

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar *Pre eklampsia*

1. Pengertian

Pre eklampsia merupakan kondisi spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan tingginya tekanan darah, tingginya kadar protein dalam urine serta edema. Diagnosis pre eklampsia ditegakkan berdasarkan adanya hipertensi spesifik yang disebabkan kehamilan disertai dengan gangguan sistem organ lainnya pada usia kehamilan diatas 20 minggu. Pre eklampsia, sebelumnya selalu didefinisikan dengan adanya hipertensi dan proteinuri yang baru terjadi pada kehamilan (POGI, 2016)

Pre eklampsia merupakan gangguan hipertensi yang terjadi pada ibu hamil dengan usia kehamilan lebih dari 20 minggu yang ditandai dengan meningkatnya tekanan darah $\geq 140/90$ MmHg disertai dengan edema dan proteinuria (Faiqoh, E., & Hendrati, 2017)

2. Klasifikasi *Pre eklampsia*

Menurut Sukarni, (2016) hipertensi dalam kehamilan dibagi menjadi 2 golongan yaitu :

a. Pre eklampsia Ringan

Kondisi dimana terjadi peningkatan tekanan darah 140/90 MmHg atau lebih dengan posisi pengukuran tekanan darah pada ibu baik duduk maupun telentang. Protein Uria 0,3 gr/lit atau +1/+2. Edema pada ekstermitas dan muka serta diikuti kenaikan berat badan > 1 Kg/per minggu.

b. Pre eklampsia Berat

Kondisi dimana terjadi peningkatan tekanan darah 160/110 MmHg atau lebih. Protein Uria 5 gr/lit atau lebih, terdapat oliguria (Jumlah urine kuran dari 500 cc per 2 jam) serta adanya edema pada paru serta cyanosis. Adanya gangguan serebral, gangguan visus dan rasa nyeri pada epigastrium.

3. Etiologi

Sampai dengan saat ini penyebab utama pre eklampsia masih belum diketahui secara pasti. Beberapa ahli percaya bahwa pre eklampsia diawali dengan adanya kelainan pada plasenta, yaitu organ yang berfungsi menerima suplai darah dan nutrisi bagi bayi selama masih di dalam kandungan Mitayani, (2012) beberapa faktor yang bisa meningkatkan resiko pre eklampsia antara lain adalah :

- a. Malnutrisi Berat.
- b. Riwayat penyakit seperti : Diabetes Mellitus, Lupus, Hypertensi dan Penyakit Ginjal.
- c. Jarak kehamilan yang cukup jauh dari kehamilan pertama.
- d. Usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun.
- e. Obesitas.
- f. Riwayat keluarga dengan pre eklampsia.

4. Manifestasi Klinis

Tanda klinis utama dari pre eklampsia adalah tekanan darah yang terus meningkat, peningkatan tekanan darah mencapai 140/90 mm Hg atau lebih atau sering ditemukan nilai tekanan darah yang tinggi dalam 2 kali pemeriksaan rutin yang terpisah. Selain hipertensi, tanda klinis dan gejala lainnya dari pre eklampsia adalah :

- a. Tekanan darah sekurang-kurangnya 160 mmHg sistolik atau 110 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 15 menit menggunakan lengan yang sama.
- b. Trombositopenia : trombosit < 100.000 / mikroliter.
- c. Nyeri di daerah epigastrik / regio kanan atas abdomen.
- d. Didapatkan gejala neurologis : stroke, nyeri kepala, gangguan visus.

Beberapa penelitian terbaru menunjukkan rendahnya hubungan antara kuantitas protein urin terhadap luaran pre eklampsia, sehingga kondisi protein urin masif (lebih dari 5g) telah dieleminasi dari kriteria pemberatan pre eklampsia (pre eklampsia berat). Kriteria terbaru tidak lagi mengkategorikan lagi pre eklampsia ringan, dikarenakan setiap pre eklampsia merupakan kondisi yang berbahaya dan dapat mengakibatkan peningkatan morbiditas dan mortalitas secara signifikan dalam waktu singkat (POGI, 2016).

5. Patofisiologis

Pada pre eklampsia terdapat penurunan aliran darah. Perubahan ini menyebabkan prostaglandin plasenta menurun dan mengakibatkan iskemia uterus. Keadaan iskemia pada uterus merangsang pelepasan bahan tropoblastik yaitu akibat hiperoksidase lemak dan pelepasan renin uterus. Bahan tropoblastik menyebabkan terjadinya endotheliosis menyebabkan pelepasan tromboplastin. Tromboplastin yang dilepaskan mengakibatkan pelepasan tromboksan dan aktivasi/agregasi trombosit deposisi fibrin. Pelepasan tromboksan akan menyebabkan terjadinya vasospasme sedangkan aktivasi/agregasi trombosit deposisi fibrin akan menyebabkan koagulasi intravaskuler yang mengakibatkan perfusi darah menurun dan konsumtif koagulasi (Sukarni, 2015).

Konsumtif koagulasi mengakibatkan trombosit dan faktor pembekuan darah menurun dan menyebabkan gangguan faal hemostasis. Renin uterus yang dikeluarkan akan mengalir bersama darah sampai organ hati dan bersama-sama angiotensinogen menjadi angiotensi I dan selanjutnya menjadi angiotensin II. Angiotensin II bersama tromboksan akan menyebabkan terjadinya vasospasme. Vasospasme menyebabkan lumen arteriol menyempit. Lumen arteriol yang menyempit menyebabkan lumen hanya dapat dilewati oleh satu sel darah merah (Sukarni, 2016).

Pada pre eklampsia terjadi spasme pembuluh darah yang disertai dengan retensi air dan garam. Pada biopsi ginjal ditemukan spasme hebat arteriola glomerulus. Pada beberapa kasus, lumen arteriola sedemikian sempitnya sehingga nyata dilalui oleh satu sel darah merah. Jadi jika semua arteriola di dalam tubuh mengalami spasme maka tekanan darah akan naik, sebagai usaha untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigen jaringan dapat dicukupi. Sedangkan kenaikan berat badan dan edema yang disebabkan oleh penimbunan air yang berlebihan dalam ruangan interstisial belum diketahui sebabnya, mungkin karena retensi air dan garam. Proteinuria dapat disebabkan oleh spasme arteriola sehingga terjadi perubahan pada glomerulus. Vasokonstriksi merupakan dasar patogenesis pre eklampsia yang dapat menimbulkan peningkatan total perifer resisten dan menimbulkan hipertensi. Adanya vasokonstriksi juga akan menimbulkan hipoksia pada endotel setempat, sehingga terjadi kerusakan endotel, kebocoran arteriola disertai perdarahan mikro tempat endotel (Indrieni, 2020).

6. Komplikasi

Komplikasi yang terberat dari pre eklampsia adalah kematian ibu dan janin, namun beberapa komplikasi yang dapat terjadi baik pada ibu maupun janin adalah sebagai berikut (Indrieni, 2020).

a. Bagi Ibu

- 1) Sindrom HELLP (Haemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count), adalah sindrom rusaknya sel darah merah, meningkatnya enzim liver, dan rendahnya jumlah trombosit.
- 2) Eklamsia, pre eklampsia bisa berkembang menjadi eklamsia yang ditandai dengan kejang-kejang.
- 3) Penyakit kardiovaskular, risiko terkena penyakit yang berhubungan dengan fungsi jantung dan pembuluh darah akan meningkat jika mempunyai riwayat pre eklampsia.
- 4) Kegagalan organ, pre eklampsia bisa menyebabkan disfungsi beberapa organ seperti, paru, ginjal, dan hati.
- 5) Gangguan pembekuan darah, komplikasi yang timbul dapat berupa perdarahan karena kurangnya protein yang diperlukan untuk pembekuan darah, atau sebaliknya, terjadi penggumpalan darah yang menyebar karena protein tersebut terlalu aktif.
- 6) Stroke hemoragik, kondisi ini ditandai dengan pecahnya pembuluh darah otak akibat tingginya tekanan di dalam pembuluh tersebut.

b. Bagi Janin

- 1) Prematuritas.
- 2) Kematian Janin.

- 3) Terhambatnya pertumbuhan janin.
- 4) Asfiksia Neonatorum.

7. Pemeriksaan Penunjang

Beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pre eklampsia adalah sebagai berikut (Indrieni, 2020).

a. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Pemeriksaan darah lengkap dengan hapusan darah :
 - a) Penurunan hemoglobi
 - b) Hematokrit meningkat
 - c) Trombosit menurun
- 2) Urinalisis Ditemukan protein dalam urine.
- 3) Pemeriksaan Fungsi hati
 - a) Bilirubin meningkat
 - b) LDH (laktat dehidrogenase) meningkat.
 - c) Aspartat aminomtransferase (AST) > 60 ul.
 - d) Serum Glutamat piruvat transaminase (SGPT) meningkat
 - e) Serum glutamat oxaloacetic trasaminase (SGOT) meningkat
 - f) Total protein serum menurun
- 4) Tes kimia darah
 - a) Asam urat meningkat (N= 2,4-2,7 mg/dl)

b. Radiologi

- 1) Ultrasonografi

Ditemukan retardasi pertumbuhan janin intra uterus. Pernafasan intrauterus lambat, aktivitas janin lambat, dan volume cairan ketuban sedikit.

8. Penatalaksanaan

Menurut (Pratiwi, 2017) penatalaksanaan pada pre eklampsia adalah sebagai berikut :

- a. Tirah Baring miring ke satu posisi.
- b. Monitor tanda-tanda vital, refleks dan DJJ.
- c. Diet tinggi kalori, tinggi protein, rendah karbohidrat lemak dan garam.
- d. Pemenuhan kebutuhan cairan : Jika jumlah urine < 30 ml/jam pemberian cairan infus Ringer Laktat 60-125 ml/jam.
- e. Pemberian obat-obatan sedative, anti hipertensi dan diuretik.

Monitor keadaan janin (Aminoscopy, Ultrasografi).

B. Konsep Dasar *Sectio Caesaria*

1. Pengertian

Sectio caesarea yaitu cara agar dapat melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Nurarif, A. H., & Kusuma, 2016). *Sectio Caesarea* adalah suatu tindakan untuk mengeluarkan janin dengan melakukan pembedahan atau insisi pada dinding perut dan dinding uterus dengan syarat berat janin diatas 500 gram dan uterus dalam keadaan utuh (Hidayah, 2019). *Sectio Caesarea* yaitu tindakan pembedahan dengan cara membuka dinding abdomen dan dinding rahim untuk melahirkan janin dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram dan usia janin > 28 minggu (Saifuddin, 2014).

2. Indikasi *Sectio Caesaria*

Menurut Maryunani., (2017) indikasi persalinan *Sectio Caesaria* dibagi menjadi :

- a. Persalinan atas indikasi gawat ibu :
 - 1) Proses persalinan normal yang lama atau kegagalan dalam proses persalinan.
 - 2) Kondisi panggul sempit.
 - 3) Plasenta menutupi jalan lahir.
 - 4) Komplikasi pre eklampsia.
 - 5) Ketuban Pecah Dini.
 - 6) Bayi besar.
 - 7) Kelainan letak
- b. Persalinan atas indikasi gawat janin :
 - 1) Tali pusat menumbung.
 - 2) Infeksi intra partum.
 - 3) Kehamilan kembar.
 - 4) Kehamilan dengan kelainan kongenital.
 - 5) Anomaly janin mislanya hidrosefalus.

3. Komplikasi *Sectio Caesarea*

Komplikasi pada *sectio caesarea* menurut Mochtar, (2015) adalah saebagai berikut :

- a. Infeksi Puerperal
 - 1) Ringan dimana suhunya naik dalam beberapa hari
 - 2) Sedang dimana suhunya lebih tinggi
 - 3) Berat dengan peritonitis, sepsis dan illeus paralitik.
- b. Perdarahan karena :

- 1) Terdapat pembuluh darah banyak yang terputus dan terbuka, atonia uteri, perdarahan pada placentar bed
- 2) Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi. Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang

4. Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- b. Pemantauan EKG
- c. Elektrolit
- d. Hemoglobin/Hematokrit
- e. Golongan Darah
- f. Urinalis
- g. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- h. Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi.

5. Penatalaksanaan

- a. Pemberian cairan

Pemberian cairan peritavena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 10%, garam fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.

b. Diet

Pemberian cairan perinfus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 - 10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

c. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi :

- 1) Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 - 10 jam setelah operasi
- 2) Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar
- 3) Hari kedua post operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya.
- 4) Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler)
- 5) Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke5 pasca operasi.

d. Kateterisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang 24 - 48 jam / lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.

e. Pemberian obat-obatan

- 1) Antibiotik

Cara pemilihan dan pemberian antibiotic sangat berbeda-beda setiap institusi

2) Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan

a) Supositoria : ketoprofen sup 2x/24 jam

b) Oral : tramadol tiap 6 jam atau paracetamol

c) Injeksi : penitidine 90-75 mg diberikan setiap 6 jam bila perlu

3) Obat-obatan lain

Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum penderita dapat diberikan caboransia seperti neurobian I vit. C

f. Perawatan luka

Kondisi balutan luka dibuka pada 3 hari post operasi.

g. Perawatan rutin

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi, dan pernafasan.

h. Perawatan Payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui.

C. Konsep Dasar Nyeri

1. Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan sebagai akibat dari kerusakan jaringan yang aktual dan potensial, yang menyakitkan tubuh serta diungkapkan oleh individu yang mengalaminya. Ketika suatu jaringan mengalami cedera, atau kerusakan mengakibatkan dilepasnya bahan – bahan yang dapat menstimulus reseptor nyeri seperti serotonin, histamin, ion kalium,

bradikinin, prostaglandin, dan substansi P yang akan mengakibatkan respon nyeri (Kozier, 2011).

Definisi keperawatan menyatakan bahwa nyeri adalah sesuatu yang menyakitkan tubuh yang diungkapkan secara subjektif oleh individu yang mengalaminya . Nyeri dianggap nyata meskipun tidak ada penyebab fisik atau sumber yang dapat diidentifikasi. Meskipun beberapa sensasi nyeri dihubungkan dengan status mental atau status psikologis, pasien secara nyata merasakan sensasi nyeri dalam banyak hal dan tidak hanya membayangkannya saja. Kebanyakan sensasi nyeri adalah akibat dari stimulasi fisik dan mental atau stimuli emosional (Potter, A & Perry, 2012).

2. Jenis Nyeri

Menurut SDKI, (2016) nyeri dapat dibedakan menjadi tiga, antara lain :

- a. Nyeri Melahirkan yaitu pengalaman sensorik dan emosional yang bervariasi dari menyenangkan sampai tidak menyenangkan yang berhubungan dengan persalinan
- b. Nyeri Kronis yaitu pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan
- c. Nyeri Akut yaitu 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 3 bulan.

3. Fisiologis Nyeri

Menurut Smeltzer & Bare, (2013) terdapat interkoneksi antara sistem neural desenden serta traktus sensori asenden. Kornu dorsalis dari medula spinalis dapat dianggap sebagai tempat memproses sensori. Serabut perifer berakhir disini dan serabut traktus sensori asenden berawal disini. Agar nyeri dapat diserap secara sadar, neuron pada sistem asenden harus diaktifkan

4. Respon Terhadap Nyeri

Respon tubuh terhadap nyeri adalah sebuah proses kompleks dan bukan sebuah kerja spesifik. Respon tubuh terhadap nyeri memiliki aspek fisiologis dan psikososial. Pada awalnya, sistem saraf simpatik berespon, menyebabkan respon melawan atau menghindar. Apabila nyeri terus berlanjut, tubuh beradaptasi ketika system syaraf para simpatik mengambil ahli, membalik banyak respons fisiologis. Adaptasi terhadap nyeri ini terjadi setelah beberapa jam atau beberapa hari mengalami nyeri. Reseptor nyeri aktual sangat sedikit beradaptasi terus mentransmisikan pesan nyeri. Seseorang dapat belajar tentang nyeri melalui aktivitas kognitif dan perilaku, yaitu : pengalihan, imajinasi, dan banyak tidur. Individu dapat berespon terhadap nyeri dengan mencari intervensi fisik untuk mengatasi nyeri seperti, analgetik, oijat dan olah raga (Smeltzer & Bare, 2013).

5. Karakteristik Nyeri

Karakteristik dapat juga dilihat nyeri berdasarkan metode PQRST, P provoke, Q Quality, R Region, S Scale, T Time.

- a. P provoke, tenaga kesehatan harus mengkaji tentang penyebab terjadinya nyeri pada penderita.

- b. Q Quality, kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subyektif yang diungkapkan klien.
- c. R Region, untuk mengkaji lokasi, tenaga kesehatan meminta penderita untuk menunjukkan semua bagian atau daerah yang dirasakan tidak nyaman.
- d. S Scale, tingkat keparahan merupakan hal yang paling subyektif yang dirasakan oleh penderita
- e. T Time, tenaga kesehatan mengkaji tentang awitan, durasi, dan rangkaian nyeri.

6. Penilaian dan Pengukuran Nyeri

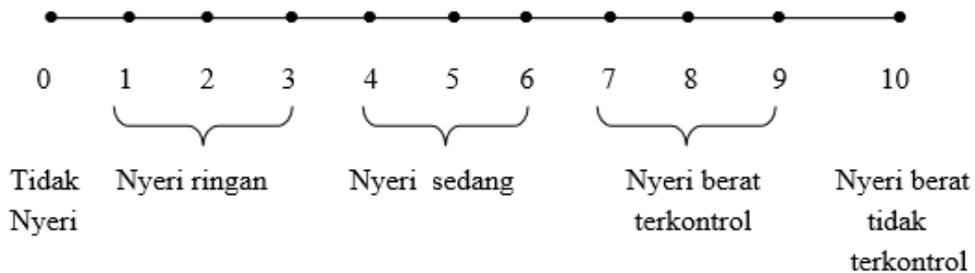
Evaluasi ini juga dapat didekati dengan menggunakan penelitian yang lebih formal, seperti kuesioner nyeri MC bill, yang merupakan salah satu alat untuk menilai nyeri. Bagian pertama klien menandai lokasi nyeri disebuah gambar tubuh manusia. Pada bagian kedua klien memilih duapuluh kata yang penjelasan kualitas sensorik, afektif, evaluatif, dan kualitas lain dari nyeri. Pada bagian ketiga klien memilih kata seperti singkat, berirama atau menetap untuk menetap untuk menjelaskan pola nyeri. Pada bagian keempat klien menentukan tingkatan nyeri pada suatu skala 0 sampai 5 (Price Sylvia A, 2012).

Kualitas nyeri dapat dinilai sederhana yang meminta pasien menjelaskan nyeri dengan kata-kata mereka sendiri (misalnya tumpul, berdenyut, seperti terbakar). Alat bantu lain yang digunakan untuk menilai intensitas atau keparahan nyeri klien:

Gambar 2.1
Face Pain Rating Scal

					
0 tidak sakit	2 Sedikit sakit	4 Agak menggangu	6 Menggangu aktivitas	8 Sangat menggangu	10 Tak tatahankan

Gambar 2.2
Skala nyeri menurut bourbanis



Keterangan :

- 0 : Tidak nyeri
- 1-3 : Nyeri ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik
- 4-6 : Nyeri sedang : secara obyektif klien mendesis, meringis, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik
- 7-9 : Nyeri berat : secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih bisa respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi
- 10 : Nyeri sangat berat : Pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul

7. Manajemen Nyeri

a. Manajemen Farmakologi

- 1) Analgetik non opioid – Obat Anti Inflamasi Non Steroid (OAINS)
- 2) Analgesia opioid
- 3) Adjuvan / Koanalgetik

b. Manajemen Non-Farmakologi

Beberapa hal yang dapat dilakukan ialah:

1) Distraksi

Distraksi dimana memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri.

2) Massase

Yaitu terapi nyeri yang paling primitive dan menggunakan refleks lembut manusia untuk menahan, menggosok, atau meremas bagian tubuh yang nyeri

3) Terapi hangat dan dingin

Terapi hangat dan dingin bekerja dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri (non nosiseptor). Terapi dingin dapat menurunkan prostaglandin yang memperkuat sensitifitas reseptor nyeri. Penggunaan panas dapat meningkatkan aliran darah yang dapat mempercepat penyembuhan dan penurunan nyeri

4) Relaksasi pernafasan

Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi pernafasan juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah. Relaksasi pernafasan adalah suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan pada klien bagaimana cara melakukan pernafasan, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan (Smeltzer & Bare, 2013).

D. Konsep Dasar Relaksasi Napas Dalam

1. Pengertian

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan, Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Smeltzer & Bare, 2013).

Menurut Brunner & Suddart, (2016) relaksasi nafas dalam adalah pernafasan abdomen dengan frekuensi lambat atau perlahan, berirama dan nyaman dilakukan dengan memejamkan mata

2. Tujuan Teknik Relaksasi Napas Dalam

Yaitu untuk meningkatkan ventilasi alveoli, meningkatkan efisiensi batuk, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, dan mengurangi tingkat stress baik itu stress fisik maupun emosional sehingga dapat menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan oleh individu (Smeltzer & Bare, 2013)

3. Manfaat Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Teknik relaksasi nafas dalam dapat memberikan berbagai manfaat. Menurut Potter, A & Perry, (2012) menjelaskan efek relaksasi nafas dalam antara lain terjadinya penurunan nadi, penurunan ketegangan otot, penurunan kecepatan metabolisme, peningkatan kesadaran global, perasaan damai dan sejahtera dan periode kewaspadaan yang santai.

4. Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Persepsi Nyeri

Relaksasi nafas dalam dipercaya dapat menurunkan intensitas nyeri melalui tiga mekanisme yaitu : Pertama dengan merelaksasikan otot skelet yang mengalami spasme yang disebabkan insisi (trauma) jaringan saat pembedahan, kemudian yang kedua lakukan relaksasi otot skelet akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami trauma sehingga mempercepat proses penyembuhan dan menurunkan (menghilangkan) sensasi nyeri, dan yang ketiga teknik relaksasi napas dalam dipercayai mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorfin dan enkefalin (Smeltzer & Bare, 2013). Teknik relaksasi nafas dalam dilakukan secara rutin selama 1 kali satu hari dengan durasi 10 menit (Potter, A & Perry, 2012).

5. Standar Operasional Prosedur Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Pengertian : Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan

Tujuan : Untuk mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri

Indikasi : 1. Pasien yang mengalami stress

2. Pasien yang mengalami nyeri yaitu nyeri akut pada tingkat ringan sampai tingkat sedang akibat penyakit yang kooperatif
3. Pasien yang mengalami kecemasan
4. Pasien mengalami gangguan pada kualitas tidur seperti insomnia

- Pelaksanaan :
1. Pra interaksi
 - a. Membaca status klien
 - b. Mencuci tangan
 2. Orientasi
 - a. Salam : Memberi salam sesuai waktu
 - b. Memperkenalkan diri.
 - c. Validasi kondisi klien saat ini.
 - d. Menanyakan kondisi klien dan kesiapan klien untuk melakukan kegiatan sesuai kontrak sebelumnya
 - e. Menjaga privasi klien
 - f. Kontrak.
Menyampaikan tujuan dan menyepakati waktu dan tempat dilakukannya kegiatan
 3. Kerja
 - a. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/ jelas

- b. Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri. Apabila pasien memilih duduk, maka bantu pasien duduk di tepi tempat tidur atau posisi duduk tegak di kursi. Posisi juga bisa semifowler, berbaring di tempat tidur dengan punggung tersangga bantal.
- c. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara
- d. Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan hembuskan udara membiarkannya ke luar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan lega
- e. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit)
- f. Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru dan seterusnya, rasakan udara mengalir keseluruhan tubuh
- g. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan

merasakan ke luar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki kemudian rasakan kehangatannya

- h. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi
- i. Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri
- j. Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 3 sampai 5 kali dalam sehari dalam waktu 5-10 menit

4. Terminasi

- a. Evaluasi hasil: kemampuan pasien untuk melakukan teknik ini
- b. Memberikan kesempatan pada klien untuk memberikan umpan balik dari terapi yang dilakukan.
- c. Tindak lanjut: menjadwalkan latihan teknik relaksasi banafas dalam
- b. Kontrak: topik, waktu, tempat untuk kegiatan selanjutnya

5. Dokumentasi

- a. Mencatat waktu pelaksanaan tindakan
- b. Mencatat perasaan dan respon pasien setelah diberikan tindakan (Potter, A & Perry, 2012).

E. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Tahap pengkajian merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu (klien). Oleh karena itu pengkajian yang benar, akurat, lengkap, dan sesuai dengan kenyataan sangat penting dalam merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Dermawan, 2012).

a. Identitas pasien

Meliputi nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor register, dan diagnosa medik.

b. Identitas Penanggung Jawab

Meliputi : Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, serta status hubungan dengan pasien.

c. Alasan Dirawat

1) Alasan MRS

Terkadang pasien datang dengan keluhan nyeri perut seperti akan melahirkan, KU sedang, kesadaran CM,

2) Keluhan saat dikaji

Terkadang pasien mengatakan nyeri pada area bekas tindakan operasi yang dilakukan sebelumnya, skala nyeri 4, kualitas nyeri seperti disayat-sayat, dan nyeri dirasakan saat mobilisasi. KU lemah, kesadaran CM pasien tampak meringis menahan sakit.

d. Riwayat Masuk Rumah Sakit

Keluhan Utama (saat MRS dan sekarang)

Keluhan saat MRS : nyeri perut

Keluhan sekarang : nyeri luka post SC

e. Riwayat Obstetri Dan Ginekologi

1) Riwayat Menstruasi :

- a) Menarche : Siklus : teratur (v) tidak ()
- b) Banyaknya : -
- c) Lama :
- d) Keluhan : sakit di bagian pinggul, nyeri
- e) HPHT :

2) Riwayat pernikahan

- a) Menikah : 1 (Satu) kali Lama : 10 tahun

3) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu :

f. Riwayat Penyakit

- 1) Klien : ada atau tidak riwayat penyakit keturunan
- 2) Keluarga : ada atau tidak ada riwayat penyakit keturunan

g. Pola Fungsional Kesehatan

1) Pola Manajemen Kesehatan-Persepsi Kesehatan

Bagaimana cara pasien untuk menjaga kesehatan selama masa hamil.

2) Pola Metabolik-Nutrisi

- a) Sebelum MRS : kaji masalah nafsu makan, porsi makan, jenis makanan, pantangan
- b) Saat Pengkajian : apakah masih puasa atau tidak, kaji masalah nafsu makan, porsi makan, jenis makanan, pantangan

3) Pola Eliminasi

- a) Sebelum MRS : Pasien mengatakan BAB 1x sehari di pagi hari dengan konsistensi feses padat berwarna kuning kecoklatan. Pasien BAK berapa kali dalam sehari, warna urin.
- b) Saat Pengkajian : biasanya saat pengkajian pasien belum BAB, dan pasien masih terpasang kateter, urine dalam urine bag warna kuning keruh.

4) Pola Aktivitas-Latihan

5) Pola Istirahat-Tidur

Kaji tentang pola tidur, kebiasaan tidur siang, hambatan saat tidur, penggunaan obat tidur

6) Pola Persepsi-Kognitif

Panca indera pasien tidak ada yang bermasalah. Pasien mengatakan nyeri pada area bekas tindakan operasi yang dilakukan sebelumnya, skala nyeri 5, kualitas nyeri seperti disayat-sayat, dan nyeri dirasakan saat mobilisasi

7) Pola Konsep Diri-Persepsi Diri

Pada saat berbincang-bincang ada kontak mata dari pasien dan jawaban yang diberikan pasien ke perawat masih sesuai

8) Pola Hubungan-Peran

Pasien mengatakan saat sakit sering dijenguk oleh keluarganya, suami dan anak pertamanya yang paling sering menunggu pasien di RS. Pasien berperan sebagai ibu rumah tangga selama di rumah.

9) Pola Reproduksi-Seksualitas

Pasien mengtaakan sudah menikah dan memiliki seorang anak

10) Pola Toleransi Terhadap Stres-Koping

Pasien sering bercerita tentang nyeri yang dirasakan kepada suaminya.

11) Pola Keyakinan-Nilai

Pasien beragama hindu

h. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum :

- a) GCS : E 4 , V 5 , M 6
- b) Tingkat kesadaran : Composmentis
- c) Tanda – tanda vital :
- d) BB : TB :

2) Head toe toe :

a) Kepala

- (1) Wajah : Pucat (-) Cloasma (-)
- (2) Sklera : ikteris
- (3) Konjungtiva : ananemis

- (4) Pembesaran limphe node : tidak ada
- (5) Pembesaran kelenjar tiroid : tidak ada
- (6) Telinga : simetris, kondisi bersih

b) Dada

(1) Payudara

Areola : warna gelap dan melebar

Putting : (menonjol / tidak)

Tanda dimpling / retraksi : tidak ada

Pengeluaran ASI : Asi keluar namun masih sedikit

(2) Jantung :

Bentuk dada simetris, tidak ada nyeri tekan, S1 S2 tunggal reguler

(3) Paru :

Tidak terdapat kelainan bentuk, pernapasan cuping hidung (-), retraksi dinding dada (-), penggunaan otot bantu napas (-), mukosa bibir lembab, tidak ada nyeri tekan, suara paru sonor, tidak terdengar suara napas tambahan

c) Abdomen :

(1) Linea : Tidak Satriae : Terdapat Satriae

(2) TFU : 33 cm

(3) Kontraksi : Ada Kontraksi

(4) Diastasi rectus abdominis : Tidak ada

(5) Bising usus : 8x per menit

d) Genetalia

(1) Kebersihan : Sedikit Kotor

(2) Lokhea : lochea rubra

e) Perineum dan anus

(1) Perineum : REEDA : Tidak ada

(2) Hemoroid : Tidak ada

f) Ekstremitas :

(1) Atas :

Oedema : Tidak Ada
Varises : Tidak Ada
CRT : < 3 detik

(2) Bawah

Oedema : Terdapat Odema
Varises : Tidak Ada
CRT : <3 detik
Tanda homan : Tidak ada tanda homan
Pemeriksaan Reflek : Patela Positif

2. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016)

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis, agen pencedera fisik (trauma, prosedur operasi, terpotong)
- b. Ansietas b.d krisis situasional, kurang terpapar infoemasi, kebutuhan tidak terpenuhi
- c. Risiko infeksi b.d faktor risiko ketuban pecah sebelum waktunya, ketuban pecah lama, kerusakan integritas kulit, efek prosedur invasive, penurunan HB
- d. Risiko pendarahan b.d faktor risiko komplikasi pasca partum, trauma, tindakan pembedahan, komplikasi kehamilan
- e. Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan reflex menghisap bayi, Bibir sumbing, Reflek menghisap bayi lemah, Bayi Kembar, Ketidakadekuatan suplai ASI

3. **Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian

klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga, dan komunitas (PPNI, 2018)

Tabel 2.1
Rencana Tindakan Keperawatan

Dx	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri akut pasien berkurang dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TTV dalam rentang normal N: 60-100 x/mnt RR : 16-24x/mnt S : 36,5-37,5 ° C TD : 110/70 – 120/80 mmHg 2. Skala nyeri 0 dari skala 0-10 3. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 4. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 5. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 6. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<p>Manajemen Nyeri Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi reaksi nonverbal 2. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas nyeri 3. Identifikasi skala nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Lakukan tehnik non farmakologi (relaksasi napas dalam) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Edukasi penyebab nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan pasien 2. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas nyeri 3. Untuk mengetahui skala nyeri dari pasien 4. Untuk mengurangi nyeri tanpa obat 5. Untuk menambah pengetahuan klien dan keluarga serta meningkatkan partisipasi klien dalam perawatan untuk mengurangi nyeri 6. Untuk mengurangi nyeri klien

2.	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan ansietas pasien berkurang dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pola tidur membaik 2. Perilaku tegang menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. RR : 12-20x/menit 5. Nadi : 60-100x/menit 	<p>Reduksi Ansietas Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda ansietas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien 4. Latih teknik relaksasi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Kolaborasi pemberian obat antiansietas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda ansietas dapat diidentifikasi dari tanda verbal dan nonverbal pasien 2. Ketika pemicu kecemasan dapat diketahui maka dapat menentukan tindakan untuk mengatasinya 3. Adanya keluarga yang mendampingi pasien dapat meringankan ansietas pasien 4. Latihan relaksasi dapat memperingan ansietas 5. Meringankan ansietas secara farmakologis
3.	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan risiko infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu dalam rentang normal 36,5-37,5°C 2. Tidak ada tanda-tanda infeksi (kemerahan/nanah) pada umbilikus 3. Leukosit 5.000-10.000 	<p>Pencegahan Infeksi Obsevasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mobitor tanda dan gejala infeksi. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui adanya infeksi atau tidak 2. Menghindari transmisi kuman dari perawat/pengunjung kepada bayi

		<p>3. Batasi jumlah pengunjung</p> <p>Edukasi</p> <p>4. Edukasi tentang tanda-tanda infeksi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>5. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotic</p>	<p>3. Menghindari transmisi kuman atau virus dari perawat/pengunjung kepada pasien</p> <p>4. Agar keluarga mengetahui tanda-tanda infeksi yang terjadi</p> <p>5. Antibiotic dapat mencegah terjadinya infeksi</p>
4.	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien terhindar risiko pendarahan dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kelembaban membrane mukosa meningkat 2. Kelembaban kulit meningkat 3. TD : 110/70-120/80 mmHg 4. Hb membaik (L : 14-18 g/dl dan P : 12-16 g/dl) 	<p>Pencegahan Pendarahan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala pendarahan 2. Observasi inovulasi 3. Observasi lokea <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Lakukan pengelolaan risiko secara efektif 5. Pertahankan bed rest selama pendarahan <p>Edukasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui lebih cepat apabila terjadi tanda dan gejala pendarahan 2. Untuk mengetahui apakah sudah ada penurunan TFU 3. Mengetahui jenis lokea 4. Pengelolaan yang efektif dapat meminimalkan terjadinya risiko 5. Mengurangi risiko pendarahan akibat mobilisasi

		<p>6. Jelaskan tanda dan gejala pendarahan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>7. Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu</p>	<p>6. Agar pasien tahu tanda dan gejala pendarahan</p> <p>7. Untuk memenuhi keseimbangan darah</p>
5.	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan menyusui kembali efektif dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat 2. Berat badan bayi meningkat 3. Suplai ASI adekuat 4. Tidak ada lecet pada puting susu 	<p>Konseling Laktasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi keinginan menyusui <p>Promosi ASI Eksklusif</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi kebutuhan laktasi bagi ibu postnatal <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Jelaskan manfaat menyusui bagi bayi 5. Ajarkan perawatan payudara postpartum 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui keinginan menyusui dari bayi 2. Untuk memenuhi kebutuhan ASI bagi bayi 3. Rasa percaya yang tinggi akan meningkatkan keinginan ibu untuk memberikan ASI pada bayinya 4. Untuk memberi pemahaman kepada ibu akan pentingnya ASI bagi bayi 5. Untuk merangsang keluarnya ASI

		6. Anjurkan tetap memberikan ASI saat bayi sakit	6. ASI sangat bermanfaat bagi bayi
--	--	--	------------------------------------

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan suatu proses keperawatan yang dilakukan setelah perencanaan keperawatan. Implementasi keperawatan adalah langkah keempat dari proses keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat untuk membantu pasien yang bertujuan mencegah, mengurangi, dan menghilangkan dampak ataupun respon yang dapat ditimbulkan oleh adanya masalah keperawatan serta kesehatan. Implementasi keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreativitas perawat (Debora, 2017)

Tabel 2.2
Implementasi Keperawatan

No	No Dx	Implementasi
1	1	<p>Manajemen Nyeri</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi reaksi nonverbal - Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan teknik non farmakologi (relaksasi napas dalam) <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengedukasi penyebab nyeri <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	2	<p>Reduksi Ansietas</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor ptanda-tanda ansietas

		<p>Terapeutik</p> <p>2. Memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</p> <p>Edukasi</p> <p>3. Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</p> <p>4. Melatih teknik relaksasi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>5. Mengkolaborasi pemberian obat antiasnietas</p>
3	3	<p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Obsevasi</p> <p>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi.</p> <p>Terapeutik</p> <p>2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.</p> <p>3. Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>Edukasi</p> <p>4. Mengedukasi tentang tanda-tanda infeksi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>5. Mengkolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotic</p>
4	4	<p>Pencegahan Pendarahan</p> <p>Observasi</p> <p>1. Memonitor tanda dan gejala pendarahan</p> <p>Terapeutik</p> <p>2. Melakukan pengelolaan risiko secara efektif</p> <p>3. Mempertahankan bed rest selama pendarahan</p> <p>Edukasi</p> <p>4. Menjelaskan tanda dan gejala pendarahan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>5. Mengkolaborasi pemberian produk darah, jika perlu</p>
5	5	<p>Konseling Laktasi</p> <p>Observasi</p> <p>1. Mengidentifikasi keinginan menyusui</p> <p>Promosi ASI Eksklusif</p>

	<p>Observasi</p> <p>2. Mengidentifikasi kebutuhan laktasi bagi ibu postnatal</p> <p>Terapeutik</p> <p>3. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</p> <p>Edukasi</p> <p>4. Menjelaskan manfaat menyusui bagi bayi</p> <p>5. Mengajarkan perawatan payudara postpartum</p> <p>6. Menganjurkan tetap memberikan ASI saat bayi sakit</p>
--	--

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap kelima atau proses keperawatan terakhir yang berupaya untuk membandingkan tindakan yang sudah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditentukan. Evaluasi keperawatan bertujuan menentukan apakah seluruh proses keperawatan sudah berjalan dengan baik dan tindakan berhasil dengan baik (Debora, 2017).

Tabel 2.3
Evaluasi Keperawatan

Tgl/Jam	No Dx	Evaluasi
	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. TTV dalam rentang normal N: 60-100 x/mnt RR : 16-24x/mnt S : 36,5-37,5 ° C TD : 110/70 – 120/80 mmHg 2. Skala nyeri 0 dari skala 0-10 3. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 4. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 5. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 6. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pola tidur membaik 2. Perilaku tegang menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. RR : 12-20x/menit 5. Nadi : 60-100x/menit

	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu dalam rentang normal 36,5-37,5°C 2. Tidak ada tanda-tanda infeksi (kemerahan/nanah) pada umbilikus 3. Leukosit 5.000-10.000
	4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kelembaban membrane mukosa meningkat 2. Kelembaban kulit meningkat 3. TD : 110/70-120/80 mmHg 4. Hb membaik (L : 14-18 g/dl dan P : 12-16 g/dl)
	5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat 2. Berat badan bayi meningkat 3. Suplai ASI adekuat 4. Tidak ada lecet pada puting susu