

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Manusia adalah salah satu dari sekian banyak ciptaan Tuhan yang diberikan banyak kelebihan dari makhluk lain. Manusia adalah makhluk yang utuh dan unik. Sebagai makhluk utuh manusia terdiri dari bio, psiko, sosio dan spiritual. Manusia terdiri dari satu kesatuan yang merupakan karakteristik dan berakal, memiliki sifat-sifat yang unik yang ditimbulkan oleh berbagai macam kebudayaan. Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan (Yuliani, 2022).

Abraham Maslow membagi kebutuhan dasar manusia menjadi 5 tingkatan diantaranya kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki, kebutuhan harga diri, dan kebutuhan aktualisasi diri. Kebutuhan fisiologis terdiri atas kebutuhan pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, cairan, makanan, eliminasi, istirahat dan tidur, aktifitas, keseimbangan temperatur tubuh dan seksual. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan terdiri atas perlindungan dari udara dingin, panas, kecelakaan, infeksi, bebas dari ketakutan dan kecemasan. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki terdiri atas kebutuhan memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat dalam keluarga dan kelompok sosial. Kebutuhan harga diri berupa penilaian tentang dirinya. Kebutuhan aktualisasi diri terdiri atas kebutuhan mengenal diri dengan baik, tidak emosional, punya dedikasi tinggi, kreatif, dan percaya diri. Tingkatan kebutuhan tersebut dapat digambarkan sebagai piramida, seperti gambar (Hidayat & Uliyah, 2015).

2. Konsep dasar nyeri

a. Definisi

Nyeri merupakan pengalaman sensorik multidimensi. Fenomena ini dapat berbeda dalam intensitas (ringan, sedang, berat), kualitas (tumpul, terbakar, tajam), durasi (sementara, intermiten, persisten), dan penyebaran (dangkal atau dalam, lokal atau menyebar). Rasa sakit adalah sensasi, ia memiliki komponen kognitif dan emosional, yang digambarkan dalam bentuk penderitaan. Nyeri juga berhubungan dengan refleks penghindaran dan perubahan output otonom. Nyeri merupakan suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat adanya rangsangan fisik atau dari serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis, dan emosional (Ayudita, 2023).

Pengkajian nyeri menurut Nurhanifah & Sari, 2022 dapat dilakukan dengan PQRST sebagai berikut:

- 1) P: Provokatif atau Paliatif (Penyebab). Penyebab nyeri dapat diketahui melalui pertanyaan antara lain:
 - Apa penyebab timbulnya nyeri? Misalnya nyeri akibat kerusakan jaringan tubuh, cedera otot akibat olahraga atau nyeri pada radang sendi.
 - Apa yang dilakukan ketika nyeri pertama kali dirasakan?
 - Apa saja yang dilakukan untuk mengurangi ataupun memperberat nyeri?
- 2) Q: *Quality* atau *Quantitas* (Kualitas). Kualitas nyeri dapat diketahui melalui pertanyaan antara lain:
 - Seberapa berat keluhan nyeri terasa?
 - Apakah nyeri mengganggu aktivitas atau tidur anda - Bagaimana nyeri dirasakan? Misalnya: rasanya tajam seperti ditusuk, tertekan/tertimpa benda berat, diiris-iris, sakit seperti diremas, membakar, nyeri berat, kolik, kaku. Seberapa sering nyeri terjadi?
- 3) R: *Region* atau *Radiasi* (Penyebaran). Penyebaran nyeri dapat diketahui melalui pertanyaan antara lain:

- Dimana lokasi nyeri dirasakan atau ditemukan?
 - Apakah nyeri menyebar ke daerah lain?
 - Apakah nyeri berfokus pada satu titik?
- 4) S: *Severity* (Keparahan). Keparahan nyeri dapat dilakukan melalui pertanyaan
- Seperti apa sakitnya (skala nyerinya)?
- Penilaian dapat dilakukan dengan:
- Skala nyeri deskriptif/ Verbal Descriptor Scale (VDS)
 - Skala numerik angka/ Numerikal Rating Scale (NRS)
 - Skala wajah/ Faces Scale
- 5) T: *Time* (Waktu). Waktu nyeri dapat diketahui melalui pertanyaan antara lain:
- Kapan nyeri mulai dirasakan?
 - Seberapa sering keluhan nyeri terjadi?
 - Apakah nyeri terjadi mendadak atau bertahap?
 - Apakah nyeri akut atau kronis?
 - Apakah nyeri muncul secara terus-menerus atau kadang-kadang?
 - Berapa lama nyeri berlangsung?
 - Apakah pernah mengalami nyeri seperti ini sebelumnya?

b. Fisiologi nyeri

Munculnya nyeri sangat berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah nociceptor, merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit mielin yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati, dan kantong empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respons akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa kimiawi, termal, listrik, atau mekanis. Stimulasi oleh zat kimiawi di antaranya seperti histamin, bradikinin, prostaglandin, dan macam-macam asam seperti adanya asam lambung yang meningkat pada gastritis atau stimulasi yang dilepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan.

Stimulasi yang diterima oleh reseptor tersebut ditransmisikan berupa impuls-impuls nyeri ke sumsum tulang belakang oleh dua jenis serabut, yaitu serabut A (delta) yang bermielin rapat dan serabut lamban (serabut C). Impuls-impuls yang ditransmisikan oleh serabut delta A mempunyai sifat inhibitor yang ditransmisikan ke serabut C. Serabut-serabut aferen masuk ke spinal melalui akar dorsal (*dorsal root*) serta sinaps pada dorsal horn. *Dorsal horn* tersebut terdiri atas beberapa lapisan atau lamina yang saling bertautan. Antara lapisan dua dan tiga membentuk substantia gelatinosa yang merupakan saluran utama impuls. Kemudian, impuls nyeri menyeberangi sumsum tulang belakang pada interneuron dan bersambung ke jalur spinal ascendens yang paling utama, yaitu jalur *spinothalamic tract* (STT) atau jalur spinothalamus dan *spinoreticular tract* (SRT) yang membawa informasi mengenai sifat dan lokasi nyeri. Dari proses transmisi terdapat dua jalur mekanisme terjadinya nyeri, yaitu jalur opiate dan jalur *nonopiate*. Jalur opiate ditandai oleh pertemuan reseptor pada otak yang terdiri atas jalur spinal descendens dari talamus, yang melalui otak tengah dan medula, ke tanduk *dorsal* sumsum tulang belakang yang berkonduksi dengan *nociceptor impuls supresif serotonin* merupakan *neurotransmitter* dalam *impuls supresif*. Sistem *supresif* lebih mengaktifkan stimulasi *nociceptor* yang ditransmisikan oleh serabut A. Jalur *nonopiate* merupakan jalur descendens yang tidak memberikan respons terhadap *naloxone* yang kurang banyak diketahui mekanismenya (Hidayat & Uliyah, 2021).

c. Penyebab nyeri

Timbulnya nyeri disebabkan oleh banyak hal yang ada. Seseorang yang tersiram air panas akan merasakan nyeri yang terbakar, seseorang yang mengalami luka fisik akibat tusukan benda tajam juga dapat mengalami nyeri. Penyebab nyeri dapat dikelompokkan ke dalam dua golongan, yaitu penyebab yang berhubungan dengan fisik dan berhubungan dengan psikis. Nyeri yang disebabkan oleh faktor psikologis merupakan nyeri yang dirasakan bukan karena penyebab

fisik, melainkan akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik. Sedangkan nyeri secara fisik disebabkan akibat trauma baik trauma mekanik, termal, maupun kimia. Pada nyeri akut, terdapat tiga penyebab utama yaitu:

- 1) Agen pencedera fisiologis yaitu seperti inflamasi, iskemia, neoplasma.
- 2) Agen pencedera kimiawi yaitu seperti, terbakar, bahan kimia iritan.
- 3) Agen pencedera fisik yaitu seperti, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan (Nurhanifah & Sari, 2022).

d. Klasifikasi nyeri

Klasifikasi nyeri berdasarkan durasi yaitu:

1) Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melebihi 6 bulan dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot (Saragih, J & Damanik, W. D. 2022). Nyeri akut adalah 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 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

2) Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu yang cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan. Yang termasuk dalam nyeri kronis ini adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatis (Saragih, J & Damanik, W. D. 2022). Nyeri kronis adalah 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 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Tabel 1
Perbedaan Nyeri Akut dan Nyeri Kronis

Karakteristik	Nyeri akut	Nyeri kronis
Pengalaman	Satu kejadian	Satu situasi, status eksistensi
Sumber	Sebab eksteral atau penyakit dari dalam	Tidak diketahui atau pengobatan yang terlalu lama
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak, berkembang, dan terselubung
Waktu	< 6 bulan	> 6 bulan
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri tidak diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya, sehingga sulit dievaluasi (perubahan perasaan)
Gejala-gejala klinis	Pola respon yang khas dengan gejala yang lebih jelas	Pola respon yang bervariasi dengan sedikit gejala (adaptasi)
Pola	Terbatas	Berlangsung terus, dapat bervariasi
Perjalanan	Biasanya berkurang setelah beberapa saat	Penderita meningkat setelah beberapa saat

Menurut Hidayat & Uliyah, 2021.

e. Faktor-faktor yang memengaruhi nyeri

1) Usia

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variabel penting yang akan mempengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Perbedaan perkembangan yang ditemukan pada anak dan orang dewasa mempengaruhi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Umumnya anak-anak kesulitan untuk memahami nyeri dan beranggapan kalau apa yang dilakukan perawat dapat menyebabkan nyeri.

2) Jenis kelamin

Faktor jenis kelamin dalam hubungannya dengan faktor yang mempengaruhi nyeri adalah umumnya laki-laki dan wanita tidak mempunyai perbedaan secara signifikan mengenai respon mereka terhadap nyeri. Masih diragukan bahwa jenis kelamin merupakan faktor yang berdiri sendiri dalam ekspresi nyeri, misalnya anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis dimana seorang wanita dapat menangis dalam waktu yang sama, hal ini terjadi karena laki-laki mampu menerima efek komplikasi dari nyeri

sedangkan perempuan justru mampu mengeluhkan nyeri disertai menangis.

3) Budaya

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Beberapa kebudayaan meyakini bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Sedangkan kebudayaan lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup (*introvert*). Perawat yang mengetahui perbedaan budaya akan memiliki pemahaman yang lebih besar tentang nyeri pasien dan akan lebih akurat dalam mengkaji nyeri serta respon-respon perilaku terhadap nyeri sehingga lebih efektif dalam menghilangkan nyeri pasien.

4) Lingkungan dan individu

Lingkungan secara umum memberikan pengaruh seperti lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas tinggi di lingkungan tersebut. Secara individu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang memengaruhi persepsi nyeri individu.

5) Ansietas dan stress

Ansietas sering kali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri. Sebaliknya, individu yang percaya bahwa mereka mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan akan mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka (Nurhanifah & Sari, 2022).

f. Cara mengukur nyeri

Menurut (Haswita & Sulistyowati, 2017) pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut Hayward dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari 0-10 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan.

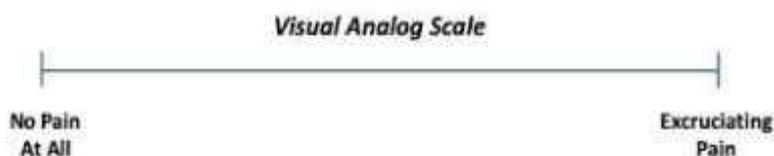
Tabel 2
Skala nyeri menurut Hayward

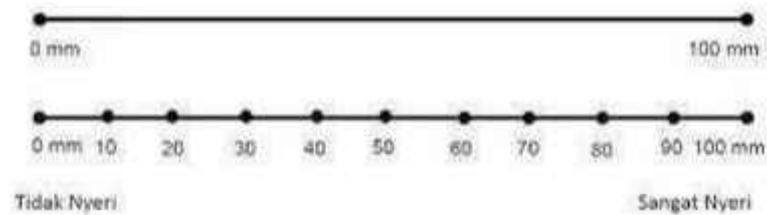
Skala	keterangan
0	Tidak nyeri
1-3	Nyeri ringan
4-6	Nyeri sedang
7-9	Nyeri berat terkontrol
10	Nyeri berat tidak terkontrol

Sumber: Haswita & Sulistyowati, 2017

1) *Visual Analog Scale (VAS)*

VAS merupakan alat instrument penilaian intensitas/derajat nyeri yang digambarkan dengan sebuah garis lurus atau horizontal sepanjang 10 cm, yang merepresentasikan intensitas nyeri yang terjadi terus-menerus dan penjelasan verbal di tiap ujungnya. Cara penilaian: Perawat saat megkaji meminta pasien membuat tanda pada garis lurus dan nilai yang didapatkan adalah jarak dalam millimeter atau centimeter dari tanda di sebelah kiri skala awal sampai tanda yang dibuat pasien. Instrumen VAS ini paling sering dipergunakan dalam mengukur intensitas/ derajat nyeri. Penilaian VAS dijelaskan dengan "tidak merasakan nyeri" di tepi kiri dan merasakan "nyeri sangat" di tepi paling kanan. Hasil penilaian tidak ada nyeri jika nilai VAS di angka 0-5 mm, Nyeri ringan di angka 5-44 mm, nyeri sedang di angka 45-74 mm, dan nyeri berat di angka lebih dari 70 mm. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya/ reda rasa nyeri. Digunakan pada pasien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaannya sangat mudah dan sederhana. Namun, untuk periode pascabedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi.



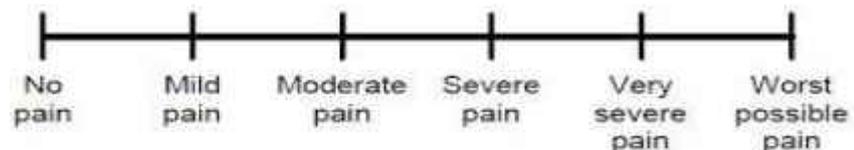


Gambar 1
Visual Analog Scale (VAS)

Sumber: Putri et al., 2023.

2) *Verbal Rating Scale (VRS)*

Skala ini menggunakan angka-angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Dua ujung ekstrem juga digunakan pada skala ini, sama seperti pada VAS atau skala reda nyeri. Skala ini lebih bermanfaat pada periode pascabedah, karena secara alami verbal/kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motoric. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/nyeri hilang sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri.



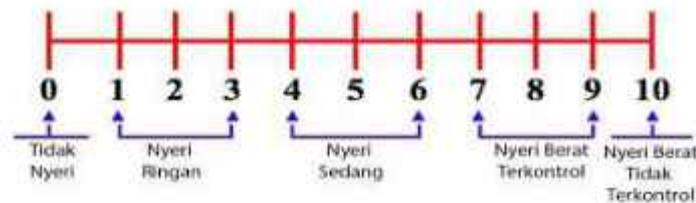
Gambar 2
Verbal Rating Scale (VRS)

Sumber: Yudiyanta et al., 2015.

3) *Numeric Rating Scale (NRS)*

Dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik dari pada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Terdapat kekurangan *Numeric Rating Scale* adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap

terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesik.



Gambar 3
Skala nyeri NRS

Sumber: Yudiyanta et al., 2015.

g. Penatalaksanaan nyeri

Penatalaksanaan nyeri menurut Kemkes RI 2022 sebagai berikut:

1. Farmakologi

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

2. Non Farmakologi

- a) Stimulasi dan *masase kutaneus masase* merupakan stimulasi kutaneus tubuh secara umum yang dipusatkan pada punggung dan tubuh. Masase dapat mengurangi nyeri karena membuat pasien lebih nyaman akibat relaksasi otot.
- b) Kompres dingin dan hangat kompres dingin menurunkan produksi prostaglandin sehingga reseptor nyeri lebih tahan

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

- c) *Transcutaneous electric nerve stimulation (TENS)* dapat digunakan untuk nyeri akut dan nyeri kronis. TENS dipasang di kulit menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar atau mendengung pada area nyeri. Unit TENS dijalankan menggunakan baterai dan dipasang elektroda.
- d) Distraksi pasien akan dialihkan fokus perhatiannya agar tidak memperhatikan sensasi nyeri. Individu yang tidak menghiraukan nyeri akan lebih tidak terganggu dan tahan menghadapi rasa nyeri. Teknik relaksasi relaksasi dapat berupa napas dalam dengan cara menarik dan menghembuskan napas secara teratur. Imajinasi terbimbing pasien akan dibimbing dan diarahkan untuk menggunakan imajinasi yang positif dikombinasi dengan relaksasi dan menggunakan suatu gambaran kenyamanan dapat mengalihkan perhatian terhadap nyeri.
- e) Terapi musik pengaruh signifikan pemberian musik instrumental terhadap penurunan skala nyeri pasien pra operasi fraktur. Musik instrumental dapat memberikan ketenangan pada pasien. Pemberian musik dapat mengalihkan perhatian pasien dan menurunkan tingkat nyeri yang dialami.

B. Konsep Proses Keperawatan

Proses keperawatan merupakan suatu cara atau metode yang sistematis dalam memberikan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat dan bekerjasama dengan pasien (individu, keluarga, masyarakat) yang bertujuan untuk mengidentifikasi masalah keperawatan dengan melakukan pengkajian, menentukan diagnosa, merencanakan tindakan yang akan dilakukan, melaksanakan tindakan serta mengevaluasi hasil asuhan keperawatan yang

telah diberikan dengan berfokus pada pasien, berorientasi pada tujuan yang telah ditetapkan bersama (Budiono, 2016).

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data-data pasien agar dapat mengidentifikasi masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan. Dengan demikian pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. (Hadiana & Abdillah, 2022).

a. Identitas klien

- 1) Identitas klien meliputi nama, pekerjaan, pendidikan, agama, suku bangsa, status perkawinan, alamat.
- 2) Identitas suami meliputi nama, suami, pekerjaan, agama, pendidikan dan suku.

b. Keluhan utama

Keluhan utama merupakan gejala penyakit yang dirasakan pada saat masuk rumah sakit atau saat dilakukan pengkajian.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Pengkajian kesehatan sekarang yang mendukung keluhan utama dengan melakukan serangkaian pertanyaan tentang keluhan pertama masuk rumah sakit, faktor-faktor yang mungkin mempengaruhi, adapun yang berkaitan dengan diagnosa yang perlu dikaji peningkatan tekanan darah, eliminasi ataupun nyeri.

d. Riwayat kehamilan

Informasi yang dibutuhkan adalah para dan gravida kehamilan masalah saat hamil jenis kelamin anak sebelumnya serta keadaan bayi saat lahir, serta riwayat menyusui.

e. Riwayat persalinan

Data yang dikaji adalah jenis persalinan, jenis kelamin bayi, tinggi

badan dan berat badan bayi, masalah selama melahirkan dan perdarahan.

f. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada ibu masa post partum atau pasca partum yaitu:

1) Kepala

Mengkaji kesehatan rambut klien karena diet yang baik selama hamil akan berpengaruh pada kekuatan dan kesehatan rambut.

2) Mata

Mengkaji warna konjungtiva bila berwarna merah dan basah berarti normal, sedangkan berwarna pucat berarti ibu mengalami anemia, dan jika konjungtiva kering maka ibu mengalami dehidrasi

3) Dada

a) Pergerakan tidak simetris antara dada kiri dan dada kanan.

b) Taktil fremitus, thrills (getaran pada dada karena udara/suara melewati saluran/rongga pernapasan)

c) Suara napas normal (vesikular, bronkovesikular, bronkial).

d) Suara napas tidak normal (crackles/rales, ronkhi, *wheezing*, *friction rub* *pleural friction*).

e) Bunyi perkusi (resonan, hiperesonan, dullness).

4) Payudara

Mengkaji pembesaran, ukuran, bentuk, konsistensi, warna payudara, dan mengkaji kondisi puting, kebersihan puting.

5) Abdomen

Inspeksi bentuk perut ibu mengetahui adanya distensi pada perut, palpasi juga tinggi fundus uterus, konsistensi serta kontraksi uterus.

6) Lochea

Mengkaji lochea yang meliputi karakter, jumlah, warna, bekuan darah yang keluar dan baunya. lochea adalah ekstresicairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Darah yang keluar selama

24 jam setelah proses melahirkan sebanyak 500-600 ml. Jenis-jenis lochea sebagai berikut:

- a) lochea rubra lochea ini muncul pada hari 1-4 masa post partum, berwarna merah kehitaman berisi darah segar jaringan sisa-sisa plasenta, lemak bayi, rambut bayi (lanugo) dan kotoran bayi dalam kandungan (mekonium)
- b) Lochea sanguinolenta cairan berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung hari ke 4-7.
- c) Lochea serosa: berwarna kuning kecoklatan, muncul hari ke 7-14. Darah yang keluar lebih sedikit dan mengandung sisa pengaruh hormon dan sel darah putih.
- d) Lochea alba: Berwarna putih/bening mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel. serabut jaringan yang mati berlangsung 2-6 minggu.

7) Perineum

Pengkajian dilakukan dengan menempatkan ibu pada posisi senyaman mungkin dan tetap menjaga privasi dengan inspeksi adanya tanda tanda "REEDA" (*rednes*/kemerahan, *Echymosis*/perdarahan bawah kulit, *Edeme*/bengkak, *Discharge*/perubahan lochea, *Approximation*/pertautan jaringan/penyembuhan luka). REEDA biasanya menggunakan alat ukur untuk menilai penyembuhan perineum dengan skor 0 tidak ada infeksi, 1-5 infeksi ringan, 6-10 infeksi sedang, 11-15 infeksi berat.

8) Ekstermitas

Ekstermitas atas dan bawah dapat bergerak bebas, kadang ditemukan edema, varises pada tungkai kaki, ada atau tidaknya tromboflebitis karena penurunan aktivitas dan reflek patella baik.

9) Tanda-tanda vital

Mengkaji tanda-tanda vital meliputi suhu, nadi, pernafasan, tekanan darah selama 24 jam pertama masa *post partum* (Wahyuningsih, 2019).

2. Diagnosa Keperawatan

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

Tabel 3
Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosis	Penyeba/faktor resiko	Tanda dan Gejala		Kondisi Klinis Terkait
			Mayor	Minor	
1	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 3 bulan.	- Agen pencedera fisiologis (misal infarmasi, lakemia, neoplasma) - Agen pencedera kimiawi (misal terbakar, bahan kimia iritan) - Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).	Subjektif - Mengeluh nyeri Objektif - Tampak meringis - Bersikap protektif (misal waspada, posisi menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur.	Subjektif (tidak tersedia) Objektif - Tekanan darah meningkat - Pola napas berubah - Nafsu makan berubah - Proses berpikir terganggu - Menarik diri - Berfokus pada diri sendiri - Diaforesis.	- Kondisi pembedahan - Cedera traumatis - Infeksi - Sindrom koroner akut - Glaukoma
2	Nyeri kronis (D.0078) Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat	- Kondisi muskuloskeletal kronis - Kerusakan sistem saraf - Penekanan saraf - Infiltrasi tumor - Ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor - Gangguan imunitas (mis. neuropati terkait	Subjektif - Mengeluh nyeri - Merasa depresi (tertekan) Objektif - Tampak meringis - Gelisah - Tidak mampu menuntaskan aktivitas	Subjektif - Merasa takut mengalami cedera berulang Objektif - Bersikap protektif (mis. posisi menghindari nyeri) - Waspada - Pola tidur	- Kondisi kronis (mis arthritis reumatoid) - Infeksi - Cedera modula spinalis - Kondisi pasca trauma - Tumor

dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.	<ul style="list-style-type: none"> - HIV, virus varicella-zoster) - Gangguan fungsi metabolic - Riwayat posisi kerja statis - Peningkatan indeks massa tubuh - kondisi pasca trauma - Tekanan emosional - Riwayat penganiayaan (mis. fisik, psikologis, seksual) - Riwayat penyalahgunaan obat/zat 		<ul style="list-style-type: none"> - berubah - Anoreksia - Fokus menyempit - Berfokus pada diri sendiri 	
-----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Rencana keperawatan merupakan petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosis keperawatan intervensi keperawatan (Sya'diyah et al., 2023).

Intervensi keperawatan adalah segala tritmen yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran atau outcome yang diharapkan. Komponen tindakan, yang dilakukan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 4
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
1.	1. Nyeri Akut 2. Nyeri kronis	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri teratasi dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Meringis 	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, 	<ul style="list-style-type: none"> - Aroma terapi - Dukungan hipnosis diri - Edukasi Efek Samping Obat - Edukasi Manajemen Nyeri - Edukasi Proses

	<ul style="list-style-type: none"> - menurun - Sikap protektif menurun - Gelisah menurun - Menarik diri menurun - Berfokus pada diri sendiri menurun - Diaforesis menurun - Perasaan depresi (tertekan) menurun - Perasaan takut mengalami cidera berulang menurun - Anoreksia menurun - Muntah dan mual menurun - Frekuensi nadi membaik - Pola napas membaik - Tekanan darah membaik - Proses berpikir membaik - Fokus membaik - Perilaku membaik - Nafsu makan membaik - Pola tidur membaik 	<ul style="list-style-type: none"> - kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat - Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik 	<ul style="list-style-type: none"> - Penyakit - Edukasi Teknik Napas - Kompres Dingin - Kompres Panas - Konsultasi - Latihan Pernapasan - Manajemen Efek Samping Obat - Manajemen Kenyamanan Lingkungan - Manajemen Medikasi - Manajemen Sedasi - Manajemen Terapi Radiasi - Pemantauan Nyeri - Pemberian Obat Intravena - Pemberian Obat Oral - Pemberian Obat Intravena - Pemberian Obat Topikal - Pengaturan Posisi - Perawatan Amputasi - Perawatan Kenyamanan - Teknik Distraksi - Teknik Imajinasi Terbimbing - Terapi Akupresur - Terapi Akupuntur - Terapi Bantuan Hewan - Terapi Humor - Terapi Murottal - Terapi Musik - Terapi Pemijatan - Terapi Relaksasi - Terapi Sentuhan
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sumber: Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap dalam proses asuhan keperawatan yang melibatkan pelaksanaan rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap ini, perawat dan pasien bekerja sama dalam menjalankan tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diharapkan dari asuhan keperawatan

kepada pasien. Implementasi keperawatan melibatkan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang lebih baik, sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan dalam rencana keperawatan (Mustamu, C. A et al., 2023).

Implementasi atau tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan kemudian mengakhiri tahap implementasi, dengan mencatat tindakan keperawatan dan respon pasien terhadap tindakan yang diberikan (Tim Pokja SIKI DPP, PPNI, 2018).

5. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang di buat pada tahap perencanaan. Evaluasi pada dasarnya dilakukan untuk mengetahui apakah tujuan yang ditetapkan sudah tercapai atau belum, untuk memudahkan mengevaluasi atau memantau perkembangan pasien di gunakan komponen SOAP sebagai berikut:

- a. S: Artinya data subjektif yaitu menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.
- b. O: Artinya data objektif yaitu data berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi perawat secara langsung kepada klien, dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.
- c. A: Artinya analisis yaitu interpretasi dari data subjektif dan objektif. Analisis ini merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.
- d. P: Artinya *planning* yaitu perencanaan keperawatan yang akan di lanjutkan, di hentikan, di modifikasi, atau di tambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya (Budiono & Pertami 2015).

Tabel 5
Kriteria Hasil Evaluasi Nyeri Akut

Tingkat nyeri		L.08066			
Definisi: pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konsisten.					
Ekspetasi					
Kriteria Hasil					
	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Kemampuan menuntaskan aktivitas	1	2	3	4	5
	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
Sikap protektif	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Kesulitan tidur	1	2	3	4	5
Menarik diri	1	2	3	4	5
Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5
Diaphoresis	1	2	3	4	5
Perasaan depresi (tertekan)	1	2	3	4	5
Perasaan takut mengalami cedera berulang	1	2	3	4	5
Anoreksia	1	2	3	4	5
Perinrum terasa tertekan	1	2	3	4	5
Uterus terapa membulat	1	2	3	4	5
Ketegangan otot	1	2	3	4	5
Pupil dilatasi	1	2	3	4	5
Muntah	1	2	3	4	5
Mual	1	2	3	4	5
	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5
Tekanan darah	1	2	3	4	5
Proses berfikir	1	2	3	4	5
Fokus	1	2	3	4	5
Fungsi berkemih	1	2	3	4	5
Perilaku	1	2	3	4	5
Nafsu makan	1	2	3	4	5
Pola tidur	1	2	3	4	5

C. Konsep *Sectio Caesarea*

1. Konsep *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea adalah teknik persalinan dengan cara membuat sayatan pada dinding uterus (histerotomi) melalui dinding depan abdomen (laparotomi). Definisi lain dari *sectio caesarea* adalah persalinan buatan

untuk melahirkan janin melalui suatu insisi pada dinding abdomen dan uterus dalam keadaan utuh dengan berat janin di atas 500 gram dan atau usia kehamilan lebih dari 28 minggu (Sugito, A et al., 2022).

Tindakan *sectio caesarea* (SC) merupakan salah satu alternatif bagi seorang wanita dalam memilih proses persalinan di samping adanya indikasi medis dan indikasi nonmedis, tindakan *sectio caesarea* akan memutuskan kontinuitas atau persambungan jaringan karena insisi yang akan mengeluarkan reseptor nyeri sehingga pasien akan merasakan nyeri terutama setelah efek anestesi habis. Pasien setelah *sectio caesarea* mengeluh nyeri sayatan yang disebabkan oleh robekan pada jaringan dinding perut dan rahim. Setelah operasi caesarea, rasa sakit membuat ibu sulit untuk merawat bayinya, naik dan turun dari tempat tidur, dan menyesuaikan postur nyamannya selama menyusui. selama menyusui dan peningkatan intensitas nyeri setelah operasi. Pada penggunaan obat anestesi yang bersifat hiperbarik yang mana menunjukkan kinerja obat tersebut lebih cepat bekerja, yang juga dipengaruhi juga oleh gravitasi di mana setelah penyuntikan, posisi pasien di *head down*, obat hiperbarik ini juga proses blokade sensoriknya lebih singkat. Durasi kerja obat lebih cepat yaitu 4-6 jam efek obat anestesi telah hilang, otomatis pasien akan merasakan nyeri. Skor nyerinya bisa mencapai skor 7-8 (Razak et Al., 2023).

2. Indikasi *Sectio Caesarea*

Indikasi *sectio caesarea* secara garis besar dibagi menjadi dua yaitu:

- a. Faktor ibu yaitu ada riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit jantung, *Diabetes melitus*, gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya), *Cepalo Pelvik Disproportion* (CPD), Preeklamsia Berat (PEB), Ketuban Pecah Dini (KPD), bekas *Sectio caesarea* sebelumnya, dan faktor hambatan jalan lahir.

- b. Faktor janin berupa gawat janin, malpresentasi, malposisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, dan kegagalan persalinan vakum atau *forceps* ekstraksi (Juliathi et al., 2020).

3. Klasifikasi

Beberapa klasifikasi *sectio caesarea* (Ratnasari, 2020).

- a. *Sectio Caesarea* Klasik yaitu dengan melakukan sayatan vertikal sehingga memungkinkan ruangan yang lebih besar untuk jalan keluar bayi. Akan tetapi jenis ini sudah sangat jarang dilakukan karena sangat berisiko terhadap terjadinya komplikasi.
- b. *Sectio Caesarea Transperitonel Profunda* yaitu sayatan mendatar dibagian atas dari kandung kemih sangat umum dilakukan pada masa sekarang ini. Metode ini meminimalkan risiko terjadinya pendarahan dan cepat penyembuhannya.
- c. *Histerektomi Caesarea* yaitu bedah *Caesarea* diikuti dengan pengangkatan rahim. Hal ini dilakukan dalam kasus-kasus dimana pendarahan yang sulit tertangani atau ketika plasenta tidak dapat dipisahkan dari rahim.
- d. *Sectio Caesarea extraperitoneal* yaitu *Sectio Caesarea* berulang pada seorang pasien yang sebelumnya melakukan *Sectio Caesarea*. Biasanya dilakukan di atas bekas sayatan yang lama. Tindakan ini dilakukan dengan insisi dinding dan fasia abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstraperitoneum.

D. Konsep Penyakit Preeklampsia Berat

1. Konsep Penyakit

Preeklampsia adalah kelainan multi sistemik yang terjadi pada kehamilan yang ditandai dengan adanya hipertensi dan edema, serta dapat disertai proteinuria, biasanya terjadi pada usia kehamilan 20 minggu ke atas atau dalam triwulan ketiga dari kehamilan, tersering pada kehamilan 37 minggu, ataupun dapat terjadi segera sesudah persalinan. Preeklampsia merupakan sindroma spesifik kehamilan yang terutama berkaitan dengan

berkurangnya perfusi organ akibat vasospasme dan aktivasi endotel, yang bermanifestasi dengan adanya peningkatan tekanan darah dan proteinuria. Preeklampsia dapat berkembang dari ringan, sedang, sampai dengan berat, yang dapat berlanjut menjadi eklampsia (Lalenoh, 2018).

Eklampsia didefinisikan sebagai kondisi kejang yang berhubungan dengan preeklampsia. Pra-eklampsia berat didefinisikan sebagai preeklampsia dengan hipertensi berat dengan tekanan darah diastolik ≥ 110 mmHg, tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan/atau dengan gejala, dan/atau kerusakan biokimia dan/atau hematologis. (Lalenoh, 2018).

Preeklampsia merupakan kondisi spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan adanya disfungsi plasenta dan respon maternal terhadap adanya inflamasi sistemik dengan aktivasi endotel dan koagulasi. Diagnosis preeklampsia ditegakkan berdasarkan adanya hipertensi spesifik yang disebabkan kehamilan disertai dengan gangguan sistem organ lainnya pada usia kehamilan diatas 20 minggu. *Preeklampsia*, sebelumnya selalu didefinisikan dengan adanya hipertensi dan proteinuri yang baru terjadi pada kehamilan (*new onset hypertension with proteinuria*) (POGI, 2015).

2. Etiologi Preeklampsia Berat

Sampai saat ini belum diketahui secara pasti. Secara teori urutan urutan gejala yang muncul pada preeklampsia yakni edema, hipertensi, dan terakhir proteinuri. Dari gejala tersebut timbul hipertensi dan proteinuria yang merupakan gejala yang paling penting. Bila penderita sudah mengeluh adanya gangguan nyeri/sakit kepala, gangguan penglihatan/nyeri epigastrium, maka penyakit ini sudah cukup lanjut. Preeklampsia disebut juga "disease of theory, adapun teori-teori tersebut antara lain:

a. Peran Prostaglandin dan Tromboksan

Pada preeklampsia ditemukan kerusakan endotel vaskuler, sehingga terjadinya penurunan produksi prostaglandin pada kehamilan normal. Aktivasi penggumpalan dan fibrinolisis, yang kemudian akan diganti trombin dan plasmin. Trombin akan mengkonsumsi

antithrombin III, sehingga terjadi deposit fibrin, Peran Faktor Imunologis.

Preeklampsia sering terjadi pada kehamilan pertama dan tidak timbul lagi pada kehamilan berikutnya. Hal ini dapat diterangkan bahwa pada kehamilan pertama pembentukan blocking antibodies terhadap antige plasenta tidak sempurna, yang semakin sempurna pada kehamilan berikutnya.

b. Faktor Genetik

- 1) PreEklampsia hanya terjadi pada manusia
- 2) Terdapatnya kecenderungan meningkatnya frekuensi preeklampsia/eklampsia pada anak-anak dari ibu yang menderita preklampsia/eklampsia
- 3) Kecenderungan meningkatnya frekuensi preeklamsi/eklampsia pada anak dan cucu ibu hamil dengan riwayat preeklampsia/eklampsia dan bukan pada ipar mereka.
- 4) Peran *Renin-Angiotensin-Aldosteron Sistem (RAAS)* (Siantar, L.M & Rostianingsih, 2022).

3. Tanda dan Gejala Preeklampsia Berat

- a. TD sebesar 160/110 mmhg pada dua kesempatan terpisah sekitar 6 jam, yang didapat saat ibu dalam keadaan berbaring.
- b. Proteinuria >5 g dalam 24 jam (3+ sampai 4+ pada dipstick).
- c. Oliguria (pengeluaran urine <400ml/24 jam).
- d. Gangguan visus dan serebral: penurunan kesadaran, nyeri kepala, skotoma dan pandangan kabur.
- e. Nyeri epigastrium atau nyeri pada kuadran kanan atas abdomen (akibat terenggangnya kapsula glisson).
- f. Edema paru dan sianosis.
- g. Trombositopenia berat: <100.000 sel/mm³ atau penurunan trobosit dengan cepat.
- h. Gangguan fungsi hepar: peningkatan kadar alanin dan asparte aminotransferase (Siantar, L.M & Rostianingsih, 2022).

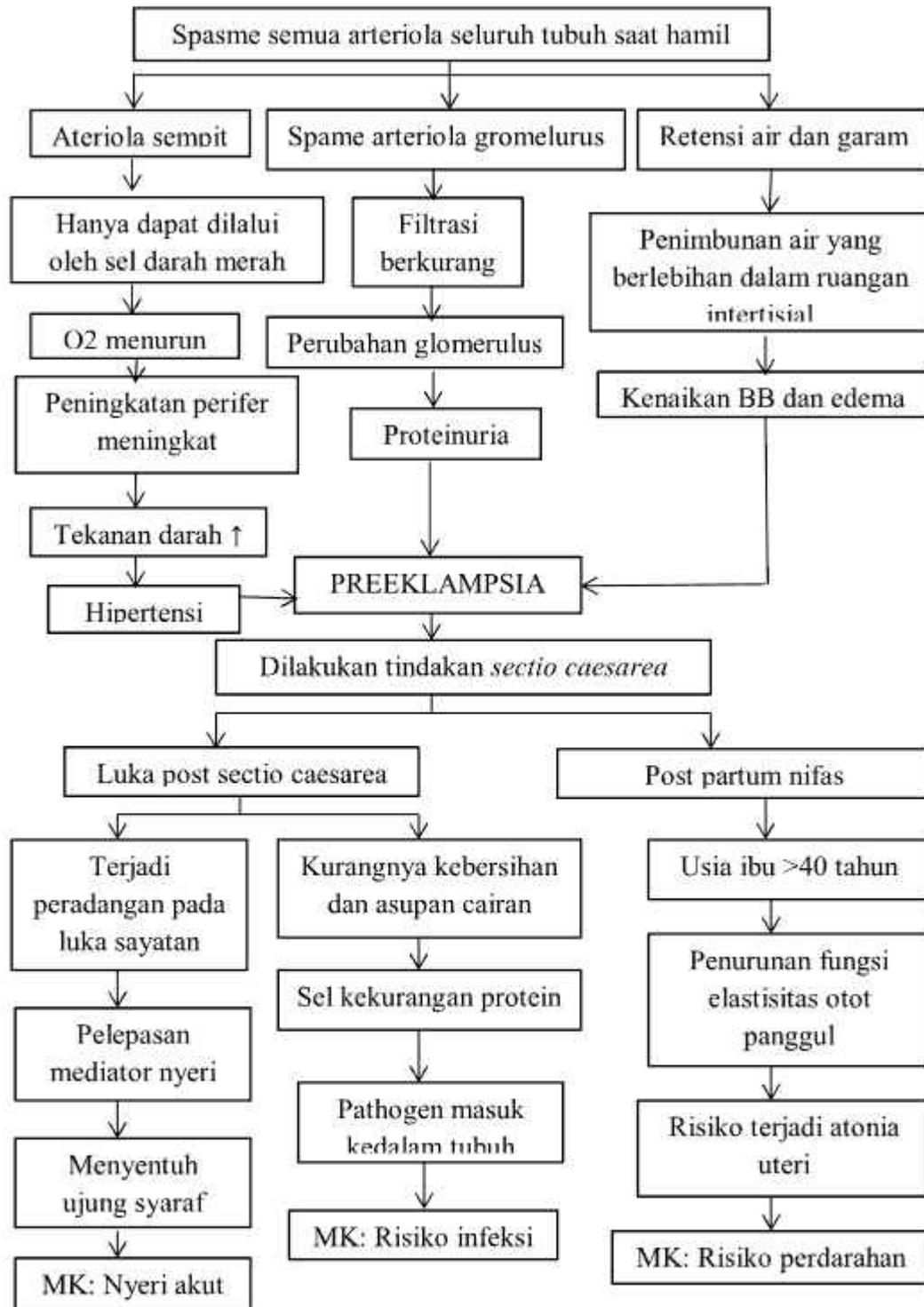
4. Faktor Risiko Preeklampsia Berat

- a. Primipara/primigravida,
- b. Usia ibu > 40 tahun
- c. Obesitas pada ibu
- d. Hipertensi kronis
- e. Diabetes melitus pregestasional
- f. Penyakit ginjal (termasuk transplantasi ginjal)
- g. Penyakit autoimun (*Systemic Lupus Erythematosus/SLE and Antiphospholipid syndrome*)
- h. Jarak kehamilan >10 tahun, memiliki riwayat preeklampsia di keluarga seperti pada saudara atau ibu
- i. Pernah mengalami preeklampsia sebelumnya (persalinan kurang dari 34 minggu) atau ada pertumbuhan janin yang terhambat (Hurin'in, M.N et al., 2023).

5. Patofisiologi Preeklampsia Berat

Patofisiologi preeklampsia dapat terjadi dari dua jalur dari faktor maternal dan faktor plasenta berkontribusi pada tahap preeklampsia; Tahap 1 menunjukkan tahap disfungsi plasenta (STB-syncytiotrofoblas) stres) dan Tahap 2 menunjukkan kumpulan gejala klinis ibu. Jalur plasentasi disfungsional tahap 1 (jalur plasenta ekstrinsik) dan jalur plasenta intrinsik, biasanya pada akhir kehamilan dan plasenta yang lebih besar. Jalur potensial lainnya ke Tahap 1, termasuk plasenta yang menua yang perlu dilakukan penelitian lebih lanjut. Faktor ibu, seperti penyakit kronis, penyakit inflamasi, dapat mempengaruhi beberapa langkah dari kedua jalur plasenta serta mempengaruhi penerimaan kardiovaskular menghasilkan faktor penyebab inflamasi, yang akan berkembang menjadi preeklampsia yang menunjukkan klinis dengan onset baru hipertensi dan proteinuria (preeklampsia Tahap 2). Masalah plasenta berhubungan dengan beberapa sindrom plasenta, tidak hanya preeklampsia. Semua sindrom plasenta ini, termasuk preeklampsia, mungkin juga memiliki penyebab lain untuk disfungsi plasenta selain masalah remodeling arteri spiral (Hurin'in, M.N et al., 2023).

6. Pathway Preeklampsia Berat



Sumber: Setyorini et al., 2016.

Gambar 4
Pathway Preeklampsia Berat

7. Pemeriksaan Penunjang Preeklampsia Berat

a. Analisis urine (Proteinuria)

Konsentrasi protein dalam urin yang melebihi 0,3 gr/liter dalam urin 24 jam atau pemeriksaan kualitatif menunjukkan (+1 sampai 2+ dengan metode dipstik) atau >1 gr/liter melalui proses urinalisis dengan menggunakan kateter atau midstream yang diambil urin sewaktu minimal dua kali dengan jarak waktu 6 jam.

b. Hemoglobin dan hematokrit

Hemoglobin dan hematokrit meningkat akibat hemokonsentrasi. Trombositopenia biasanya terjadi. Terjadi peningkatan FDP, fibronektin dan penurunan antitrombin III.

c. Asam urat biasanya meningkat diatas 6 mg/dl.

d. Kreatinin serum biasanya normal tetapi bisa meningkat pada preeklampsia berat.

e. Alkalin fosfatase meningkat hingga 2-3 kali lipat.

f. Laktat dehidrogenase bisa sedikit meningkat dikarenakan hemolisis.

g. Glukosa darah dan elektrolit pada pasien preeklampsia biasanya dalam batas normal (Trisnawati, E & Mogan, M, 2023).

8. Penatalaksanaan Preeklampsia Berat

a. Farmakologi

Secara farmakologi dengan menggunakan obat-obatan sesuai advis dokter seperti:

- 1) Berikan obat antihipertensi pada ibu dengan hipertensi berat.
- 2) Ibu yang mendapatkan terapi hipertensi saat antepartum tidak dianjurkan untuk melanjutkan postpartum.
- 3) Terapi hipertensi postnatal hanya dianjurkan untuk ibu postpartum dengan hipertensi berat.
- 4) Beberapa jenis hipertensi yang aman untuk ibu hamil beserta dosis pemberiannya
 - a) Nifedipin
 - b) Nikardipin
 - c) Metildopa

5) MgSO₄ secara intravena untuk pencegahan kejang (Putri & Mudlikah, 2019).

b. Non farmakologi

Terapi non farmakologis yang dapat digunakan untuk mengendalikan tekanan darah tinggi pada preeklampsia ibu hamil yaitu:

1) Pijat kaki

Menurut penelitian (Ermiati et al., 2018). Pengaruh pijatan kaki terhadap tekanan darah wanita hamil dengan preeklamsia menunjukkan hasil pijat kaki menurunkan tekanan sistol dan diastol wanita hamil tekanan darah keduanya menurun secara signifikan secara fisiologis. Pijatan kaki dengan memberikan rangsangan kulit akan membantu tubuh mencapai homeostasis melalui penataan ekstrinsik dan intrinsik aliran darah perifer.

2) Relaksasi otot progresif dan teknik kontrol pernafasan

Berdasarkan penelitian (Aalami et al., 2016). Pengaruh relaksasi otot dan kontrol pernafasan efektif dapat menurunkan tekanan darah pada gangguan hipertensi selama kehamilan. Penurunan tekanan darah sistolik dan diastolik ditunjukkan setelah 4 minggu pelatiha.

3) Pelatihan autogenik

Menurut penelitian (Awad et al., 2019) Pada pengaruh latihan peregangan terhadap pelatihan autogenik pada pre-eklamsia menunjukkan bahwa latihan peregangan merupakan prosedur non kimia yang efektif dalam mengurangi gejala PE melalui penurunan tekanan darah proteinuria.

4) Terapi perilaku kognitif

Menurut penelitian (Asghari et al., 2016). Pada wanita hamil dengan preeklampsia terapi psikoterapi dapat menyesuaikan emosi, perasaan dan psikososial. Stres psikososial yang tinggi dinilai dapat meningkatkan resiko preeklampsia hingga 20 kali lipat, stres psikologi juga mempengaruhi tekanan darah pada wanita hamil dengan preeklampsia berat. (Hidayati et al., 2021).

E. Publikasi Terkait Asuhan keperawatan

Tabel 6
Publikasi Terkait Asuhan keperawatan

No	Penulis	Tahun	Judul	Hasil
1.	Fadilah Agusteen	2023	Asuhan keperawatan gangguan kebutuhan aman nyaman nyeri pada pasien post partum sectio caesarea di ruang anggrek rs tk iv 02.07.04 denkesyah 02.04.03 kota bandar lampung tahun 2023	Berdasarkan pengkajian antara pasien 1 dan 2 secara garis besar ditemukan data subjektif dan data objektif yang menunjukkan karakteristik dengan diagnosa gangguan aman nyaman nyeri yang ditandai dengan data pasien 1 dengan data subjektif: mengatakan nyeri di bagian luka post sectio caesarea, pasien mengatakan nyeri bertambah jika bergerak nyeri bergerak, nyeri seperti tersayat, nyeri di area operasi tidak menyebar, skala nyeri 6, meringis nyeri muncul kurang lebih 3 menit. dan data objektif: pasien terlihat Sedangkan pasien 2 mengatakan nyeri di area luka operasi, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan nyeri seperti tersayat, pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak. Diagnosa yang ditegakkan adalah nyeri akut b.d agen pencedera fisik. dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SDKI), meliputi identifikasi karakteristik lokasi, durasi, intensitas dan frekuensi nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgesik. Implementasi keperawatan yang didokumentasikan pada catatan perkembangan selama 3 hari dimulai tanggal 09-14 Januari 2023 dengan evaluasi nyeri akut membaik.
2.	Sri Sat Titi Hamranani & Noor Siti Aminah	2020	Studi kasus pada ny. S dengan <i>post sectio caesarea</i> (sc) atas indikasi pre-eklamsia di ruang siti hajar rsu islam klaten	Dalam studi kasus ini ditemukan 3 diagnosa keperawatan, yang meliputi nyeri akut, resiko infeksi, gangguan mobilitas fisik. Klien mengatakan P: nyeri post operasi sectio caesarea (nyeri ketika bergerak), Q: seperti ditusuk-tusuk, R : diperut, S: skala 5, T: hilang timbul. Data objektif memperlihatkan adanya luka post sectio caesarea di abdomen, panjang ± 12 cm, diverban, dan nyeri tekan. Tujuan dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam nyeri terkontrol/hilang dengan kriteria hasil tingkat nyeri (L.08066). Hasil dari tindakan keperawatan hari ke 3 klien mengatakan skala nyeri menjadi 2 dan merasa nyaman dan rileks.