	4. Konsistensi feses membaik 5. Frekuensi BAB membaik 6. Peristaltik usus membaik	6. Jadwalkan waktu defekasi Bersama pasien 7. Sediakan makanan tinggi serat Edukasi 8. Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus 9. Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses 10. Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik, sesuai toleransi 11. Anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas 12. Anjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat 13. Anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi Kolaborasi 14. Kolaborasi pemberian obat supositoria anal, jika perlu
Risiko infeksi (D.0142). Definisi: Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.	Tingkat infeksi (L.14137) Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		8. Ajarkan etika batuk 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

2.5.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan/implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (PPNI, 2017).

2.5.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi atau tahap penelitian adalah perbandingan sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan. Tujuan evaluasi ini adalah untuk melihat kemampuan klien mencapai tujuan yang diinginkan dengan kriteria hasil pada perencanaan.

Untuk memerlukan perawatan mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, format yang dipakai adalah format SOAP (Aslina, 2019) :

S : Data Subjektif

Perkembangan yang di dasarkan pada apa yang di rasakan, di keluhkan dan di kemukakan klien.

O : Data Objektif 30

Perkembangan yang bias di amati dan di ukur oleh perawat atau tim kesehatan lain.

A : Analisis

Interpretasi dari data subjektif dan objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat di tuliskan masalah atau diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan data objektif.

P : Perencanaan

Perencanaan penanganan klien yang di dasarkan pada hasil analisis di atas berisi melanjutkan perencanaan, menghentikan perencanaan apabila keadaan atau masalah belum teratasi.

