

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI SEKSIO  
SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN DELIMA  
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIAMIS  
KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan  
(A.Md.Kep) Pada Prodi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti  
Kencana Bandung

**Oleh**

**NENG TRISKA**

**AKX.16.076**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

**STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG**

**2019**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Neng Triska  
NIM : AKX. 16. 076  
Institusi : Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung  
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Seksio Sesarea  
Dengan Nyeri Akut di Ruangannya Delima Rumah Sakit Umum  
Daerah Ciamis

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar – benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan dari pengambilan alihan tulisan atau pemikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil plagiat/jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bandung, 10 April 2019  
Yang Membuat Pernyataan



**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI SEKSIO  
SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN DELIMA  
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIAMIS**

**OLEH**

**NENG TRISKA**

**AKX. 16. 076**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh panitian penguji pada tanggal seperti tertera dibawah ini

**Menyetujui,**

**Pembimbing Utama**



**Ade Tika Herawati, S.Kep., M.Kep**  
**NIK: 10107069**

**Pembimbing Pendamping**



**Iceu Komalanengsih, SKM**  
**NIK : 10218003**

**Mengetahui,  
Ketua Prodi DIII Keperawatan**



**Tuti Suprapti, S.Kp, M.Kep**  
**NIK:1011603**

**LEMBAR PENGESAHAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI SEKSIO  
SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN DELIMA  
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIAMIS**

**OLEH**

**NENG TRISKA  
AKX. 16. 076**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan panitia penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung,

Pada Tanggal, 16 April 2019

**PANITIA PENGUJI**

**Ketua : Ade Tika Herawati, S.Kep., M.Kep**

(.....)

**(Pembimbing Utama)**

**Anggota**

**1. Ingrid Dirgahayu, S.Kep., MKM**

(.....)

**Penguji I**

**2. Sri Lestari Kartikawati, M.Keb**

(.....)

**Penguji 2**

**3. Iceu Komalanengsih, SKM**

(.....)

**Pembimbing Pendamping**

**Mengetahui,  
STIKes Bhakti Kencana Bandung,  
Ketua**



**Rd. Sri Jundiah, S.Kp, M.Kep**

**NEK:10107064**

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN DELIMA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIAMIS” dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Bhati Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada :

1. H. Mulyana, SH, M.Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. dr. H. Husi Husaeni, Sp.An.,KIC.,M.Kes selaku Ketua Jurusan Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik STIKes Bhakti Kencana Bandung.
5. Ade Tika Herawati, S.Kep.,M.Kep selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Iceu Komalanengsih, SKM selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

7. Seluruh Dosen dan Staf Program Studi Diploma III Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik
8. dr. H. Aceng Solahudin A M.kes. selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan.
9. Dedeh, S.ST selaku CI Ruang Delima yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis.
10. Kedua orang tuaku yang tercinta dan tersayang Bapak Enang dan Ibu Lilis, penulis mengucapkan terimakasih banyak atas dorongan semangat, doa yang tak pernah berhenti, dan dukungan baik secara moril maupun materil, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
11. Kedua kakak ku yaitu Alep Sunandar Sunarya dan Ade Suhaya Serta Adikku Alan Sopandi, terimakasih sudah memberikan do'a, dan semangat, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
12. Andreas Yoga Putra K teman yang selalu ada selama ini dari awal kuliah sampai sekarang, terimakasih atas dorongan semangat, dan bantuannya.
13. Harum Sari sebagai teman dekat dari awal kuliah sampai sekarang, yang selalu mendengarkan keluh kesah, terimakasih sudah memberikan bantuan, dan dorongan semangat.
14. Syiffa Ainun Lutffiyah sebagai teman kosan puspita 27 dari tahun pertama sampai sekarang, terimakasih sudah memberikan dorongan dan semangat,
15. Teman-teman Anestesi 12 yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu, terimakasih untuk bantuan dan semangatnya.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bandung, 09 April 2019

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** *Section caesarea* adalah pengeluaran janin melalui insisi abdomen. *World Health Organization* (WHO) 2015 melaporkan bahwa angka kejadian Seksio Sesarea meningkat 10 – 15% dari semua proses persalinan di negara – negara berkembang. Pentingnya asuhan keperawatan *post section caesarea* dengan masalah nyeri yaitu untuk memberikan kenyamanan pada pasien setelah menjalani *post* operasi. **Tujuan :** Tujuan penelitian ini untuk memperoleh pengalaman nyata dan mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan pada klien dengan Post Operasi Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut. Sesuai komprehensif dengan pedoman asuhan keperawatan meliputi bio, psiko – sosio spiritual. **Metode:** metode pada studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah atau fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyerahkan berbagai sumber informasi. Responden yang terlibat yaitu dua orang klien Post Operasi Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut. **Hasil:** setelah dilakukan asuhan keperawatan kepada kedua klien dengan intervensi non farmakologi relaksasi aromaterapi bitter orange yang disesuaikan dengan kebutuhan, sehingga dapat mengatasi nyeri akut yang di rasakan klien. **Diskusi:** Klien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama, karena hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor yang bisa di pengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya. **Saran:** perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap pasien.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Nyeri Akut, Seksio Sesarea  
Daftar Pustaka: 10 Buku (2008 – 2015), 2 Jurnal (2016 – 2018)

## ABSTRACT

**Background:** *Section caesarea* is fetal discharge through abdominal incision. The 2015 World Health Organization (WHO) reported that the incidence of cesarean section increased by 10-15% of all births in developing countries. The results of Riskesdas (2018) showed births with the Sesarea Section method by 17.6% from a total of 78,736 births in 2018, and the birth of the Caesarean section method in West Java province (15.5%). The data that the authors get in Ciamis Hospital for the period 2017 - 2018 in the Delima room, cases of delivery with cesarean section were obtained as many as 719 cases. **Purpose:** The purpose of this study is to obtain real experience and be able to carry out Nursing Care for clients with Post Caesarean Section Surgery with Acute Pain . Comprehensive compliance with nursing care guidelines covering bio, psycho-socio-spiritual. **Method:** the method in the case study is to explore a problem or phenomenon with detailed limitations, have in-depth data collection and submit various sources of information. Respondents involved were two clients Post Sectarean Section Surgery with Acute Pain. Results: after nursing care for both clients with non-pharmacological interversion of bitter orange aromatherapy relaxation tailored to the needs, so that it can deal with acute pain felt by the client. **Discussion:** Clients with acute pain nursing problems do not always have the same response, because this is influenced by several factors that can be influenced by the condition or health status of the previous client. So that nurses must carry out comprehensive care to deal with nursing problems in each patient.

Keywords: Nursing care, acute pain, cesarean section  
References: 10 Books (2008 - 2015), 2 Journals (2016 - 2018)

## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Abstrak .....	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Gambar.....	x
Daftar Tabel .....	xi
Daftar Bagan .....	xiii
Daftar Lampiran .....	xiv
Daftar Lambang, Singkatan dan Istilah.....	xv
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan .....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus .....	4
1.4 Manfaat .....	5
1.4.1 Teoritis .....	5
1.4.2 Praktis.....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>7</b>
2.1 Konsep Teori.....	7
2.1.1 Sectio Caesarea .....	7
A. Definisi .....	7
B. Anatomi Abdomen .....	7
C. Teknik seksio sesarea .....	10
2.2 Konsep Sectio Caesarea .....	14
2.2.1 Etiologi.....	14
2.2.2 Patofisiologi .....	16
2.2.3 Klasifikasi .....	17
2.2.4 Indikasi.....	17
2.2.5 Komplikasi .....	18
2.2.6 Pemeriksaan Diagnostik.....	19
2.2.7 Penatalaksanaan Medik dan Implikasi Keperawatan .....	19
2.3 Konsep Nifas .....	20
2.3.1 Definisi.....	20
2.3.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas .....	21
2.3.3 Tahap Masa Nifas .....	21
2.3.4 Perubahan Fisiologi Masa Nifas .....	22
2.4 Konsep Nyeri .....	37
2.4.1 Definisi.....	37



2.4.2 Klasifikasi .....	37
2.4.3 Diagnosis.....	40
2.4.4 Tatalaksana.....	41
2.5 Konsep Asuhan Keperawatan .....	43
2.5.1 Pengkajian .....	43
2.5.2 Diagnosa Keperawatan .....	49
2.5.3 Intervensi dan Rasionalisasi Keperawatan.....	50
2.5.4 Implementasi .....	81
2.5.5 Evaluasi .....	82
<b>BAB III METODE PENULISAN KTI.....</b>	<b>83</b>
3.1 Desain.....	83
3.2 Batasan Istilah .....	83
3.3 Partisipan/Responden/Subyek Penelitian.....	85
3.4 Lokasi dan Waktu .....	85
3.5 Pengumpulan Data .....	86
3.6 Uji Keabsahan Data.....	87
3.7 Analisa Data .....	88
3.8 Etik Penelitian .....	89
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>93</b>
4.1 Hasil .....	93
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	93
4.1.2 Asuhan Keperawatan .....	94
4.1.2.1 Pengkajian .....	94
4.1.2.2 Diagnosis.....	108
4.1.2.3 Perencanaan.....	110
4.1.2.4 Pelaksanaan .....	113
4.1.2.5 Evaluasi .....	117
4.2 Pembahasan.....	118
4.2.1 Pengkajian .....	118
4.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	119
4.2.3 Intervensi Keperawatan.....	124
4.2.4 Implementasi Keperawatan.....	125
4.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	126
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>128</b>
5.1 Kesimpulan .....	128
5.2 Saran.....	130
Daftar Pustaka	
Lampiran	

## DAFTAR GAMBAR

### BAB II

Gambar 2.1 Genitalia Ekterna Wanita .....	9
Gambar 2.2 Genitalia Interna Wanita .....	10

## DAFTAR TABEL

### BAB II

Tabel 2.1 Involusi Uteri .....	23
Tabel 2.2 Intervensi Ketidakefektivan Bersihan Jalan Nafas .....	50
Tabel 2.3 Intervensi Nyeri Akut .....	52
Tabel 2.4 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan ...	53
Tabel 2.5 Intervensi Ketidakefektivan Pemberian ASI .....	54
Tabel 2.6 Intervensi Gangguan Eliminasi Urine .....	56
Tabel 2.7 Intervensi Gangguan Pola Tidur .....	57
Tabel 2.8 Intervensi Resiko Infeksi .....	57
Tabel 2.9 Intervensi Defisit Perawatan Diri.....	58
Tabel 2.10 Intervensi Konstipasi .....	59
Tabel 2.11 Intervensi Resiko Syok (Hipovolemia) .....	61
Tabel 2.12 Intervensi Resiko Perdarahan .....	61
Tabel 2.13 Intervensi Defisiensi Pengetahuan .....	63

### BAB IV

Tabel 4.1 Identitas Klien .....	76
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan .....	76
Tabel 4.3 Riwayat Genekologi dan Obstetric .....	78
Tabel 4.4 Pola Aktivitas Sehari-hari .....	80

Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik .....	81
Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik Bayi .....	85
Tabel 4.7 Pemeriksaan Psikologi .....	86
Tabel 4.8 Hasil Pemeriksaan Diagnostik .....	87
Tabel 4.9 Program dan Rencana Pengobatan .....	87
Tabel 4.10 Analisa Data .....	88
Tabel 4.11 Diagnosa Keperawatan .....	90
Tabel 4.12 Perencanaan .....	92
Tabel 4.13 Implementasi .....	95
Tabel 4.14 Evaluasi .....	99

## DAFTAR BAGAN

### BAB II

Bagan 2.1 Nurarif 2015 .....	16
------------------------------	----

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran I Lembar Konsultasi KTI

Lampiran II Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran III Lembar Observasi

Lampiran IV Surat Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus

Lampiran V SOP (Standar Operasional Prosedur)

Lampiran VII Leaflet

Lampiran VIII Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran IX Daftar Riwayat Hidup

## DAFTAR SINGKATAN

APGAR	: Appearance Pulse Grimace Activity Respiraton
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BB	: Berat Badan
C	: Celcius
Cc	: Cubic Centimeter
Cm	: Centimeter
CRT	: Capillary Refill Time
CVP	: Central Vena Pressure
DBN	: Dalam Batas Normal
dL	: Desi Liter
e.c	: Et Causa
EKG	: Elektrokardiogram
GCS	: Glasglow Coma Scale
gr	: gram
Hb	: Hemoglobin
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HPHT	: Hari Pertama Hari Terakhir
Ht	: Hematokrit
IM	: Intra Muskular

ISK	: Infeksi Saluran kemih
IUFD	: Intra Uterine Fetal Death
IV	: Intra Vena
JDL	: Jumlah Darah Lengkap
Kg	: Kilogram
mg	: Mili Gram
ml	: Mili Liter
mmHg	: Mili Meter
NANDA	: North American Nursing Diagnosis Association
oz	: Ounce
PB	: Panjang Badan
RL	: Ringer Laktat
Sp.Og	: Spesialis Obgin
TBC	: Tuberkulosis
TT	: Tetanus Toksoid
TTV	: Tanda – Tanda Vital
USG	: Ultrasonografi
WHO	: World Health Organization



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Seksio sesarea merupakan prosedur operatif yang dilakukan di bawah anestesia sehingga janin, plasenta dan ketuban dilahirkan melalui insisi dinding abdomen dan uterus. Prosedur ini biasanya dilakukan setelah viabilitas tercapai lebih dari 24 minggu (Myles 2011). Teknik ini digunakan jika kondisi ibu menimbulkan distress pada janin atau jika telah terjadi distress janin. Sebagian kelainan yang sering memicu tindakan ini adalah malposisi janin, plasenta previa, diabetes ibu, dan *disproporsi sefalopelvis* janin dan ibu. (Muttaqin arif, 2010)

*World Health Organization* (WHO) 2015 melaporkan bahwa angka kejadian Seksio Sesarea meningkat 10 – 15% dari semua proses persalinan di negara – negara berkembang. Hasil Riskesdas (2018) menunjukkan kelahiran dengan metode Seksio Sesarea sebesar 17,6% dari total 78.736 kelahiran sepanjang tahun 2018, provinsi tertinggi DKI Jakarta (31,1%) dan terendah di Papua (6,7%) dan kelahiran metode seksio caesarea di provinsi Jawa Barat (15,5%). Berdasarkan data yang penulis dapatkan dari medical record RSUD Ciamis periode tahun 2017 – 2018, didapatkan kasus persalinan normal sebanyak 626 kasus di ruang VK dan ruang Delima, kasus persalinan dengan seksio sesarea didapatkan sebanyak 719 kasus di ruang Delima.

Adapun masalah keperawatan yang biasanya muncul pada klien dengan Seksio Sesarea yaitu, Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mokus dalam jumlah berlebihan), Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir), Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi postpartum, Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, Gangguan eliminasi urine, Gangguan pola tidur berhubungan dengan lemah, Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko: episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan, Defisit perawatan diri (mandi/kebersihan diri, makan, toileting) berhubungan dengan kelelahan postpartum, Konstipasi, Resiko syok (hipovolemik), Resiko perdarahan, Defisiensi pengetahuan: perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum (Nurarif dan Kusuma, 2015).

Secara fisik tindakan section caesarea menyebabkan nyeri abdomen. Nyeri yang berasal dari luka operasi (Arwani dkk, 2012; Gondo, 2011). Persalinan section caesarea memiliki nyeri lebih tinggi sekitar 27,3 % dibanding dengan persalinan normal yang hanya sekitar 9%. Umumnya, nyeri yang dirasakan selama beberapa hari. Rasa nyeri meningkat pada hari pertama post section caesarea. Secara psikologis tindakan section caesarea berdampak terhadap nyeri yang dirasakan setelah analgetik hilang (Akbar dkk, 2014; Manurung, 2013; Pratiwi, 2013).

Nyeri adalah munculnya pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang actual dan potensial. (Pratiwi, et al, 2012). Adapun mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multiple yaitu nosiseptif, sensitisasi perifer, perubahan fenotip, sensitisasi sentral, eksibilitas ektropik, reorganisasi structural, dan penurunan inhibisi. Antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat proses tersendiri : tranduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi. Intensitas nyeri dapat diukur dengan menggunakan *visual numeric scale* dan *numeric rating scale* angka 0 sampai 10 (Maryunani, 2010)

Nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan banyak orang dibanding suatu penyakit manapun (Smeltzer, 2010). Nyeri pada pembedahan section caesrea sering di rasakan setelah tindakan operasi selesai karena efek obat anestesi yang di gunakan selama operasi mulai menghilang. Meskipun nyeri akut merupakan respon normal akibat adanya kerusakan jaringan, namun dapat menimbulkan gangguan fisik, psikologis, maupun emosional dan tanpa manajemen yang adekuat dapat berkembang menjadi nyeri kronik. Nyeri dapat diatasi dengan penatalaksanaan nyeri yang bertujuan untuk meringankan atau mengurangi rasa nyeri sampai tingkat kenyamanan yang dirasakan oleh ibu post section caesarea (Dwijayanti et al, 2014).

Oleh karena itu perawat diharapkan mampu mengelola setiap masalah yang timbul secara komprehensif terdiri dari biologis, psikologis, social, spiritual terutama dalam penanganan post seksio sesarea dengan masalah Nyeri Akut. Asuhan keperawatan tersebut dilakukan dengan melakukan proses

keperawatan yaitu pengkajian, merumuskan masalah yang muncul, menyusun rencana penatalaksanaan dan mengevaluasinya (Dermawan Deden, 2012).

Berdasarkan hal tersebut yang mengatakan masalah nyeri yang dirasakan oleh pasien *sectio caesarea* memerlukan penanganan dalam bentuk asuhan keperawatan yang komprehensif. Dengan demikian penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien post section caesarea dengan nyeri akut.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, maka diangkat rumusan masalah. “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada klien yang mengalami Post Operasi Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di ruang Delima RSUD Ciamis?”

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Memperoleh pengalaman nyata dan mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan pada klien yang mengalami Post Operasi Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di RSUD Ciamis. Sesuai komprehensif dengan pedoman asuhan keperawatan meliputi bio, psiko – sosio spiritual.

### **1.3.2 Tujuan khusus**

- A. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien yang mengalami Post Operasi Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di RSUD Ciamis.

- B. Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien mengalami Post Operasi Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di RSUD Ciamis.
- C. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien mengalami Post Operasi Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di RSUD Ciamis.
- D. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien mengalami Post Operasi Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di RSUD Ciamis.
- E. Melakukan evaluasi pada klien mengalami Post Operasi Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di RSUD Ciamis.
- F. Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan pada klien Post Operasi Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di RSUD Ciamis

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Hasil penelitian ini dapat dijadikan tambahan referensi dan masukkan ilmu keperawatan terkait Asuhan Keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di RSUD Ciamis.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

#### **A. Manfaat untuk Penulis**

Untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, kemampuan dan pengalaman penulis dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan Post Operasi Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut.

B. Manfaat untuk Perawat

Memberikan wawasan bagi profesi atau tenaga kesehatan lainnya dalam menangani kasus Asuhan Keperawatan Post Operasi Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut.

C. Manfaat untuk Rumah Sakit

Untuk meningkatkan mutu atau kualitas pelayanan dalam memberikan Asuhan Keperawatan Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut.

D. Manfaat untuk Institusi Pendidikan

Menambah referensi dan sebagai wacana bagi mahasiswa mengenai Asuhan Keperawatan Post Operasi Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Teori**

##### **2.1.1 Sectio Caesarea**

###### **A. Definisi**

Seksio Sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding perut (Amru Sofian, 2012). Seksio Sesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Wiknjosastro, 2015).

###### **B. Anatomi Abdomen**

Menurut (Widjaja, 2009) Abdomen atau perut merupakan bagian batang tubuh yang terletak diantara thorax dan pelvis. Dinding perut yang normal lembut bergantung pada tonus ototnya.

Menurut (Rasjidi,2009) kuadran abdomen dibagi menjadi 9 regio oleh dua garis vertikal dan dua garis horizontal. Garis vertikal melalui pertengahan antara SIAS (*spina iliaca anterior superior*) dan *simfisis pubis*. Garis horizontal bidang subskostalis, menghubungkan titik terbawah tepi kosta satu sama lain. Merupakan tepi inferior tulang rawan kosta X dan terletak berseberagan dengan vertebra lumbalis III. Bidang intertuberkularis,

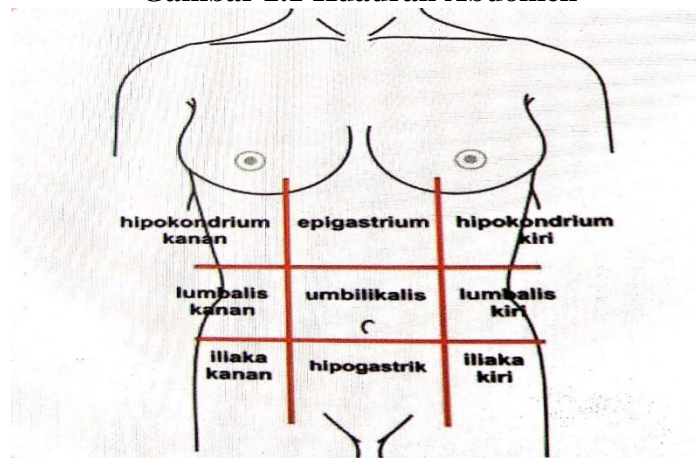
menghubungkan tuberkulum pada krista iliaka yang terletak setinggi korpus vertebra lumbal V.

Organ-organ yang terdapat di 9 regio yaitu :

1. Hipokandrium kanan terdapat hati, kantung empedu, sebagian duodenum, seperdua atas ginjal kanan, kelenjar suprarenal
2. Epigastrium terdapat aorta, lambung, pankreas dan sebagian hati.
3. Hipokandrium kiri terdapat limpa, lambung, ekor pankreas, seperdua atas ginjal kiri dan kelenjar suprarenal.
4. Lumbalis kanan terdapat kolon asenden, seperdua bawah ginjal kanan, sebagian duodenum dan jejunum
5. Umbilikal is terdapat omentum, bagian bawah duodenum, sebagian jejunum dan ileum
6. Lumbalis kiri terdapat kolon desenden, seperdua bawah ginjal kiri, sebagian jejunum dan ileum
7. Iliaka kanan terdapat apendiks, sekum, ujung bawah ileum, ureter kanan, saluran sperma kanan, ovarium kanan
8. Hipogastrik terdapat organ ileum, kandung kemih dan uterus
9. Iliaka kiri terdapat ovarium kiri, saluran sperma kiri, ureter kiri, dan kolon sigmoid.



**Gambar 2.1 Kuadran Abdomen**



Sumber : (Rasjidi,2009)

Dinding Abdomen dari bagian luar ke bagian dalam terdiri dari kulit, jaringan subcutis, fascia super cialis, otot-otot perut dan bagian punggung. Kulit abdomen mempunyai turgor yang bervariasi, pada wanita yang telah melahirkan anak, turgornya berkurang sehingga kulit menjadi lembek dan keriput. Pada penderita dehidrasi turgor kulit juga berkurang (Widjaja, 2009).

Otot dinding ventral abdomen : *M.rektus abdominalis* dan *m.piramidalis*. Otot-otot dinding lateral abdomen : *m.obliquus abdominis eksternus*, *m. Obliquus abdominis internus*, dan *m.transversus abdominis*. Otot-otot dinding abdomen pada bidang median membentuk suatu *aponeurosis* (lapis tendon datar luas) ini nampak sebagai garis yang disebut *linea alba*. Sarung rektus berguna sebagai retikulum yang mempertahankan *m.rektus abdominis* tetap pada posisinya (mencegah terjadinya *bow-string effect*) pada waktu berkontraksi.

Aponeuris dari otot-otot abdomen ini tersusun sedemikian rupa sehingga ada perbedaan antara lapisan aponeurosis yang terletak di atas dan

dibawah umbilikus, yang dibatasi oleh linea arkuata. Diatas linea arkuata, sarung rektus terdiri atas dua lamina, yaitu lamina anterior dan lamina superior. Susunan serabut dinding abdomen sejajar dengan serabut kulit. Oleh karena itu, garis jahitan pada insisi vertikal akan mendapatkan tegangan yang lebih besar sehingga insisi vertikal lebih sering menyebabkan terjadinya dehisensi dan hernia. Fungsi otot abdomen untuk pergerakan dan untuk melindungi alat-alat dalam abdomen. Peritonium merupakan serabut tipis dan mengkilap yang melapisi dinding kavum abdomen dari sebelah dalam. Peritonium di bagi menjadi dua :

*Peritonium perietalis* langsung melekat pada dinding abdomen

1. *Peritonium visceralis* meliputi organ visceralis, peritoneum yang menghunung organ dan dinding abdomen ini secara umum disebut mesenterium. Peritonium parietalis dan visceralis merupakan suatu kontinuitas yang membatasi suatu ruangan yang disebut kavum peritonei. Kavum peritoneum dibagi menjadi dua :

1. *Saccus major* (kavum peritoneum s.s ; *greater sac*)
2. *Saccus minor* (bursa omentalis;*lasser sac*)

Pada wanita, kavum peritoneum mempunyai dua lubang, yaitu kedua ostium tuba uteria (Rasmiji,2009).

### **C. Teknik seksio sesarea menurut (Maryunani,2014)**

Beberapa teknik seksio sesarea yang perlu diperhatikan adalah mengenai cara insisi yaitu insisi abdomen, insisi uterus.

1. Insisi abdomen antara lain dilakukan secara vertikal dan transversal/lintang yang masing-masing diuraikan sebagai berikut :

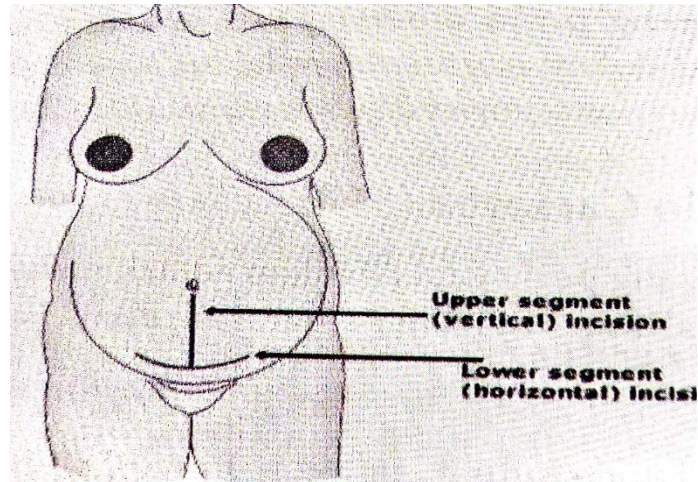
a. Insisi vertikal

Insisi vertikal garis tengah infraumbilikus adalah insisi yang paling cepat dibuat, insisi ini harus cukup panjang agar janin dapat lahir tanpa kesulitan. Oleh karena itu, panjang harus sesuai dengan taksiran ukuran janin, pembebasan secara tajam dilakukan sampai ke level vagina yang dibebaskan dari lemak subkutis untuk memperlihatkan sepotong *fasia* (jaringan ikat berbentuk lembaran yang menyelimuti otot) digaris tengah dengan lebar sekitar dua cm.

b. Insisi transversal/lintang

Dengan insisi kulit, dan jaringan subkutan disayat dengan menggunakan insisi transversal rendah sedikit melengkung, insisi dibuat setinggi garis rambut pubis dan diperluas sedikit melebihi batas lateral otot rektus. Penjahitan luka lebih mudah, penutupan luka dengan reperi-tonialisasi yang baik, tumpang tindih dari peritoneal flap baik sekali untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritoneum. Pada insisi ini dapat menyebabkan pendarahan yang banyak.

## Gambar 2.2 Gambar segmen vertikal dan segmen horizontal



Sumber : (Maryunani,2014)

2. Insisi uterus terdiri dari insisi seksio sesarea klasik dan insisi seksio sesarea transversal yang masing-masing dijelaskan dibawah ini :
  - a. Insisi sesarea klasik

Suatu insisi vertikal kedalam korpus uterus diatas segmen bawah uterus dan mencapai fundus uterus sudah jarang digunakan saat ini. Insisi melintang disegmen bawah. Apabila insisi diperluas ke arah lateral, dapat terjadi laserasi salah satu atau kedua pembuluh darah. Insisi vertikal rendah padat diperluas keatas sehingga dalam keadaan yang memerlukan ruang lebih lapang, insisi dapat dilanjutkan ke korpus uterus. Selain itu apabila meluas kebawah, insisi vertikal dapat menembus serviks lalu ke vagina dan mungkin mengenai kandung kemih. Yang utama selama kehamilan berikutnya insisi vertikal yang meluas ke miometrium atas lebih besar kemungkinan

mengalami ruptur dari pada insisi transversal, terutama selama kehamilan.

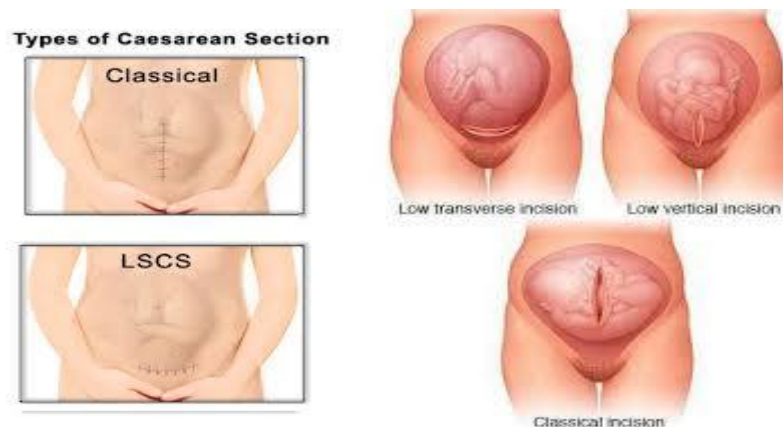
Kelebihan insisi sesarea uterus klasik yaitu

Mengeluarkan janin lebih cepat, tidak mengakibatkan kandung kemih tertarik, sayatan bisa diperpanjang proksimal atau distal

Kekurangan insisi klasik ini ialah :

Infeksi mudah menyebar secara intra-abdomen karena tidak ada reperitonealisasi yang baik, untuk persalinan berikutnya lebih sering terjadi *ruptur uterus* spontan (robekan dinding rahim).

**Gambar 2.3 Insisi klasik dan insisi transversal**



Sumber : (Maryunani,2014)

b. Insisi sesarea transversal

Kelebihan insisi sesarea transversal yaitu :

Penjahitan luka lebih mudah, penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik, tumpang tindih dari peritoneal flap baik sekali untuk menahan penyebaran isi uterus kerongga peritoneum

Kekurangan insisi transversal yaitu :

Luka dapat melebar ke kanan-kiri dan bawah, sehingga dapat menyebabkan *arteri uterina* putus sehingga menyebabkan pendarahan yang banyak.

## 2.2 Konsep Seksio Sesarea

Proses persalinan tidak selalu berlangsung alamiah atau normal banyak factor yang menyebabkan persalinan tidak berlangsung normal karena syarat persalinan normal itu ada jalan lahir, turunya kepala bayi pada panggul, kekuatan posisi ibu selama persalinan dan kondisi psikologis jiwa (Johnson, 2014). Jika salah satu memenuhi maka akan sulit dilakukan persalinan secara normal dan apabila keadaan ibu maupun bayi tidak memungkinkan biasanya dapat dilakukan tindakan seksio sesarea (Holmes & Philip, 2012).

### 2.2.1 Etiologi

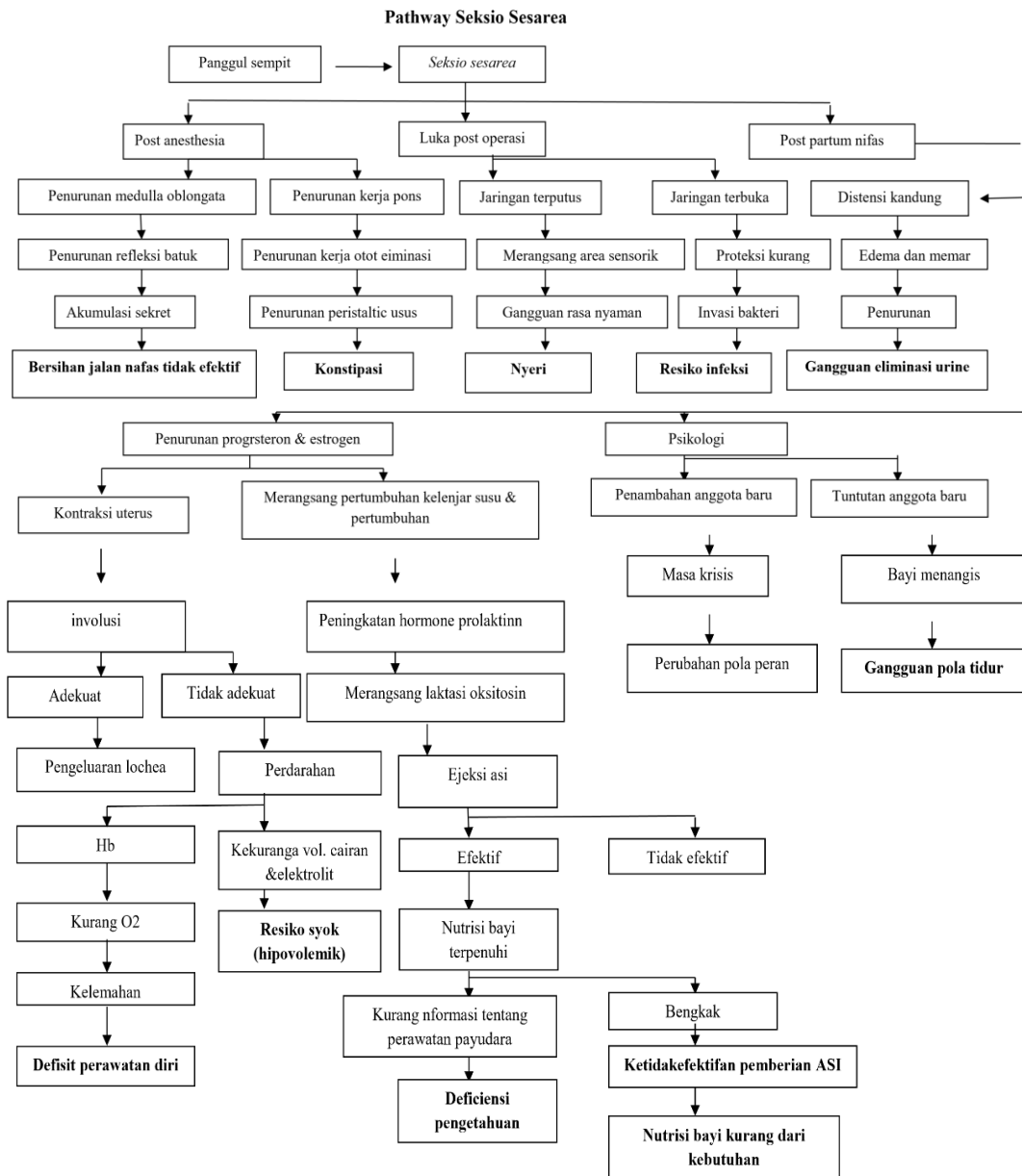
Etiologi seksio sesarea ada dua, yaitu etiologi yang berasal dari ibu seperti pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disporposi sefalo pelvik (disporposi janin / panggul), terdapat kesempitan panggul, plasenta previa, solution plasenta tingkat I – II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsi-eklamsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya), dan etiologi yang berasal dari janin seperti *fetal distress* / gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, *prolapsus* tali pusat dengan pembukaan kecil,

kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi Menurut Nurarif & Kusuma (2015).

2.2.2 Patofisiologi

Bagan 2.1

Pathway Sectio Caesarea



(Nurarif dan Kusuma, 2015)



### 2.2.3 Klasifikasi (Nurarif dan Kusuma, 2015)

#### 1. Seksio Sesarea Abdominalis

- a. Seksio sesarea *transperitonealis* yang terdiri dari :  
seksio sesarea *ekstraperitonealis*, yaitu tanpa membuka peritoneum parietalis dengan demikian tidak membuka kavum abdominalis (Jutowiyono dan Kristiyanasari, 2010).

#### 2. Seksio Sesarea Vaginalis

- a. Sayatan memanjang (longitudinal) menurut kronig
- b. Sayatan melintang (transversal) menurut Kerr
- c. Sayatan huruf T (T-incision) (Nurarif dan Kusuma, 2015)

#### 3. Seksio Sesarea Klasik (Corporal)

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira – kira sepanjang 10 cm. Tetapi saat ini teknik ini jarang dilakukan karena memiliki banyak kekurangan namun pada kasus seperti operasi berulang yang memiliki banyak perlengketan organ cara ini dapat dipertimbangkan (Nurarif dan Kusuma, 2015).

#### 4. Seksio Sesarea Ismika (Profunda)

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim (*low cervical tranfersal*) kira – kira sepanjang 10 cm.

### 2.2.4 Indikasi

Operasi seksio sesarea dilakukan jika kelahiran pervaginal mungkin akan menyebabkan resiko pada ibu ataupun pada janin (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

- a. Fetal distres
- b. His lemah / melemah
- c. Janin dalam posisi sungsang atau melintang
- d. Bayi besar (BBL lebih dari 4,2 kg)
- e. Plasenta previa
- f. Kelainan letak
- g. Disporporosi cevalo pelvik (Ketidak seimbangan antara kepala dan panggul)
- h. Rupture uteri mengancam
- i. Hydrocephalus
- j. Primi muda atau tua
- k. Partus dengan komplikasi
- l. Panggul sempit
- m. Problema plasenta

### **2.2.5 Komplikasi**

Adapun komplikasi seksio sesarea menurut Jitowiyono & Kristiyanasari (2010), sebagai berikut :

#### *a. Infeksipuerperal*

Komplikasi ini bisa bersifat ringan, seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas, bersifat berat seperti peritonitis, sepsis, dan sebagainya (Padila, 2015).

b. Perdarahan

Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang – cabang arteri ikut terbuka, atau karena atonia uteri (Padilla, 2015)

c. Komplikasi – komplikasi lain seperti luka kandung kencing, embolisme paru –paru dan sebagainya jarang terjadi.

d. Suatu komplikasi yang baru kemudian ialah kurang kuatnya parut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi rupture uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah seksio sesarea klasik.

#### **2.2.6 Pemeriksaan Diagnostik**

Pemeriksaan diagnostik dilakukan untuk pemantauan janin terhadap kesehatan janin seperti pemantauan EKG, JDL dengan diferensial, elektrolit, hemoglobin hematocrit, golongan darah, urinalisi, amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi, pemeriksaan sinar X sesuai indikasi, dan intrasound sesuai pesananan (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

#### **2.2.7 Penatalaksanaan Medik dan Implikasi Keperawatan**

Penatalaksanaan medik dan implikasi keperawatan pada ibu post seksio sesarea yaitu pemberian cairan karena 24 jam penderititas pasca operasi maka pemberian cairan intravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya, diet pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 – 10 jam pasca operasi,

berupa air putih dan air teh, mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi miring kanan dan miring kiri dapat dimulai sejak 6 - 10 jam setelah operasi. Kemudian posisi tidur terlentang dapat diubah menjadi setengah posisi susuk (semi fowler). Selanjutnya selama berturut –turut, hari demi hari pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ketiga sampai hari kelima pasca operasi. Kateterisasi biasanya terpasang 24 – 48 jam lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

Juga diberikan beberapa jenis obat –obatan seperti antibiotic, analgetik, caboransia seperti neurobion dan vit C. Dilakukan juga perawatan luka, kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti. Hal –hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi, dan pernafasan (Jitowiyono & Kriyanasari, 2010).

## **2.3 Konsep Masa Nifas**

### **2.3.1 Definsi Nifas**

Dalam bahasa latin, waktu mulai tertentu setelah melahirkan anak ini disebut *puerperium* yaitu dari kata *Puer* yang artinya bayi dan *Parous* melahirkan. Jadi, *puerperium* berarti masa setelah melahirkan bayi. *Puerperium* adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai

sampai alat – alat kandungan kembali seperti pra – hamil (Dewi dan Sunarsih, 2011).

Periode masa nifas selama 6-8 minggu setelah persalinan, proses ini dimulai setelah selesainya persalinan dan berakhir setelah alat-alat reproduksi kembali seperti keadaan sebelum hamil atau tidak hamil sebagai akibat dari adanya perubahan fisiologis dan psikologis karena proses persalinan (Sulistyawati, 2009).

### **2.3.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas**

Tujuan dari pemberian asuhan pada masa nifas menurut Dewi & Sunarsih (2011) adalah:

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
- b. Melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari.
- d. Memberikan pelayanan keluarga berencana
- e. Mendapatkan kesehatan emosi

### **2.3.3 Tahapan Masa Nifas**

Menurut Dewi & Sunarsih (2011) masa nifas dibagi dalam tiga tahap/periode, yaitu:

- a. Puerperium Dini (Periode immediate postpartum):

1. Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam.
  2. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya perdarahan karena atonia uteri.
- b. Puerperium Intermedial (Periode Early postpartum 24 jam – 1 minggu):
1. Masa kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.
- c. Remote Puerperium (Periode Late postpartum, 1-5 minggu)
1. Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, masa ini bisa berlangsung 3 bulan bahkan lebih lama sampai tahunan (Hanifa, 2008).

#### **2.3.4 Perubahan Fisiologis Masa Nifas (Dewi dan Sunarsih, 2011)**

##### Perubahan Sistem Reproduksi

Proses involusi adalah proses kembalinya uterus ke dalam keadaan sebelum hamil setelah melahirkan. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot – otot polos uterus. Pada tahap ketiga persalinan, uterus berada di garis tengah, kira – kira 2 cm di bawah umbilikus dengan bagian fundus berstandar pada promontorium sakralis. Pada saat ini, besar uterus kira – kira sama besar uterus sewaktu usia kehamilan 16 minggu (kira – kira sebesar jeruk asam) dan beratnya kira – kira 100 gram.

Dalam waktu 12 jam, tinggi fundus uteri mencapai kurang lebih 1 cm di atas umbilikus. Dalam beberapa hari kemudian, perubahan involusi berlangsung dengan cepat. Fundus turun kira – kira 1 – 2 cm setiap 24 jam. Pada hari pascapartum keenam fundus normal akan berada di di pertengahan antara umbilikus dan simfisis pubis. Uterus tidak bisa di palpasi pada abdomen pada hari ke – 9 pascapartum. Uterus pada waktu hamil penuh beratnya 11 kali berat sebelum hamil, berinvolusi kira – kira 500 gram 1 minggu setelah melahirkan dan 350 gram (11 sampai 12 ons) 2 minggu setelah lahir. Seminggu setelah melahirkan uterus berada di dalam panggul sejati lagi.

Pada minggu keenam, beratnya menjadi 50 – 60 gram. Subinvolusi adalah kegagalan uterus untuk kembali pada keadaan tidak hamil. Penyebab subinvolusi yang paling sering adalah tertahannya fragmen plasenta dan infeksi. Perubahan uterus ini berhubungan erat dengan perubahan - perubahan pada *meometrium*. Pada *meometrium* terjadi perubahan - perubahan yang bersifat *proteolisis*. Hasil dari proses ini dialirkan melalui pembuluh getah bening.

Tabel 2.1  
Involusi Uterus

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus (gram)	Diameter Bekas Melekat Plasenta (cm)	Keadaan Serviks
Bayi Lahir	Setinggi pusat	1000		
Uri Lahir	2 jari di bawah pusat	750	12,5	Lembek
Satu Minggu	Pertengahan pusat – simfisis	500	7,5	Beberapa hari setelah
Dua Minggu	Tak teraba di atas simfisis	350	3 – 4	postpartum dapat dilalui 2 jari
Enam Minggu	Bertambah kecil	50 – 60	1 – 2	Akhir minggu pertama dapat dimasuki 1 jari
Delapan Minggu	Sebesar Normal	30		

Sumber: (Suherni et all, 2009)

a. Involusi Tempat Plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata, dan kira – kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu ke – 2 hanya sebesar 3 – 4 cm dan pada akhir nifas 1 – 2 cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas seklai. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh trombus.

Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut karena luka ini sembuh dengan cara dilepaskan dari dasarnya tetapi diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka.

b. Perubahan Ligamen

Ligamen – ligamen dan diafragma pelvis, serta fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah janin lahir, berangsur – angsur menciut kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uteris menjadi retrofleksi. Tidak jarang pula wanita mengeluh “kandungannya turun” setelah melahirkan oleh karena ligamen, fasia dan jaringan penunjang alat genetalia menjadi agak kendur.

c. Perubahan pada Serviks

Perubahan – perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan menganga seperti corong. Yang disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah – olah pada perbatasan antara korpus dan serviks



uteri terbentuk semacam cincin. Warna serviks tersebut merah kehitam – hitaman karena penuh pembuluh darah.

Beberapa hari setelah persalinan, ostium eksternum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggir – pinggirnya tidak rata, tetapi retak – retak karena robekan. Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh 1 jari saja. Setelah involusi selesai, ostium eksternum tidak serupa dengan keadaannya sebelum hamil, umumnya ostium eksterna lebih besar dan tetap terdapat retak – retak dan robekan – robekan pada pinggirnya. Karena robekan ke samping ini terbentuklah bibir depan dan bibir belakang pada serviks.

d. Lokhea

Dengan adanya involusi uterus, maka lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Campuran antara darah dan desidua tersebut dinamakan lokhea yang biasanya berwarna merah muda atau putih pucat.

Lokhea adalah cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lokhea mempunyai bau yang amis meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda – beda pada setiap wanita. Sekret mikroskopik lokhea terdiri atas eritrosit, peluruhan desidua, sel epitel dan bakteri. Lokhea mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran lokhea dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya di antaranya sebagai berikut:

### 1. Rubra/Merah

Lokhea ini muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa postpartum. Sesuai dengan namanya, warnanya biasanya merah dan mengandung darah dari perobekan/luka pada plasenta dan serabut dari desidua dan chorion. Lokhea terdiri atas sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekoneum dan sisa darah.

### 2. Sanguelenta

Lokhea ini berwarna merah kuning berisi darah dan lendir karena pengaruh plasma darah, pengeluarannya pada hari ke 3 – 5 hari postpartum.

### 3. Serosa

Lokhea ini muncul pada hari ke 5 – 9 postpartum, warnanya biasanya kekuningan atau kecoklatan. Lokhea ini terdiri atas lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri atas leukosit dan robekan laserasi plasenta.

Bila pengeluaran lokhea tidak lancar, maka disebut *Locheastasis*. Lokhea disekresikan dengan jumlah banyak pada awal jam postpartum yang selanjutnya akan berkurang sejumlah besar sebagai lokhea rubra, sejumlah kecil sebagai lokhea serosa, dan jumlah lebih sedikit lagi lokhea alba. Total jumlah rata – rata pembuangan lokhea kira – kira 8 – 9 oz atau sekitar 240 – 270 ml.

a. Perubahan pada Vagina dan Perineum

Estrogen post partum yang menurun berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Vagina yang semula sangat teregang akan kembali secara bertahap pada ukuran sebelum hamil selama 6 – 8 minggu setelah bayi lahir. Rugae akan kembali terlihat sekitar seminggu keempat, walaupun tidak akan menonjol pada wanita nulipara. Pada umumnya rugae akan memipih secara permanen. Mukosa tetap atrofik pada wanita yang menyusui sekurang – kurangnya sampai menstruasi dimulai kembali. Penebalan mukosa vagina terjadi seiring pemulihan fungsi ovarium.

Kekurangan estrogen menyebabkan penurunan jumlah pelumas vagina dan penipisan mukosa vagina sampai fungsi ovarium kembali normal dan menstruasi dimulai lagi. Introitus mengalami eritematosa dan edematosa, terutama pada daerah episiotomi atau jahitan laserasi. Proses penyembuhan luka episioomi sama dengan luka operasi lain. Tanda – tanda infeksi (nyeri, merah, panas dan bengkak) atau tepian insisi tidak saling melekat bisa terjadi. Penyembuhan baru berlangsung dalam dua sampai tiga minggu.

b. Perubahan Tanda – Tanda Vital

1. Suhu Badan

Satu hari (24 jam) postpartum suhu badan akan naik sedikit (37,5 - 38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan,

dan kelelahan. Apabila keadaan normal, suhu badan menjadi biasa. Biasanya pada hari ke – 3 suhu badan naik lagi karena ada pembentukan ASI dan payudara menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI. Bisa suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium, mastitis, traktus genitalis atau sistem lain.

## 2. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60 – 80x/menit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat.

## 3. Tekanan Darah

Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah melahirkan karena ada pendarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum menandakan terjadinya preeklamsia postpartum.

## 4. Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas.

### c. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

#### 1. Volume Darah

Perubahan volume darah bergantung pada beberapa faktor, misalnya kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi, serta pengeluaran cairan ekstrasvaskuler (edema fisiologis). Pada minggu ke – 3 dan ke – 4 setelah bayi lahir, volume darah biasanya menurun sampai mencapai volume darah sebelum hamil. Pada persalinan per vaginam, ibu

kehilangan darah sekitar 300 – 400 cc. Bila kelahiran melalui Seksio Sesarea, maka kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri atas volume darah dan hematokrit (*haemacconcentration*). Pada persalinan per vaginam, hematokrit akan naik, sedangkan pada Seksio Sesarea, hematokrit cenderung stabil dan kembali normal setelah 4 – 6 minggu.

Tiga perubahan fisiologi postpartum yang terjadi pada wanita antara lain:

- a) Hilangnya sirkulasi uteroplasenta yang mengurangi ukuran pembuluh darah maternal 10 – 15%
- b) Hilangnya fungsi endokrin plasenta yang menghilangkan stimulus vasodilatasi.
- c) Terjadinya mobilisasi air ekstrasvaskuler yang disimpan selama wanita hamil.

## 2. Curah Jantung

Denyut jantung, volume sekuncup dan curah jantung meningkat sepanjang masa hamil. Segera setelah wanita melahirkan, keadaan ini meningkat bahkan lebih tinggi selama 30 – 60 menit karena darah yang biasanya melintasi sirkulasi uteroplasenta tiba – tiba kembali ke sirkulasi umum. Nilai ini meningkat pada semua jenis kelahiran.

## 3. Perubahan Sistem Hematologi

Pada hari pertama post partum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun, tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan

viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis yang meningkat dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum.

Jumlah hemoglobin, hematokrit dan eritrosit akan sangat bervariasi pada awal – awal masa postpartum sebagai akibat dari volume darah. Kira – kira selama kelahiran dan masa postpartum terjadi kehilangan darah sekitar 200 – 500 ml. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke – 3 sampai ke – 7 postpartum dan akan kembali normal dalam 4 – 5 minggu postpartum.

#### d. Sistem Pencernaan pada Masa Nifas

##### 1. Nafsu Makan

Ibu sering kali cepat lapar setelah melahirkan dan siap makan pada 1 – 2 jam post – primordial, dan dapat ditoleransi dengan diet yang ringan. Setelah benar – benar pulih dari efek analgesia, anestesia dan kelelahan, kebanyakan ibu merasa sangat lapar. Sering kali untuk pemulihan nafsu makan, diperlukan waktu 3 – 4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang.

## 2. Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anestesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

## 3. Pengosongan Usus

Buang air besar secara spontan bisa tertunda selama dua sampai tiga hari setelah melahirkan, karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada awal masa postpartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, atau dehidrasi. Ibu sering menduga nyeri saat defekasi karena nyeri yang dirasakan di perineum akibat episiotomi, laserasi atau hemoroid.

Pola makan ibu nifas tidak akan seperti biasa dalam beberapa hari dan perinium ibu akan terasa sakit untuk defekasi. Faktor – faktor tersebut mendukung konstipasi pada ibu nifas dalam minggu pertama. Suppositoria dibutuhkan untuk membantu eliminasi pada ibu nifas. Konstipasi juga dapat dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan ibu dan kekhawatiran lukanya akan terbuka bila ibu buang air besar.

## e. Perubahan Sistem Perkemihan

### 1. Fungsi Sistem Perkemihan

a) Mencapai hemostatis internal

1) Keseimbangan cairan dan elektrolit

Sebanyak 70% dari air tubuh terletak di dalam sel – sel dan dikenal sebagai cairan intraseluler. Kandungan air sisanya disebut cairan ekstraseluler. Cairan ekstraseluler dibagi antara plasma darah dan cairan yang langsung memberikan lingkungan segera untuk sel – sel yang disebut cairan interstisial.

- 2) Edema adalah tertimbunnya cairan dalam jaringan akibat gangguan keseimbangan cairan dalam tubuh.
- 3) Dehidrasi adalah kekurangan cairan atau volume air yang terjadi pada tubuh karena pengeluaran berlebihan dan tidak diganti.

b) Keseimbangan asam basa tubuh

Batas normal pH cairan tubuh adalah 7,35 – 7,40. Bila pH >7,4 disebut alkalosis dan jika pH <7,35 disebut asidosis.

c) Mengeluarkan sisa metabolisme, racun dan zat toksin

Ginjal mengeksresi hasil akhir metabolisme protein yang mengandung nitrogen terutama : urea, asam urat dan kreatinin.

## 2. Sistem Urinarius

Perubahan hormonal pada masa hamil (kadar steroid yang tinggi) menyebabkan peningkatan fungsi ginjal, sedangkan penurunan kadar steroid setelah melahirkan sebagian menjelaskan penyebab penurunan fungsi ginjal selama masa postpartum. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan.



### 3. Komponen Urine

Blood Urea Nitrogen (BUN) yang meningkat selama post partum, merupakan akibat autolisis uterus yang berinvolusi. Pemecahan kelebihan protein di dalam sel otot uterus juga menyebabkan proteinuria ringan (+1) selama satu sampai dua hari setelah wanita melahirkan.

### 4. Diuresis Postpartum

Dalam 12 jam postpartum, ibu mulai membuang kelebihan cairan yang tertimbun di jaringan selama ia hamil. Diuresis postpartum yang disebabkan oleh penurunan kadar estrogen, hilangnya peningkatan tekanan vena pada tingkat bawah dan hilangnya peningkatan volume darah akibat kehamilan merupakan mekanisme tubuh untuk mengatasi kelebihan cairan.

### 5. Uretra dan Kandung Kemih

Trauma dapat terjadi pada uretra dan kandung kemih selama proses melahirkan, yakni sewaktu bayi melewati jalan lahir. Kandung kemih yang edema, terisi penuh dan hipotonik dapat mengakibatkan overdistensi, pengosongan tidak sempurna dan urine residua dapat dihindari jika dilakukan asuhan untuk mendorong terjadinya pengosongan kandung kemih bahkan saat tidak merasa untuk berkemih.

Uretra dan meatus urinarius bisa juga mengalami edema. Kombinasi trauma akibat kelahiran, peningkatan kapasitas kandung kemih setelah bayi lahir dan efek anestesi menyebabkan keinginan untuk berkemih menurun. Rasa nyeri pada panggul yang timbul akibat dorongan saat melahirkan, laserasi vagina atau episiotomi menurunkan refleks berkemih.

Penurunan berkemih terjadi seiring diuresis postpartum dapat menyebabkan distensi kandung kemih lalu dapat menyebabkan perdarahan berlebih karena keadaan ini bisa menghambat uterus berkontraksi dengan baik. Apabila terjadi distensi berlebih pada kandung kemih dapat mengalami kerusakan lebih lanjut (atoni). Dengan mengosongkan kandung kemih secara adekuat, tonus kandung kemih biasanya akan pulih kembali dalam lima sampai tujuh hari setelah bayi lahir.

f. Perubahan Sistem Muskuloskeletal atau Diatesis Rectie Abdominis (Suherni et al, 2009)

1. Diathesis

Setiap wanita nifas memiliki derajat diathesis/konstitusi (yakni keadaan tubuh yang membuat jaringan – jaringan tubuh bereaksi secara luar biasa terhadap rangsangan – rangsangan luar tertentu). Kemudian adanya rectie/muskulus rektus yang terpisah dari abdomen. Diastesis terpisah tergantung dan beberapa faktor termasuk kondisi umum dan tonus otot. Sebagian besar wanita melkakukan ambulasi 4 – 8 jam postpartum. Ambulasi dini untuk menghindari komplikasi, meningkatkan involusi dan meningkatkan cara pandang emosional.

Relaksasi dan peningkatan mobilitas artikulasi pelvic terjadi dalam 6 minggu setelah melahirkan. Motilisasi (gerakan dan tonus otot gastrointestinal kembali ke keadaan sebelum hamil dalam 2 minggu setelah melahirkan. Konstipasi terjadi umumnya selama periode postpartum awal karena penurunan tonus otot usus, rasa tidak nyaman

pada perineum dan kecemasan. Haemoroid adalah peristiwa lazim pada periode postpartum awal karena tekanan pada dasar panggul dan mengejan selama persalinan. jumlah sel – sel otot idak berkurang banyak, namun sel – selnya sendiri jelas berkurang ukurannya.

## 2. Abdominis dan Peritonium

Akibat peritonium berkontraksi dan beretraksi pasca persalinan dan juga beberapa hari setelah itu, peritonium yang membungkus sebagian besar dari uterus, membentuk lipatan – lipatan dan kerutan – kerutan. Ligamentum dan rotundum sangat lebih kendur dari kondisi sebelum hamil. Dinding abdomen tetap kendur untuk sementara waktu. Hal ini disebabkan karena sebagai konsekuensi dari putusnya serat – serat elastis kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat pembesaran uterus selama hamil. Umumnya akan pulih dalam waktu 6 minggu (Suherni et all, 2009).

## 3. Proses adaptasi psikologi dan ibu nifas

Banyak wanita merasa tertekan pada saat melahirkan, sebenarnya hal tersebut adalah wajar. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi yang harus dijalani. Tanggung jawab menjadi seorang ibu semakin besar dengan lahirnya bayi yang baru lahir. Dorongan dan perhatian dari seluruh anggota keluarga lainnya merupakan dukungan yang positif bagi ibu. Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase – fase sebagai berikut (Dewi dan Sunarsih, 2011):

a) *Fase Taking In*

*Fase Taking In* adalah periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama persalinan berulang kali diceritakannya. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Kehadiran suami dan keluarga sangat diperlukan pada fase ini. Petugas kesehatan dapat menganjurkan kepada suami dan keluarga untuk memberikan dukungan moral dan menyediakan waktu untuk mendengarkan semua yang disampaikan oleh ibu agar dia dapat melewati fase ini dengan baik.

b) *Fase Taking Hold*

*Fase Taking Hold* adalah fase/periode yang berlangsung antara 3 – 10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu memiliki perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah sehingga kita perlu berhati – hati dalam komunikasi dengan ibu. Tugas sebagai tenaga kesehatan adalah misalnya mengajarkan cara merawat diri, cara menyusui yang benar, cara merawat luka jahitan, mengajarkan senam nifas, memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan ibu seperti gizi, istirahat, kebersihan diri dan lain – lain.

c) *Fase Letting Go*

*Fase Letting Go* merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat

menyesuaikan merawat diri dan bayinya, serta kepercayaan dirinya sudah meningkat. Pendidikan kesehatan yang kita berikan pada fase sebelumnya akan sangat berguna bagi ibu. Ibu lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya. Dukungan dari suami dan keluarga masih sangat diperlukan ibu. Suami keluarga dapat membantu merawat bayi, mengerjakan urusan rumah tangga sehingga ibu tidak terlalu terbebani. Ibu memerlukan istirahat yang cukup sehingga mendapatkan kondisi fisik yang bagus untuk dapat merawat bayinya.

## **2.4 Konsep Nyeri**

### **2.4.1 Definisi**

Nyeri berdasarkan international association for the study of pain (IASP) pada tahun 1997, didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang tidak menyenangkan, yang terkait dengan potensi atau adanya kerusakan jaringan. Proses kerusakan jaringan yang diteruskan ke system saraf pusat dan menimbulkan sensasi nyeri disebut sebagai nosisepsi. Ada nyeri tanpa nosisepsi (seperti phantom limb pain) dan ada juga nosisepsi tanpa nyeri. Penilaian nyeri tidak akan bisa lepas dari subjectifitas pasien. Namun. Skala kuantitas dapat dibuat untuk membantu manajemen nyeri agar lebih objektif.

### **2.4.2 Klasifikasi**

1. Berdasarkan patofisiologi

a. Nyeri nosiseptif terjadi akibat aktivitas nosiseptor saraf  $\alpha$  dan  $\beta$  dan C yang berlangsung secara terus menerus oleh stimulus noxious (jejas, penyakit, inflamasi). Intensitas nyeri nosiseptis berbanding lurus dengan intensitas kadar stimulus. Semakin besar kerusakan, semakin nyeri. Nyeri nosiseptif dapat dibagi lebih lanjut menjadi :

1) Nyeri *visceral* (berasal dari organ *visceral*)

Nyeri *visceral* dirasakan sebagai sensasi kram atau nyeri tumpul yang dalam dan dapat beralih ke lokasi lain (*referred pain*).

2) Nyeri *somatic* (berasal dari jaringan seperti kulit, otot, kapsul sendi dan tulang) :

a) Nyeri *somatic superficial* (kutaneus) biasanya nyeri terlokalisasi dengan baik dirasakan seperti rasa gatal, tajam, tertusuk, terbakar, sampai dengan nyeri tajam.

b) Nyeri *somatic profunda*, sensasi nyeri biasanya terasa tumpul.

b. Nyeri neuropatik disebabkan gangguan sinyal pada system saraf pusat atau perifer, atau menggambarkan jejas atau kerusakan pada system saraf. Penyebab biasanya trauma, inflamasi, penyakit metabolic (misal, diabetes), infeksi (misal, herpes zoster), tumor, toksin, atau penyakit neurologis primer.

Kadang nyeri neuroleptic disebut juga sebagai nyeri patologis. Keadaan nyeri kronis terjadi saat nyeri timbul tanpa adanya pemicu. Proses ini dilandasi oleh sensitisasi. Sensitisasi sentral menjadi alasan mengapa nyeri neuropati seringkali tidak bersesuaian dengan intensitas stimulus (seperti hyperalgesia atau alodinia) atau muncul saat tidak ada stimulus yang jelas (nyeri peristen).

Sifat nyeri neuropati adalah terbakar atau panas, geli, tertusuk, seperti tersengat listrik, diremas, nyeri dalam, spasme, atau dingin. Hyperalgesia adalah peningkatan sensitivitas terhadap nyeri, sementara alodinia adalah nyeri terhadap stimulus yang normalnya tidak menyebabkan nyeri.

2. Berdasarkan waktu

- a. Nyeri akut awalnya didefinisikan hanya berdasarkan batas waktu. Namun, kini dikenal definisi yang lebih luas, yaitu pengalaman kompleks yang tidak menyenangkan, terkait dengan emosi, kognitif, dan sensorik, sebagai respon terhadap trauma jaringan. Nyeri akut awalnya dirasakan sebagai nyeri dengan intensitas tertinggi yang kemudian berangsur – angsur menghilang bersamaan dengan sembuhnya jejas yang mendasari. Nyeri akut biasanya bersifat nosiseptif. Meskipun hanya berlangsung sebentar, jika dibiarkan stimulus nyeri dapat menyebabkan penderitaan, remodeling neuron, atau berlanjut menjadi nyeri kronis. Oleh karena itu, tatalaksana nyeri akut dilaksanakan secara agresif.
- b. Nyeri kronis dulu didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung lebih dari 3-6 bulan setelah jejas berlangsung. Kini, nyeri kronis adalah nyeri yang berlanjut setelah selesainya proses penyembuhan, dengan intensitas jejas yang minimal atau tidak cukup menjelaskan adanya rasa nyeri tersebut. Ada yang mendefinisikan nyeri kronis sebagai nyeri persisten yang mengganggu tidur dan kehidupan sehari – hari atau mengurangi derajat kesehatan dan kemampuan fungsional individu.

### 2.4.3 Diagnosis

#### 1. Anamnesis

Keluhan pasien adalah indikator utama, kecuali jika pasien tidak dapat berkomunikasi. Hal – hal yang perlu digali dalam anamnesis adalah karakteristik nyeri, strategi manajemen, riwayat medis relevan, riwayat keluarga relevan, riwayat psikososial, pengaruh terhadap kehidupan sehari – hari, ekspektasi dan tujuan pasien.

#### 2. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan dilakukan untuk membantu mengidentifikasi penyebab yang mendasari nyeri. Fokuskan perhatian pada kondisi umum, system musculoskeletal dan neurologis, serta status lokasi nyeri. Sebagian pasien membutuhkan pemeriksaan musculoskeletal dan neurologis yang lebih mendalam, misal pada nyeri neuropati digunakan peta dermatom. Sebagian besar diagnosis kasus nyeri kronik ditegakkan dengan pemeriksaan fisik yang akurat, sementara pemeriksaan penunjang lebih sering bertujuan untuk menyingkirkan kemungkinan penyebab yang berasal dari abnormalitas anatomi atau fisik pasien.

#### 3. Pemeriksaan penunjang

Pengukuran skala nyeri, alat diagnostic yang digunakan untuk menilai nyeri terdiri atas dua macam, yaitu skala unidimensi dan skala multidimensi. Skala unidimensi hanya mengukur skala nyeri, terkait intensitas nyeri yang dirasakan.



a. *Visual analogue scale (VAS)*

Metode VAS sangat efisien penggunaannya, dan tervalidasi pada pasien – pasien dengan nyeri kronis. Kelemahan metode ini adalah tepat memakan waktu, validitasnya masih kontroversial, kadang dapat membuat pasien bingung.

b. *Numeric rating scale (NRS)*

Kelebihan metode NRS adalah mudah digunakan, sederhana, dapat dilakukan secara fleksibel (termasuk melalui telepon), dan tervalidasi untuk berbagai tipe nyeri. Kekurangannya adalah kurang dapat diandalkan untuk tipe pasien tertentu, seperti pasien yang sangat muda tau tua, atau pasien dengan gangguan visual, pendengaran, atau kognitif. Skala ini juga dapat digunakan oleh pasien buta huruf dan angka.

#### **2.4.4 Tatalaksana**

Berbagai macam klasifikasi digunakan untuk obat – obat anti nyeri (analgesia), namun secara umum dapat dibagi menjadi :

1. Analgesik nonopioid : asetaminofen, dan obat antiinflamasi (OAINS), termasuk aspirin dan turunan asam salisilat.
2. Analgesic opioid
3. Analgesik adjuvant atau ko-analgesik :
  - a. Tatalaksana farmakologi

Prinsip – prinsip umum penggunaan tatalaksana farmakologi untuk nyeri adalah :

- 1) Identifikasi dan tangani sumber nyeri

- 2) Pilih pendekatan yang paling sederhana untuk tatalaksana nyeri.  
Kebanyakan nyeri dapat ditangani dengan pemberian obat dan tidak membutuhkan tindakan invasive.
- 3) Pilih obat yang sesuai
- 4) Buat rencana tatalaksana
- 5) Pilih rute pemberian obat
- 6) Titiasi dosis
- 7) Optimalkan pemberian
- 8) Pantau dan kendalikan efek samping
- 9) Bedakan toleransi, ketergantungan fisik, dan adiksi
- 10) Hindari penggunaan placebo.

b. Tatalaksana nonfarmakologi

Tatalaksana nonfarmakologi dilakukan untuk mendukung terapi farmakologi. Hal – hal yang dapat dilakukan adalah pendekatan psikologis (terapi perilaku kognitif, relaksasi, psikoterapi), rehabilitasi fisik, atau pendekatan bedah. Jangan menunda untuk merujuk apabila pengobatan maksimal yang bisa dilakukan masih membuat pasien merasakan nyeri dengan intensitas berat.

## 2.5 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

### 2.5.1 Pengkajian

#### A. Identitas Diri

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomor medical record, diagnosa medik (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2010).

#### B. Riwayat Kesehatan Sekarang

##### 1. Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Keluhan yang menyebabkan klien dibawa ke rumah sakit dan penanganan pertama yang dilakukan.

##### 2. Keluhan Utama Saat Dikaji

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah pasien operasi. Biasanya pada klien post operasi seksio sesarea mengeluh nyeri pada bagian luka operasi (Mitayani, 2015). Hal tersebut diuraikan dengan metode PQRST.

P = Paliatif/Propokatif

Pada post seksio sesarea biasanya klien mengeluh nyeri dirasakan bertambah apabila pasien banyak bergerak dan dirasakan berkurang apabila klien istirahat.

Q = Quality/Quantity

Pada post seksio sesarea biasanya klien mengeluh nyeri pada luka jahitan yang sangat perih seperti diiris – iris.

R = Region/Radiasi

Pada post seksio sesarea biasanya klien mengeluh nyeri pada daerah luka jahitan pada daerah abdomen biasanya tidak ada penyebaran ke daerah lain.

S = Severity, Skale

Yaitu menunjukkan dampak dari keluhan nyeri yang dirasakan klien, dan seberapa besar gangguannya yang diukur dengan skala nyeri (0–10)

T = Timing

Pada post seksio sesarea biasanya nyeri dirasakan hilang timbul dengan frekuensi tidak menentu tergantung aktivitas yang dilakukan.

#### C. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada klien dengan post seksio sesarea apakah klien pernah seksio sesarea atau tidak sebelumnya (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2010).

#### D. Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi penyakit yang diderita pasien dan apakah keluarga pasien ada juga mempunyai riwayat penyakit tersebut juga baik turunan maupun menular (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2010).

#### E. Riwayat Obstetric dan Gynekologi

Kaji berapa kali klien hamil, persalinan dan nifas yang lalu, tahun persalinan, tempat persalinan, jenis kelamin anak dan antropometri anak, keluhan saat hamil, keluhan masa nifas sebelumnya, APGAR score anak

pada saat melahirkan, riwayat seksio sesarea atau tidak. Usia klien dan suami menikah, jenis kontrasepsi yang digunakan.

#### F. Riwayat Kontrasepsi

Pada klien Seksio Sesarea, penggunaan kontrasepsi tidak ada pengaruh penyebab klien dilakukan Seksio Sesarea.

#### G. Aktivitas sehari – hari

Biasanya pada klien yang menjalani operasi dengan jenis anestesi umum puasa sampai bising usus positif dan pada klien yang menjalani operasi dengan jenis anestesi spinal biasanya *bedrest* selama 24 jam dan tidak harus puasa.

#### H. Pemeriksaan Fisik *Head to Toe*

Pada klien dengan post operasi seksio sesarea, keadaan umum biasanya *compos mentis*, penampilan tampak lemah. Pada tanda – tanda vital biasanya Satu hari (24 jam) postpartum suhu badan akan naik sedikit mencapai 37,5 - 38°C. Apabila keadaan normal, suhu badan menjadi biasa. Biasanya pada hari ke – 3 suhu badan naik lagi karena ada pembentukan ASI dan payudara menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI (Suherni et all, 2009). frekuensi nadi 60 – 80x/menit.

##### 1. Kepala

rambut hitam, kulit rambut bersih/tidak

2. Wajah

Bentuk wajah simetris, pucat/tidak, adanya kloasma gravidarum/tidak, oedem/tidak, adanya pitting edema/tidak.

3. Mata

Kedua mata simetris, konjungtiva anemis/tidak, sklera ikterik/tidak, reflek pupil positif, pergerakan bola mata bebas.

4. Hidung

Kedua lubang hidung simetris, adanya sekret/tidak, adanya napas cuping hidung/tidak, adanya polip/tidak.

5. Mulut

Bentuk bibir simetris, bibir lembab/kering, warna gusi merah muda, stomatitis/tidak, adanya caries/tidak, jumlah gigi lengkap/tidak, pergerakan lidah ke segala arah, adanya pembengkakan tonsil/tidak, kemampuan menggigit dan mengunyah baik.

6. Teling

Kedua telinga simetris, adanya serumen/tidak, pendengarannya baik.

7. Leher

Adanya pembengkakan kelenjar tiroid, kelenjar getah bening/tidak, reflek menelan baik/tidak.

8. Dada

Bentuk dan pergerakan dada simetris, adanya lesi/tidak, adanya retraksi dada/tidak, adanya bunyi napas tambahan atau tidak, bunyi jantung reguler/tidak, adanya bunyi jantung tambahan/tidak.

#### 9. Payudara

Bersih/tidak, adanya benjolan/tidak, keluarnya ASI/tidak, hiperpigmentasi aerola/tidak, adanya pembengkakan/tidak.

#### 10. Abdomen

Abdomen menegang/mengendur, adanya luka operasi, adanya/tidak striae dan linea gravidarum, TFU pada saat bayi lahir setinggi pusat, 2 hari setelah melahirkan TFU 2 jari di bawah pusat, 1 minggu setelah melahirkan TFU pertengahan symphysis, 6 minggu setelah melahirkan bertambah kecil dan setelah 8 minggu TFU kembali dalam keadaan normal dengan berat 30 gram, kontraksi uterus kerasa seperti papan, bising usus biasanya mengalami pertambahan akibat efek samping obat anestesi ketika post seksio sesarea.

#### 11. Punggung

Keadaan punggung bersih/tidak, adanya/tidak lesi adanya/tidak kelainan pada punggung misalnya lordosis, kifosis, dan skoliosis.

#### 12. Vagina

Keadaan vagina edema/tidak, varises/tidak, pengeluaran lochea rubra pada hari pertama dengan jumlah sedang dan sampai lochea serosa pada hari ketiga dengan jumlah sedang berbau amis atau kadang tidak berbau, terpasang kateter/tidak.

#### 13. Anus

Adanya hemoroid/tidak, adanya lesi/tidak

#### 14. Ekstremitas

Ekstremitas Atas : simetris/tidak, adanya lesi/tidak, kekutan otot lemah/kuat, terpasang infus/tidak.

Ekstremitas Bawah : simetris/tidak, adanya lesi/tidak, kekutan otot lemah/kuat, terpasang infus/tidak.(Baety, 2012).

#### I. Data Psikologis

Perubahan psikologis yang terjadi pada wanita post partum dengan seksio sesarea yaitu memungkinkan mengalami perasaan yang tidak menentu, depresi atau kemungkinan mengalami *baby blues* (Reeder, 2009)

#### J. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin terhadap kesehatan janin
2. Pemantauan EKG
3. JDL dengan diferensial
4. Elektrolit
5. Hemoglobin/Hematokrit
6. Golongan darah
7. Urinalisis
8. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
9. Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi
10. Ultrasound sesuai pesanan



#### K. Analisa Data (Reeder, 2009)

Data yang telah terkumpul selanjutnya dikelompokkan dan dilakukan analisa serta sintesa data. Dalam mengelompokkan data dibedakan atas data subjektif dan data objekif serta pedoman pada teori Abraham Maslow yang terdiri dari:

#### 2.5.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap proses kehidupan/masalah kesehatan. Aktual atau potensial dan kemungkinan menimbulkan tindakan keperawatan untuk memecahkan masalah tersebut. Menurut Nurarif dan Kusuma (2015) bahwa diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu post operasi Seksio Sesarea adalah

- A. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obstruksi jalan napas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan napas alergik (respon obat anestesi)
- B. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir)
- C. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi postpartum.
- D. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.
- E. Gangguan eliminasi urine
- F. Gangguan pola tidur berhubungan dengan lemah

- G. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko: episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.
- H. Defisit perawatan diri: mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan postpartum.
- I. Konstipasi
- J. Resiko syok (hipovolemik)
- K. Resiko perdarahan
- L. Defisiensi pengetahuan: perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.

### **2.5.3 Intervensi**

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah – masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan (Rohmah, 2012).

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

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obstruksi jalan napas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan napas alergik (respon obat anestesi)

Tabel 2.2 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas

Tabel 2.3 Ketidakefektifan Jalan Nafas

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p><b>Ketidakefektifan bersihan jalan nafas</b></p> <p><b>Definisi :</b> Ketidakmampuan membersihkan sekresi atau obstruksi dan saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas</p> <p><b>Batasan Karakteristik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada batuk</li> <li>• Suara napas tambahan</li> <li>• Perubahan pola nafas</li> <li>• Perubahan frekwensi napas</li> <li>• Sianosis</li> <li>• Kesulitan verbalisasi</li> <li>• Penurunan bunyi napas</li> <li>• Dipsneu</li> <li>• Sputum dalam jumlah yang berlebihan</li> <li>• Batuk yang tidak efektif</li> <li>• Orthopneu</li> <li>• Gelisah</li> <li>• Mata terbuka lebar</li> </ul> <p><b>Faktor Yang Berhubungan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mukus berlebihan</li> <li>• Terpajan asap</li> <li>• Benda asing dalam jalan nafas</li> <li>• Sekresi yang bertambah</li> <li>• Perokok pasif</li> <li>• Perokok</li> </ul> <p><b>Kondisi terkait</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spasme jalan nafas</li> <li>• Jalan nafas alergik</li> <li>• Asma</li> <li>• Penyakit paru obstruksi kronis</li> </ul>	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Respiratory status: Ventilation</li> <li>❖ Respiratory status: Airway patency</li> </ul> <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)</li> <li>❖ Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)</li> <li>❖ Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas</li> </ul>	<p>NIC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Airway suction <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning</li> <li>- Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning</li> <li>- Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning</li> <li>- Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan</li> <li>- Berikan O<sub>2</sub> dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suksion nasotrakeal</li> <li>- Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan</li> <li>- Anjurkan pasien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dan nasotrakeal</li> <li>- Monitor status oksigen pasien</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Waktu tindakan suction yang tepat membantu melapangkan jalan nafas pasien</li> <li>- Mengetahui adanya suara nafas tambahan dan keefektifan jalan nafas untuk memenuhi O<sub>2</sub> pasien</li> <li>- Memberikan pemahaman kepada keluarga mengenai indikasi kenapa dilakukan tindakan suction</li> <li>- Nafas dalam memudahkan ekspansi maksimum paru-paru atau jalan nafas kecil</li> <li>- Memberi cadangan oksigen untuk menghindari hipoksia</li> <li>- Mencegah infeksi nosokomial</li> <li>- Memberikan ekspansi pada paru-paru setelah tindakan</li> <li>- Mengetahui adanya perubahan nilai SaO<sub>2</sub> dan status</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eksudat dalam alveoli</li> <li>• Hiperplasia pada dinding bronkus</li> <li>• Infeksi</li> <li>• Disfungsi neuromuskular</li> <li>• Adanya jalan nafas buatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suksion</li> <li>- Hentikan suksion dan berikan oksigen apabila pasien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi O<sub>2</sub>, dll.</li> <li>❖ Airway Management <ul style="list-style-type: none"> <li>- Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu</li> <li>- Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</li> <li>- Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan</li> <li>- Pasang mayo bila perlu</li> <li>- Lakukan fisioterapi dada jika perlu</li> <li>- Keluarkan sekret dengan batuk atau suction</li> <li>- Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan</li> <li>- Lakukan suction pada mayo</li> </ul> </li> </ul>	<p>hemodinamik, jika terjadi perburukan suction bias dihentikan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberi pemahaman keluarga bagaimana tindakan yang akan dilakukan</li> <li>- Mempertahankan jalan nafas dengan tidak mengganggu saluran nafas jika terjadi perubahan</li> <li>- Menjamin jalan masuknya udara ke paru secara normal</li> <li>- Posisi ventilasi maksimal membuka area atelectasis dan meningkatkan gerakan secret ke jalan nafas besar untuk dikeluarkan</li> <li>- Menentukan indikasi pemasangan dan tindakan</li> <li>- Menjaga kepatenan jalan nafas</li> <li>- Meningkatkan efisiensi pola pernafasan dan membersihkan jalan nafas:</li> <li>- Batuk dapat memudahkan pengeluaran secret</li> <li>- Untuk mengetahui</li> </ul>
--	---	---

- Berikan bronkodilator bila perlu	- Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab	- Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan	- Monitor respirasi dan status O <sub>2</sub>	adanya penurunan atau tidaknya ventilasi atau bunyi tambahan Suction pada mayo tidak mengganggu jalan nafas dan dapat memberi kenyamanan pasien	Menurunkan kekentalan secret	- Mencegah pengeringan membrane mukosa	- Membantu mengencerkan secret sehingga mudah dikeluarkan	Membantu Mengetahui adanya perubahan nilai SaO <sub>2</sub> dan status hemodinamik, jika terjadi perburukan suction bias dihentikan
------------------------------------	--	--	---	---	------------------------------	--	---	---

a) Nyeri akut b.d agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)

**Tabel 2.4 Nyeri Akut**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<b>Nyeri akut</b> <b>Definisi:</b> Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau yang	NOC ❖ Pain Level ❖ Pain Cntrol ❖ Comfort Level  Kriteria Hasil: ❖ Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri,	NIC ❖ Pain Management  - Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi	- Untuk mengetahui tingkat nyeri pasien

<p>digambarkan sebagai kerusakan (<i>international association for the study of pain</i>); awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat, dengan berakhirnya dapat diantisipasi atau diprediksi, dan dengan durasi kurang dari 3 bulan.</p>	<p>mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</p>	<p>frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi - Observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan</p>	<p>- Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan yang dirasakan oleh klien - Untuk mengalihkan perhatian pasien dari rasa nyeri</p>
<p><b>Batasan Karakteristik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perubahan selera makan</li> <li>• Penurunan pada parameter fisiologis</li> <li>• Diaforesis</li> <li>• Perilaku distraksi</li> <li>• Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya</li> <li>• Perilaku ekspresif</li> <li>• Ekspresi wajah nyeri</li> <li>• Sikap tubuh melindungi</li> <li>• Putus asa</li> <li>• Fokus menyempit</li> <li>• Sikap melindungi area nyeri</li> <li>• Perilaku protektif</li> <li>• Laporan tentang perilaku nyeri/ perubahan aktivitas</li> <li>• Dilatasi pupil</li> <li>• Fokus pada diri sendiri</li> <li>• Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri</li> <li>• Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrumen nyeri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>❖ Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</li> <li>❖ Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</li> <li>- Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</li> <li>- Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau</li> <li>- Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau</li> <li>- Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</li> <li>- Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</li> <li>- Kurangi faktor presipitasi nyeri</li> <li>- Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membantu mengurangi nyeri</li> <li>- Untuk mengurangi faktor yang dapat memperburuk rasa nyeri</li> <li>- Untuk mengetahui adakah terjadi pengurangan rasa nyeri yang dirasakan klien bertambah</li> <li>- Pemberian "health education" dapat mengurangi tingkat kecemasan dan membantu klien dalam membentuk mekanisme coping terhadap rasa nyeri</li> <li>- Untuk mengurangi</li> </ul>
<p><b>Faktor yang berhubungan</b></p>			

---

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agens cedera biologis</li> <li>• Agens cedera kimiawi</li> <li>• Agens cedera fisik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</li> <li>- Ajarkan tentang teknik non farmakologi</li> <li>-</li> <li>-</li> <li>- Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</li> <li>- Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</li> <li>- Tingkatkan istirahat</li> <li>- Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</li> <li>- Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri</li> <li>❖ Analgesic Administration               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat</li> <li>- Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi</li> <li>- Cek riwayat alergi</li> <li>- Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tingkat ketidaknyaman yang dirasakan klien</li> <li>- Agar nyeri yang dirasakan klien tidak bertambah</li> <li>- Untuk menangani nyeri yang dirasakan pasien</li> <li>- Untuk mengetahui apa yang memperberat terjadinya nyeri</li> <li>- Agar klien mampu menggunakan teknik non farmakologi dalam manajemen nyeri yang dirasakan</li> <li>- Pemberian analgetik dapat mengurangi rasa nyeri</li> <li>- Rasa nyeri lebih dapat teratasi</li> <li>- Gara dapat mengurangi nyeri</li> <li>- Apabila keluhan nyeri belum berkurang</li> </ul>
---	--	--

---

- 
- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri</li><li>- Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal</li><li>- Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur</li><li>- Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</li><br/><li>- Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat</li><li>- Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Untuk mengurangi efek samping lanjut dari rasa nyeri</li><br/><li>- Untuk mengetahui intervensi apa yang harus dilakukan Selanjutnya</li><li>- Untuk menjaga keselamatan pasien dalam pemberian obat</li><li>- Supaya tidak memperburuk keadaan pasien</li><li>- Untuk penatalaksanaan terapi yang lebih baik</li><br/><li>- Untuk mempercepat kurangnya rasa nyeri</li><li>- Supaya memilih analgetik yang benar</li><br/><li>- Untuk memberikan pengobatan nyeri secara teratur</li><li>- Mengetahui adanya perubahan sesudah dan</li></ul> |
|--|---|
-



	sebelum diberikan analgetik
	- Menangani nyeri yang sesuai
	- Mengetahui efektivitas yang akurat tentang analgetik yang sudah diberikan

- a. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi ibu postpartum.

**Tabel 2.5 Ketidakseimbangan nutrisi**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<b>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</b>	NOC	NIC	
	❖ Nutritional status:	❖ Nutritional Management	
	❖ Nutritional status: food and fluid intake		
<b>Definisi:</b> Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik	❖ Nutritional status: Nutrient Intake	- Kaji adanya alergi makanan	- Untuk menghindari rasa mual muntah dan rasa tidak enak
	❖ Weight control		
<b>Batasan karakteristik:</b>	<b>Kriteria Hasil:</b>	- Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien	- Pengawasan kehilangan dan alat kebutuhan nutrisi
• Kram abdomen	❖ Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan	- Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe	- Membantu pembentukan sel darah merah dalam absorpsi makanan
• Nyeri abdomen	❖ Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan		
• Gangguan sensasi rasa	❖ Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi	- Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C	- mempertahankan kekebalan kulit dan cairan dalam tubuh
• Berat badan 20% atau lebih dibawah rentang berat badan ideal	❖ Tidak ada tanda-tanda malnutrisi		- dapat meningkatkan
• Kerapuhan kapiler	❖ Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan		
• Diare	❖ Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	- Berikan substansi gula	
• Kehilangan rambut berlebihan			
• Enggan makan			
• Asupan makanan kurang dari <i>recommended daily allowance (RDA)</i>			
• Bising usus hiperaktif			
• Kurang informasi			

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurang minat pada makanan</li> <li>• Tonus otot menurun</li> <li>• Kesalahan informasi</li> <li>• Kesalahan persepsi</li> <li>• Membran mukosa pucat</li> <li>• Ketidak mampuan memakan makanan</li> <li>• Cepat kenyang setelah makan</li> <li>• Sariawan ronggamulut</li> <li>• Kelemahan otot mengunyah</li> <li>• Kelemahan otot menelan</li> <li>• Penurunan berat badan dengan asupan makan adekuat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>- Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)</li> <li>- Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- an energi pasien</li> <li>- untuk mencegah konstipasi</li> <li>- untuk membantu dalam proses pemenuhan nutrisi klien</li> <li>- mengerti membuat catatan makanan harian dapat meningkatkan pola makan klien</li> </ul>
<p><b>Faktor yang berhubungan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asupan diet kurang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pemantauan jumlah nutrisi dan kalori dapat meningkatkan jumlah yang dibutuhkan oleh tubuh</li> </ul>
<p><b>Populasi beresiko</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faktor biologis</li> <li>• Kesulitan ekonomi</li> </ul>	<p>❖ <b>Nutrition Monitoring</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BB pasien dalam batas normal</li> <li>- Monitor adanya penurunan berat badan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- untuk mengetahui kebutuhan nutrisi klien</li> </ul>
<p><b>Kondisi terkait</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien</li> <li>• Ketidakmampuan merencana makanan</li> <li>• Ketidakmampuan makan</li> <li>• Gangguan psikososial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan</li> <li>- Monitor interaksi anak atau orangtua selama makan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mengetahui status berat badan klien</li> <li>- mengidentifikasi kasi seberapa besar penurunan berat badan klien</li> <li>- aktivitas mempengaruhi respon</li> </ul>

---

		klien terhadap kondisi fisik
- Monitor lingkungan selama makan	-	untuk sebagian orang makan merupakan kegiatan sosial.
- Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan		Kesendirian saat makan dapat mengurangi motivasi untuk mempersiapkan makanan bergizi
- Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi		lingkungan yang tidak nyaman dapat mempengaruhi selera makan
- Monitor turgor kulit		klien merasa masih ada orang yang memperhatikan
- Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah	-	mencegah atau menurunkan insiden komplikasi turgor kulit jelek dapat menggambarkan keadaan klien
- Monitor mual dan muntah	-	tindakan ini membantu klien dalam perawatan personal hygiene klien dan mual dan muntah mempengaruhi penurunan nutrisi
- Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht		
- Monitor pertumbuhan dan perkembangan		
- Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva	-	
- Monitor kalori dan intake nutrisi		
- Catat adanya edema, hiperemik, hipertoni papila lidah dan cavitas oral		
- Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet		

---

- memonitor status nutrisi
- mengetahui status pertumbuhan klien
- untuk menjamin nutrisi adekuat/meningkatkan kalori total

b. Ketidakefektifan pemberian ASI b.d kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui

**Tabel 2.6**  
**Ketidakefektifan pemberian ASI**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<b>Ketidakefektifan pemberian ASI</b>  <b>Definisi:</b> kesulitan memberikan susu pada bayi atau anak secara langsung dari payudara, yang dapat memengaruhi status nutrisi bayi/anak.  <b>Batasan Karakteristik:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketidakadekuatan defekasi bayi</li> <li>• Bayi mendekat kearah payudara</li> <li>• Bayi menangis pada payudara</li> <li>• Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusui</li> <li>• Bayi rewel dalam satu jam setelah menyusui</li> </ul>	NOC ❖ Breastfeeding Ineffective ❖ Breathing Pattern Ineffective ❖ Breastfeeding Interrupted  Kriteria Hasil: ❖ Kementapan pemberian ASI : Bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI ❖ Kemandapan Pemberian ASI : IBU : kemandapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dan payudara ibu untuk	NIC ❖ Breastfeeding Assistance - Evaluasi pola menghisap / menelan bayi - Tentukan Keinginan Dan Motivasi Ibu untuk menyusui  - Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (misalnya reflex rooting, menghisap dan terjaga) - Kaji kemampuan bayi untuk <i>latch-on</i> dan menghisap secara efektif	- Upaya meningkatkan produksi ASI, nutrisi, meningkatkan frekuensi menyusui - Untuk mengetahui gambaran dan motivasi ibu menyusui - Dapat mengetahui kesenjangan proses pemberian air susu ibu (ASI) ibu - Monitor apakah bayi dapat

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bayi tidak mau <i>lotching on</i> pada payudara secara tepat</li> <li>• Bayi menolak <i>lotching on</i></li> <li>• Bayi tidak responsif terhadap tindakan kenyamanan lain.</li> <li>• Ketidakcukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui</li> <li>• Kurang penambahan berat badan bayi</li> <li>• Tidak tampak ada pelepasan oksitosin</li> <li>• Tampak ketidakadekuatan asupan susu</li> <li>• Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui</li> <li>• Penurunan berat badan bayi terus menerus</li> <li>• Tidak menghisap payudara terus-menerus</li> </ul>	<p>memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/toddler</li> <li>❖ Penyapihan</li> <li>❖ Pemberian ASI: Diskontinuitas progresif pemberian ASI</li> <li>❖ Pengetahuan Pemberian ASI : tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting</li> <li>- Pantau integritas kulit puting ibu</li> <li>- Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar susu dan mastitis</li> <li>- Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi</li> <li>❖ Breast Examination</li> <li>❖ Lactation Supresion</li> <li>- Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI</li> <li>- Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI</li> <li>- Ajarkan pengasuh bayi mengenai topik-topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran memberi susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang</li> <li>- Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula</li> <li>- Apabila penyapihan diperlukan, informasikan ibu mengenai</li> </ul>	<p>menghisap dengan baik, monitor posisi bayi pada dada ibu, dan monitor apakah mulut bayi sudah berada tepat pada puting susu ibu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Untuk mengetahui kemampuan teknik menyusui yang dilakukan oleh ibu nifas</li> <li>- Mencegah resiko kerusakan kulit puting</li> <li>- Melihat berat badan dan proses eliminasi bayi apakah sudah berespon dengan baik</li> <li>- Dapat mengetahui kesenjangan kondisi ibu dalam intervensi</li> <li>- Untuk membantu mempertahankan keberhasilan pemberian ASI</li> <li>- menambah wawasan di bidang promosi kesehatan untuk</li> </ul>
<p><b>Faktor yang berhubungan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keterlambatan laktogen II</li> <li>• Suplai ASI tidak cukup</li> <li>• Keluarga tidak mendukung</li> <li>• Tidak cukup waktu untuk menyusu ASI</li> <li>• Kurang pengetahuan orang tua tentang teknik menyusui</li> <li>• Kurang pengetahuan orang tua tentang pentingnya pemberian ASI</li> <li>• Diskontinuitas pemberian ASI</li> <li>• Ambivalensi ibu</li> </ul>			

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansietas ibu</li> <li>• Anomali payudara ibu</li> <li>• Keletihan ibu</li> <li>• Obesitas ibu</li> <li>• Nyeri ibu</li> <li>• Penggunaan dot</li> <li>• Refleks isap bayi buruk</li> <li>• Penambahan makanan dengan puting artifisial</li> </ul>	<p>kembalinya proses ovulasi dan seputar alat kontrasepsi yang sesuai</p>	<p>menggalakkan ibu menyusui dan teknik memompa ASI</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Populasi beresiko</b></li> <li>• Bayi prematur</li> <li>• Pembedahan payudara sebelumnya</li> <li>• Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya</li> <li>• Masa cuti melahirkan yang pendek</li> </ul>	<p>❖ Lactation Counseling</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI</li> <li>- Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- untuk meningkatkan informasi dalam pencairan ASI dan menghindari pemberian susu formula</li> <li>- meningkatkan kemandirian dan pengalaman pemberian makan yang optimal</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- meningkatkan kemandirian tentang informasi kembalinya ovulasi dan alat kontrasepsi yang sesuai</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- meningkatkan kemampuan tentang lebih bagus diberikan ASI</li> <li>- Membantu orang tua dalam penguasaan tugas tugas baru</li> </ul>

c. Hambatan eliminasi urine

**Tabel 2.7**  
**Hambatan Eliminasi Urine**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<b>Hambatan Eliminasi Urine</b>	NOC ❖ Urinary Elimination ❖ Urinary Continuence	NIC ❖ Urinary Retention Care	- Mengetahui penilaian berkemih dan masalah kencing preeksisten
<b>Definisi:</b> Disfungsi eliminasi urine	Kriteria Hasil: ❖ Kandung kemih kosong secara penuh ❖ Tidak ada residu urine > 100-200 cc	- Lakukan penilaian kemih yang komprehensif pada inkontinensia (misalnya, output urine, pola berkemih kemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten)	- Mengetahui pemberian obat yang tepat
<b>Batasan karakteristik:</b>	❖ Intake cairan dalam rentang normal ❖ Bebas dari ISK ❖ Tidak ada spasme bladder ❖ Balance cairan seimbang	- Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau properti alpha agonis - Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium channel blockers dan antikolinergik - Menyediakan penghapusan privasi - Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiram toilet - Merangsang refleks kandung kemih dengan menerapkan dingin untuk perut, membelai tinggi batin, atau air - Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit) - Gunakan spirit wintergreen di pispot atau urinal - Menyediakan manuver Crede, yang diperlukan	- Menghindari efek samping dari obat-obat yang sudah diresepkan - Melanjutkan intervensi selanjutnya dengan cara toilet berkala - Mengurangi terjadinya resiko infeksi saluran kemih - Mengevaluasi kandung kemih - Memudahkan untuk berkemih - Memungkinkan klien membuat keputusan berdasarkan informasi - Untuk melatih mengontrol pasien teknik berkemih - Supaya menjaga kenyamanan pasien
<b>Faktor Yang Berhubungan:</b>	• Penyebab multiple		
<b>Kondisi terkait</b>	• Obstruksi anatomik • Gangguan sensori motorik • Infeksi saluran kemih		

- 
- Mengurangi terjadinya kekurangan cairan
  - Memberikan informasi untuk lebih banyak mengonsumsi serat
  - Mengetahui apa yang telah di asup oleh tubuh
  - Mengetahui bila terjadi distensi kandung kemih dan melakukan penanganan yang tepat
  - Membantu untuk melatih pasien
  - Untuk melakukan penanganan tepat
  - Memberikan kateterisasi dalam waktu yang lama
  - Bila keadaan makin memburuk
  - Menggunakan double-void teknik
  - Masukkan kateter kemih, sesuai
  - Anjurkan pasien / keluarga untuk merekam output urine, sesuai
  - Instruksikan cara-cara untuk menghindari konstipasi atau impaksi tinja
  - Memantau asupan dan keluaran
  - Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi
  - Membantu dengan toilet secara berkala
  - Memasukkan pipa ke dalam lubang tubuh untuk sisa
  - Menerapkan kateterisasi intermiten
  - Merujuk ke spesialis kontinensia kemih
- 

#### d. Gangguan pola tidur

**Tabel 2.8**  
**Gangguan pola tidur**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<b>Gangguan pola tidur</b>	NOC	NIC	
<b>Definisi:</b> interupsi jumlah dan kualitas tidur akibat faktor eksternal	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Anxiety reduction</li> <li>❖ Comfort level</li> <li>❖ Rest: Extent &amp; pattern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Sleep Enhancement</li> <li>- Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur</li> </ul>	



<b>Batasan karakteristik:</b>	❖ Sleep: Extent & pattern	- Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat	- Mengetahui pengaruh obat dengan pola
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kesulitan berfungsi sehari-hari</li> <li>• Kesulitan memulai tidur</li> <li>• Kesulitan mempertahankan tetap tidur</li> <li>• Ketidakpuasan tidur</li> <li>• Tidak merasa cukup istirahat</li> <li>• Terjaga tanpa jelas penyebabnya</li> </ul>	<b>Kriteria Hasil:</b> ❖ Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari ❖ Pola tidur, kualitas dalam batas normal ❖ Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca)</li> <li>- Ciptakan lingkungan yang nyaman</li> <li>- Kolaborasikan pemberian obat tidur</li> <li>- Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien</li> <li>- Instruksikan untuk memonitor tidur pasien</li> <li>- Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur</li> <li>- Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam</li> <li>- Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga pasien</li> <li>- Meningkatkan tidur</li> <li>- Agar periode tidur tidak terganggu dan relaks</li> <li>- Mengurangi gangguan tidur</li> <li>- Meningkatkan pola tidur yang baik secara mandiri</li> <li>- Mengetahui perkembangan pola tidur pasien</li> <li>- Mengetahui pengaruh makan dan minum terhadap pola tidur pasien</li> <li>- Mengetahui perkembangan pola tidur pasien</li> <li>- Mengetahui</li> </ul>
<b>Fungsi yang berhubungan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gangguan karena cara tidur pasangan tidur</li> <li>• kendala lingkungan</li> <li>• kurang privasi</li> <li>• pola tidur tidak menyehatkan</li> </ul>		
<b>Kondisi terkait</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• imobilisasi</li> </ul>		

e. Resiko infeksi b.d faktor resiko : Episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan

**Tabel 2.9**  
**Resiko infeksi**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<b>Risiko Infeksi</b>	<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	
<b>Definisi:</b> rentan mengalami invasi dan	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Immune status</li> <li>❖ Knowledge: Infection control</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Infection control (control infeksi)</b></li> </ul>	

multiplikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Risk control</li> </ul> <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi</li> <li>❖ Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya</li> <li>❖ Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</li> <li>❖ Jumlah leukosit dalam batas normal</li> <li>❖ Menunjukkan perilaku hidup sehat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain</li> <li>- Pertahankan teknik isolasi</li> <li>- Batasi pengunjung bila perlu</li> <li>- Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien</li> <li>- Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan</li> <li>- Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</li> <li>- Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung</li> <li>- Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat</li> <li>- Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum</li> <li>- Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing</li> <li>- Tingkatkan intake nutrisi</li> <li>- Berikan terapi antibiotik bila perlu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Untuk meminimalkan infeksi bakteri</li> <li>- Untuk mencegah penyebaran kuman</li> <li>- Membantu menurunkan rangsangan simpatis</li> <li>- Dapat mencegah infeksi</li> <li>- Dapat membersihkan tangan dan mengurangi mikroba</li> <li>- Untuk mencegah infeksi</li> <li>- Sabagai alat proteksi dan mencegah penyebaran kuman</li> <li>- Tindakan aseptik dapat mengurangi pemaparan klien dari sumber infeksi</li> <li>- Tindakan observasi turgor kulit untuk mencegah infeksi</li> <li>- Penggunaan kateter jangka pendek untuk mencegah terjadinya infeksi</li> <li>- Antibiotik dapat</li> </ul>
<b>Faktor resiko:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan peristaltik</li> <li>• Gangguan integritas kulit</li> <li>• Vaksinasi tidak adekuat</li> <li>• Kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan patogen</li> <li>• Malnutrisi</li> <li>• Obesitas</li> <li>• Merokok</li> <li>• Stasis cairan tubuh</li> </ul>			
<b>Populasi beresiko</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terpajan pada wabah</li> </ul>			
<b>Kondisi terkait</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perubahan PH sekresi</li> <li>• Penyakit kronis</li> <li>• Penurunan kerja siliaris</li> <li>• Penurunan hemoglobin</li> <li>• Imunosupresi</li> <li>• Prosedur invasif</li> <li>• Leukopenia</li> <li>• Pecah ketuban dini</li> <li>• Pecah ketuban lambat</li> <li>• Supresi respon inflamasi</li> </ul>			

- 
- |   |   |
|---|---|
| - Infection Protection (proteksi terhadap infeksi)                      | - menghambat pembentukan sel bakteri                                    |
| - Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local                   | - Agar bakteri dan penyakit tidak menyebar dari lingkungan keorang lain |
| - Monitor hitung granulosit, WBC  | - Sebagai monitor adanya area infeksi                                   |
| - Monitor kerentangan terhadap infeksi                                  | - Untuk melakukan intervensi kembali                                    |
| - Batasi pengunjung   | - Mengurangi patogen pada sistim imun danmengurangi                     |
| - Sering pengunjung terhadap penyakit menular                           | - kemungkinan pasien terjadi infeksi                                    |
| - Pertahankan teknik aspesis pada pasien yang beresiko                  | - Meminimalkan terjadinya penularan infeksi                             |
| - Pertahankan teknik isolasi k/p  | - Untuk mengurangi terinfeksi teradap penyakit menular                  |
| - Berikan perawatan kulit pada area epidema                             | - Mengurangi resiko kolonisasi/infeksi bakteri                          |
| - Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase | - Observasi turgor kulit untuk mempertahankan teknik isolasi            |
| - Inspeksi kondisi luka / insisi bedah                                  | - Untuk mencegah iritasi pada kulit                                     |
| - Dorong masukkan nutrisi yang cukup                                    | - Dapat mengetahui area yang terjadi infeksi                            |
| - Dorong masukan cairan   | - Dapat mengetahui  |
-

			perkembangan luka
	- Dorong istirahat	-	Status nutrisi yang cukup dapat membantu penyembuhan luka
	- Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep	-	Supaya tidak terjadi kekurangan cairan
	- Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi	-	Istirahat yang cukup dapat membantu penyembuhan luka
	- Ajarkan cara menghindari infeksi	-	Konsumsi antibiotik sesuai program dapat mengurangi retensi kuman
	- Laporkan kecurigaan infeksi	-	Agar pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi
	- Laporkan kultur positif	-	Supaya pasien dan keluarga bisa terhindar dari infeksi
		-	Untuk melakukan penanganan yang tepat tentang infeksi
		-	Hasil kultur positif menunjukkan telah infeksi

## f. Defisit perawatan diri.

**Tabel 2.10**  
**Defisit perawatan diri**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<b>Defisit perawatan diri mandi</b>	NOC	NIC	
	❖ Activity intolerance	❖ Self-Care	
	❖ Mobility: physical impaired	Assistance: Bathing/Hygiene	
<b>Definisi:</b> ketidakmampuan melakukan pembersihan diri saksama secara mandiri	❖ Self care deficit hygiene	- Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan	- Kebudayaan dan nilai pribadi mempengaruhi kemampuan
	❖ Sensory perceptions, auditory disturbed		

<p><b>Batasan karakteristik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketidakmampuan mengakses kamar mandi</li> <li>• Ketidakmampuan menjangkau sumber air</li> <li>• Ketidakmampuan membasuh tubuh</li> <li>• Ketidakmampuan mengeringkan tubuh</li> <li>• Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi</li> <li>• Ketidakmampuan mengatur air mandi</li> <li>• Ketidakmampuan membasuh tubuh</li> </ul>	<p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Perawatan diri ostomi : tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi</li> <li>❖ Perawatan diri : Aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu</li> <li>❖ Perawatan diri Mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</li> <li>❖ Perawatan diri hygiene : mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</li> <li>❖ Perawatan diri Hygiene oral : mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</li> <li>❖ Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi</li> <li>❖ Membersihkan dan mengeringkan tubuh</li> <li>❖ Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral</li> </ul>	<p>aktivitas perawatan diri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri</li> <li>- Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan</li> <li>- Tempat handuk, sabun, deodoran, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan di samping tempat tidur atau di kamar mandi</li> <li>- Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya, deodoran, sekat gigi, sabun mandi, sampo, lotion, dan produk aromaterapi)</li> <li>- Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal</li> <li>- Memfasilitasi gigi pasien menyikat</li> <li>- Memfasilitasi diri mandi pasien, sesuai</li> </ul>	<p>perawatan personal hygiene sebab seseorang dari latar belakang yang berbeda akan mengikuti praktik perawatan personal hygiene yang berbeda</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perubahan fisik karena faktor usia membuat seseorang tidak peduli akan kebersihan tubuhnya</li> <li>- Mampu berfokus pada keperawatan diri pasien</li> <li>- Memperbaiki harga diri dan meningkatkan perasaan kesejahteraan</li> <li>- Menyediakan informasi yang tepat untuk pasien</li> <li>- Meningkatkan kemampuan pasien dalam personal, sediakan lingkungan yang terapeutik dengan santai dan hangat</li> <li>- Kebersihan gigi penting untuk meningkatkan kenyamanan, selera makan klien</li> <li>- Memfasilitasi pasien mandi dan</li> </ul>
<p><b>Faktor Yang Berhubungan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansietas</li> <li>• Penurunan motivasi</li> <li>• Kendala lingkungan</li> <li>• Nyeri</li> <li>• Kelemahan</li> </ul>			
<p><b>Kondisi terkait</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan fungsi kognitif</li> <li>• Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh</li> <li>• Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial</li> <li>• Gangguan muskuloskeletal</li> <li>• Gangguan neuromuskular</li> <li>• Gangguan persepsi</li> </ul>			

- 
- |  |   |  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memantau pembersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien</li> <li>- Memantau integritas kulit pasien</li> <li>- Menjaga kebersihan ritual</li> <li>- Memfasilitasi pemeliharaan rutin yang biasa pasien tidur, isyarat sebelum tidur, alat peraga, dan benda-benda asing (misalnya, untuk anak-anak, cerita, selimut / mainan, goyang, dot, atau favorit, untuk orang dewasa, sebuah buku untuk membaca atau bantal dari rumah), sebagaimana sesuai</li> <li>- Mendorong orang tua / keluarga partisipasi, dalam kebiasaan tidur biasa</li> <li>- Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>-</li> <li>-</li> <li>-</li> <li>-</li> <li>-</li> <li>-</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>mempertahankan kemandirian</li> <li>Pantau pembersihan kuku sesuai dengan kemampuan perawatan diri</li> <li>Kerusakan kulit mungkin terjadi karena imobilisasi tubuh yang terlalu lama</li> <li>Mempertahankan rutinitas perawatan diri klien</li> <li>Memudahkan rutinitas yang biasa dilakukan pasien sebelum tidur</li> <li>Meningkatkan perasaan harga diri, mendorong kemandirian dan partisipasi dalam terapi.</li> <li>Agar pasien dapat secara mandiri memberi perawatan diri kepada dirinya sendiri</li> </ul> |
|--|---|--|
-

## g. Konstipasi

**Tabel 2.11**  
**Konstipasi**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Konstipasi	NOC	NIC	
Definisi: Penurunan frekuensi normal pada defekasi yang disertai oleh kesulitan atau pengeluaran feses tidak tuntas dan/atau feses yang keras, kering, dan banyak.	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Bowel Elimination</li> <li>❖ Hidration</li> </ul> Kriteria Hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari</li> <li>❖ Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi</li> <li>❖ Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi</li> <li>❖ Feses lunak dan berbentuk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Constipation/Impaction management</li> <li>- Monitor tanda dan gejala konstipasi</li> <li>- Monitor bising usus</li> <li>-</li> <li>- Monitor feses : frekuensi, konsistensi dan volume</li> <li>- Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus</li> <li>- Monitor tanda dan gejala ruptur usus/peritonitis</li> <li>- Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi</li> <li>- Dukung intake cairan</li> <li>- Pantau tanda dan gejala konstipasi</li> <li>- Pantau tanda dan gejala impaksi</li> <li>- Memantau gerakan usus, termasuk konsistensi,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Untuk mencegah terjadinya perubahan pola eliminasi seperti biasanya</li> <li>- Menentukan kesiapan terhadap pemberian makan per oral, dan kemungkinan terjadinya komplikasi</li> <li>- Meningkatkan pelunakan feses ; dapat merangsang peristaltik</li> <li>- Untuk memberikan intervensi selanjutnya/pengobatan yang lebih tepat</li> <li>- Untuk memonitor tanda-tanda awal ruptur usus/peritonitis</li> <li>- Untuk mengetahui penyebab terjadinya kontribusi konstipasi</li> <li>- Supaya tidak terjadi kekurangan cairan pada tubuh klien</li> <li>- Meningkatkan pembentukan/pasase pelunakan feses</li> <li>- Untuk mengetahui tanda-tanda yang menekan atau infaksi feses</li> <li>- Konsistensi, frekuensi, bentuk, volume dan warna normal bagian tinja berkisar dua kali</li> </ul>
Batasan karakteristik:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nyeri abdomen</li> <li>• Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot</li> <li>• Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resistensi otot</li> <li>• Anoreksia</li> <li>• Penampilan tidak khas pada lansia</li> <li>• Borborigmi</li> <li>• Darah merah pada feses</li> <li>• Perubahan pada pola defekasi</li> <li>• Penurunan frekuensi defekasi</li> <li>• Penurunan volume feses</li> <li>• Distensi abdomen</li> <li>• keletihan</li> <li>• Feses keras dan berbentuk</li> <li>• Sakit kepala</li> <li>• Bising usus hiperaktif</li> <li>• Bising usus hipoaktif</li> <li>• Tidak dapat defekasi</li> <li>• Peningkatan tekanan intra abdomen</li> <li>• Tidak dapat makan</li> <li>• Feses cair</li> </ul>			

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nyeri pada saat defekasi</li> <li>• Massa abdomen yang dapat diraba</li> <li>• Massa rektal yang dapat diraba</li> <li>• Perkusi abdomen pekak</li> <li>• Rasa penuh rektal</li> <li>• Rasa tekanan rektal</li> <li>• Sering flatus</li> <li>• Adanya feses lunak, seperti pasta didalam rektum</li> <li>• Mengejan pada saat defekasi</li> <li>• Muntah</li> </ul>	<p>frekuensi, bentuk, volume, dan warna</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memantau bising usus</li> <li>- Anjurkan pasien atau keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses</li> <li>- Anjurkan pasien atau keluarga untuk diet tinggi serat</li> <li>- Timbang pasien secara teratur</li> <li>- Ajarkan pasien dan keluarga tentang proses pencernaan yang normal</li> <li>- Ajarkan pasien/keluarga tentang kerangka waktu untuk revolusi sembelit</li> </ul>	<p>sehari hari ke tiga atau keempat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Untuk mengetahui bising usus yang hiperaktif</li> <li>- Bila peristaltik mulai, pemasukan makanan dan minuman meningkat kembalinya eliminasi usus normal</li> <li>- Supaya fesyena menjadi lebih lembek/lunak</li> <li>- Supaya tidak terjadi penurunan berat badan yang drastis</li> <li>- Menambah pengetahuan keluarga dan pasien</li> <li>- Supaya pasien mengetahui tanda dan cara mengatasi sembelit</li> </ul>
<p><b>Faktor yang berhubungan</b></p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kelemahan otot abdomen</li> <li>• Rata-rata aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan menurut gender dan usia</li> <li>• Konfusi</li> <li>• Penurunan motilitas traktus gastrointestinal</li> <li>• Dehidrasi</li> <li>• Depresi</li> <li>• Penurunan kebiasaan makan</li> <li>• Gangguan emosi</li> <li>• Kebiasaan menekan dorongan defekasi</li> <li>• Kebiasaan makan buruk</li> <li>• Higiene oral tidak adekuat</li> <li>• Kebiasaan <i>toileting</i> tidak adekuat</li> <li>• Asupan serat kurang</li> <li>• Asupan cairan kurang</li> <li>• Kebiasaan defekasi tidak teratur</li> <li>• Penyalahgunaan laksatif</li> <li>• Obesitas</li> </ul>		



- Perubahan lingkungan yang baru

#### Kondisi terkait

- Ketidakseimbangan elektrolit
- Hemoroid
- Penyakit *hirschsprung*
- Ketidakadekuatan gigi geligi
- Garam besi
- Gangguan neurologis
- Obstruksi usus pasca bedah
- Kehamilan
- Pembesaran prostat
- Abses rektal
- Fisura anal rektal
- Striktur anal rektal
- Prolaps rektal
- Ulkus rektal
- Rektokel
- Tumor

#### h. Resiko syok

**Tabel 2.12**  
**Resiko syok**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<b>Resiko syok</b>	NOC	NIC	
<b>Definisi:</b> rentan mengalami ketidacukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa, yang dapat mengganggu kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Syok prevention</li> <li>❖ Syok management</li> </ul> Kriteria Hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Nadi dalam batas yang diharapkan</li> <li>❖ Irama jantung dalam batas yang diharapkan</li> <li>❖ Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan</li> <li>❖ Irama pernapasan dalam batas yang diharapkan</li> <li>❖ Natrium serum dalam batas norma</li> <li>❖ Kalium serum dalam batas normal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Syok Prevention</li> <li>- Monitor status sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme, nadi perifer, dan kapiler refill</li> <li>- Monitor tanda inadkuat oksigenasi jaringan</li> <li>- Monitor suhu dan pernafasan</li> <li>- Monitor input dan output</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penurunan status oksigen dapat menandakan klien hipoksia</li> <li>- Kompensasi tubuh terhadap gangguan proses difusi yang akan menyebabkan asidosis</li> <li>- Untuk mengetahui pola demam dan nafas pasien</li> </ul>
<b>Faktor Resiko:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akan dikembangkan</li> </ul>			
<b>Kondisi terkait</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipotensi</li> <li>• Hipovolemia</li> </ul>			

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipoksemia</li> <li>• Hipoksia</li> <li>• Infeksi</li> <li>• Sepsis</li> <li>• Sindrom respon inflamasi sistemik (<i>systemic inflammatory response syndrome [SIRS]</i>)</li> </ul>	❖ Klorida serum dalam batas normal	- Pantau nilai labor : HB, HT, AGD dan elektrolit	- Untuk mengetahui sistem peredaran darah yang sesuai	
	❖ Kalsium serum dalam batas normal	- Monitor hemodinamik invasi yang sesuai	- Untuk mengetahui resistensi cairan dalam intravaskuler	
	❖ Magnesium serum dalam batas normal	- Monitor tanda dan gejala asites	- Untuk menentukan intervensi yang tepat	
	❖ PH darah serum dalam batas normal	- Monitor tanda awal syok	- Membantu meningkatkan pergerakan kaki	
	Hidrasi			
	❖ Indicator :			
	❖ Mata cekung tidak ditemukan	- Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat	- Untuk memenuhi kebutuhan cairan klien	
	❖ Demam tidak ditemukan	- Lihat dan pelihara kepatenan jalan nafas	- Agar dapat melakukan penanganan yang tepat	
	❖ Tekanan darah dalam batas normal	- Berikan cairan IV dan atau oral yang tepat	- Vasodilator dapat memperlebar pembuluh darah sehingga darah mengalir lancar	
	❖ Hematokrit dalam batas normal	- Berikan vasodilator yang tepat	- Agar dapat melakukan penanganan yang tepat	
		- Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok	- Untuk mengetahui keadaan umum	
		- Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok		
		❖ Syok Management		
	- Monitor fungsi neurologis	- Monitor neurologi dapat mempengaruhi tingkat kesadaran klien		
	- Monitor fungsi renal (e.g BUN dan Cr: Level)	- Memenuhi kandungan cairan (darah dan urin) dalam tubuh		
	- Monitor tekanan nadi	- Mengevaluasi kondisi klien		
	- Monitor status cairan, input, output			

- 
- Catat gas darah arteri dan oksigen di jaringan
  - Monitor EKG, sesuai
  - Memanfaatkan pemantauan jalur arteri untuk meningkatkan akurasi pembacaan tekanan darah, sesuai
  - Menggambar gas darah arteri dan memonitor jaringan oksigenasi
  - Memantau tren dalam parameter hemodinamik (misalnya, CVP, MAP, tekanan kapiler pulmonal / arteri)
  - Memantau faktor penentu pengiriman jaringan oksigen (misalnya, PaO<sub>2</sub> kadar hemoglobin SaO<sub>2</sub>, CO), jika tersedia
  - Memantau tingkat karbon dioksida sublingual dan atau tonometry lambung, sesuai
  - Memonitor gejala gagal pernafasan (misalnya, rendah PaO<sub>2</sub> peningkatan PaCO<sub>2</sub> tingkat, kelelahan otot pernafasan)
  - Monitor nilai laboratorium (misalnya, CBC dengan diferensial) koagulasi profil,ABC, tingkat
- Menganalisis data pasien untuk mengatur keseimbangan cairan
  - Mengukur pH dan kadar oksigen pada darah dari arteri menunjukkan kehilangan cairan yang berlebihan/dehidrasi
  - Mengetahui perubahan irama jantung secara continue
  - Dengan melihat jalur arteri dapat mengetahui tekanan darah dengan akurat
  - Menjaga perfusi oksigen tetap mambaik
  - Mengetahui tingkat kebocoran pembuluh darah dan mempertahankan fungsi renal
  - Mengetahui kondisi medis dan keadaan perfusi
  - Memantau karbondioksida yang tersimpan untuk mengontrol ventilasi
  - Mempertahankan oksigenasi dan mencegah resiko kematian
  - Menganalisis perubahan fungsi tubuh dan
-

	laktat, budaya, dan profil kimia)	menentukan nilai rujukan
	- Masukkan dan memelihara besarnya kobosanan akses IV	- Mempertahankan dan memelihara kebutuhan cairan secara parenteral

i. Resiko pendarahan

**Tabel 2.13**  
**Resiko pendarahan**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<b>Resiko perdarahan</b>	NOC	NIC	
<b>Definisi:</b> rentan mengalami penurunan volume darah, yang dapat mengganggu kesehatan.	❖ Blood lose severity ❖ Blood koagulation	❖ Bleeding Precautions - Monitor ketat tanda-tanda perdarahan	- Identifikasi dini risiko yang mungkin terjadi untuk pendarahan memberikan dasar untuk menerapkan tindakan pencegahan yang tepat - Tes laboratorium ini memberikan informasi penting tentang status koagulasi dan potensi pendarahan pasien
<b>Faktor Resiko:</b>	Kriteria Hasil:		
• Kurang pengetahuan tentang kewaspadaan pendarahan	❖ Tidak ada hematuria dan hematemesis ❖ Kehilangan darah yang terlihat ❖ Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastole ❖ Tidak ada pendarahan per vaginam ❖ Tidak ada distensi abdominal	- Catat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan	- Dengan trombosit yang dipantau setiap hari, dapat diketahui tingkat kebocoran pembuluh darah dan kemungkinan pendarahan yang dialami pasien
<b>Populasi berisiko</b>	❖ Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal ❖ Plasma, PT, PTT dalam batas normal	- Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit	- Dengan pengukuran osmotik dapat mengetahui tingkat trauma klien
<b>Kondisi terkait</b>		- Monitor TTV ortostatik	- Meminimalkan resiko pendarahan
• aneurisme			- Mempertahankan kebutuhan darah cairan memiliki
• sirkumsisi			
• koagulopati intervaskular diseminata			
• gangguan gastrointestinal			
• gangguan fungsi hati			
• koagulopati inheren			
• komplikasi pascapartum			
• komplikasi kehamilan			
• trauma			
• program pengobatan			
		- Pertahankan bed rest selama pendarahan aktif	

- 
- Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresh frozen plasma) - faktor pembekuan tinggi dalam tubuh
  - Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan - Aktivitas pasien yang tidak terkontrol dapat menyebabkan terjadinya pendarahan
  - Hindari mengukur suhu lewat rectal - Merupakan obat yang memiliki kemampuan mengencerkan darah sehingga harus dihindari pada pasien pendarahan
  - Hindari pemberian aspirin dan anticoagulant - Memenuhi kebutuhan nutrisi klien dan vitamin K dapat membantu dalam pembekuan darah
  - Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K - Konstipasi menyebabkan resiko pendarahan pada daerah rektal
  - Hindari terjadinya konstipasi dengan menganjurkan untuk mempertahankan intake cairan yang adekuat dan pelembut feses - Menentukan intervensi yang akan dilakukan
  - Mengetahui tingkat kecoran pembuluh darah
  - ❖ Bleeding Reduction - Menganalisis data pasien untuk mengetahui keseimbangan cairan
  - Identifikasi penyebab perdarahan - Mengetahui kondisi medis dan keadaan perfusi
  - Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonary capillary / artery wedge pressure) - Memenuhi kebutuhan cairan secara parenteral
  - Monitor status cairan yang
-

---

meliputi intake dan output	-	Menentukan pembuluh darah dapat meminimalisasi aliran darah yang keluar
- Monitor penentu pengiriman oksigen ke jaringan (PaO <sub>2</sub> , SaO <sub>2</sub> dan level Hb dan cardiac output)	-	Membantu mengurangi pendarahan
- Pertahankan patensi IV line	-	Mempertahankan keersihan daerah luka
	-	Mengurangi resiko pendarahan yang ekstrim
❖ Bleeding Reduction: wount/luka	-	Mengetahui keadaan yang akan memperburuk keadaan klien
- Lakukan manual pressure (tekanan) pada area perdarahan	-	Mengetahui jika ada perubahan yang ekstrim
	-	Mengurangi atau menghilangkan pendarahan
- Gunakan ice pack pada area perdarahan	-	Memantau keadaan klien dan klien tidak diperbolehkan untuk melakukan kegiatan yang berat
- Lakukan pressure dressing (perban yang menekan) pada area luka	-	untuk memantau pendarahan yang pasien alami
- Tinggikan ekstremitas yang perdarahan	-	Mengetahui keadaan complete bood count dan leukosit
- Monitor ukuran dan karakteristik hematoma	-	Untuk melanjutkan intervensi selanjutnya
- Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan	-	Menghindari timbulnya nyeri dan pendarahan, dan aspirasi, observasi sekresi lambung dan kepatenan NGT
- Instruksikan pasien untuk menekan area luka pada saat bersin atau batuk	-	
- Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas	-	

---

- 
- ❖ Bleeding reduction: - Menghentikan perdarahan gastrointestinal
  - Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh: emesis, feces, urine, residu lambung, dan drainase luka - Mengetahui apakah ada pendarahan di saluran pencernaan
  - Monitor complete blood count dan leukosit - Menghindrai kehilangan darah yang ekstrim, Antasida secara langsung akan menetralsir keasaman, peningkatan pH, dan mengurangi keasaman di perut
  - Kolaborasi dalam pemberian terapi : lactulose atau vasopresson - mengurangi ketegangan dan membuat perasaan lebih nyaman
  - Lakukan pemasangan NGT untuk memonitor sekresi dan perdarahan lambung - supaya jalan nafas tetap adekuat
  - Lakukan bilas lambung dengan NaCl dingin - Karena obat ini adalah obat untuk mengencerkan darah sehingga harus dihindari pada pasien pendarahan
  - Dokumentasikan warna, jumlah dan karakteristik feses - Untuk mengetahui apakah nutrisi pasien terpenuhi
  - Hindari pH lambung yang ekstrem dengan kolaborasi pemberian antacids atau histamine blocking agent - Untuk menambah cairan pasien
  - Kurangi faktor stress - Obat-obatan ini tidak hanya menurunkan agregasi trombosit normal tetapi juga mengurangi integritas mukosa lambung melalui penghambatan inhibitor siklooksigenase (COX) -1 dan karenanya meningkatkan risiko perdarahan gastrointestinal.
  - Pertahankan jalan nafas
  - Hindari penggunaan anticoagulant
-

- Monitor status nutrisi pasien
- Berikan cairan Intravena
- Hindari penggunaan aspirin dan ibuprofen

j. Defisit pengetahuan : perawatan postpartum b.d kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.

**Tabel 2.14**  
**Defisit pengetahuan**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<b>Defisit Pengetahuan</b>	NOC	NIC	
<b>Definisi:</b> Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Knowledge: Desease process</li> <li>❖ Knowledge: Healt beavior</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Treching: Desease process</li> <li>- Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik</li> <li>- Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat</li> <li>- Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat</li> <li>- Identifikasi kemampuan penyebab dengan cara yang tepat</li> <li>- Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat</li> <li>- Hindari jaminan yang kosong</li> <li>- Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengetahui tingkat pengetahuan keluarga dan pasien</li> <li>- Meningkatkan pengetahuan dan mengurangi cemas</li> <li>- Meningkatkan kemampuan untuk melakukan penanganan yang tepat</li> <li>- Memberikan pengetahuan mengenai peningkatan kemampuan yang tepat</li> <li>- Untuk menambah informasi tentang kondisi pasien dan cara penanganan yang tepat</li> <li>- Mencegah komplikasi</li> </ul>
<b>Batasan karakteristik:</b>	Kriteria Hasil:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketidakakuratan mengikuti perintah</li> <li>• Ketidakakuratan melakukan tes</li> <li>• Perilaku tidak tepat</li> <li>• Kurang pengetahuan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, program pengobatan</li> <li>❖ Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar</li> <li>❖ Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya</li> </ul>		
<b>Faktor Yang Berhubungan:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurang informasi</li> <li>• Kurang minat untuk belajar</li> <li>• Kurang sumber pengetahuan</li> <li>• Keterangan yang salah dari orang lain</li> </ul>			
<b>Kondisis terkait</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan fungsi kognitif</li> <li>• Gangguan memori</li> </ul>			



---

<p>kemajuan pasien dengan cara yang tepat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit</li> <li>- Diskusikan pilihan terapi atau penanganan</li> </ul>	-	<p>dimasa yang akan datang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengajarkan kepada keluarga cara sediakan informasi tentang kemajuan yang tepat</li> <li>- Meningkatkan kualitas hidup atau proses pengontrolan penyakit (Ambarwati,2010)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan</li> <li>- Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan dengan cara yang tepat</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Untuk mencegah atau dapat menghindari kondisi yang memperberat (Darya &amp; Putra,2012)</li> <li>- Mengeksplorasi kemungkinan sumber atau dukungan dengan cara yang tepat (Nurkasim,2019)</li> <li>- Mengenal tanda dan gejala dan rencanakan periode istirahat mengurangi aktivitas yang berlebihan (Ceptia,2010)</li> </ul>

---

#### 2.5.4 Implementasi

Implementasi atau pelaksanaan menggambarkan kegiatan yang dibuat sesuai kondisi dan permasalahan agar dapat diatasi berdasarkan tujuan yang ingin dicapai. Tindakan dilakukan berdasarkan tingkat ketergantungan ibu post operasi seksio sesarea (Mitayani, 2015).

### **2.5.5 Evaluasi**

Evaluasi keperawatan hasil akhir yang diharapkan pada ibu post operasi seksio sesarea adalah mampu mempertahankan kebutuhan perawatan diri, mampu mengatasi defisit perawatan diri dan dapat meningkatkan kemandirian. Masalah ketidaknyamanan fisik akibat seksio sesarea dapat teratasi (Mitayani, 2015).