

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU *POST SECTIO*
CAESARIA DENGAN NYERI AKUT DI RUANG
DELIMA RSUD 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:

SITI INDRIYANI KUSUMA LUBIS

AKX.16.125



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Siti Indriyani Kusuma Lubis
NPM : AKX.16.125
Institusi : DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Ibu *Post Sectio Caesarea*
Dengan Nyeri Akut di Ruang Delima Rumah Sakit Umum
Daerah Ciamis

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan dari pengambil alihan tulisan atau pikiran 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 ini hasil plagiat/jiplakan, maka saya akan bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut

Bandung, 16 April 2019

Yang membuat pernyataan



Siti Indriyani Kusuma Lubis

AKX.16.125

**LEMBAR PERSETUJUAN
PROPOSAL PENELITIAN**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST *SECTIO CAESAREA*
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG DELIMA RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH CIAMIS**

**OLEH :
SITI INDRIYANI KUSUMA LUBIS
AKX.16.125**

Proposal Penelitian ini telah disetujui oleh Panitia Penguji
pada tanggal seperti tertera di bawah ini

Menyetujui

Pembimbing Utama



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

Pembimbing pendamping



**Iceu Komalaningsih, SKM
NIP : 102.18.003**

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



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

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU *POST SECTIO CAESARIA*
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT
DI RUANG DELIMA RSUD CIAMIS**


Oleh :

Nama : Siti Indriyani Kusuma Lubis
NIM : AKX.16.125

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 : Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep
(Pembimbing Utama)


.....

Anggota :

1. Sri Lestari Kartikawati, M.Keb
(Penguji I)
2. Ingrid Dirgahayu, S.Kep, Ners., MKes
(Penguji II)
3. Iceu Komalaningsih, SKM
(Pembimbing Pendamping)


.....

.....

.....

Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua



R. Siti Jundiah, S.Kp., M. Kep
NIP : 101070641

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran 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 IBU POST *SECTIO CAESAREA* DENGAN NYERI AKUT DI RUANG 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 Bhakti Kencana Bandung.

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

1. H. Mulyana, S.H., M.Pd., M.H.Kes. selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep. selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprpti, S.Kp., M.Kep. selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung dan sekaligus pembimbing Utama yang telah membimbing selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

4. Iceu Komalanengsih, SKM selaku Pembimbing Pendamping yang telah selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. 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 ini.
6. Kepada kedua orang tua ku Ir.Indra kusuma lubis dan Riza ermita S.Pd yang selalu memberikan motivasi dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Teman seperjuangan ku anestesi angkatan 12.
8. Kepada anggota Tim Bidan Sukses.
9. Kepada sahabatku anggota *Squad Six* Riska , Chrisita , welly ferryzia, Monika, Ilma, Nisrina, Pipin, Yudi, Rizki, Wan yang telah memberikan semangat dan motivasi dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

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

Bandung , 16 April 2019

PENULIS

ABSTRAK

Latar belakang : *Section caesarea* adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus persalinan buatan, sehingga janin dilahirkan melalui perut, dinding perut dan dinding Rahim agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010). Adapun beberapa factor lainnya yang dapat memicu tindakan *Sectio sesarea* bisa di lakukan apabila terjadi indikasi panggul sempit, ketidak seimbangan kepala dan panggul, rupture uteri mengancam, partus lama, partus tak maju, distosia serviks, dan gemeli. Selain karena indikasi medis, *sectio caesarea* ini juga diminati pada ibu saat ini, dikarenakan ibu takut menjalani persalinan normal, rasa sakit, proses persalinan cepat dan juga melalui *sectio caesarea* ibu dapat memilih tanggal ataupun hari baik bagi kelahiran bayinya. **Metode:** studi kasus yaitu mengeksplorasi suatu masalah / fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang pasien *post operatif sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut menggunakan teknik relaksasi nafas dalam. **Hasil:** Setelah di lakukan asuhan keperawatan, masalah keperawatan nyeri akut pada klien 1 mengalami penurunan skala nyeri dari 6 menjadi 1 sedangkan pada klien 2 terjadi penurunan skala nyeri dari 5 menjadi 1. kedua kasus ini dapat teratasi pada hari ke 3. **Diskusi**

: klien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap klien *post sectio caesarea* hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya. Sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien.

Kata kunci : *Sectio caesarea, Nyeri akut, Asuhan keperawatan*

Daftar pustaka : 11 Buku (2009-2015), 4 Jurnal, 2 Website

Background : *sectio caesarea is a kind of surgery for giving birth to the fetus through an incision in the abdominal wall and an uterine artificial labor. so that the fetus is born through the abdominal, abdominal wall and uterine wall so that the child is born intact and healthy. As from some other factors that can trigger caesarean sectio can be done if there is a narrow pelvic indication, head and pelvic imbalance, old birthing process (old partus), the process of childbirth is not advanced (advanced partus), cervical dystocia and gameli. In addition to medical indications, this caesarean section is also in demand for mother at this time. Because mothers are afraid of having a normal labor, pain, fast birthing process and also with caesarean section mother can choose a date or day for the baby's birth. Method :* the case of study are to explore the problem or phenomenon with detailed limits, have a deep data retrieval and submit some sources of information. The case of study was conducted on two post-*sectio caesarea* clients with acute pain use deep breath relaxation techniques . **Result :** acute pain nursing problems , after conducting nursing care by providing nursing intervention, nursing problems of acute pain in cases 1 and 2 can be completed on the 3rd day. **Discussion :** clients with acute pain nursing problems, not always have the same response for

each client after a cesarean section, this is affected by the client's previous health condition. so nurses must carry out comprehensive care to deal with nursing problems for each client.

Keywords: *Sectio caesarea (SC), Acute Pain, Nursing Care*

Bibliography: *11 books (2009-2015) ,4 journals and 2 website*

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman judul dan prasyarat Gelar.....	i
Lembar pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar	v
Abstract	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Tabel	xiii
Daftar Bagan	xv
Daftar Lampiran	xvi
Daftar Lambang, Singkatan dan Istilah.....	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	5
1.3.1 Tujuan umum	5

1.3.2 Tujuan khusus	5
1.4 Manfaat	6
1.4.1 Teoritis	6
1.4.2 Praktis	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Penyakit	7
2.1.1 Definisi.....	7
2.1.2 Anatomi Fisiologi Abdomen.....	8
2.1.3 Etiologi.....	11
2.1.4 Patofisiologi	12
2.1.5 Komplikasi	14
2.1.6 Pemeriksaan penunjang.....	14
2.1.7 Penatalaksanaan	15
2.2 Konsep Dasar Masa Nifas.....	15
2.2.1 Tahap Masa Nifas	15
2.2.2 Perubahan Fisiologi Masa Nifas	16
2.2.3 Adaptasi Psikologi Ibu Dalam Masa Nifas	20
2.3 Konsep Nyeri	
2.3.1 Definisi.....	20
2.3.2 Intensitas Nyeri... ..	21
2.3.3 Manajemen Nyeri.....	23
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan	24
2.4.1 Pengkajian.....	24
2.4.2 Diagnosa Keperawatan	31
2.4.3 Rencana Keperawatan.....	32
BAB III METODE PENELITIAN	47
3.1 Desain Penelitian.....	47

3.2 Batasan Istilah	47
3.3 Responden / Subyek Penelitian.....	48
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	49
3.5 Pengumpulan Data	49
3.6 Uji Keabsahan Data	50
3.7 Analisa Data.....	51
3.8 Etika Penelitian	52
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	54
4.1 Hasil	54
4.1.1 Gambaran Lokasi.....	54
4.1.2 Pengkajian	55
4.1.3 Analisa Data	71
4.1.4 Diagnosa Keperawatan.....	75
4.1.5 Perencanaan.....	79
4.1.6 Implementasi	87
4.1.7 Evaluasi	95
4.2 Pembahasan.....	96
4.2.1 Pengkajian.....	96
4.2.2 Analisa Data.....	97
4.2.3 Diagnosa Keperawatan	98
4.2.4 Perencanaan	101
4.2.5 Implementasi.....	107

4.2.6 Evaluasi..... 108

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN..... 110

5.1 Kesimpulan 110

5.2 Saran 112

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kuadran Abdomen

Gambar 2.2 Lager Lines Abdomen

Gambar 2.3 Otot-Otot Dinding Abdomen

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Involusi uterus.....	.....
Tabel 2.2 Perubahan lochea .....	.....
Table 2.3 Intervensi Nyeri Akut .....	.....
Table 2.4 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI.....	.....
Tabel 2.5 Intervensi Gangguan Pola Tidur .....	.....
Table 2.6 Intervensi Resiko Infeksi .....	.....
Table 2.7 Intervensi Defisit Perawatan Diri.....	.....
Table 2.8 Intervensi Resiko Perdarahan .....	.....
Table 2.9 Intervensi Defisit Pengetahuan .....	.....
Tabel 4.1 Identitas klien .....	.....
Tabel 4.2 Riwayat kesehatan .....	.....
Tabel 4.3 Riwayat obstetrik dan ginekologi .....	.....
Tabel 4.4 Pola aktivitas sehari-hari.....	.....
Tabel 4.5 Pemeriksaan fisik .....	.....
Tabel 4.6 Data psikologi .....	.....
Tabel 4.7 Data social.....	.....
Tabel 4.8 Kebutuhan bounding attachment .....	.....
Tabel 4.9 Kebutuhan pemenuhan seksual.....	.....

Tabel 4.10 Data spiritual.....
Tabel 4.11 Pengetahuan tentang perawatan diri
Tabel 4.12 Pemeriksaan diagnostic.....
Tabel 4.13 Program pengobatan
Tabel 4.14 Analisa data.....
Tabel 4.15 Diagnose keperawatan
Tabel 4.16 Perencanaan
Tabel 4.17 Implementasi.....
Tabel 4.18 Evaluasi

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 patofisiologi

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Lembar Konsultasi

Lampiran II Pertanyaan Keaslian Tulisan

Lampiran III Lembar Persetujuan Proposal Penelitian

Lampiran IV Lembar Persetujuan Karya Tulis Ilmiah

Lampiran V Lembar Pengesahan Karya Tulis Ilmiah

Lampiran VI Lembar Persetujuan Dan Justifikasi

Lampiran VII Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran VIII Lembar Observasi

Lampiran IX Format Review Artikel

Lampiran X Satuan Acara Penyuluhan Catatan

Lampiran XI Standar operasional prosedur

Lampiran XII Leaflet

Lampiran XIII Jurnal

Lampiran XIV Revisi Seminar Proposal & Ujian KTI

DAFTAR SINGKATAN

ADL	: Activity Daily Life
APGAR	: Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration
ASI	: Air Susu Ibu
BB	: Berat Badan
CM	: Centimeter
CRT	: Capillary Refill Time
DKP	: Disproporsi Kepala Panggul
EKG	: Elektrokardiogram
GCS	: Glasgow Coma Scale
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IASP	: International Association For Study Of Pain
ICS	: Intercostal
IM	: Intra Muskular
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
IUD	: <i>Intrauterine Device</i>
IV	: Intra Vena
JDL	: Jumlah Darah Lengkap
KB	: Keluarga Berencana
KG	: Kilogram
MMHG	: Milimeter Merkuri (Hydrargyrum)
NIC	: Nursing Interventions classification
NOC	: Nursing Outcomes Classification
PB	: Panjang Badan
SC	: Sectio Caesarea
TBC	: Tuberculosis

TFU	: Tinggi Fundus Uterus
TTV	: Tanda Tanda Vital
UGD	: Unit Gawat Darurat
USG	: Ultrasonografi
VK	: Verlos Kamer
WHO	: World Health Organization

BAB I

PENDAHULUAN

11 Latar belakang

Section caesarea merupakan suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus persalinan buatan, sehingga janin dilahirkan melalui perut, dinding perut dan dinding Rahim agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

Beberapa faktor lainnya yang dapat memicu tindakan *Sectio caesarea* bisa dilakukan apabila terjadi indikasi Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior), Panggul sempit, Disproporsi sefalovik, Rupture uteri mengancam, Partus lama (prolonged labor), Partus tak maju, Distosia serviks, Pre-eklamsia pada ibu, malpresentasi janin, letak lintang, letak bokong dan presentasi dahi dan muka (Nurarif & Kusuma 2015).

World Health Organization (WHO) tahun 2014 Dikutip dari Bijalmiah (2018) melaporkan angka kejadian *Sectio Cesarea* meningkat lima kali dibandingkan tahun-tahun sebelumnya, khususnya di negara berpenghasilan menengah dan tinggi seperti Australia (32%), Brazil (54%), dan Colombia (43%) (dikutip dari

jurnal Karakteristik Ibu Bersalin Dengan *Sectio Caesare* di Rumah Sakit Martha Friska Pulo Brayan tanggal 23 Maret 2019 pukul 14.40 WIB.

Hasil Riskesdas tahun 2018 menyatakan terdapat 79,3% persalinan di Indonesia. Provinsi dengan presentasi tertinggi adalah DKI Jakarta dan Bali (97,2%), Yogyakarta (97,4) dan Jawa Barat (79,5%) (Depkes RI,2018). Sedangkan persalinan dengan *sectio caesarea* di Indonesia terdapat 921.000 dari 4.239.000 persalinan atau 22,8% (dikutip dari Jurnal Teknik Relaksasi Nafas Dalam Dapat Menurunkan Nyeri Pada Pasien Post Op *sectio caesarea*)

Berdasarkan data Rekam Medik RSUD Ciamis periode Desember 2017 sampai Juni 2018 didapatkan data 719 kasus persalinan dengan *sectio caesarea* di ruang Delima. Menurut Hestiantoro tahun 2009, persalinan *sectio caesarea* memiliki nyeri lebih tinggi yaitu sekitar 27,3% di bandingkan dengan persalinan normal yang hanya sekitar 9%

Masalah keperawatan yang muncul pada klien post *sectio caesarea* diantaranya Nyeri akut, Ketidakfektifan pemberian ASI, Gangguan pola tidur, Resiko infeksi, Defisit perawatan diri, Resiko Perdarahan dan Defisiensi pengetahuan (NANDA,2018)

Masalah keperawatan yang paling sering terjadi pada post *sectio caesarea* adalah Nyeri. Sebuah penelitian oleh Handayani tahun 2015

(dikutip dalam Manzahri 2017) mengatakan bahwa pasien dengan post operasi *sectio caesarea* akan merasakan nyeri. Menurut *International Association for Study of Pain* (IASP) nyeri adalah sensori subjektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang di dapat terkait dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan.

Rasa nyeri merupakan stressor yang dapat menimbulkan stress dan ketegangan dimana individu dapat berespon secara biologis dan perilaku yang menimbulkan respon fisik dan sikis. Respon fisik meliputi perubahan keadaan umum, wajah, denyut nadi, pernafasan, suhu badan, sikap badan, dan apabila nafas makin berat dapat menyebabkan kolaps kardiovaskuler dan syok, sedangkan respon sikis akibat nyeri dapat merangsang respon stress yang dapat mengurangi system imun dalam peradangan, serta menghambat penyembuhan. Respon yang lebih parah akan mengarah pada ancaman merusak diri sendiri.

Keadaan nyeri post operasi *sectio caesarea* pada ibu akan menjadi gangguan yang menyebabkan terbatasnya mobilisasi, *bounding attachment* (ikatan kasih sayang) terganggu / tidak terpenuhi, *activity of daily living (ADL)* terganggu, inisiasi menyusui dini (IMD) tidak dapat terpenuhi secara optimal karena peningkatan intensitas nyeri pada post operasi *sectio caesarea*.

Berdasarkan data-data tersebut penulis tertarik untuk melaksanakan Asuhan Keperawatan secara komperhensif dengan

menggunakan proses keperawatan dalam sebuah karya tulis dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *SECTIO CAESAREA* DENGAN NYERI AKUT DI RUANG DELIMA RSUD CIAMIS TAHUN 2018”.

12 Rumusan masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada ibu *post sectio caesaria* yang mengalami nyeri akut di ruang Delima RSUD Ciamis ?

13 Tujuan penelitian

1.3.1 Tujuann Umum.

Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif baik Bio Psiko Sosial Kultural dan Spiritual pada ibu *post sectio caesarea* yang mengalami nyeri akut di ruang Delima RSUD Ciamis.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada ibu yang mengalami *post sectio caesaria* dengan nyeri akut di ruang Delima RSUD Ciamis.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada ibu yang mengalami *post sectio caesaria* dengan nyeri akut di ruang Delima RSUD Ciamis.

- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada ibu yang mengalami *post sectio caesaria* dengan nyeri akut di ruang Delima RSUD Ciamis.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada ibu yang mengalami *post sectio caesaria* dengan nyeri akut di ruang Delima RSUD Ciamis.
- e. Melakukan evaluasi pada klien yang mengalami *post sectio caesaria* dengan nyeri akut di ruang Delima RSUD Ciamis.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis, hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi atau masukan bagi ilmu kesehatan dan menambah kajian ilmu kesehatan khususnya pada klien *post sectio caesarea* dengan nyeri akut.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Rumah Sakit

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan dengan pasien khususnya dengan *post sectio caesaria* dengan nyeri akut

b. Bagi Perawat

Manfaat penulisan karya tulis ilmiah bagi perawat yaitu perawat dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada pasien dengan *post sectio caesaria*.

c. Bagi Institusi Akademik

Manfaat praktis bagi institusi akademik yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada ibu *post sectio caesaria* dengan nyeri akut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep dasar penyakit

2.1.1 Definisi

Persalinan adalah proses membuka dan menepisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir (Nining dkk ,2009). Persalinan terdiri dari dua acara yaitu persalinan normal dan persalinan buatan salah satunya *sectio caesarea*.

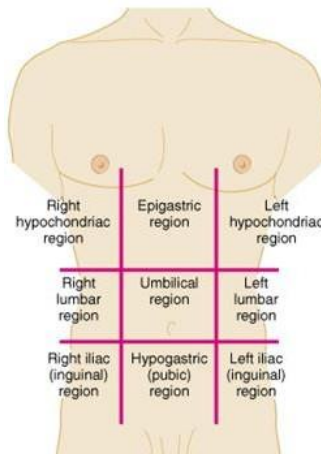
Sectio caesarea merupakan suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus persalinan buatan, sehingga janin di lahirkan melalui perut, dinding perut dan dinding Rahim agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

Menurut penulis persalinan dengan *sectio caesarea* adalah suatu tindakan pembedahan dengan melakukan insisi pada dinding abdomen guna melahirkan janin dari dalam rahim. Setelah terjadinya persalinan ibu akan melewati masa penyembuhan yang di sebut masa nifas.

Masa nifas adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil) yang berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Oxom & Forte 2010).

2.1.2 Anatomi Abdomen

2.1.2.1 Kuadran Abdomen



Gambar 2.1 kuadran abdomen (Rasjidi, 2009)

Abdomen di bagi menjadi 9 region oleh dua garis vertikal dan dua garis horizontal

a. Garis vertikal

Melalui pertengahan antara spina iliaca anterior superioris dan simfisis pubis

b. Garis horizontal

1) Bidang subkostalis, menghubungkan titik terbawah tepi kosta satu sama lain. Merupakan tepi inferior tulang rawan kosta x dan terletak bersebrangan dengan vertebra lumbalis III.

2) Bidang intertuberkularis

Menghubungkan tuberkulum pada krista iliaca yang terletak setinggi korpus vertebra lumbalis V.

2122 Dinding abdomen

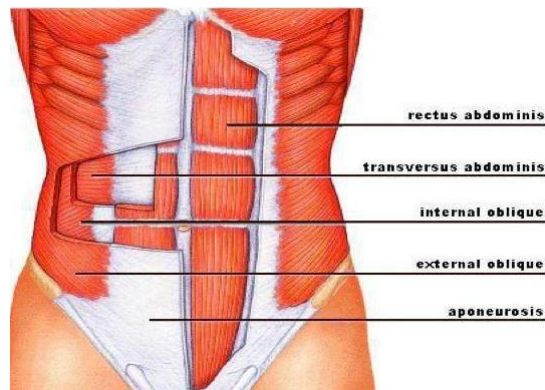
a. Kulit

Langer lines menggambarkan arah serabut dermis pada kulit. Pada dinding ventral abdomen, *langer lines* tersusun secara transversal. Hal ini yang menyebabkan insisi kulit vertikal pada abdomen akan menopang lebih besar ketegangan kulit dari lateral sehingga membentuk *scar* yang lebih lebar. sebaliknya jika insisi mengikuti arah serabut *langer lines* hasil penyembuhan kulitnya akan jauh lebih baik(Cunningham et al. 2009)

b. Jaringan subkutan

Lapisan ini dibagi menjadi : Jaringan lemak superfisial dan lapisan membranous di bawahnya (Rasjidi, 2009)

c. Otot dan Fasia



Gambar 2.3 Otot-Otot Dinding Abdomen (Rasjidi, 2009)

Otot-otot dinding ventral abdomen

- 1) M.rektus abdominalis
- 2) M.piramidalis

Otot-otot dinding lateral abdomen

- 1) M.obliquus abdominis eksternus
- 2) M.obliquus abdominis internus
- 3) M.transversus abdominis

d. Jaringan ekstra peritoneum dan peritoneum

Peritoneum merupakan suatu selaput tipis dan mengkilap yang melapisi dinding kavum abdomen dari dalam

Peritoneum di bagi menjadi :

- 1) Peritoneum parietalis

Langsung melekat pada dinding abdomen

- 2) Peritoneum visceralis

Menutupi organ-organ visceralis. Peritoneum yang menghubungkan organ dan dinding abdomen ini secara umum disebut mesentrium.

e. Vaskularisasi

- 1) Jaringan subkutan

- (a) Arteri Epigastrika superfisial

Berasal dari arteri femoralis setelah melewati analis femoralis, berjalan diagonal menuju umbilicus.

- (b) Arteri pudenda eksterna superfisial

Berasal dari arteri femoralis yang berjalan diagonal ke mons pubis.

- (c) Arteri Iliaka sirkumfleksa superfisial

 Berjalan lateral dari arteri femoralis menuju daerah flank.

2) Otot dan aponeurosis

- (a) Arteri epigastrika inferior
- (b) Arteri epigastrika superior
- (c) Arteri sirkumfleksa profunda
- (d) Arteri muskulofrenik

2.1.3 Etiologi

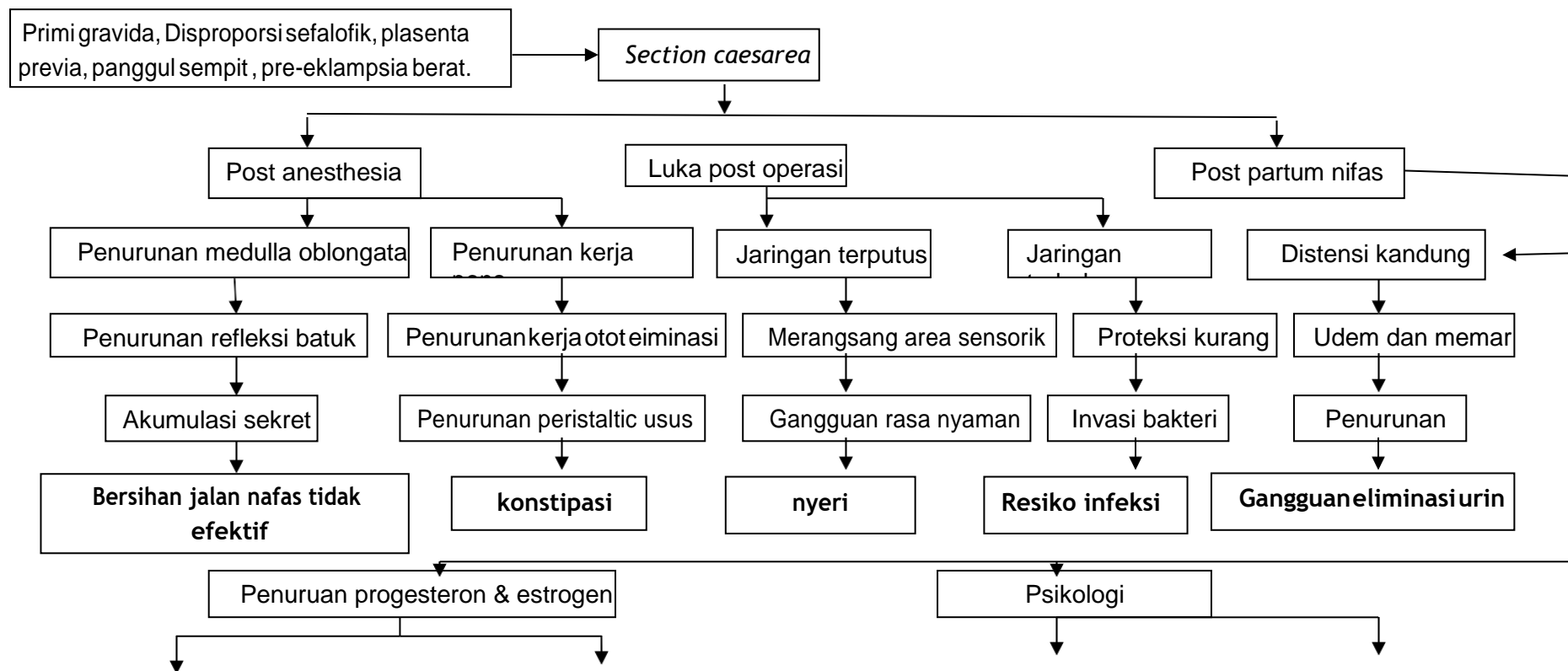
(Nurarif & kusuma, 2015)

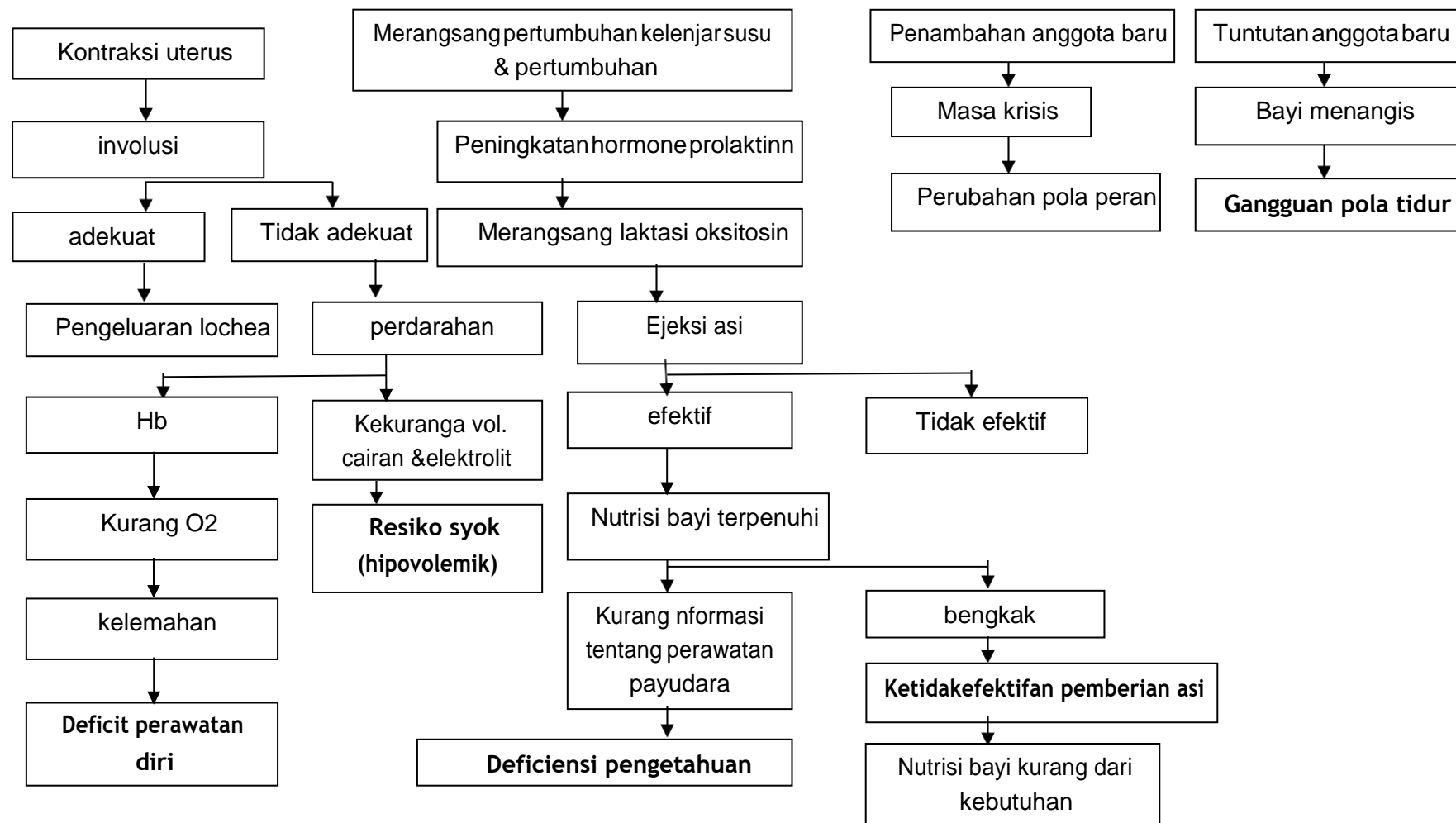
Etiologi yang berasal dari ibu yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak, disproporsi sefalo pelvic (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa, solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsi-eklamsi, atas permintaan, kehamilan disertai penyakit, gangguan perjalanan persalinan.

Etiologi yang berasal dari janin fetal distress / gawat janin, pal persentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembkuan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi.

2.1.4 Patofisiologi

pathway sectio caesarea (Sumber : (Nurarif & kusuma, 2015))





2.1.5 Komplikasi

Menurut Jitowiyono & Kristiyanasari (2010) , komplikasi pada *sectio caesarea* yaitu

a. Infeksi puerperal

Komplikasi ini bersifat ringan, seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas, bersifat berat seperti peritonitis dan sepsis.

b. Perdarahan

Perdarahan bisa timbul waktu pembedahan jika cabang arteri ikut terbuka atau karena atonia uteri

c. Komplikasi lain seperti luka kandung kencing, embolisme paru-paru

d. Suatu komplikasi yang baru seperti kuran kuatnya parut pada dinding uterus, sehingga mengakibatkan rupture uteri.

2.1.6 Pemeriksaan penunjang

Jitowiyono & kristiyanasari,2010

a. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin

b. Pemantauan EKG

c. Elektrolit

d. Hemoglobin / hematocrit

e. Golongan darah

f. Urinalis

g. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi

h. Ultrasound sesuai pesanan

2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis pada pasien yang sudah menjalani *sectio caesarea* adalah sebagai berikut :

- a. Analgesia
- b. Observasi tanda-tanda vital
- c. Terapi cairan dan diet
- d. Vesika urinarius dan usus
- e. Ambulansi
- f. Perawatan luka
- g. Laboratorium
- h. Perawatan payudara
- i. Memulangkan pasien dari rumah sakit

2.2 Konsep Dasar Masa Nifas

2.2.1 Tahapan masa nifas

- a. Puerperium dini

Merupakan masa pemulihan dimana ibu di perbolehkan berdiri dan berjalan-jalan dan dalam waktu setelah 40 hari.

- b. Puerperium intermediet

Merupakan masa pemulihan menyeluruh alat-alat genetalia dengan waktu 6-8 minggu.

c. Remote puerperium

Masa dimana diperlukan pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan memiliki komplikasi. Waktu yang di butuhkan bisa berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan.

2.2.2 Perubahan fisiologi masa nifas (post partum)

a. Perubahan fisiologis masa nifas pada sistem reproduksi

(Yanti & Sundawati, 2011)

1) Involusi uterus.

Perubahan-perubahan normal pada uterus selama post partum adalah sebagai berikut

Tabel 2.1 Involusi uterus (yanti & sundawati, 2011).

Involusi Uteri	Tinggi Uteri	Fundus	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat		1000 gram	12,5 cm
7 hari (minggu 1)	Pertengahan pusat dan simpisis		500 gram	7,5 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba		350 gram	5 cm
6 minggu	Normal		60 gram	2,5 cm

2) Involusi tempat plasenta.

Uterus pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri.

3) Perubahan ligament.

Ligament dan diafragma pelvis fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti sedia kala.

4) Perubahan serviks.

Segera setelah melahirkan serviks menjadi terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan oleh kontraksi korpus uteri.

5) Lochea.

Lochea memiliki bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea mengalami perubahan karena proses involusi. Perbedaan masing-masing lochea:

Tabel 2.2 Perubahan lochea (yanti & sundawati, 2011)

Lochea	Waktu	Warna	Cirri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekoneun dan sisa darah.
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lender
Serosa	7-14 hari	Kekuningan atau kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta.
Alba	>4 hari	Putih	Mengandung leukosit , selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati.

6) Perubahan vulva, vagina dan perineum.

Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama.

b. Perubahan fisiologis masa nifas pada sistem pencernaan

Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan antara lain: nafsu makan, motilitas, dan pengosongan usus.

c. Perubahan fisiologi masa nifas pada sistem perkemihan

Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan.

d. Perubahan fisiologi masa nifas pada sistem musculoskeletal

1) Dinding perut dan peritoneum.

Dinding perut akan longgar pasca persalinan. Keadaan ini akan pulih kembali dalam 6 minggu.

2) Kulit abdomen

Selama masa kehamilan, kulit abdomen akan melebar, melonggar dan mengandur hingga berbulan-bulan. Otot-otot dari dinding abdomen dapat kembali normal kembali dalam beberapa minggu pasca melahirkan dengan latihan post natal.

e. Perubahan fisiologi masa nifas pada sistem endokrin

Pembesaran mammae/payudara terjadi dengan adanya penambahan pada sistem vaskuler dan limpatik sekitar mammae.

f. Perubahan sistem hematologi

Selama minggu minggu kehamilan, kadar fibrinogen dalam plasma, serta factor-faktor pembekuan darah meningkat.

g. Perubahan fisiologi masa nifas pada tanda-tanda vital

Pada masa nifas, tanda-tanda vital yang harus dikaji antara lain:

1) Suhu badan

Pasca melahirkan, suhu tubuh naik kurang lebih 0,5 derajat selsius dari keadaan normal.

2) Nadi

Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih cepat.

3) Tekanan darah

Tekanan darah normal manusia adalah sistolik antara 90-120 mmHg dan diastolic 60-8-mmHg. Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya pre eklamsi post partum.

4) Pernafasan

Ferekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal.

2.2.3 Adaptasi psikologi ibu dalam masa nifas

(Yanti & sundawati, 2011)

Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain:

a. *Fase Taking In* (Perilaku dependen)

Fase ini merupakan proses ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama hingga hari kedua melahirkan. Ibu berfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya.

b. *Fase Taking Hold* (Perilaku dependen-independen)

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayi. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung.

c. *Fase letting go* (Perilaku interdependen)

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan.

2.3 KONSEP NYERI

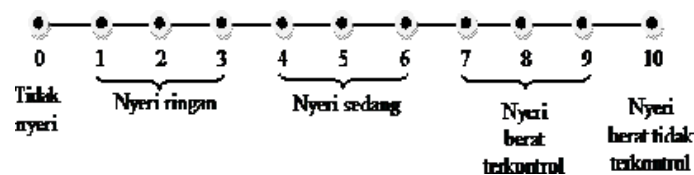
2.3.1 Definisi

Menurut *International Association for Study of Pain (IASP)* nyeri adalah sensori subjektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang di dapat terkait dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan.

2.3.2 Intensitas nyeri

Menurut smeltzer, S.C & Bare B.G (2002) di kutip dalam Batbual tahun 2010 skala intensitas nyeri adalah sebagai berikut :

a. Skala Intensitas nyeri deskriptif



Gambar 2.3 Skala deskriptif nyeri (Batbual, 2010)

b. Skala nyeri numerik



Gambar 2.4 Skala numerik nyeri (Batbual, 2010)

c. Skala nyeri komparatif

Dikutip dari Lucile Packard Children's Hospital Heart Center/CVICU

Skala Nyeri 0-10 (*Comparative Pain Scale*)

- 1) Nyeri hampir tak terasa (sangat ringan)

Sangat ringan, seperti gigitan nyamuk. Sebagian besar waktu Anda tidak pernah berpikir tentang rasa sakit.

2) Tidak menyenangkan

Nyeri ringan, seperti cubitan ringan pada kulit.

3) Bisa ditoleransi

Nyeri Sangat terasa, seperti pukulan ke hidung menyebabkan hidung berdarah, atau suntikan oleh dokter.

4) Menyedihkan

Kuat, nyeri yang dalam, seperti sakit gigi atau rasa sakit dari sengatan lebah.

5) Sangat menyedihkan

Kuat, dalam, nyeri yang menusuk, seperti pergelangan kaki terkilir

6) Intens

Kuat, dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga tampaknya sebagian mempengaruhi sebagian indra Anda, menyebabkan tidak fokus, komunikasi terganggu.

7) Sangat intens

Sama seperti 6 kecuali bahwa rasa sakit benar-benar mendominasi indra Anda menyebabkan tidak dapat berkomunikasi dengan baik dan tak mampu melakukan perawatan diri.

8) Benar-benar mengerikan

Nyeri begitu kuat sehingga Anda tidak lagi dapat berpikir jernih, dan sering mengalami perubahan kepribadian yang parah jika sakit datang dan berlangsung lama.

9) menyiksa tak tertahankan

Nyeri begitu kuat sehingga Anda tidak bisa mentolerirnya dan sampai-sampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit apapun caranya, tidak peduli apa efek samping atau risikonya.

10) sakit tak terbayangkan tak dapat diungkapkan

Nyeri begitu kuat tak sadarkan diri. Kebanyakan orang tidak pernah mengalami sakala rasa sakit ini.

2.3.3 Manajemen nyeri

Menurut (Murray,Michelle, 2013) manajemen nyeri dibagi dua metode diantaranya :

a. Metode Non Farmakologi

Teknik manajemen nyeri nonfarmakologis dapat membantu mengurangi persepsi nyeri dan biasanya aman. Teknik ini bekerja untuk mengubah interaksi antara pikiran- tubuh atau komponen afektif (bukan sensori) pada persepsi nyeri.

1) Akupunktur

Akupunktur dapat menghambat sinyal nyeri sehingga tidak dapat mencapai medulla spinalis dan otak

2) Aromaterapi

Minyak esensial dari tanaman tidak mengubah tekanan darah ataupun denyut jantung, namun dapat memperbaiki alam perasaan dan tingkat ansietas.

3) Relaksasi nafas

Relaksasi dapat membantu mempertahankan tekanan darah pada rentang normal, mengurangi konsumsi oksigen dan ketegangan otot.

4) Masase

Masase dapat meredakan nyeri dengan menghambat sinyal nyeri atau dengan meninggalkan aliran darah dan oksigen ke jaringan.

b. Metode Farmakologi

Jika sudah efektif dalam penanganan nyeri menggunakan terapi nonfarmakologi, biasanya dilakukan metode farmakologi dengan pemberian obat analgetik kepada ibu post partum.

2.4 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

2.4.1 Pengkajian

Pada langkah pertama ini, di kumpulkan semua informasi akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien (Chapman & Charles 2013).

2.3.1.1 Biodata

Nama, umur, ras/suku, alamat, nomer telpon, agama, status perkawinan, pekerjaan, tanggal anamnesis. Maksud pertanyaan ini adalah untuk mengidentifikasi penderita dan menentukan status sosial ekonominya yang harus kita ketahui, misalnya untuk menentukan anjuran atau pengobatan apa yang akan diberikan. Umur juga penting untuk menentukan prognosis kehamilan dan resikonya.

2.3.1.2 Riwayat Kesehatan

Jitowiyono & kristiyanasari (2010)

a. Keluhan utama saat masuk rumah sakit

Alasan ibu datang ke tempat bidan/klinik yang di ungkapkan dengan kata-katanya sendiri

b. Keluhan utama saat di kaji

Keluhan apa yang paling dirasakan oleh klien saat di kaji, diuraikan dalam konsep PQIRST dalam bentuk narasi

- 1) Provokatif dan paliatif : apa penyebabnya, yang memperberat dan yang mengurangi.
- 2) Quality /kuantitas : dirasakan seperti apa, tampilannya, suaranya, berapa banyak
- 3) Region / radiasi : lokasinya dimana, penyebarannya
- 4) Severity / scale : intensitasnya (skala) pengaruh terhadap aktivitas

- 5) Timing : kapan muncul keluhan, berapa lama, bersiat seperti apa (tiba-tiba, sering, bertahap)

2.3.1.3 Riwayat Kesehatan Dahulu

Meliputi penyakit yang lain yang dapat mempengaruhi penyakit sekarang, maksudnya apakah pasien pernah mengalami penyakit yang sama. Seperti pada klien dengan post *sectio caesarea* apakah klien pernah *sectio caesarea* atau tidak sebelumnya.

2.3.1.4 Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi penyakit yang diderita pasien dan apakah keluarga pasien ada juga mempunyai riwayat penyakit tersebut juga baik turunan maupun menular.

2.3.1.5 Riwayat Ginekologi dan Obstetrik

Hani, Ummi et all (2010)

a. Riwayat Ginekologi

1) Riwayat Menstruasi

Anamnesis haid memberikan kesan tentang faal alat reproduksi/kandungani meliputi umur menarche, frekuensi siklus normal, lamanya, jumlah darah keluar, karakteristik darah, HPHT, disminorea, perdarahan uterus disfungsional, syndrome premenstrual

2) Riwayat Perkawinan

Usia perkawinan, usia klien dan suami saat menikah, pernikahan yang keberapa bagi klien dan suami, jumlah anak.

3) Riwayat Kontrasepsi

Jenis kontrasepsi yang digunakan klien sebelum hamil, waktu lamanya penggunaan kontrasepsi, apakah ada masalah dengan kontrasepsi yang digunakan jenis kontrasepsi yang akan digunakan setelah persalinan, jumlah anak yang direncanakan oleh keluarga.

b. Riwayat Obstetrik

1) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan nifas yang lalu

Meliputi umur kehamilan, keluhan selama hamil, jenis partus, tempat persalinan, berat badan anak waktu lahir, masalah yang terjadi dan keadaan anak.

2) Riwayat Kehamilan Sekarang

Usia kehamilan , keluhan selama hamil, imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam memeriksakan kehamilannya.

3) Riwayat Persalinan Dahulu

Meliputi tentang jumlah anak., tanggal lahir, usia, jenis kelamin, berat badan lahir, umur kehamilan, jenis persalinan dahulu, tempat persalinan dan apakah ada komplikasi pada ibu dan bayi.

4) Riwayat Persalinan Sekarang

Merupakan persalinan keberapa bagi klien, tanggal melahirkan, jenis persalinan, banyaknya perdarahan, jenis kelamin anak, berat badan dan APGAR *score*.

5) Riwayat Nifas Sekarang

Meliputi tentang adanya perdarahan, jumlah darah, kontraksi uterus, konsistensi uterus biasanya keras seperti papan, tinggi pundus uteri sepusat setelah plasenta lahir.

2.3.1.6 Pemeriksaan Fisik *Head to Toe*

Hani, Ummi et all (2010)

a. Pengukuran tanda-tanda vital

Pengukuran tanda-tanda vital meliputi tekanan darah, nadi, respirasi, suhu, tinggi badan, serta berat badan

b. Pemeriksaan umum

Pemeriksaan umum meliputi kesesuaian penampakan usia, status gizi umum, tingkat emosi, kegagalan sistem dan postur tubuh.

c. Kepala

Kebersihan kepala, apakah ada pembesaran kepala, nyeri tekan dan lesi. Perhatikan warna rambut, rambut mudah rontok atau tidak.

d. Wajah

Penampilan, ekspresi, nyeri tekan, adanya edema pada pipi atau pitting udem pada dahi.

1) Mata

Warna konjungtiva dan sklera, bentuk mata, kebersihan, pergerakan bola mata, reflek pupil terhadap cahaya, fungsi penglihatan, kelainan dan gangguan penglihatan (rabun jauh/dekat).

2) Telinga

Bentuk, kebersihan telinga, fungsi pendengaran, adakah gangguan pendengaran.

3) Hidung

Bentuk, kebersihan, pernafasan cuping hidung, ada tidak nyeri tekan, polip, alergi debu dan gangguan pada fungsi penciuman.

4) Mulut

Keadaan mulut, mukosa bibir, kebersihan mulut, gigi, lidah. keadaan gigi, jumlah gigi, pembesaran tonsil dan adakah nyeri pada saat menelah.

5) Leher

Ada tidak pembesaran tyroid dan kelenjar limfe, peritonitis, nyeri saat menelan, adakah peningkatan vena jugularis dan kaku kuduk.

e. Payudara

Bentuk payudara, gangguan ASI, keadaan puting, dan kebersihan.

f. Abdomen

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 keras seperti papan, bising usus biasanya mengalami penambahan akibat efek samping obat anestesi ketika post *sectio caesarea*.

g. Genetalia

Perhatikan kebersihan, pengeluaran pervagina, keadaan luka jahitan dan tanda-tanda infeksi vagina.

h. Anus

Perhatikan ada atau tidak haemoroid dan kebersihan.

i. Ekstremitas

Pada ekstremitas dikaji gangguan/kelainan dan bentuk. Pada ekstremitas bawah kaji bentuk, odem, varises dan hofmen, kekuatan otot.

2.3.1.7 Data social ekonomi

Penyakit dapat terjadi pada siapa saja, akan tetapi kemungkinan dapat lebih sering terjadi pada penderita malnutrisi dengan social ekonomi rendah (Jitowiyono & kristiyanasari 2010)

2.3.1.8 Data psikologis

Menurut Jitowiyono & kristiyanasari tahun 2010, data psikologi pada *sectio caesarea* adalah :

- a. Pasien biasanya dalam keadaan stabil
- b. Pasien biasanya cemas akan keadaan seksualitasnya
- c. Harga diri pasien terganggu

2.3.1.9 Pemeriksaan penunjang

Menurut Jitowiyono & Kristiyanasari tahun 2010, pemeriksaan penunjang pada pasien *sectio caesarea* diantaranya :

- a. USG, untuk menentukan letak implantasi plasenta
- b. Pemeriksaan Hemoglobin
- c. Pemeriksaan Hematokrit

2.4.2 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 Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) 2018 bahwa diagnosa

keperawatan yang dapat muncul pada ibu post operasi *Sectio caesarea* adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan
- b. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri
- d. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko: episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.
- e. Defisit perawatan diri: mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan postpartum.
- f. Resiko perdarahan
- g. Defisiensi pengetahuan: perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.

2.4.3 Rencana Keperawatan

Menurut *North American Nursing diagnosis Association 2018* Rencana Keperawatan pada diagnosa yang mungkin muncul dengan *section caesarea* adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, insisi pembedahan luka operasi SC, episiotomi)

Table 2.3 Intervensi Nyeri Akut

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Nyeri akut</p> <p>Definisi : Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the study Pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya • Diaphoresis • Dilatasi pupil 	<p>NOC</p> <p>(a) Pain level (b) Pain control (c) Comfort level</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan). • Tanda – tanda vital dalam batas normal • Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri. • Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri). 	<p>NIC</p> <p>Pain Management</p> <p>a) Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi.</p> <p>b) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan.</p> <p>c) Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.</p> <p>d) Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</p> <p>e) Evaluasi pengalaman nyeri masalah</p> <p>f) Evaluasi bersama pasien dan kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau</p> <p>g) Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan.</p>	<p>Pain management</p> <p>a) Nyeri insisi bermakna pada fase pasca operasi awal. Di perberat oleh gerakan, batuk, distensi abdomen, mual. membiarkan klien rentang ketidaknyamanan sendiri membantu mengidentifikasi intervensi yang tepat dan mengevaluasi ketidakefektifan analgesia.</p> <p>b) Bahasa tubuh dpat secara psikologis dan fisiologik dan dapat digunakan pada hubungan petunjuk verbal untuk mengidentifikasi luas / beratnya masalah.</p> <p>c) Memberikan keyakinan bahwa klien tidak sendiri atau di tolak ; memberikan respek dan penerimaan individu, mengembangkan kepercayaan</p> <p>d) Budaya adalah sesuatu cara hidup yang dimiliki bersama</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Ekspresi wajah nyeri (mis., mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu focus, meringis) • Focus menyempit • Focus pada diri sendiri • Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri • Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrument nyeri • Laporan tentang perilaku nyeri/perubahan aktivitas • Mengekspresikan perilaku • Perilaku distraksi • Perubahan parameter fisiologis • Perubahan posisi untuk menghindari nyeri • Perubahan selera makan • Putus asa • Sikap melindungi area nyeri • Sikap tubuh melindungi <p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agen cedera biologis • Agen cedera fisik • Agen cedera kimiawi 	<ul style="list-style-type: none"> • Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang. 	<p>h) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.</p> <p>i) Kurangi factor presipitasi nyeri</p> <p>j) Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)</p> <p>k) Kaji dan tipe sumber nyeri untuk menentukan intervensi.</p> <p>l) Ajarkan tentang tehnik nonfarmakologi</p> <p>m) Berikana analgetik untuk mengurangi nyeri</p> <p>n) Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</p> <p>o) Tingkatkan istirahat</p> <p>p) Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</p> <p>q) Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri</p> <p>Analgetic administration</p> <p>r) Tentukan lokasi karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat</p> <p>s) Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi</p> <p>t) Cek riwayat alergi</p> <p>u) Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgetik ketika pemberian lebih dari satu</p>	<p>oleh sekelompok orang dan diwariskan dari generasi ke generasi</p> <p>e) penurunan ansietas / takut meningkatkan relaksasi kenyamanan</p> <p>f) penurunan ansietas / takut meningkatkan relaksasi kenyamanan</p> <p>g) penggunaan persepsi sendiri / perilaku untuk menghilangkan nyeri dapat membantu klien mengatasinya lebih efektif.</p> <p>h) suhu ruangan normal dalam rentang 20-25 °C dengan pencahayaan yang cukup mempengaruhi kemampuan klien untuk rileks dan tidur atau istirahat secara efektif.</p> <p>i) Perubahan berat / lamanya dapat mengindikasikan kemajuan proses penyakit / terjadinya komplikasi</p> <p>j) Ada dua cara penanganan nyeri yaitu menggunakan farmakologi dan nonfarmakologi</p> <p>k) Nyeri insisi bermakna pada fase pasca operasi awal. Di perberat oleh gerakan, batuk, distensi abdomen, mual.membiarkan klien rentang ketidaknyamanan sendiri membantu mengidentifikasi intervensi</p>
---	---	--	---

-
- v) Tentukan pilihan analgetik tergantung tipe dan beratnya nyeri
 - w) Pilih rute pemberian secara IV, IM, untuk pengobatan nyeri secara teratur
 - x) Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali
 - y) Berikan analgetik tepat waktu terutama saat nyeri hebat
 - z) Evaluasi efektivitas analgetik, tanda dan gejala.
- yang tepat dan mengevaluasi ketidakefektifan analgesia.
 - l) Manajemen nyeri non farmakologis lebih aman digunakan karena tidak menimbulkan efek samping .
 - m) Mengontrol / mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerja sama dengan aturan teraapeutik
 - n) penurunan ansietas / takut meningkatkan relaksasi kenyamanan
 - o) Mengontrol / mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerja sama dengan aturan teraapeutik
 - p) Mengontrol / mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerja sama dengan aturan teraapeutik
 - q) penurunan ansietas / takut meningkatkan relaksasi kenyamanan

Analgetik administration

- r) **Dosis** adalah banyaknya suatu obat yang dapat dipergunakan atau diberikan kepada seorang penderita
 - s) Kolaborasi penanganan nyeri untuk mencapai kriteria hasil yang di inginkan
-

-
- t) Alergi adalah suatu respon abnormal sistem kekebalan tubuh
 - u) Kolaborasi penanganan nyeri untuk mencapai kriteria hasil yang diinginkan
 - v) Pertimbangan pemilihan guna mencapai kriteria hasil yang diinginkan
 - w) Rute pemberian obat terutama ditentukan oleh sifat dan tujuan dari penggunaan obat sehingga dapat memberikan efek terapi yang tepat
 - x) Respons autonomic meliputi perubahan pada tekanan darah, nadi, dan pernafasan, yang berhubungan dengan keluhan / penghilangan nyeri. Abnormalitas tanda vital terus menerus memerlukan evaluasi lanjut
 - y) Pemberian obat yang terlalu cepat atau terlalu lambat dapat berakibat serius
 - z) Mengontrol / mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerja sama dengan aturan teraapeutik
-

- b. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.

Table 2.4 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan pemberian ASI	NOC	NIC	a) kemampuan menelan bersifat dinamis sejalan dengan tumbuh kembang anak dalam bidang keterampilan oromotor
Definisi :	(a) Breastfeding ineffective (b) Breathing pattern ineffective	a) Evaluasi pola menghisap/ menelan bayi	

<p>Kesulitan pemberian susu pada bayi atau anak secara langsung dari payudara, yang dapat mempengaruhi status nutrisi bayi/anak.</p>	(c) Breasfeeding interrupted	b) Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui.	b) Motivasi atau semangat dari suami selalu diharapkan oleh ibu menyusui .
Batasan karakteristik:	Kriteria Hasil:	c) Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (reflek rooting, menghisap dan terjaga)	c) Mudah tidaknya seseorang dalam menyusui tergantung pada pengalaman masalahnya jika ada
<ul style="list-style-type: none"> • Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusui • Bayi menangis pada payudara • Bayi mendekati ke arah payudara • Bayi menolak <i>latching on</i> • Bayi tidak mampu <i>lacth on</i> pada payudara secara tepat • Bayi tidak responsive terhadap tindakan kenyamanan lain • Ketidakuatan defekasi bayi • Ketidakcukupan kesempatan menghisap payudara • Ketidakcukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui • Kurang penambahan berat badan bayi • Luka puting yang menetap setelah satu minggu pertama menyusui • Tampak ketidakadekuatan asupan susu • Tidak menghisap payudara terus menerus 	<ul style="list-style-type: none"> • Kemantapan pemberian ASI : bayi: perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI. • Kemantapan pemberian ASI: ibu: kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI. • Pemeliharaan pemberian ASI: keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/ toddler. • Penyapihan pemberian ASI 	<p>d) Kaji kemampuan bayi untuk latch on dan menghisap secara efektif</p> <p>e) Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting</p> <p>f) Pantau integritas kulit puting ibu</p> <p>g) Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar susu dan mastitis</p> <p>h) Pantau kemampuan untuk mengurangi kongesti payudara dengan benar</p> <p>i) Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi.</p>	<p>d) Latch on adalah istilah yang digunakan ketika bayi mendapatkan posisi yang tepat saat menempelkan mulutnya pada puting ibu</p> <p>e) Jika bayi tidak menempelkan mulutnya dengan baik di payudara, konsumsi ASI akan terganggu</p> <p>f) infeksi pada payudara yang sering disebabkan karena masuknya kuman yang terdapat pada mulut dan hidung bayi</p> <p>g) Mastitis adalah infeksi pada satu atau lebih pada saluran payudara</p> <p>h) Pembengkakan payudara terjadi karena adanya gangguan antara akumulasi air susu dan meningkatkan vaskularisasi dan kongesti</p> <p>i) peningkatan berat badan di usia dini sangat penting bagi kesehatan tubuh dalam jangka panjang</p> <p>j) Keberhasilan pemberian ASI pada bayi sangat ditentukan</p>
		Brest examination	
		Laktation supresion	
		j) Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI.	
		k) Sediakan informasi tentang laktasi dan tehnik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara	

<ul style="list-style-type: none"> • Tidak tampak tanda pelepasan oksitoksin <p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambivalensi ibu • Anomali payudara ibu • Ansietas ibu • Defek orofaring • Diskontinuitas pemberian asi • Keletihan ibu • Keluarga tidak mendukung • Keterlambatan laktogen II • Kurang pengetahuan orang tua tentang pentingnya asi • Kurangnya penerahuan orang tua tentang tehnik menyusui • Masa cuti melahirkan pendek • Nyeri ibu • Obesitas ibu • Pembedahan payudara sebelumnya • Penambahan makanan dengan putting infiltrasi • Penggunaan dot • Prematuritas • Reflek isap bayi buruk • Tidak cukup waktu untuk menyusu ASI 	<ul style="list-style-type: none"> • Diskontinuitas progresif pemberian ASI • Pengetahuan pemberian ASI tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makanan bayi melalui proses pemberian ASI, ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan seger, ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI, ibu tidak mengalami nyeri penekanan pada puting, mengenali tanda-tanda penurunan suplay ASI. 	<p>mengumpulkan dan menyimpan ASI</p> <p>l) Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan, dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula</p> <p>Laktation konseling</p> <p>m) Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI</p> <p>n) Diskusikan metode alternatif pemberian makanan bayi</p>	<p>oleh cara dan keberhasilan pemberian ASI sejak awal</p> <p>k) Dengan cara memompa ASI yang tepat, produksi ASI diharapkan akan meningkat kembali sehingga mencukupi kebutuhan bayi sehari-hari</p> <p>l) ASI yang akan digunakan secepatnya, lebih baik dimasukkan ke dalam bagian lemari pendingin yang tidak akan membuat beku</p> <p>m) ASI mengandung antibodi dalam jumlah besar yang berasal dari tubuh seorang ibu</p> <p>n) Makanan pendamping ASI atau disebut MPASI mulai diberikan pada usia 6 bulan karena proses pencernaan bayi yang sudah mulai sempurna.</p>
--	--	---	--

c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

Tabel 2.5 Intervensi Gangguan Pola Tidur

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Gangguan pola tidur</p> <p>Definisi:</p> <p>Interupsi jumlah waktu dan kualitas tidur akibat faktor eksternal.</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kesulitan jatuh tertidur • Ketidakpuasan tidur • Menyatakan tidak merasa cukup istirahat • Penurunan kemampuan berfungsi • Perubahan pola tidur normal • Sering terjaga tanpa jelas penyebabnya • Faktor yang berhubungan • Gangguan karena pasangan tidur • Halangan lingkungan • Imobilissi • Kurang privasi • Pola tidur tidak menyehatkan 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anxiety reduction • Comfort level • Pain level • Rest: extent and patren • Sleep:extent and patren <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam perhari • Pola tidur, kualitas dalam batas normal • Perasaan segar sesudah tidur/istirahat • Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur 	<p>NIC</p> <p>Sleep Enhancement</p> <ol style="list-style-type: none"> Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat Ciptakan lingkungan yang nyaman Kolaborasi pemberian obat tidur Intsruksikan untuk memonitor tidur pasien Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur Monitor/catat kebutuhan waktu tidur pasien setiap hari dan jam 	<ol style="list-style-type: none"> Penggunaan jangka panjang medikasi tersebut dapat mengganggu pola tidur dan memperburuk masalah tidur fungsi daripada tidur adalah untuk mengembalikan (restore) fungsi tubuh semasa periode tanpa aktivitas supaya fungsi biologi tubuh yang adekuat dapat dipastikan Tempat tidur yang sejuk dan gelap akan membantu Anda untuk tertidur lebih cepat dan tidur lebih baik penggunaan obat tidur wajib di bawah pengawasan dokter. Jika tidak dikonsumsi dengan bijak monitoring tidur dapat memastikan apakah pola tidur masih mengakami gangguan Manusia membutuhkan waktu 8-10 jam dalam sehari untuk tidur

d. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko: episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.

Table 2.6 Intervensi Resiko Infeksi

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Resiko Infeksi</p> <p>Definisi: Rentan mengalami invasi dan multipikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan</p> <p>Faktor-faktor resiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurang pengetahuan untuk menghindari pemanjaan pathogen • Malnutrisi • Obesitas • Penyakit kronis • Prosedur invasive • Pertahanan tubuh primer tidak adekuat • Gangguan integritas kulit • Gangguan peristaltis • Merokok • Pecah ketuban dini • Pevah ketuban lama • Penurunan kerja siliaris • Penurunan pH sekresi • Statis cairan tubuh 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Immune status • Knowledge: infection control • Risk control <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi • Mendeskripsi proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaan • Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi • Jumlah leukosit dalam batas normal • Menunjukkan perilaku hidup sehat 	<p>NIC</p> <p>Kontrol infeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien b) Pertahankan tehnik isolasi c) Batasi pengunjung bila perlu d) Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung e) Gunakan antiseptik untuk cuci tangan f) Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan g) Gunakan baju, sarung tangan sesuai alat pelindung h) Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat. i) Berikan terapi antibiotik bila perlu j) Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local 	<ol style="list-style-type: none"> a) infeksi nosokomial adalah infeksi yang menyebar di dalam rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya b) isolasi merupakan sebuah tehnik khusus yang didesain terpisah dari pasien lain untuk mencegah penularan penyakit. c) Infeksi dapat terjadi melalui penularan dari pasien kepada petugas, dari pasien ke pasien lain dan dari pasien kepada pengunjung . d) Tujuan mencuci tangan menurut DEPKES 2007 adalah merupakan salah satu unsur pencegahan penularan infeksi. e) antiseptik adalah suatu bahan kimia yang bertujuan untuk membunuh kuman f) Tujuan mencuci tangan menurut DEPKES 2007 adalah merupakan salah satu unsur pencegahan penularan infeksi. g) Infeksi dapat terjadi melalui penularan dari pasien kepada petugas, dari pasien ke pasien lain dan dari pasien kepada pengunjung .

-
- h) Infeksi dapat terjadi melalui **penularan dari** pasien kepada petugas, **dari** pasien ke pasien lain dan **dari** pasien kepada **pengunjung**.
- i) **Antibiotik adalah** zat yang memiliki kemampuan untuk menghambat kehidupan mikroorganisme
- j) **Tanda-tanda infeksi adalah** bengkak, kemerahan, panas, nyeri atau nyeri tekan dan hilangnya fungsi pada bagian yang terinflamasi
-

- e. Defisit perawatan diri: mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan post partum.

Table 2.7 Intervensi Defisit Perawatan Diri

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Defisit perawatan diri mandi Definisi: Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi/aktivitas secara mandiri Batasan Karakteristik: <ul style="list-style-type: none"> Ketidakmampuan membasuh tubuh 	NOC <ul style="list-style-type: none"> Activity Intolerance Mobility: physical impaired Self care deficit hygiene Sensory perception, auditory disturbed Kriteria hasil:	NIC Self care assistance : Bathing/hygiene a) Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri b) Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan	a) Budaya adalah suatu cara hidup yang dimiliki bersama oleh sekelompok orang dan diwariskan dari generasi ke generasi b) Identifikasi ketidakmampuan memudahkan dalam melaksanakan intervensi c) Barang-barang yang mudah dijangkau akan memudahkan prosedur tindakan

- Ketidakmampuan mengakses kamar mandi
- Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi
- Ketidakmampuan mengeringkan tubuh
- Ketidakmampuan menjangkau sumber air

Faktor yang berhubungan:

- ansietas
- gangguan fungsi kognitif
- gangguan musculoskeletal
- gangguan neuromuscular
- gangguan persepsi
- kelemahan
- kendala lingkungan
- ketidakmampuan merasakan bagian tubuh
- ketidakmampuan merasakan hubungan spasial
- nyeri
- penurunan motivasi

- Perawatan diri ostomi: tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi
- Perawatan diri: aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu
- Perawatan diri mandi: mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu
- Perawatan diri hygiene: mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu
- Perawatan diri hygiene oral: mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu
- Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk kamar mandi dan

- c) Tempat handuk, sabun, deodorant, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan disamping tempat tidur atau dikamar mandi
- d) Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal
- e) Memfasilitasi sikat gigi yang sesuai
- f) Memfasilitasi mandi pasien
- g) Membantu kebersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien
- h) Memberikan bantuan sampai pasien dapat melakukan perawatan diri sepenuhnya.

- d) Lingkungan terapeutik adalah lingkungan yang dipusatkan untuk kesembuhan pasien
- e) Saat menyikat **gigi** anda habiskanlah waktu 12-13 detik per **gigi hingga gigi** anda **benar-benar** bersih. Rongga mulut anda sebaiknya anda bersihkan dengan baik.
- f) **mandi** membuat tubuh atau badan Anda sendiri kembali segar
- g) Membersihkan kuku hakekatnya adalah untuk menjaga kesehatan tubuh
- h) Kepercayaan diri terhadap kemampuan sangat penting untuk kesembuhan

- menyediakan perlengkapan mandi
- Membersihkan dan mengeringkan tubuh
- Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral

f. Resiko perdarahan

Table 2.8 Intervensi Resiko Perdarahan

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Resiko perdarahan Definisi: Rentan mengalami penurunan volume darah, yang dapat mengganggu kesehatan. Faktor resiko: <ul style="list-style-type: none"> • Aneurisma • Gangguan gastrointestinal (mis., penyakit ulkus lambung, polip, varises) • Koagulapati inhern • Koagulapati intravascular diseminata • Kompliksi kehamilan • Komplikasi pascapartum 	NOC - Blood lose severity - Blood koagulation Kriteria Hasil: - Tidak ada hematuria dan hematemesis - Kehilangan darah yang terlihat - Tekanandarah dalam batas normal sistol dan diastol - Tidak ada perdarahan pervagina - Tidak ada distensi abdominal	NIC Bleding precaution a) Monitor ketet tanda tanda perdarahan b) Catat nilai hb dan ht sebelum dan sesudah perdarahan c) Monitor TTV ortostatik d) Pertahankan bedrest selama perdarahan aktif e) Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresfrozen plasma) f) Hindari pemberian aspirin dan antikoagulan	a) Perdarahan yang banyak dalam nifas hampir selalu disebabkan oleh sisa plasenta b) Penurunan Hb merupakan tanda tanda perdarahan yg serius c) Hipotensi ortostatik adalah suatu keadaan dimana terjadi penurunan tekanan darah saat seseorang berdiri dari posisi duduk d) bed rest adalah sebuah prosedur dengan memastikan pasien berbaring dan beristirahat di tempat tidur dalam kurun waktu tertentu e) Tujuan dalam memberikan tindakan transfusi darah adalah

<ul style="list-style-type: none"> • Kurang pencerahan tentang kewaspadaan perdarahan • Program pengobatan • Sirkumsisi • Trauma 	<p>- Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal</p>	<p>g) Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin k</p> <p>h) Monitor status cairan yang meliputi intake dan output</p> <p>i) Pertahankan potensi IV line</p> <p>Bleeding reduction : gastrointestinal</p> <p>j) Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh : emesis, feses, urine, residu lambung, dan drainase luka</p> <p>k) Hindari penggunaan aspirin dan ibuprofen</p>	<p>Meningkatkan kemampuan darah dalam mengangkut oksigen</p> <p>f) Antikoagulan adalah obat yang bekerja untuk mencegah penggumpalan darah</p> <p>g) fungsi vitamin K ini untuk membantu proses pembekuan darah saat terjadi luka pada bagian tubuh</p> <p>h) keseimbangan intake output penting dalam perdarahan</p> <p>i) cara pemberian obat ada beberapa macam diantaranya adalah melewati jalur intravena</p> <p>j) sekresi merupakan proses pengeluaran zat oleh kelenjar yang masih digunakan oleh tubuh</p> <p>k) ibuprofen bekerja dengan menghalangi produksi substansi alami tubuh yang menyebabkan peradangan</p>
--	---	---	---

g Defisiensi pengetahuan: perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post partum.

Table 2.9 Intervensi Defisit Pengetahuan

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Defisit pengetahuan</p> <p>Definisi : Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakakuratan melakukan test • Ketidakakuratan mengikuti perintah • Kurang pengetahuan perilaku tidak tepat <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan fungsi kognitif • Gangguan memori • Kurang informasi • Kurang minat untuk belajar • Kurang sumber pengetahuan • Salah pengertian terhadap orang lain 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Knowledge : disease proces - Knowledge : healt beavior <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tetang penyakit, kondisi, prognosis,program pengobatan. - Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secar benar. - Pasien dan keluarga mamu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya. 	<p>NIC</p> <p>Treching : disease proces</p> <ol style="list-style-type: none"> Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat. Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan dating dan atau proses pengongtrolan penyakit Diskusikan pilihan terapi atau penanganann Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan,dengan cara yang tepat. 	<ol style="list-style-type: none"> Tanda (sign) adalah temuan objektif yang diobservasi oleh dokter sedangkan gejala (symptom) adalah pengalaman subjektif yang digambarkan oleh pasien pengetahuan tentang proses penyakit dapat meningkatkan pemahaman tentang proses penyembuhan pengetahuan tentang proses penyakit dapat meningkatkan pemahaman tentang proses penyembuhan Gaya hidup adalah pola hidup seseorang di dunia yang diekspresikan dalam aktivitas, minat, dan opininya Tanda (sign) adalah temuan objektif yang diobservasi oleh dokter sedangkan gejala (symptom) adalah pengalaman subjektif yang digambarkan oleh pasien

2.4.4 Implementasi

Fokus utama dari implementasi adalah pemberian asuhan keperawatan yang aman dan individual dengan pendekatan multifokal

2.4.5 Evaluasi

Evaluasi bertujuan untuk menilai keefektifan asuhan yang di berikan. Hal yang di evaluasi meliputi apakah kebutuhan telah terpenuhi dan mengatasi diagnosis dan masalah yang telah di identifikasi. Rencana tersebut dapat di anggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya.