

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SECTIO  
CAESAREA DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN  
PEMBERIAN ASI DI RUANG KALIMAYA  
BAWAH RUMAH SAKIT UMUM  
DAERAH DR SLAMET GARUT**

**KARYA TULIS ILMIAH**

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

**Oleh:**

**RENI YULIA UTARI**

**NIM : AKX. 16. 104**



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

## SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Reni Yulia Utari

NIM : AKX. 16. 104

Institusi : D-III keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada klien Post Sectio Caesarea Dengan  
Ketidakefektifan Pemberian ASI di Ruangan Kalimaya Bawah  
Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut

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 diacudalam naskahini 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 23 Mei2019

Yang membuat pernyataan



Reni Yulia Utari

AKX. 16. 104

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SECTIO  
CAESAREA DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN  
PEMBERIAN ASI DI RUANG KALIMAYA  
BAWAH RUMAH SAKIT UMUM  
DAERAH DR SLAMET GARUT**

**OLEH**

**RENI YULIA UTARI**

**AKX. 16. 104**

karya Tulis Ilmiah ini telah di setujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti tertera dibawah ini

**Menyetujui,**

**Pembimbing utama**



**Inggrid Dirgahayu, S.Kp.,MKM**

**NIP : 10104019**

**Pembimbing pendamping**



**Vina Vitniawati, S.Kep., Ners.,M.Kep**

**NIP : 10104025**

**Mengetahui,**

**Ketua Prodi D-III Keperawatan**



**Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep**

**NIK: 1011603**

**LEMBAR PENGESAHAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SECTIO  
CAESAREA DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN  
PEMBERIAN ASI DI RUANG KALIMAYA  
ATAS RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
DR SLAMET GARUT**

**OLEH  
RENI YULIA UTARI  
AKX. 16. 104**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan dan Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung, pada tanggal,

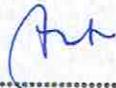
**PANITIA PENGUJI**

**Ketua :  
Ingrid Dirgahayu, S.Kp.,MKM  
Pembimbing Utama**

(.....  
)

**Anggota :**

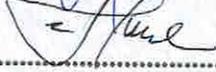
**1. Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep  
(Penguji I)**

(.....  
)

**2. Ade Tika Herawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep  
(Penguji II)**

(.....  
)

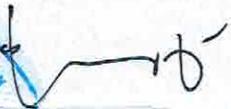
**3. Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep  
(Pembimbing Pendamping)**

(.....  
)

**Mengetahui**

**STIKes Bhakti Kencana Bandung**

**Ketua**

  
**Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep**  
NIP : 10107064



## ABSTRAK

**Latar belakang :** Sectio caesaria adalah suatu cara melahirkan janin dan placenta melalui pembedahan yaitu dengan menyayat pada dinding abdomen dan uterus. Banyaknya angka kejadian sectio caesaria di RSUD dr. Slamet Garut periode tahun 2016 sampai 2018 sebanyak 4219 kasus. Dari tindakan sectio caesaria ini menimbulkan dampak nyeri sehingga ibu biasanya hanya fokus pada dirinya dan takut untuk mobilisasi. Selain itu rendahnya pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar pada ibu post sectio caesaria akan mempengaruhi payudara sulit memproduksi ASI. Hal ini menyebabkan adanya ketidakefektifan pemberian ASI. **Metode :** studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua klien post sectio caesaria dengan ketidakefektifan pemberian ASI. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI pada kasus klien 1 dapat teratasi pada hari ketiga dan pada klien 2 dapat teratasi pada hari kedua. **Diskusi :** Pada kedua klien ditemukan masalah ketidakefektifan pemberian ASI. Adapun perbedaan hasil dari intervensi lakukan perawatan payudara dan pijat oksitosin pada kedua klien dengan hasil klien 1 ada pengeluaran ASI di kedua payudara klien pada hari ketiga, sedangkan pada klien 2 ada pengeluaran ASI sedikit di hari kedua. Penulis menyarankan kepada pihak rumah sakit agar meningkatkan standar pelayanan dalam pemberian asuhan keperawatan khususnya keterlibatan dalam pelaksanaan perawatan payudara pada klien, dan kepada pihak institusi pendidikan diharapkan mampu memenuhi ketersediaan literatur terbitan baru terutama mengenai sectio caesaria dan ketidakefektifan pemberian ASI sehingga dapat menambah wawasan mahasiswa.

Keyword : Asuhan Keperawatan, Ketidakefektifan Pemberian ASI, Post Sectio Caesaria  
Daftar Pustaka : 10 Buku, 2 Jurnal, 30 Tabel, 5 Gambar

## ABSTRACT

**Background :** Sectio caesarea is a method of giving birth to the fetus and placenta through surgery by cutting the abdominal wall and uterus. The number of cases of caesarean section at RSUD Dr. Slamet Garut for the period 2016 to 2018 was 4219 cases. From the sectio caesarea action it causes pain so that the mother usually only focuses on herself and is afraid of mobilization. In addition, the low level of knowledge about correct breastfeeding techniques in post sectio caesarea mothers will affect the breast to produce milk. This results in the ineffectiveness of breastfeeding. **Method :** a case study that is to explore a problem and include various sources of information. This case study was conducted on two post sectional caesarean clients with the ineffectiveness of breastfeeding. **Results :** After nursing care, the inefficiency of breastfeeding in the case of client 1 can be resolved on the third day and on client 2 can be resolved on the second day. **Discussion :** In both clients it was found to be an ineffective problem with breastfeeding. As for the differences in the results of the interventions for breast care and oxytocin massage on both clients with client results 1 there was breastfeeding in both clients' breasts on the third day, while in client 2 there was little ASI expenditure on the second day. The author advises the hospital to improve service standards in the provision of nursing care, especially involvement in the implementation of breast care for clients, and the educational institutions are expected to be able to meet the availability of new publication literature, especially regarding caesarean section and the ineffectiveness of breastfeeding so that students can add insight.

Keyword: Ineffectiveness of breastfeeding, Nursing care, Post cesarean section,  
Bibliography: 10 Books, 2 Journals, 30 Tables, 5 Pictures

## **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 Seksio Sesarea Dengan Ketidakefektifan Pemberian Asi Di Rsud Dr. Slamet Garut” 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 terima kasih 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 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. Ingrid Dirgahayu, S.Kp., MKM selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Vina Vitniawati, S.Kep., Ners., M.Kep selaku Pembimbing Kedua yang telah membimbing selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Deti Fuji Adianti, S.Kep., Ners selaku CI Ruangannya Bawah yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi sehingga penulis dapat melakukan asuhan keperawatan pada karya tulis ilmiah ini dengan baik selama praktek lapangan.

7. Staf dosen dan karyawan program studi DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik yang telah memberikan dukungan, arahan dan nasehat selama penulis mengikuti pendidikan dan penyusunannya tulis ilmiah ini.
8. Kepada mereka yang selalu menjadi panutan demi keberhasilan penulis, ayahanda tercinta Sudarmin dan ibunda tercinta Muji Utami terima kasih atas doa, kasih sayang, semangat, pengorbanan dan dukungannya serta ketiga kakak tersayang Revi Darmiati S.Pd, Brigadir Dedi Mulyono, Agus Darmawan dan adik tercinta Rahmat Napriyanto yang selalu memberikan semangat dan nasehat kepada penulis yang jauh dirantau ini sehingga penulis bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
9. Untuk teman-teman B-Team Management Venna, Via, dan Zia dan seluruh teman seperjuangan Anestesi Bandung angkatan XII yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus.
10. Team Pejuang Maternitas terimakasih sudah saling memberikan support satu sama lain dari awal praktek hingga Karya Tulis Ilmiah dapat terselesaikan.
11. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu.

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

Bandung, 21 April 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	i
Lembar Pernyataan .....	ii
Lembar Persetujuan .....	iii
Lembar Pengesahan .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Abstrak .....	vii
Daftar Isi .....	viii
Daftar Tabel .....	x
Daftar Bagan .....	xi
Daftar Gambar .....	xii
Daftar Lampiran .....	xiii
Daftar Singkatan .....	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>6</b>
2.1 Konsep Sectio Caesaria .....	6
2.1.1 Anatomi Abdomen .....	6
2.1.2 Etiologi Sectio Caesaria .....	10
2.1.3 Pathofisiologi .....	13
2.1.4 Tipe-Tipe Sectio Caesaria .....	15
2.1.5 Kontraindikasi .....	20
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang .....	20
2.1.7 Komplikasi .....	21
2.1.8 Penetalaksanaan Medik Dan Implikasi Keperawatan .....	21
2.2 Masa Nifas .....	22
2.2.1 Definisi Masa Nifas .....	22
2.2.2 Tahapan Masa Nifas .....	22
2.2.3 Perubahan Fisiologi Dalam Masa Nifas .....	23
2.3 Konsep Dasar Laktasi .....	33
2.3.1 Definisi Bendungan Asi .....	33

2.3.2	Etiologi.....	34
2.3.3	Manfaat Asi Eksklusif.....	34
2.3.4	Perawatan Payudara .....	35
2.4	Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas .....	37
2.4.1	Pengkajian.....	37
2.4.2	Diagnosa Keperawatan Pada Klien Post Sectio Caesaria .....	47
2.4.3	Rencana Keperawatan Pada Klien Post Sectio Caesaria.....	48
2.4.4	Implementasi Keperawatan .....	73
2.4.5	Evaluasi Keperawatan .....	73
<b>BAB III METODE PENULISAN KTI .....</b>		<b>73</b>
3.1	Desain Penelitian.....	73
3.2	Batasan Istilah .....	73
3.3	Partisipan/ Responden / Subyek Penelitian.....	74
3.4	Lokasi Dan Waktu Penelitian .....	74
3.5	Pengumpulan Data .....	75
3.6	Uji Keabsahan Data.....	76
3.7	Analisa Data .....	76
3.8	Etik Penelitian .....	78
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>		<b>81</b>
4.1	Hasil .....	81
4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data .....	81
4.1.2	Pengkajian.....	82
4.1.3	Analisa Data.....	93
4.1.4	Diagnosa Keperawatan.....	95
4.1.5	Perencanaan .....	98
4.1.6	Implementasi .....	100
4.1.7	Evaluasi.....	106
4.2	Pembahasan.....	107
4.2.1	Pengkajian.....	107
4.2.2	Dianososa Keperawatan.....	108
4.2.3	Perencanaan .....	112
4.2.4	Implementasi.....	114
4.2.5	Evaluasi.....	115
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>		<b>117</b>
5.1	Kesimpulan .....	117
5.2	Saran .....	117

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN**

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Involusi Uterus

Tabel 2.2 Intervensi Nyeri Akut

Tabel 2.3 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kenutuhan Tubuh

Tabel 2.4 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI

Tabel 2.5 Intervensi Gangguan Eliminasi Urine

Tabel 2.6 Intervensi Gangguan Pola Tidur

Tabel 2.7 Intervensi Resiko Infeksi

Tabel 2.8 Intervensi Perawatan Diri

Tabel 2.9 Intervensi Konstipasi

Tabel 2.10 Intervensi Resiko

Tabel 2.11 Intervensi Resiko Perdarahan

## **DAFTAR BAGAN**

Bagan 2.1 Pathway Sectio Caesaria

## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Kuadran Abdomen

Gambar 2.2 Longer Lines

Gambar 2.3 Otot-Oto Dinding Abdomen

Gambar 2.4 Jenis Insisi Abdomen

Gambar 2.5 Jenis Insisi Abdomen

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran I	:	Lembar Konsultasi KTI
Lampiran II	:	Lembar observasi
Lampiran III	:	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran IV	:	Surat Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus
Lampiran V	:	Lembar bimbingan
Lampiran VI	:	Satuan Acara Penyuluhan
Lampiran VII	:	Leaflet
Lampiran VIII	:	Jurnal

## DAFTAR SINGKATAN

WHO	: World Health Organization
SC	: Sectio Caesarea
EEG	: Elektroensefalogram
MRI	: Magneti Resonance Imaging
PET	: Positron Emission Tomography
AGD	: Analisa Gas Darah
CT	: Clothing Time
KB	: Keluarga Berencana
TFU	: Tinggi Fundus Uterus
LH	: Luteinizing Stimulating Hormone
FSH	: Follicle Stimulating Hormone
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
NANDA	: The North American Nursing Diagnosis Association
PES	: Problem Etiologi Simtom
SOAP	: Subjektif Objektif Analisis data Perencanaan
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
CT-SCAN	: Computerized Tomography Scanner
UGD	: Unit Gawat Darurat
THT	: Telinga Hidung Tenggorokan

LBP	: Low Back Pain
TBC	: Tuberculosis
DM	: Diabetes Mellitus
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
TP	: Tafsiran Persalinan
IUD	: Intra Uterine Device
TT	: Tetanus Toksoid
WIB	: Waktu Indonesia Barat
BB	: Berat Badan
KG	: Kilogram
CM	: Sentimeter
LD	: Lingkar Dada
LK	: Lingkar Kepala
PB	: Panjang Badan
Cc	: Cubic Centimeter
C	: Celcius
TTV	: Tanda Tanda Vital
RR	: Respiratory Rate

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Sectio caesaria adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding perut (Amru Sofian, 2012). Sedangkan menurut (cunningham, 2013), sectio caesaria adalah upaya persalinan buatan dengan melahirkan janin melalui suatu insisi pada dinding perut dan rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram. Pelahiran caesar didefinisikan sebagai kelahiran janin melalui insisis pada dinding abdomen (laparatomi) dan dinding uterus.

Data menurut *World Health Organization* (WHO) terjadi peningkatan angka persalinan sectio caesaria, standar rata-rata sectio caesaria di sebuah negara adalah sekitar 5 - 15% per 1000 kelahiran di dunia, rumah sakit pemerintah rata-rata 11%, sementara di rumah sakit swasta bisa lebih dari 30% (Gibbson L. et all, 2010). Menurut WHO, peningkatan persalinan dengan operasi sectio caesaria di seluruh negara terjadi semenjak tahun 2007-2008 yaitu 110.000 perkelahiran di seluruh Asia (Kounteya, 2010).

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, menunjukkan pada pembedahan sectio caesaria sebesar 28,9% dengan proporsi tertinggi di Bali (97,2%) dan terendah di Maluku (25,1%). Sedangkan di Jawa Barat sendiri angka pembedahan sectio caesaria sebesar 15,5% (Depkes RI, 2018).

Berdasarkan data yang didapatkan dari *medical record* RSUD dr. Slamet Garut periode tahun 2016 sampai 2018, didapatkan kasus persalinan dengan tindakan *sectio caesaria* sebanyak 4219 kasus dengan persentase 5-15%.

Nurrarif (2015) menjelaskan bahwa masalah yang timbul dari *sectio caesaria* diantaranya seperti nyeri, gangguan tidur, ketidakefektifan pemberian asi, gangguan eliminasi urine, dan resiko perdarahan. Dampak yang muncul pada klien post *sectio caesaria* salah satunya yaitu ketidakefektifan pemberian ASI. Hal ini dapat terjadi karena adanya nyeri pada daerah luka insisi. Menurut Dewi (2016), ibu biasanya hanya fokus pada dirinya karena nyeri bahkan ibu kesulitan menyusui, stress, ansietas, terlambat untuk melakukan inisiasi menyusui dini, selain itu rendahnya pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar pada ibu post *sectio caesaria*. Kondisi ini dapat menurunkan sekresi prolaktin. Sehingga menurut Chunningham (2013), wanita yang tidak menyusui dapat mengalami pembengkakan payudara, kelainan puting susu, nyeri payudara, sumbatan saluran susu, radang payudara yang memuncak pada hari ke-2 sampai hari ke-5 setelah melahirkan. Jika tidak segera dilakukan perawatan payudara pada ibu, maka akan berakibat radang atau mastitis.

Payudara bengkak karena terjadi hambatan aliran darah vena atau saluran kelenjar getah bening akibat ASI terkumpul dalam payudara. Saluran ASI yang mengalami bendungan tidak hanya mengganggu laktasi, tetapi juga berakibat mudah terinfeksi (Nurjanah, 2015). Sehingga intervensi untuk ketidakefektifan pemberian ASI diantaranya dengan perawatan payudara karena sangat penting salah satunya untuk menjaga kebersihan puting, melunakkan payudara,

mendeteksi kelainan yang terjadi pada payudara, memperbaiki keadaan puting sehingga bayi dapat menghisap dengan baik (Sri Wulan dkk, 2012). Papila mammae memerlukan sedikit perhatian selain kebersihan dan perhatian terhadap fisura kulit. Fisura pada papila mammae menimbulkan nyeri bila menyusui, dan pengaruh yang membahayakan terhadap produksi ASI. (Cunningham, 2013).

Oleh karena itu perawat diharapkan mampu mengelola setiap masalah yang timbul secara komprehensif terdiri dari biologis, psikologis, sosial, spiritual terutama dalam penanganan post seksio sesarea dengan masalah pemberian ASI. Asuhan keperawatan tersebut dilakukan dengan melakukan proses keperawatan yaitu pengkajian, merumuskan masalah yang muncul, menyusun rencana penatalaksanaan dan mengevaluasinya (Dermawan Deden, 2012).

Dari uraian diatas, penulis tertarik untuk menulis asuhan keperawatan pada klien post sectio caesaria melalui penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Sectio Caesaria Dengan Ketidakefektifan Pemberian Asi Di Rsu Dr. Slamet Garut”

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien post sectio caesaria dengan ketidakefektifan pemberian ASI di RSU dr. Slamet Garut.

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mampu mengaplikasikan ilmu tentang ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien post sectio caesaria dengan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD dr. Slamet Garut secara komprehensif meliputi aspek bio, psiko, dalam bentuk pendokumentasian.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Melaksanakan pengkajian pada klien post sectio caesaria dengan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD dr. Slamet Garut.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien post sectio caesaria dengan keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD dr. Slamet Garut.
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien post sectio caesaria dengan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD dr. Slamet Garut.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien post sectio caesaria dengan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD dr. Slamet Garut.
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klien post sectio caesaria dengan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD dr. Slamet Garut.

### **1.4 Manfaat**

#### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada klien post sectio caesaria dengan ketidakefektifan pemberian ASI.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

#### **a. Bagi Perawat**

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi perawat yaitu perawat dapat menemukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada klien post sectio caesaria dengan ketidakefektifan pemberian ASI.

#### **b. Bagi Rumah Sakit**

Manfaat praktis bagi penulisan karya tulis ilmiah bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu dan pelayanan bagi pasien khususnya pada klien post sectio caesaria dengan ketidakefektifan pemberian ASI.

#### **c. Bagi Institusi Pendidikan**

Manfaat praktis bagi institusi pendidikan yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembanhkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien post sectio caesaria dengan ketidakefektifan pemberian ASI.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Sectio Caesaria**

Sectio caesaria adalah upaya persalinan buatan dengan melahirkan janin melalui suatu insisi pada dinding perut dan rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram. (Wiknjosastro, 2010). Pelahiran caesar didefinisikan sebagai kelahiran janin melalui insisis pada dinding abdomen (laparatomi) dan dinding uterus (Cunningham, 2013).

Dari pendapat tersebut disimpulkan bahwa *sectio caesaria* adalah suatu cara melahirkan janin dan placenta melalui pembedahan yaitu dengan menyayat pada dinding abdomen dan dinding uterus.

##### **2.1.1 Anatomi abdomen**

Abdomen dibagi menjadi 9 regio oleh 2 garis vertikal dan dua garis horizontal:

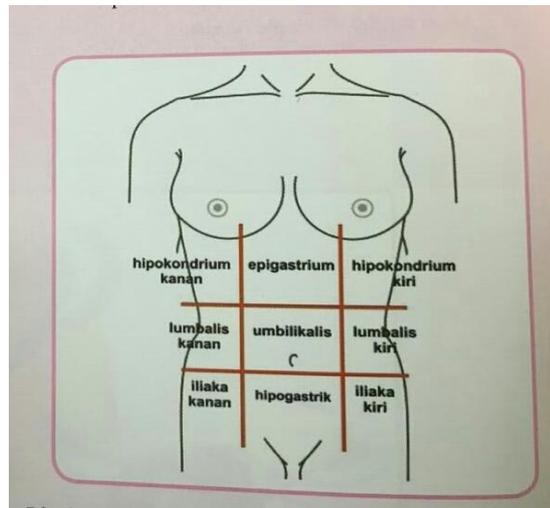
a. Garis vertikal

Melalui pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan simfisis pubis.

b. Garis horizontal

- 1) Bidang subkostalis, meghubungkan titik terbawah tepi kosta satu sama lain. Merupakan tepi inferior tulang rawan kosta X dan terletak bersebrangan dengan lumbalis III.
- 2) Bidang intertuberkularis, menghubungkan tuberkulum pada kista iliaca yang terletak setinggi korpus vertebrata lumbalis V.

**Gambar 2.1 Kuadran Abdomen**



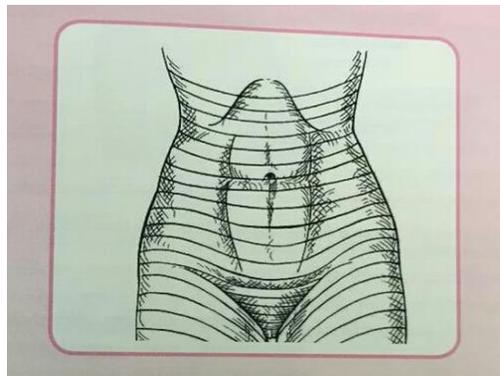
(Rasjidi, 2015)

Dinding abdomen tersusun dari superfisial ke profunda : kulit, jaringan subkutan, otot dan fasia, jaringan ekstrapertonium, dan peritonium.

a. Kulit

*Langer liner* menggambarkan arah serabut dermis pada kulit. Pada dinding ventral abdomen, *langer liners* tersusun secara transversal. Inilah yang menyebabkan insisi kulit vertikal pada abdomen akan menopang lebih besar tegangan kulit dari lateral sehingga membentuk scar yang lebih besar. Sebaliknya, insisi kulit transversal, misalnya insisi pfannenstiel, akan mengikuti arah serabut *langer lines* sehingga dari segi kosmetik, hasil penyembuhan kulitnya lebih baik.

**Gambar 2.2 Longer Lines**



(Rasjidi, 2015)

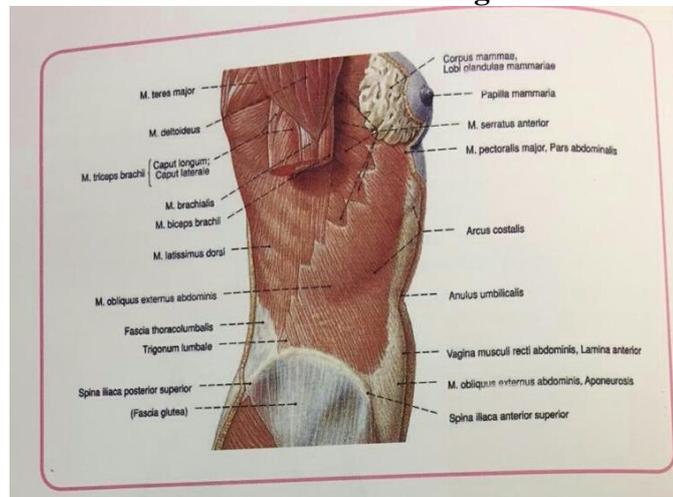
b. Jaringan subkutan

Lapisan ini dibagi menjadi jaringan lemak superfisial (*faria Camper*) dan lapisan membranous dibawahnya (*fasia Scarpa*).

c. Otot dan fasia

Otot-otot dinding ventral abdomen, yaitu m. rektus abdominis, m. Piramidalis. Otot-otot dinding lateral abdomen, yaitu m. obliquus abdominis eksternus, m. onliquus abdominis internus, m. transversus abdominis. Otot-otot dinding abdomen pada bidang median membentuk suatu aponeurosis yang berjalan dari procesus xiphoiderus menuju simfisis pubis. Aponurosis ini nampak sebagai suatu garis yang disebut sebagai linea alba. Susunan serabut otot dinding abdomen sejajar dengan arah serabut kulit. Oleh karena itu, garis jahitan pada insisi vertikal akan mendapat tegangan yang lebih besar sehingga insisi vertikal lebih sering menyebabkan terjadinya dehisensi dan hernia.

**Gambar 2.3 Otot-Otot Dinding Abdomen**



(Dikutip Dari : Frank H. Netter. Atlas Os Human Anatomy. Italy. Icon. 1997)

d. Jaringan ekstrapéritoneum dan peritoneum

Peritoneum merupakan selaput tipis dan mengkilap yang melapisi dinding kavum abdomen sebelah dalam. Peritoneum dibagi menjadi :

- 1) Peritoneum parietalis yaitu langsung melekat pada dinding abdomen.
- 2) Peritoneum visceralis, yaitu menutupi organ-organ visceralis.

Peritoneum yang menghubungkan organ dan dinding abdomen ini secara umum disebut mesenterium.

e. Vaskularis

Vaskularis dinding ventral abdomen :

- 1) Jaringan subkutan

a) Epigastrika superfisial

Berasal dari a. Femoralis setelah melewati kanalis femoralis, berjalan diagonal menuju umbilikus. Terletak 5-6 cm dari garis

tengah diatas pus dan 4-5 cm dari garis tengah setinggi umbilikus dan pada pertengahan antara palpasi denyut a.femoralis dan umbilikus.

b) A. Pupenda eksterna superfisial

Berasal dari a.femoralis dan berjalan diagonal ke mons pubis.

c) A. Iliaka sirkumfleksa superfisial

Berjalan lateral daro a.femoralis menuju daerah flank

2) Otot dan aponeurosis

Terdiri atas a.epigastrika inferior, a.epigastrika superior, a.sirkumfleksa profunda, a.muskulofrenika.

### 2.1.2 Etiologi Sectio Caesaria

Penyebab seorang ibu atau kelahiran dilakukan *sectio caesaria* atas indikasi.

Menurut Rasjidi (2009) indikasi *sectio caesria* yaitu :

a. Indikasi mutlak

1) Indikasi ibu

a) Panggul sempit

b) Kegagalan melahirkan secara noemal karena kurang adekuatnya stimulasi

c) Tumor-tumor jalan lahir yang menyebabkan obstruksi

d) Stenosis serviks atau vagina

e) Plasenta previa

f) Disproporsi sefalopelvik

g) Ruptur uteri membakat

2) Indikasi janin

- a) Kelainan letak
- b) Gawat janin
- c) Prolapsus plasenta
- d) Perkembangan bayi terhambat
- e) Mencegah hipoksia janin, misalnya karena preeklamsia

b. Indikasi relatif

- 1) Riwayat seksio sesarea sebelumnya
- 2) Presentasi bokong
- 3) Distosia
- 4) *Fetal distress*
- 5) Preeklamsia berat, penyakit kardiovaskuler dan diabetes
- 6) Ibu dengan HIV positif sebelum inpartu
- 7) Gemeli, menurut Eastman, seksio sesarea dianjurkan :

Bila janin pertama letak lintang atau presentasi bahu, nila terjadi interlock, distosia oleh karena tumor, IUFD ( *Intra Uterine Fetal Death*)

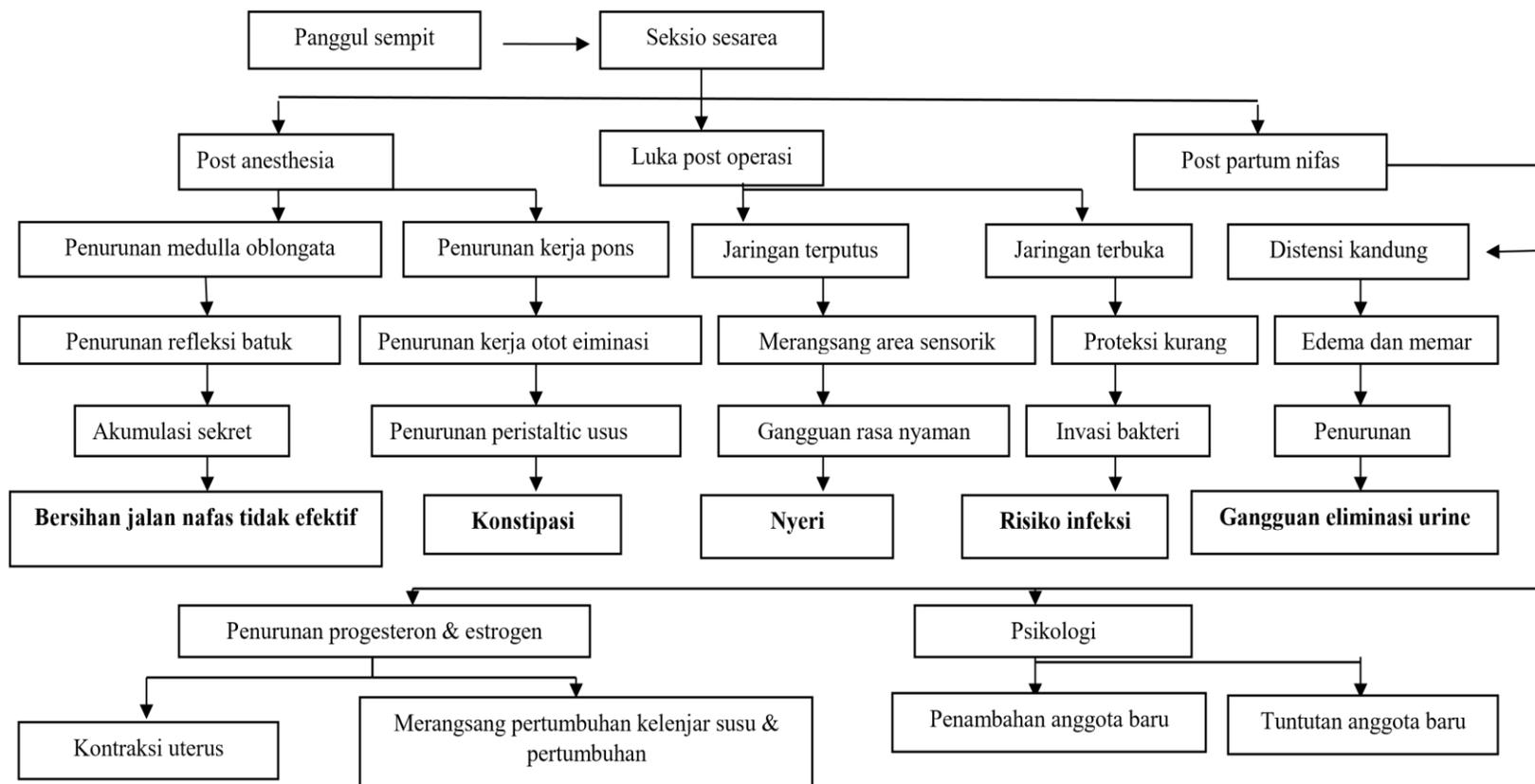
c. Indikasi sosial

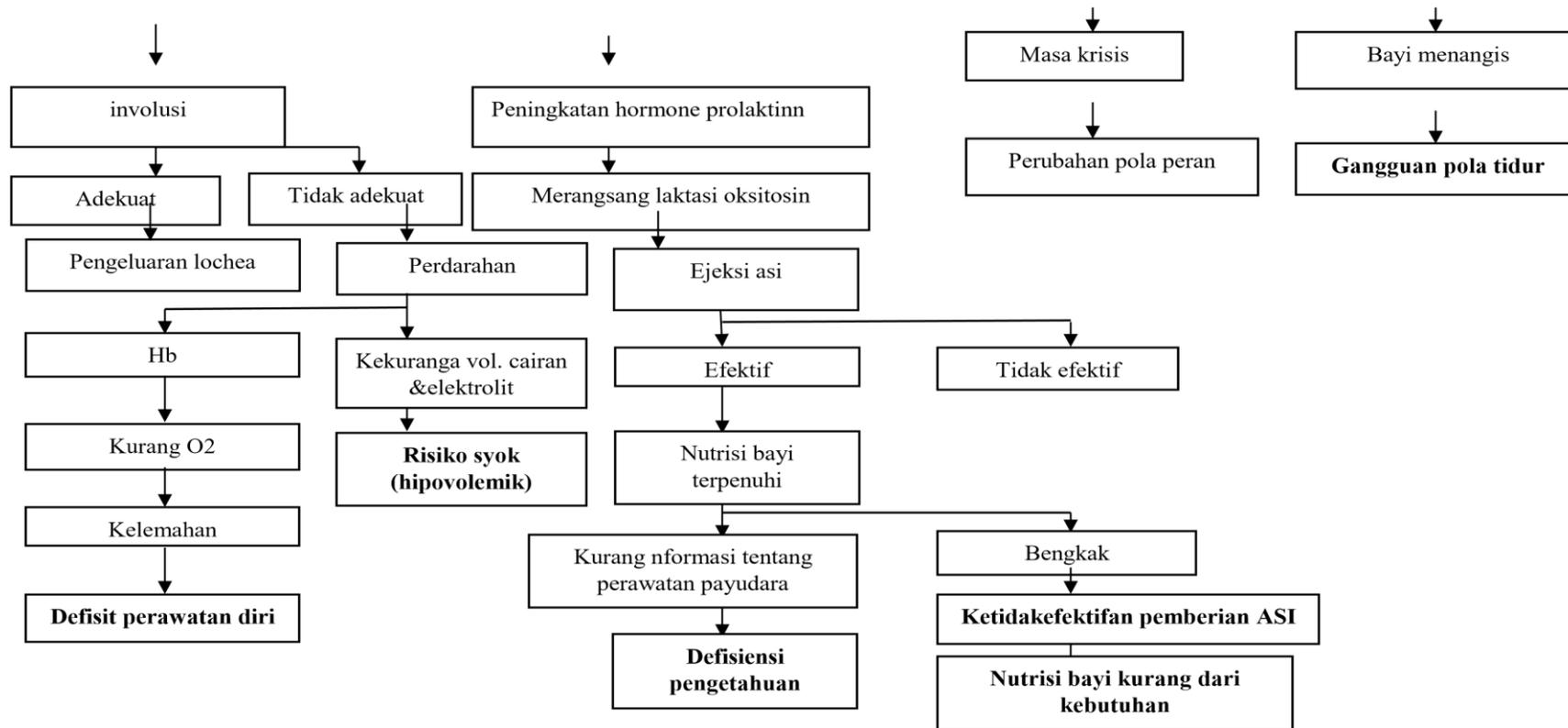
- 1) Wanita yang takut melahirkan berdasarkan pengalaman sebelumnya.
- 2) Wanita yang ingin seksio sesarea elektif karena takut bayinya mengalami cedera atau asfiksia selama persalinan atau atau mengurangi risiko kerusakan dasar panggul.

- 3) Wanita yang takut terjadinya perubahan pada tubuhnya atau *sexuality image* setelah melahirkan.

### 2.1.3 Pathofisiologi

**Bagan 2.1 Pathway Sectio Caesaria**



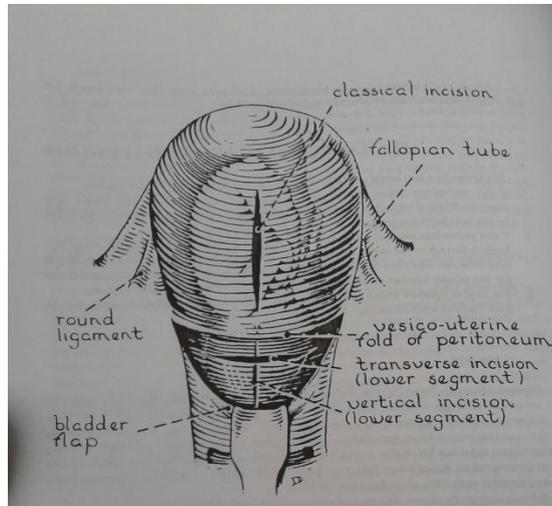


Sumber : Nurrarif, 2015

### 2.1.4 Tipe-tipe Sectio Caesaria

Menurut Oxorn & Forte (2012), tipe-tipe *sectio Caesaria* yaitu :

**Gambar 2.4 Jenis Insisi Abdomen**



Sumber : Oxon & Forte (2012)

#### a. Segmen bawah : insisi melintang

Tipe *Sectio Caesaria* tipe ini memungkinkan abdomen dibuka dan uterus di singkapkan. lipatan *vesicouterina (blader flap)* yang terletak dengan sambungan segmen atas dan bawah uterus ditentukan dan disayat melintang, lipatan ini dilepaskan dari segmen bawah bersama-sama kandung kemih di dorong ke bawah serta ditarik agar tidak menutupi lapang pandang.

Keuntungan :

- 1) Insisi ada pada segmen bawah uterus. Namun demikian, kita harus yakin bahwa tempat insisi ini berada pada segmen atas yang muskuler.
- 2) Otot dinding tidak dipotong tetapi dipisah ke samping, cara ini mengurangi perdarahan.
- 3) Insisi jarang terjadi sampai placenta.

- 4) Kepala janin biasanya berada dibawah insisi dan mudah diekstraksi.
- 5) Lapisan otot yang tipis dari segmen bawah rahim lebih mudah dirapatkan kembali dibanding segmen atas yang tebal.
- 6) Keseluruhan luka insisi terbungkus oleh lipatan vesicouterina sehingga mengurangi perembasan ke dalam cavum peritonei generalisata.
- 7) Ruptura jaringan cicatrix yang melintang kurang membahayakan jiwa ibu dan janin karena :
  - a) Insidensi ruptura tersebut lebih rendah
  - b) Kejadian ini jarang terjadi sebelum aterm. Dengan demikian, pasien sudah dalam pengamatan ketat rumah sakit.
  - c) Perdarahan dari segmen bawah yang kurang mengandung pembuluh darah itu lebih sedikit dibandingkan perdarahan dari corpus.
  - d) Ruptura bekas insisi melintang yang rendah letaknya kadang-kadang saja diikuti dengan ekspulsi janin atau dengan terpisahnya placenta, sehingga masih ada kesempatan untuk menyelamatkan bayi.

Kerugian :

- 1) Jika insisi terlampaui jauh ke lateral, seperti terjadi pada kasus yang bayinya terlalu besar, maka pembuluh darah uterus dapat terobek sehingga menimbulkan perdarahan hebat.
- 2) Prosedur ini tidak dianjurkan kalau terdapat abdonormalitas pada segmen bawah, seperti fibroid atau varices yang luas.
- 3) Pembedahan sebelumnya atau pelekatan yang padat yang menghalangi pencapaian segmen akan mempersulit operasi.

- 4) Kalau segmen bawah belum terbentuk dengan baik, pembedahan melintang sukar dikerjakan.
- 5) Kadang-kadang vesica urinaria melekat pada jaringan cicatriz yang terjadi sebelumnya sehingga vesica urinaria dapat terluka.

b. Segmen bawah : insisi membujur

Insisi membujur dibuat dengan skalpel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi. Insisi membujur mempunyai keuntungan, yaitu kalau perlu luka insisi bisa diperlebar ke atas. Pelebaran ini diperlukan kalau bayinya besar, pembentukan segmen bawah jelek, ada malposisi janin seperti letak lintang atau kalau ada anomali janin seperti kehamilan kembar yang menyatu (*conjoined twins*). Salah satu kerugian utamanya adalah perdarahan dari tepi sayatan yang lebih banyak karena terpotongnya otot, juga sering luka insisi tanpa dikehendaki meluas ke segmen atas sehingga nilai penutupan retroperitoneal yang lengkap akan hilang.

c. *Sectio Caesaria* Klasik

Insisi longitudinal di garis tengah dibuat dengan skalpel ke dalam dinding interior uterus dan dilebarkan ke atas serta ke bawah dengan gunting berujung tumpul.

- 1) Kesulitan dalam menyingkapkan segmen bawah yaitu adanya pembuluh-pembuluh darah besar pada dinding anterior, vesica urinaria yang letaknya tinggi dan melekat, myoma pada segmen bawah.
- 2) Bayinya yang tercekam pada letak lintang

- 3) Beberapa kasus placenta previa anterior
- 4) Malformasi uterus tertentu

Kerugian :

- 1) Myometrium yang tebal harus dipotong, sinus-sinus yang lebar dibuka dan perdarahannya banyak
- 2) Bayi sering diekstraksi bokong dahulu sehingga kemungkinan aspirasi cairan ketuban lebih besar
- 3) Apabila placenta melekat pada dinding depan uterus, insisi akan memotongnya dan dapat menimbulkan kehilangan darah dari sirkulasi janin yang berbahaya
- 4) Letak insisi tidak tertutup dalam kavum peritonei generalisata dan isi uterus yang infeksi kemungkinan besar merembes dengan akibat peritonitis
- 5) Insiden pelekatan uteri pada luka jahitan uterus lebih tinggi.

*d. Sectio Caesaria Extraperitoneal*

Pembedahan ini dikerjakan untuk menghindari perlunya histerektomi pada kasus-kasus yang mengalami infeksi luas dengan mencegah peritonitis generalisata yang sering bersifat fatal. Teknik pada prosedur ini relatif sulit, sering tanpa sengaja masuk kedalam cavum peritonei dan insidensi cedera vesica urinaria meningkat.

*e. Histerektomi Caesaria*

Pembedahan ini merupakan sectio caesaria yang dilanjutkan dengan pengeluaran uterus.

Indikasi :

- 1) Perdarahan akibat atonia uteri setelah terapi konservatif gagal
- 2) Perdarahan yang tidak dapat dikendalikan pada kasus-kasus plasenta previa dan abduptioplacenta tertentu
- 3) Pada kasus-kasus tertentu kanker serviks atau ovarium
- 4) Rupturi arteri yang tidak dapat diperbaiki
- 5) Cicatrix yang menimbulkan cacat pada uterus

Sedangkan menurut Nurrarif dan Kusuma (2015), jenis-jenis dari seksio sesarea adalah:

a. Sectio caesaria abdomen :

1) Sectio caesaria transperitonealis.

- a) Sectio caesaria klasik (corporal) dengan insisi memanjang pada korpus uteri
- b) Sectio caesaria ismika (profunda) atau *low servical* dengan insisi dibawah segmen rahim

2) Sectio caesaria peritonealis yaitu tanpa membuka peritoneum parietalis dengan demikian tidak membuka kavum abdomen.

b. Sectio caesarea klasik (korporal)

*Sectio caesaria* klasik merupakan pembedahan yang dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm.

c. Sectio caesaria ismika (profunda).

*Sectio caesaria* ismika adalah dimana pembedahan dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim (*low servical transversal*) kira-kira sepanjang 10 cm.

**Gambar 2.5 Jenis Insisi Abdomen Pada Sectio Caesaria**



*Sumber : Chunningman, 2013*

### **2.1.5 Kontra Indikasi**

1. Janin mati
2. Syok
3. Anemia berat
4. Kelainan kongenital berat
5. Infeksi piogenik pada dinding abdomen
6. Minimnya faslitas operasi seksio sesarea (dr. Imam Rasjidi, 2009).

### **2.1.6 Pemeriksaan Penunjang**

1. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
2. Pemantauan EKG
3. JDL dengan diferensial
4. Elektrolit
5. Hemoglobin dan Hematokrit
6. Golongan darah

7. Urianlisis
  8. Amnio sentesis etrhadap maturitas paru janin sesuai janin
  9. Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi
- Ultrasound sesuai pesanan (Nurarif & Kusuma, 2015).

### **2.1.7 Komplikasi**

1. Angka morbiditasnya 20%
2. Darah lebih banyak hilang
3. Kerusakan pada traktus urinarius dan usus termasuk pembentukan fistula
4. Trauma psikologis akibat hilangnya rahim (Harry Oxorn & William, 2010).

### **2.1.8 Penatalaksanaan Medik Dan Implikasi Keperawatan**

Penatalaksanaan medik dan implikasi keperawatan pada ibu post seksio sesarea yaitu: pemberian cairan, karena 24 jam pertama penderita pasca operasi, maka pemberian cairan intravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada oragan tubuh lainnnya; diet, pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada pada 6 – 10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh; mobilisasi, dilakukan secara bertahap meliputi miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 – 10 jam setelah operasi. Kemudian posisi tidur terlentang dapat diubah menjadi setengah posisi duduk (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, kateter biasanya terpasang 24-48 jam/lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

Juga diberikan beberapa jenis obat-obatan seperti antibiotik, analgetik, caboransia seperti neurobian I 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 & Kristiyanasari, 2010).

## **2.2 Masa Nifas**

### **2.2.1 Definisi Masa Nifas**

Masa nifas adalah suatu periode dalam minggu-minggu pertama setelah melahirkan. Lamanya periode ini tidak pasti, sebagian besar menganggapnya antara 4 sampai 6 minggu (Cunningham, 2013).

Masa nifas atau masa puerperium adalah masa setelah partus selesai dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu. Istilah *puerperium* (berasal dari kata *puer* artinya anak, *parele* artinya melahirkan) menunjukkan 6 periode 6 minggu yang berlangsung antara berakhirnya periode persalinan dan kembalinya organ reproduksi wanita ke kondisi normal seperti sebelum hamil (Maryunani, 2015).

### **2.2.2 Tahapan Masa Nifas**

Menurut Astuti (2015) perubahan fisik masa nifas dibagi menjadi 2 fase, yaitu

:

a. Masa nifas dini

Masa nifas dini berlangsung hingga 24 jam pertama pasca persalinan. Perubahan paling dominan pada tubuh ibu bersalin di mulai segera setelah terjadinya evakuasi janin dari dalam rahim, terutama pada uterus.

b. Masa nifas lanjut

Masa nifas lanjut berlangsung sesudah 24 jam hingga 42 hari pasca persalinan.

### **2.2.3 Perubahan Fisiologi Dalam Masa Nifas**

Menurut Maryunani (2009) terdapat bebearapa perubahan fisiologis tubuh ibu pada masa nifas antara lain :

a. Perubahan dalam sistem reproduksi

1) Uterus

a) Proses involusi

Involusi atau pengerutuan uterus merupakan suatu proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil. Proses involusi merupakan salah satu peristiwa penting dalam masa nifas, disamping proses laktasi (proses pengeluaran laktasi). Uterus ibu yang melahirkan masih membesar, jika diraba dari luar tinggi fundus uteri kira-kira 1 jari dibawah pusat, sedangkan neratnya lebih kurang 1 kg. Hal ini disebabkan oleh banyaknya darah dalam dinding rahim mengalir dalam pembuluh-pembuluh darah yang membesar.

**Tabel 2.1 Involusi Uterus**

Involusi	Berat uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks
Pada akhir persalian	900 gram	12,5 cm	Lembut / lunak
Pada akhir minggu ke-1	450 gram	7,5 cm	2 cm
Pada akhir minggu ke-2	200gram	5,0 cm	1 cm
Sesudah akhir 6 minggu	200 gram	2,5 cm	menyempit

( Maryunani, 2009)

#### b) Kontraksi

Kontraksi uterus terus meningkat secara bermakna setelah bayi keluar, yang di perkirakan terjadi respon terhadap penurunan volume intra uteri yang sangat besar. Kontraksi uterus yang meningkat setelah bayi keluar, ini menyebabkan iskemia pada lokasi pelekatan plasenta sehingga jaringan pelekatan antara plasenta dan dinding uterus menjadi nekrosis dan lepas.

#### c) Afterpains

Dalam minggu pertama sesudah bayi lahir, mungkin ibu mengalami kram/mules pada abdomen yang berlangsung sebentar, mirip sekali kram pada periode menstruasi, keadaan ini disebut afterpains, yang timbul karena kontraksi uterus pada waktu mendorong gumpalan darah dan jaringan didalam uterus.

#### d) Tempat plasenta

Dengan involusi uterus ini, maka lapisan luar dari decidua yang mengelilingi tempat/situs plasenta akan menjadi nekrotik. decidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan, suatu campuran

antara darah yang dinamakan lokia yang menyebabkan pelepasan jaringan nekrotik tadi adalah karena pertumbuhan endometrium.

e) Lokia

Lokia adalah darah dan cairan yang keluar dari vagina selama masa nifas. Lokia mempunyai reaksi basa yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada vagina normal. Lokia mempunyai bau amis/anyir meskipun tiak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap ibu. Ada tiga jenis lokia sesuai dengan warnanya, yaitu:

(1) Lokia rubra/kruenta

Merupakan cairan bercampur darah dan sisa-sisa penebalan dinding rahim (desidua) dan sisa-sisa penanaman plasenta (selaput ketuban), berbau amis. Lokia rubra berwarna kemerah-merahan dan keluar sampai hari ke-3 atau ke-4.

(2) Lokia serosa

Lokia ini mengandung cairan darah dengan jumlah lebih sedikit dan lebih banyak mengandung serum dan leukosit. Lokia ini berwarna kecoklatan atau kekuning-kuningan dan keluar dari hari ke-5 sampai hari ke-9 berikutnya.

(3) Lokia alba (putih)

Lokia alba terdiri dari leukosit, lendir leher rahim. Dan jaringan-jaringan mati yang lepas dalam proses penyembuhan.

Lokia alba berwarna lebih pucat, putih kekuning-kuningan dan keluar selama 2-3 minggu.

## 2) Laktasi

Produksi ASI masih sangat dipengaruhi oleh faktor kejiwaan, ibu yang selalu dalam keadaan tertekan, sedih, kurang percaya diri dan berbagai ketegangan emosional akan menurunkan volume ASI bahkan tidak terjadi produksi ASI. Ada 2 refleks yang sangat dipengaruhi oleh keadaan jiwa ibu, yaitu:

### a) Refleks Prolaktin

Pada waktu bayi menghisap payudara ibu, ibu menerima rangsangan neurohormonal pada puting dan areola, rangsangan ini melalui nervus vagus diteruskan ke hypophysa lalu ke lobus anterior, lobus anterior akan mengeluarkan hormone prolaktin yang masuk melalui peredaran darah sampai pada kelenjarkelenjar pembuat ASI dan merangsang untuk memproduksi ASI.

Pada ibu yang melahirkan anak, tetapi tidak menyusui, kadar prolaktin akan menjadi normal pada minggu ke 2-3. Pada ibu yang menyusui, prolaktin tidak akan meningkat dalam keadaan seperti stress atau pengaruh psikis, anestesi, operasi, dan merangsang puting susu.

b) Refleks *Let Down*

Refleks ini mengakibatkan memancarnya ASI keluar, isapan bayi akan merangsang puting susu dan areola yang dikirim lobus posterior melalui nervus vagus, dari glandula pituitary posterior dikeluarkan hormon oxytosin ke dalam peredaran darah yang menyebabkan adanya kontraksi otot-otot myoepitel dari saluran air susu, karena adanya kontraksi ini maka ASI akan terperas ke arah ampula. Faktor-faktor yang menghambat refleks *let down* adalah stress, seperti keadaan bingung/pikiran kacau, takut, dan cemas.

Beberapa hal yang memengaruhi produksi ASI yaitu seperti makanan yang mengandung cukup gizi, konsumsi rokok dan alkohol, ketenangan jiwa dan pikiran, kurang istirahat, faktor isapan bayi dan frekuensi penyusuan, serta perawatan payudara.

Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidaklancaran produksi ASI. Pemijatan ini dilakukan pada sepanjang tulang belakang (*vertebrata*) sampai tulang costae ke-V dan VI guna merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan. Selain pemberian pijat oksitosin, juga terdapat metode perawatan payudara yang sangat penting untuk memperlancar pengeluaran ASI dengan merangsang kelenjar-kelenjar air susu melalui pemijatan (Muliani et al, 2018).

Mulianai etc, mengatakan dalam Jurnal Ilmu Kesehatan bahwa kombinasi perawatan payudara dan pijat oksitosin efektif terhadap

produksi ASI lebih besar pada ibu post partum dibandingkan hanya dilakukan perawatan payudara. Hal ini dikarenakan kombinasi dari kedua metode tersebut yaitu pijatan pada payudara dan pijatan di daerah punggung dengan tujuan untuk memberikan rangsangan pada kelenjar air susu agar dapat melancarkan pengeluaran ASI dan memberikan kenyamanan serta menciptakan rasa rileks pada ibu.

### 3) Serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks adalah serviks terlihat memanjang seperti celah atau garis horizontal agak lebar, sering disebut mulut ikan atau porous serviks. Serviks akan menjadi lunak segera setelah melahirkan. Dalam waktu sekitar 20 jam setelah persalinan, serviks akan kembali ke bentuk semula di dalam masa involusi.

### 4) Vagina

Pada sekitar minggu ketiga, vagina mengecil dan timbul rudae kembali. Vagina yang semula sangat rengang akan kembali secara bertahap seperti ukuran sebelum hamil pada minggu ke-6 sampai ke-8 setelah melahirkan.

### 5) Perineum

Perineum adalah daerah antara vulva dan anus. Biasanya setelah melahirkan, perineum menjadi agak bengkak atau memar dan mungkin ada luka jahitan bekas robekan atau episiotomi, yaitu sayatan untuk memperluas pengeluaran bayi.

#### 6) Organ otot panggul

Struktur dan penopang otot uterus dan vagina dapat mengalami cedera selama waktu melahirkan. Hal ini dapat menyebabkan relaksasi panggul, yang berhubungan dengan pemanjangan dan melemahnya topangan permukaan struktur panggul yang menopang uterus, dinding vagina, rektum, uretra, dan kandung kemih.

#### c. Perubahan dalam sistem kardiovaskuler

Pada kehamilan terjadi peningkatan sirkulasi volume darah yang mencapai 50%. Toleransi kehilangan darah pada saat melahirkan perdarahan pervaginam normalnya 400-500 cc. Sedangkan melalui sectio caesaria kurang lebih 700-1000 cc. Bradikardi dianggap normal, jika terjadi takikardi dapat merefleksikan adanya kesulitan atau persalinan lama dan darah yang keluar lebih dari normal atau perubahan setelah melahirkan. Denyut jantung selama hamil meningkat, setelah melahirkan keadaan tersebut akan meningkat lebih tinggi lagi selama 30 sampai 60 menit karena darah yang biasanya melintasi sirkuit uteri/plasenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum.

#### d. Perubahan dalam sistem perkemihan

Setelah proses persalinan biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil. Hal ini disebabkan terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung.

e. Perubahan dalam sistem endoktrin

1) Hormon Plasenta

Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7.

2) Hormon Pituitary

Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke-3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

3) Hipotalamik Pituitary Ovarium

Untuk wanita yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi.

f. Perubahan dalam sistem gastrointestinal

Biasanya ibu akan mengalami keadaan konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan, alat pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktivitas tubuh. Namun hal ini masih dalam kondisi normal dimana faal usus akan kembali normal dalam 3-4 hari.

g. Perubahan sistem muskulokeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi

retrofleksi, karena ligament rotundum menjadi kendur. Stabilisasi/secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

h. Perubahan tanda-tanda vital

1) Suhu

Selama 24 jam pertama, suhu mungkin meningkat menjadi 38°C sebagai akibat meningkatnya kerja otot, dehidrasi dan perubahan hormonal. Jika terjadi peningkatan suhu 38°C yang menetap selama 2 hari setelah melahirkan, maka perlu dipikirkan adanya infeksi.

2) Nadi

Dalam periode 6-7 jam sesudah melahirkan, sering ditemukan adanya bradikardi 50-70 x/menit dan dapat berlangsung sampai 6-10 hari setelah melahirkan. Hal ini bisa berhubungan dengan penurunan kerja jantung dan penuluran volume darah.

3) Tekanan darah

Selama beberapa jam setelah melahirkan, ibu dapat mengalami hipotensi orthostatik (penurunan 20 mmHg) yang ditandai dengan adanya pusing segera setelah berdiri, yang dapat terjadi hingga 46 jam pertama. Penurunan tekanan darah bisa mengidentifikasi penyesuaian fisiologis terhadap penurunan tekanan intrateutik atau adanya hipovolemia sekunder yang berkaitan dengan hemoragi uterus.

4) Pernafasan

Fungsi pernafasan ibu kembali ke fungsi seperti saat sebelum hamil pada bulan ke enam setelah melahirkan.

#### 2.2.4 Adaptasi Psikologis Dalam Masa Nifas

a. Adaptasi psikologi ibu dalam masa nifas

Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu mengalami fase-fase berikut (Dewi & Sunarsih, 2011)

1) Fase *taking in*

Fase *taking in* yaitu periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan berulang kali diceritakannya. Hal ini membuat ibu menjadi cenderung pasif terhadap lingkungannya.

2) 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 dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu memiliki perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah.

3) Fase *letting go*

Fase *letting go* merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya, serta kepercayaan dirinya yang sudah meningkat. Pendidikan kesehatan yang kita berikan pada fase sebelumnya akan sangat bergina bagi ibu. Ibu lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya.

## b. Postpartum Blues

*Postpartum blues* atau sering juga disebut *maternity blues* atau sindrom ibu baru, dimengerti sebagai suatu sindrom gangguan efek ringan pada minggu pertama setelah persalinan yang ditandai dengan gejalagejala seperti reaksi depresi/sedih/disforia, sering menangis, mudah tersinggung, cemas, labilitas perasaan, cenderung menyalahkan diri sendiri, mudah sedih. Puncak dari *postpartum blues* ini 3-5 hari setelah melahirkan dan berlangsung dari beberapa hari sampai 2 minggu (Dewi & Sunarsih, 2011).

## 2.3 Konsep Dasar Laktasi

### 2.3.1 Definisi Bendungan ASI

Bendungan ASI adalah penyempitan pada duktus laktiferus, sehingga sisa ASI terkumpul pada sistem duktus yang mengakibatkan terjadinya pembengkakan (Sarwono, 2008). Bendungan ASI adalah pembendungan ASI karena penyempitan duktus laktiferus atau oleh kelenjar-kelenjar tidak dikosongkan dengan sempurna atau karena kelainan pada puting susu, payudara yang membengkak ini yang sering terjadi sesudah melahirkan pada hari ketiga atau keempat (Bahiyatun, 2008).

Dari pengertian diatas maka dapat diambil kesimpulan bahwa bendungan ASI adalah terjadinya pembengkakan pada payudara karena peningkatan aliran vena dan limfe sehingga menyebabkan pembengkakan.

### 2.3.2 Etiologi

Menurut Ai Yeyeh (2012), beberapa faktor yang dapat menyebabkan bendungan ASI, yaitu:

- a. Pengosongan mammae yang tidak sempurna
- b. Faktor hisapan bayi yang tidak aktif
- c. Faktor posisi menyusui bayi yang tidak benar
- d. Puting susu terbenam
- e. Puting susu terlalu panjang

### 2.3.3 Manfaat ASI Eksklusif

- a. Keuntungan ASI untuk ibu

Menurut Atikah dan Eni (2010) keuntungan ASI bagi ibu, antara lain:

- 1) Dapat digunakan sebagai metode KB alami
- 2) Mempercepat proses involusi uterus
- 3) Mempercepat proses pembentukan tubuh keukuran semula
- 4) Lebih ekonomis dan murah
- 5) Tidak merepotkan dan hemat waktu
- 6) Mengurangi kemungkinan kanker payudara
- 7) Memberikan kesenangan dan kepuasan bagi ibu
- 8) Mencegah perdarahan pasca persalinan

- b. Keuntungan ASI untuk bayi

Menurut Vivian & Sunarsih (2011) manfaat ASI bagi bayi yaitu:

- 1) Nutrien (zat gizi) dalam ASI sesuai dengan kebutuhan bayi
- 2) ASI mengandung zat protektif

- 3) ASI meningkatkan kecerdasan bayi
- 4) Mengurangi kejadian karies dentis.
- 5) Mengurangi kejadian maloklusi

#### **2.3.4 Perawatan Payudara**

Menurut Yuliani Atik (2014), perawatan payudara sebagai persiapan untuk menyusui bayinya, karena payudara merupakan organ esensial penghasil ASI yang menjadi makanan pokok bayi baru lahir sehingga perlu dilakukan perawatan sedini mungkin.

##### **a. Tujuan Perawatan Payudara**

Untuk menjaga kebersihan payudara sehingga terhindar dari infeksi, untuk mengenyalkan puting susu supaya tidak mudah lecet, untuk menonjolkan puting susu, menjaga bentuk buah dada tetap bagus, untuk mencegah terjadinya penyumbatan, untuk memperbanyak produksi ASI dan untuk mengetahui adanya kelainan .

##### **b. Persiapan untuk mencapai hasil yang baik yaitu:**

Pengurutan untuk dikerjakan secara teratur, memperhatikan makanan dan minuman dengan menu seimbang, memperhatikan kebersihan sehari-hari terutama kebersihan payudara, memperhatikan BH yang bersih dan bentuknya menyokong payudara, istirahat yang cukup dan pikiran yang tenang, menghindari rokok dan minuman yang beralkohol.

##### **c. Pelaksanaan Perawatan Payudara**

Puting susu dikompres dengan kapas minyak selama 3-4 menit, kemudian bersihkan dengan kapas minyak tadi. Setelah itu, pengenyalan yaitu puting

susu dipegang dengan ibu jari dan jari telunjuk diputar kedalam 10 kali keluar 10 kali. Lanjutkan penonjolan puting susu yaitu puting susu cukup ditarik sebanyak 20 kali dan dirangsang dengan menggunakan ujung washlap, lalu pengurutan payudara: telapak tangan petugas diberi baby oil atau minyak kelapa kemudian diratakan, tempatkan kedua telapak tangan diantara kedua payudara. Urutlah payudara dari tengah ke atas, ke samping lalu ke bawah sambil mengangkat kedua payudara dan lepaskan kedua payudara perlahan-lahan. Lakukan gerakan ini 20 kali. Lalu peganglah payudara kiri dengan tangan kiri lalu diurut dari pangkal ke puting susu dengan menggunakan sisi tangan masing-masing sebanyak 20 kali. Setelah itu telapak tangan kiri menyangga payudara kiri, lalu tangan kanan dikepalkan (seperti menggenggam). Lakukan penekanan pada payudara kiri dengan menggunakan posisi persendian dari kelima jari tangan yang mengepal. Lakukan bergantian masing-masing 20 kali. Selanjutnya kompres kedua payudara dengan waslap hangat kemudian ganti dengan kompres washlap dingin. Kompres bergantian selama 5 kali berturut-turut, bersihkan payudara dengan handuk, kemudian pakailah BH (kutang) yang menyangga payudara, bantu ibu memakai baju, setelah selesai bereskan alat, cuci tangan dan keringkan.

## 2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas

### 2.4.1 Pengkajian

#### a. Pengumpulan data

- 1) Identitas klien meliputi nama, umur, pendidikan, suku, nama, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, nomor *medical record*, diagnosa medik, tanggal masuk, dan tanggal dikaji (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2010).
- 2) Identitas penanggung jawab meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hhubungan dengan klien.

#### b. Riwayat kesehatan

- 1) Riwayat kesehatan sekarang menurut Jitowiyono dan Kristiyanasari (2010) meliputi :

##### a. Keluhan Utama Masuk Rumah Sakit

Menguraikan mengenai keluhan yang pertama kali dirasakan, penanganan yang pernah dilakukan sampai klien dibawa ke rumah sakit dan penanganan pertama yang dilakukan saat di rumah sakit.

##### b. Keluhan Utama Saat Dikaji

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah klien operasi.

Umumnya klien akan mengeluh nyeri pada luka operasi, keluhan ini diuraikan dengan metode PQRST (Maryunani, 2015) :

P = Paliatif / Profokatif

Yaitu segala sesuatu yang memperberat dan memperingan keluhan. Pada post partum dengan Scbiasanya klien mengeluh nyeri dirasakan bertambah apabila banyak bergerak dan dirasakan berkurang apabila klien beristirahat.

Q = Quality/ Quanty

Yaitu dengan memperhatikan bagaimana rasanya dan kelihatannya. Pada post partum dengan SC biasanya klien mengeluh nyeri pada luka jahitan yang sangat perih seperti di iris-iris.

R = Region /Radiasi

Yaitu menunjukkan lokasi nyeri dan penyebarannya. Pada post partum dengan SC klien mengeluh nyeri pada daerah luka jahitan pada abdomen biasanya tidak ada penyebaran ke daerah lain.

S = Saveraty / Scale

Yaitu menunjukkan dampak dari keluhan nyeri yang dirasakan klien dan seberapa besarnya gangguannya yang diukur dengan skala nyeri 0-10.

T = Timing

Yaitu menunjukkan waktu terjadinya frekuensi kejadian keluhan tersebut. Pada post partum dengan SC biasanya nyeri dirasakan hilang timbul dengan frekuensi yang tidak menentu tergantung aktivitas yang dilakukan.

## 2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Meliputi penyakit yang lain yang dapat mempengaruhi penyakit sekarang, maksudnya apakah klien pernah mengalami penyakit yang sama (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2010).

## 3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi penyakit yang diderita klien dan apakah keluarga klien juga mempunyai riwayat persalinan *sectio caesarea*.

### c. Riwayat ginekologi dan obstetri

#### 1) Riwayat ginekologi

##### a) Riwayat menstruasi

Siklus haid, lamanya, banyaknya sifat darah (warna, bau, cair gumpalan) menarche disminorhae, HPHT dan taksiran persalinan (Sulistyawati, 2009)

##### b) Riwayat perkawinan

Mengkaji riwayat pernikahan, seperti pernikahan keberapa, bertujuan dalam memberikan konseling dan perawatan bayi baru lahir serta asuhan dalam perubahan psikologis (Sri Astuti dkk, 2015).

##### c) Riwayat keluarga berencana

Meliputi pengkajian tentang pengetahuan ibu dan pasangannya tentang kontrasepsi, jenis kontrasepsi yang pernah digunakan dan

yang akan digunakan nanti, ataupun rencana penambahan anggota keluarga di masa mendatang (Sri Astuti dkk, 2015).

## 2) Riwayat obstetri

### a) Riwayat kehamilan dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada kehamilan sebelumnya.

### b) Riwayat kehamilan sekarang

Usia kehamilan, keluhan selama kehamilan, gerakan anak pertama dirasakan oleh klien, imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam pemeriksaan kehamilannya (Sulistyawati, 2009).

### c) Riwayat persalinan dahulu

Meliputi umur kehamilan, tanggal partus, jenis partus, tempat persalinan, berat badan anak waktu lahir, masalah yang terjadi dan keadaan anak (Sulistyawati, 2009).

### d) Riwayat persalinan sekarang

Merupakan persalinan yang beberapa bagi klien, tanggal melahirkan, jenis persalinan, lamanya persalinan, banyaknya perdarahan, jenis kelamin anak, berat badan dan APGAR score dalam 1 menit pertama dan 5 menit pertama (Sulistyawati, 2009).

### e) Riwayat nifas dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya (Sulistyawati, 2009).

f) Riwayat nifas sekarang

Meliputi tentang adanya perdarahan, jumlah darah biasanya banyak, kontraksi uterus, konsistensi uterus biasanya keras seperti papan, tinggi fundus uteri setinggi pusat (Sulistiyawati, 2009).

d. Pola aktivitas sehari-hari, di rumah dan di rumah sakit (Astuti, 2015)

1) Pola nutrisi

Nafsu makan, pola menu makanan yang dikonsumsi, meliputi jumlah makan dan minum, jenis makanan (kalori, protein, vitamin, tinggi serat) frekuensi makan, ataupun konsumsi makanan ringan (seperti snack atau cemilan).

2) Pola eliminasi

Apakah ibu mengalami diuresis setelah melahirkan, adakah inkontinensia (hilangnya kontrol pengeluaran urin), apakah terjadi retensi urin karena rasa takut akibat luka episiotomi, apakah perlu alat bantu atau tindakan saat BAK serta pola BAB (frekuensi, konsistensi, rasa takut BAB karena luka perinium dan kebiasaan penggunaan toilet).

3) Pola istirahat dan tidur

Lamanya tidur, waktu tidur (siang dan malam), hal-hal yang mengganggu istirahat, penggunaan selimut, lampu remang-remang atau gelap, apakah mudah terganggu dengan suara-suara, dan posisi saat tidur.

#### 4) Personal hygiene

Pola mandi, kebersihan mulut dan gigi, penggunaan pembalut, kebersihan genitalia, pola berpakaian, serta tata rias rambut dan wajah.

#### 5) Aktifitas dan latihan

Kemampuan mobilisasi beberapa saat setelah melahirkan, seperti melakukan sebam nifas, kemampuan merawat diri, melakukan eliminasi, serta kemampuan bekerja atau beraktivitas, dan menyusui.

#### e. Pemeriksaan Fisik

##### 1) Pemeriksaan fisik ibu (Sulistyawati, 2009 dan Mansyur & Dahlan, 2014)

###### a) Keadaan umum

Meliputi tingkat kesadaran dan penampilan, berat badan, tinggi badan. Pada klien dengan post partum dengan SC biasanya kesadaran composmentis (kesadaran maksimal), dan penampilan tampak baik dan terkadang sedikit pucat.

###### b) Tanda-tanda vital

Pada tanda-tanda vital biasanya ada kenaikan pada suhu, yaitu mencapai 36-37°C, dengan frekuensi nadi 65-80 kali/menit pada hari pertama dan normal kembali pada hari ketiga tekanan darah dan respirasi normal.

###### c) Antropometri

Meliputi tinggi badan, BB sebelum hamil, BB sesudah hamil, dan BB setelah melahirkan.

d) Pemeriksaan fisik ibu

(1) Kepala

Perhatikan bentuk, distribusi rambut, bersih, warna rambut, adanya nyeri tekan dan lesi.

(2) Wajah

Penampilan, ekspresi, nyeri tekan, adanya edema pada pipi atau pitting edema pada dahi, dan adanya kloasma gravidarum.

(3) Mata

Warna konjungtiva pucat atau tidak, bentuk, pergerakan bola mata, reflek pupil terhadap cahaya, gangguan pada system penglihatan, fungsi penglihatan, sklera berwarna putih atau tidak, dan mata cekung atau tidak.

(4) Telinga

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

(5) Hidung

Bentuk, kebersihan, pernafasan cuping hidung, ada tidak nyeri tekan, warna mukosa, dan fungsi penciuman.

(6) Mulut

Keadaan mulut, mukosa bibir, keadaan gigi, jumlah gigi, pembesaran tonsil, dan nyeri pada saat menelan.

(7) Leher

Ada tidak pembesaran tyroid dan limfe, nyeri saat menelan, ada tidak penikatan vena jugularis, ada tidak kaku kuduk.

(8) Dada

Terdiri dari jantung, paru-paru dan payudara. Selama 24 jam pertama setelah melahirkan, terjadi sedikit perubahan di jaringan payudara. Kolostrum, cairan kuning jernih, keluar dari payudara. Payudara akan terasa hangat, keras dan agak nyeri. Beberapa ibu akan mengalami pembengkakan, kondisi ini bersifat sementara, biasanya 24 sampai 48 jam setelah melahirkan.

(9) Abdomen

Pada hari pertama, tinggi fundus uteri kira-kira 1 jari dibawah pusat dan akan turun 1 cm atau 1 jari pada hari berikutnya. Perhatikan adanya linea nigra masih terlihat, serta ada tidaknya hematoma dan infeksi sekitar luka insisi seksio sesarea.

(10) Punggung dan bokong

Bentuk, ada tidaknya lesi, ada tidak kelainan tulang belakang.

(11) Genetalia

Kebersihan, ada tidaknya edema pada vulva, 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.

(12) Anus

Hemoroid (varises anus) umum ditemui. Hemoroid interna dapat terbuka saat ibu mengejan ketika melahirkan.

(13) Ekstremitas

Adaptasi sistem musculoskeletal ibu yang terjadi saat hamil akan kembali pada masa nifas. Adaptasi ini termasuk relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat gravid ibu sebagai respon terhadap uterus yang membesar. Serta adanya perubahan ukuran pada kaki.

2) Pemeriksaan fisik bayi

a) Keadaan umum

Meliputi tampilan, dan kesadaran bayi dilakukan dengan pemeriksaan APGAR Score.

b) Antropometri

Meliputi pengukuran berat badan, panjang badan, lingkar kepala, lingkar dada, dan lingkar lengan atas.

f. 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).

g. Pemeriksaan penunjang

- 1) Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- 2) Pemantauan EKG
- 3) JDL dengan diferensial
- 4) Pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, elektrolit
- 5) Golongan darah
- 6) Urinalisis
- 7) Ultrasonografi

(Nurrarif ,2015)

h. Analisa data

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

- 1) Kebutuhan dasar atau fisiologis
- 2) Kebutuhan rasa nyaman
- 3) Kebutuhan cinta dan kasih sayang
- 4) Kebutuhan harga diri
- 5) Kebutuhan aktualisasi diri

#### **2.4.2 Diagnosa keperawatan pada klien post sectio caesaria**

Pernyataan yang jelas tentang masalah klien dan penyebabnya. Selain itu harus spesifik berfokus pada kebutuhan klien dengan mengutamakan prioritas dan diagnosa yang muncul harus dapat diatasi dengan tindakan

keperawatan. Menurut asuhan keperawatan berdasarkan Diagnosa medis dan NANDA (*North American Nursing diagnosis Assosiation* ) 2018 bahwa diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu post partum maturnus dengan sectio caesaria adalah (Herdman, 2018) :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi).
- b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum.
- c. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurangnya pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.
- d. Gangguan eliminasi urine
- e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan
- f. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor risiko : episiotomi, laserasi jalan lahir, episiotomi)
- g. Defisit perawatan diri : mandi / kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan post partum.
- h. Konstipasi
- i. Resiko syok (hipovolemik)
- j. Resiko perdarahan
- k. Defisit pengetahuan : perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post partum

### 2.4.3 Rencana Keperawatan Pada Klien Post Sectio Caesaria

Menurut *North American Nursing diagnosis Association 2015* Rencana Keperawatan pada diagnosa yang mungkin muncul dengan seksio sesarea adalah (Nurarif, 2015) :

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

**Tabel 2.2 Intervensi Nyeri Akut**

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<b>Nyeri akut</b> <b>Definisi :</b> pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual potensial atau gambarkan dalam hal kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the study of Pain) : awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan. <b>Batasan karakteristik :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan selera makan</li> <li>2. Parubahan tekanan darah</li> <li>3. Perubahan frekuensi jantung</li> <li>4. Perubahan frekuensi pernapasan</li> <li>5. Laporan isyarat</li> <li>6. Diaforesis</li> </ol>	<b>NOC</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pain level</li> <li>2. Pain control</li> <li>3. Comfort level</li> </ol> <b>Kriteria hasil :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</li> <li>2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, dan frekuensi, dan tanda nyeri)</li> <li>4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</li> </ol>	<b>NIC</b> <b>Pain management</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</li> <li>2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</li> <li>3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</li> <li>4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</li> <li>5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau</li> <li>6. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau</li> <li>7. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri merupakan subjektif. Pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektivitas medikasi dan kemajuan penyembuhan. Perubahan karakteristik nyeri dapat mengindikasikan pembentukan abses atau peritonitis, memerlukan evaluasi dan intervensi medis yang tepat dan cepat.</li> <li>2. Isyarat non verbal dapat atau tidak dapat mendukung intensitas nyeri klien, tetapi mungkin merupakan satu-satunya indikator jika klien tidak dapat menyatakannya secara verbal.</li> <li>3. Meningkatkan relaksasi dan dapat meningkatkan kemampuan</li> </ol>

- 
- |  |   |  |
|--|---|--|
| <p>7. Perilaku distraksi (misalkan : berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang)</p> <p>8. Mengekspresikan perilaku (mis., gelisah, merengek, menangis)</p> <p>9. Masker wajah (mis., mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata terpancar atau tetap pada satu fokus meringis)</p> <p>10. Sikap melindungi area nyeri</p> <p>11. Fokus menyempit (mis., gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan</p> | <p>8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <p>9. Kurangi faktor presipitasi nyeri</p> <p>10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi dan interpersonal)</p> <p>11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</p> <p>12. Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi</p> <p>13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</p> <p>14. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</p> <p>15. Tingkatkan istirahat</p> <p>16. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</p> <p>17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri</p> <p><b>Analgesic Administrasi</b></p> <p>18. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat</p> <p>19. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi</p> <p>20. Cek riwayat alergi</p> <p>21. Pilih analgesic yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik</p> | <p>koping klien dengan memfokuskan kembali perhatian</p> <p>4. Menurunkan laju metabolik dan iritasi usus dari toksin lokal dan toksin yang bersirkulasi, yang membantu dalam meredakan nyeri dan meningkatkan penyembuhan, nyeri biasanya hebat dan dapat memerlukan pengendali nyeri opioid.</p> <p>5. Perubahan pada lokasi atau intensitas bukan tidak lazim terjadi, tetapi dapat mencerminkan perkembangan komplikasi. Nyeri cenderung menjadi konstan, lebih intens, dan berdifusi ke seluruh abdomen seiring percepatan proses inflamasi, nyeri dapat terlokalisasi jika abses terbentuk</p> |
|--|---|--|
-

- ketika pemberian lebih dari satu
22. Tentukan pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal
  23. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur
  24. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
  25. Berikan analgesic tepat waktu terutama saat nyeri hebat
  26. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala.

(Sumber : Nurarif, 2015 ; Herdman, 2018 ; Deonges 2018)

- b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum.

**Tabel 2.3 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh**

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<b>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</b> <b>Definisi :</b> asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik. <b>Batasan karakteristik :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kram abdomen</li> <li>2. Nyeri abdomen</li> <li>3. Menghindari makanan</li> <li>4. Berat badan naik 20% atau lebih dibawah berat badab ideal</li> <li>5. Kerapuhan kapiler</li> </ol>	NOC a. Nutritional Status b. Nutritional status : food and fluid c. Intake d. Nutritional status : nutrient intake e. Weight control Kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adanya peningkatan berat bada sesuai dengan tujuan</li> </ol>	<b>NIC</b> <b>Nutrition Management</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji adanya alergi makanan</li> <li>2. Kolaborasi ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.</li> <li>3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe</li> <li>4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi defisiensi dan kebutuhan untuk membantu dalam pilihan intervensi.</li> <li>2. Bermanfaat dalam, mengkaji kebutuhan nutrisi klien akibat perubahan pada fungsi pencernaan dan usus, termasuk absorpsi vitamin dan mineral (Doenges, 2018)</li> </ol>



- 
20. Monitor kekeringan, rambut kusam dan mudah patah
  21. Monitor mual dan muntah
  22. Monitor kadar albumin, total protein, HB, dan kadar Ht
  23. Monitor pertumbuhan dan perkembangan
  24. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva
  25. Monitor kalori dan intake nutrisi
  26. Catat adanya edema, hiperemik, hipertonic papila lidah dan cavitas oral
  27. Catat jika lidah berwarna magenta scarlet
- 

(Sumber : Nurarif, 2015 ; Herdman, 2018 ; Deonges 2012)

c. Ketidakefektifan pemberian ASI berujung dengan kurangnya pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.

**Tabel 2.4 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI**

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<b>Ketidakefektifan pemberian ASI</b> <b>Definisi</b> : ketidakpuasan atau kesulitan ibu, bayi, atau anak menjalani proses pemberian ASI <b>Batasan karakteristik</b> 1. Ketidakadekuatan suplai ASI 2. Bayi melengkung menyesuaikan diri dengan payudara 3. Bayi menangis dalam jam	NOC 1. Breasfeeding ineffective 2. Breathing pattern ineffective 3. Breasfeeding interrupted Kriteria hasil : 1. Kemantapan pemberian ASI : Bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh	NIC <b>Breasfeeding Assistance</b> 1. Evaluasi pola mengisap / menelan bayi 2. Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui 3. Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (misalnya <i>rooting</i> ,	1. Upaya penigkatan produksi ASI, nutrisi, penigkatan frekuensi menyusui. 2. Untuk mengetahui gambaran dan motivasi ibu menyusui. 3. Dapat menegtahui kesenjangan proses

pertama setelah menyusui	nutrisi selama 3 minggu pertama	menghisap dan terjaga)	pemberian air susu ibu (ASI)
4. Ketidakmampuan bayi untuk latch on pada payudara ibu secara tepat	2. Kamantapan pemberian ASI : Ibu : kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama	4. Kaji kemampuan bayi untuk <i>latch on</i> dan menghisap secara efektif	4. Monitor apakah bayi dapat menghisap dengan baik, monitor apakah posisi bayi pada dada ibu, dan monitor apakah mulut bayi sudah berada tepat pada puting ibu
5. Menolak latching on	3. Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/todler	5. Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting	5. Untuk mengetahui kemampuan teknik menyusui yang dilakukan oleh ibu nifas
6. Tidak responsive terhadap kenyamanan lain	4. Penyapihan pemberian ASI	6. Pantau integritas kulit puting ibu	6. Identifikasi atau intervensi dini dapat mencegah/ membatasi terjadinya luka dan pecah puting, yang dapat merusak proses menyusui
7. Ketidacukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui	5. Diskontinuitas progresif pemberian ASI	7. Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar susu dan mastitis	7. Dapat mengetahui kesenjangan kondisi ibu dalam intervensi
8. Ketidacukupan kesempatan untuk mengisap payudara	6. Pengetahuan pemberian ASI : tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI	8. Pantau kemampuan untuk mengurangi kongesti payudara dengan benar	8. Melihat berat badan dan proses eliminasi bayi apakah sudah berespon dengan baik
9. Kurang menambah barsat badan bayi	7. Ibu mengenali isyarat isyarat lapar dari bayi dengan segera	9. Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi	9. Untuk membantu mempertahankan keberhasilan pemberian ASI
10. Tidak tampak pelepasan ositosis	8. Ibu mengindiksi kepuasan terhadap pemberian ASI	<b>Breast Examination Lactation Supresion</b>	10. Menambah wawasan di bidang promosi kesehatan untuk menggalakkan ibu menyusui dan teknik memompa ASI
11. Tampak ketidakadekuatan asupan susu	9. Ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting	10. Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI	11. Untuk meningkatkan informasi dalam
12. Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui	10. Mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI	11. Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI	
13. Penurunan berat badan badan bayi terus menerus		12. Ajarkan pengasuh bayimengenai topik-topik , seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran memberi susu botol pada dua	
14. Tidak mengisap payudara terus menerus.			
<b>Faktor yang berhubungan</b>			
1. Deficit pengetahuan			
2. Anomali bayi			
3. Bayi menerima makanan tambahan dengan putting buatan			
4. Diskontinuitas pemberian ASI			
5. Ambivalen ibu			
6. Anomali payudara ibu			
7. Keluarga tidak mendukung			
8. Pasangan tidak mendukung			

9. Reflek ,enghisap buruk	jam sebelum ibu pulang	pencairan ASI dan menghindari
10. Prematuritas	13. Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula	12. Meningkatkan kemandirian tentang informasi kembalinya ovulasi dan alat kontrasepsi yang sesuai
11. Pembedahan payudara sebelumnya	14. Apabila penyapihan diperlukan, informasikan ibu mengenai kembalinya proses ovulasi dan seputar alat kontrasepsi yang sesuai	13. Meningkatkan kemampuan tentang lebih bagus diberika ASI
12. Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya		14. Membantu orang tua dalam penugasan tugas- tugas baru.
<b>Lactation Counseling</b>		
	15. Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI	
	16. Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu	
	17. Diskusikan metode alternative pemberian makan bayi	

(Sumber : Nurarif, 2015 ; Herdman, 2018 ; Deonges 2018)

#### d. Gangguan eliminasi urine

**Tabel 2.5 Intervensi Gangguan Eliminasi Urine**

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<b>Gangguan eliminasi urine</b> <b>Definisi :</b> Disfungsi pada eliminasi urine <b>Batasan</b> <b>karakteristik :</b> 1. Disuria 2. Sering berkemih	<b>NOC</b> 1. Urinary elimination 2. Urinary continuence  Kriteria hasil : 1. Kandung kemih kosong secara penuh	<b>NIC</b> <b>Urinary Retention Care</b> 1. Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia	1. Pola berkemih mengidentifikasi karakteristik fungsi kandung kemih, termasuk efektivitas pengosongan kandung kemih, fungsi ginjal, dan keseimbangan cairan.

<ul style="list-style-type: none"> <li>3. Anyang-anyangan</li> <li>4. Inkontinensia</li> <li>5. Nokuria</li> <li>6. Retensi</li> <li>7. Dorongan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2. Tidak ada residu urine &gt;100-200 cc</li> <li>3. Intake cairan dalam rentang normal</li> <li>4. Bebas dari ISK</li> <li>5. Tidak ada spasme bladder</li> <li>6. Balance cairan seimbang</li> </ul>	<p>(misalnya output urine, pola berkemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2. Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau properti alpha gonis</li> <li>3. Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium channel blockers dan antikolinergik</li> <li>4. Menyediakan penghapusan privasi</li> <li>5. Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiram toilet</li> <li>6. Merangsang refleks kandung kemih dengan menerapkan dingin untuk perut, membelai tunggu batin, atau air</li> <li>7. Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit)</li> <li>8. Gunakan spirit wintergreen di pispot atau urinal</li> <li>9. Menyediakan manuver Crede, yang diperlukan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2. Perubahan karakteristik urine dapat mengidentifikasi ISK dan meningkatkan risiko sepsis. Dipstik multistrip dapat memberikan penentuan nilai pH, nitrit, leukosit esterase secara cepat yang menunjukkan keberadaan infeksi atau penyakit perkemihan.</li> <li>3. Pemindaian kandung kemih bermanfaat dalam menentukan residu pascaberkemih. Selama fase akut, kateter indwelling digunakan untuk mencegah retensi urine dan memantau haluaran urine. Kateterisasi intermiten mungkin diimplementasikan untuk mengurangi komplikasi yang berhubungan dengan penggunaan kateter indwelling jangka panjang (Doenges, 2018)</li> </ul>
<p><b>Faktor yang berhubungan</b></p>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Obstruksi anatomic</li> <li>2. Penyebab multiple</li> <li>3. Gangguan sensori motorik</li> <li>4. Infeksi saluran kemih</li> </ul>			

- 
10. Gunakan double-void teknik
  11. Masukan kateter kemih, sesuai
  12. Anjurkan pasien / keluarga untuk merekam output urine, sesuai
  13. Instruksikan cara-cara untuk menghindari konstipasi atau impaksi tinja
  14. Memantau asupan keluaran
  15. Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi
  16. Membantu dengan toilet secara berkala
  17. Memasukkan pipa kedalam lubang tubuh untuk sisa
  18. Menerapkan kateterisasi intermiten
  19. Merujuk ke spesialis kontinensia perkemihan
- 

(Sumber : Nurarif, 2015 ; Herdman, 2018 ; Deonges 2018)

e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

**Tabel 2.6 Intervensi Gangguan Pola Tidur**

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<b>Gangguan pola tidur</b> <b>Definisi</b> : gangguan kualitas dan kuantitas	NOC 1. Anxiety reduction 2. Comfort level 3. Pain level 4. Rest : extent and Pattern	NIC <b>Sleep Enhancement</b> 1. Determinasi efek-efek medikasi	1. Mengkaji perlunya dan mengidentifikasi intervensi yang tepat. 2. Meningkatkan kenyamanan tidur

waktu tidur akibat faktor eksternal	5. Sleep : extent and Pattern	2. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat	serta dukungan fisiologis/psikologis.
<b>Batasan karakteristik :</b>	Kriteria hasil :	3. Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca)	3. Bila rutinitas baru seperti membaca buku mengandung aspek sebanyak kebiasaan lama, stress dan ansietas yang berhubungan dapat berkurang.
1. Perubahan pola tidur normal	1. Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari	4. Ciptakan lingkungan yang nyaman	4. Mungkin diberikan untuk membantu pasien tidur/istirahat selama periode transisi dari rumah ke lingkungan baru.
2. Penurunan kemampuan berfungsi	2. Pola tidur, kualitas dalam batas normal	5. Kolaborasi pemberian obat tidur	5. Menurunkan kemungkinan bahwa teman sekamar yang dapat menunda pasien untuk terlelap atau menyebabkan terbangun.
3. Ketidakpuasan tidur	3. Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat	6. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien	
4. Menyatakan sering terjaga	4. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur	7. Instruksikan untuk memonitor tidur pasien	
5. Menyatakan tidak mengalami kesulitan tidur		8. Monitor waktu makan dan minum	
6. Menyatakan tidak merasa cukup istirahat		9. Monitor atau catat kebutuhan pasien setiap hari dan jam	
<b>Faktor yang berhubungan</b>			
1. Kelembaban lingkungan sekitar			
2. Suhu lingkungan sekitar			
3. Tanggung jawab memebari asuhan			
4. Perubahan pejanan terhadap cahaya gelap			
5. Gangguang (mis., untuk tujuan teraupetik, pemantauan, pemeriksaan lavoratorium)			
6. Kurang kontrol tidur			
7. Bising, bau gas			
8. Restrain fisik, teman tidur			
<b>9. Tidak familier dengan prabot tidur</b>			

(Sumber : Nurarif, 2015 ; Herdman, 2018 ; Deonges 2012)

- f. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor risiko : episiotomi, laserasi jalan lahir, episiotomi)

**Tabel 2.7 Intervensi Resiko Infeksi**

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<b>Resiko infeksi</b> <b>Definisi :</b> mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik <b>Faktor-faktor resiko :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyakit kronis               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Diabetes melitus</li> <li>b. Obesitas</li> </ol> </li> <li>2. Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemanjangan patogen</li> <li>3. Pertahanan yang primer yang tidak adekuat               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Gangguan peritalsis</li> <li>b. Kerusakan integritas kulit (pemasangan kateter intravena, prosedur invasif)</li> <li>c. Perubahan sekresi pH</li> <li>d. Penurunan kerja siliaris</li> <li>e. Pecah ketuban dini</li> <li>f. Pecah ketuban lama</li> <li>g. Merokok</li> <li>h. Stasis cairan tubuh</li> <li>i. Trauma jaringan (mis., trauma destruksi jaringan)</li> </ol> </li> <li>4. Ketidak adekuatan pertahanan sekunder               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Penurunan hemoglobin</li> <li>b. Imunosupresi (mis., imunitas di dapat tidak</li> </ol> </li> </ol>	NOC <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Immune Status</li> <li>2. Knowledge : Infection control</li> <li>3. Risk control</li> </ol> Kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksananya</li> <li>3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</li> <li>4. Jumlah leukosit dalam batas normal</li> <li>5. Menunjukkan perilaku hidup sehat</li> </ol>	NIC <b>Infection Control (kontrol infeksi)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain</li> <li>2. Pertahankan teknik isolasi</li> <li>3. Batasi pengunjung bila perlu</li> <li>4. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien</li> <li>5. Gunakan sabun ani mikroba untuk cuci tangan</li> <li>6. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</li> <li>7. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung</li> <li>8. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat</li> <li>9. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurunkan resiko kontaminasi silang.</li> <li>2. Membatasi introduksi ke dalam tubuh. Deteksi dini/pengobatan terjadinya infeksi dan dapat mencegah sepsis.</li> <li>3. Menurunkan kolonisasi bakteri dan risiko ISK asenden.</li> <li>4. Memastikan infeksi dan identifikasi organisme khusus, membantu pemilihan pengobatan infeksi paling efektif.</li> <li>5. Demam dan peningkatan nadi dan pernapasan adalah tanda peningkatan laju metabolik dari proses inflamasi, meskipun sepsis dapat terjadi tanpa respons demam.</li> </ol>

- 
- adekuat, agen farmaseutikal termasuk imunosupresan, steroid, antibodi monoklonal, imunomodulator)
- c. Supresi respon inflamasi
5. Vaksinasi tidak adekuat
  6. Pemanjanaan terhadap patogen
  7. Lingkungan meningkat
  8. Prosedur invasif
  9. Malnutrisi
10. Gunakan kateter internmiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing
  11. Tingkatkan intake nutrisi
  12. Berikan terapi antibiotik bila perlu Infection Protection (proteksi terhadap infeksi)
  13. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal
  14. Monitor hitung granulosit, WBC
  15. Monitor kerentanan terhadap infeksi
  16. Batasi pengunjung
  17. Sering pengunjung terhadap penyakit menular
  18. Pertahankan teknik aseptis pada pasien yang beresiko
  19. Pertahankan teknik isolasi kepada pasien
  20. Berikan perawatan kulit pada area epidema
  21. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase
  22. Inspeksi kondisi luka / insisi bedah
-

- 
23. Dorong masukan nutrisi yang cukup
  24. Dorong masukan cairan
  25. Dorong istirahat
  26. Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep
  27. Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi
  28. Ajarkan cara menghindari infeksi
  29. Laporkan kecurigaan infeksi
  30. Laporkan kultur positif
- 

(Sumber : Nurarif, 2015 ; Herdman, 2018 ; Deonges 2018)

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

**Tabel 2.8 Intervensi Defisit Perawatan Diri**

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<b>Defisit perawatan diri mandi</b> Definisi : hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi / aktivitas perawatan diri untuk diri sendiri <b>Batasan karakteristik :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi</li> <li>2. Ketidakmampuan mengeringkan tubuh</li> <li>3. Ketidakmampuan menjangkau sumber air</li> </ol>	NOC <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Activity Intolerance</li> <li>2. Mobilty physical impaired</li> <li>3. Self Care Deficit Hygiene</li> <li>4. Sensory perception, Auditory disturbed</li> </ol> Kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawatan diri ostomi : tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi</li> </ol>	NIC <b>Self-Care-Assistance : Bathing / Hygiene</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri</li> <li>2. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan</li> <li>3. Tempat duduk, sabun, alat pencukur dan aksesoris lainnya yang</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu mengantisipasi dan merencanakan untuk memenuhi kebutuhan individual.</li> <li>2. Klien ini mungkin merasa ketakutan dan bergantung, serta meskipun bantuan bermanfaat dalam mencegah frustrasi, klien harus melakukan tindakan sebanyak mungkin untuk dirinya sendiri guna mempertahankan harga diri dan meningkatkan pemulihan.</li> <li>3. Memberikan keamanan ketika klien</li> </ol>

---

<p>4. Ketidakmampuan mengatur air mandi</p> <p>5. Ketidakmampuan membasuh tubuh</p> <p><b>Faktor yang berhubungan :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan kognitif</li> <li>2. Penurunan motivasi</li> <li>3. Kendala lingkungan</li> <li>4. Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh</li> <li>5. Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial</li> <li>6. Gangguan muskololetal</li> <li>7. Gangguan neuro muskular</li> <li>8. Nyeri</li> <li>9. Gangguan persepsi</li> <li>10. Ansietas berat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Perawatan diri : aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu</li> <li>3. Perawatan diri mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</li> <li>4. Perawatan diri hygiene : mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</li> <li>5. Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi</li> <li>6. Membesihkan dan mengerikagkan tubuh</li> <li>7. Mengungkapkan rasa verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral</li> </ol>	<p>dibutuhkan di samping tempat tidur atau di kamar mandi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya, deodoran, sikat gigi, Sabun mandi, sampo, lotion, dan produk aromaterapi)</li> <li>5. Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal</li> <li>6. Memfasilitasi gigi pasien menyikat, sesuai</li> <li>7. Memfasilitasi diri mandi pasien, sesuai</li> <li>8. Memantau kebersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien</li> <li>9. Memantau integritas kulit pasien</li> <li>10. Menjaga kebersihan ritual</li> <li>11. 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</li> </ol>	<p>mampubergerak mengelilingi ruangan, mengurangi risiko tersandung dan terjatuh akibat menabrak furnitur.</p>
--	--	---	--

---

- dewasa sebuah buku untuk membaca atau bantal dari rumah)
12. Mendorong orang tua / keluarga partisipasi dalam kebiasaan tidur biasa
13. Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri

(Sumber : Nurarif, 2015 ; Herdman, 2018 ; Deonges 2018)

#### h. Konstipasi

**Tabel 2.9 Intervensi Konstipasi**

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p><b>Konstipasi</b>  <b>Definisi :</b> penurunan pada frekuensi normal defakasi yang disertai oleh kesulitan atau pengeluaran fases yang kering, keras, dan banyak  <b>Batasan karakteristik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri abdomen</li> <li>2. Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot</li> <li>3. Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resistensi otot</li> <li>4. Anoreksia</li> <li>5. Penampilan tidak khas pada lansia (mis., perubahan pada status mental, inkontinuitas urunarius, jatuh yang tidak</li> </ol>	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bowel elimination</li> <li>2. Hydration</li> </ol> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari</li> <li>2. Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi</li> <li>3. Feses lunak dan berbentuk</li> </ol>	<p>NIC</p> <p><b>Constipation/Impact ion Management</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala konstipasi</li> <li>2. Monitor bisung usus</li> <li>3. Monitor feses : frekuensi, konsistensi dan volume</li> <li>4. Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bisung usus</li> <li>5. Monitor tanda dan gejala ruptur usus/peritonitis</li> <li>6. Jelaskan etiologi dan rasionalisasi tindakan terhadap pasien</li> <li>7. Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Distensi abdomen dan ketiadaan bisung usus mengindikasikan bahwa usus tidak berfungsi. Kemungkinan penyebab dapat berupa hilangnya inervasi parasimpatik sistem gastrointestinal secara mendadak.</li> <li>2. Makanan padat tidak dimulai hingga bisung usus kembali, flatus keluar dan bahaya pembentukan ileus telah berkurang.</li> <li>3. Mungkin diperlukan untuk mengurangi distensi abdomen dan meningkatkan pengembalian kebiasaan usus normal (Doenges, 2018).</li> </ol>

- 
- penyebabnya, peningkatan suhu tubuh)
6. Borborigmi
  7. Darah merah pada feses
  8. Perubahan pada pola defekasi
  9. Penurunan frekuensi
  10. Penurunan volume fases
  11. Sistensi abdomen
  12. Rasa rektal penuh
  13. Rasa tekanan rektal
  14. Keletihan umum
  15. Feses keras dan berbentuk
  16. Sakit kepala
  17. Bising usus hiperaktif
  18. Bising usus hipoaktif
  19. Peningkatan tekanan abdomen
  20. Tidak dapat makan, mual
  21. Rembesan feses cair
  22. Nyeri pada saat defekasi
  23. Massa abdomen yang dapat diraba
  24. Adanya fese lunak, seperti pasta di dalam rektum
  25. Perkusi abdomen pekak
  26. Sering flatus
  27. Mengejan pada saat defekasi tidak dapat mengeluarkan feses
  28. Muntah
- Faktor yang berhubungan :**
1. Fungsional
    - a. Kelemahan otot abdomen
    - b. Kebiasaan mengabaikan
  8. Dukung intake cairan
  9. Kolaborasi pemberian laksatif
  10. Pantau tanda-tanda dan gejala konstipasi
  11. Pantau tanda dan gejala impaksi
  12. Memantau gerakan usus, termasuk konsistensi frekuensi, bentuk, volume, dan warna
  13. Memantau bisping usus
  14. Konsultasikan dengan dokter tentang penurunan / kenaikan frekuensi bisping usus
  15. Pantau tanda-tanda dan gejala pecahnya usus dan atau peritonitis
  16. Jelaskan etiologi masalah dan pemikiran untuk tindakan untuk pasien
  17. Menyusun jadwal ketoilet
  18. Mendorong meningkatkan asupan cairan, kecuali di kontraindikasikan
  19. Evaluasi profil obat untuk efek samping gastrointestinal
  20. Anjurkan pasien / keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja
  21. Ajarkan pasien dan keluarga bagaimana untuk menjaga buku harian makanan
-

- 
- dorongan defekasi
  - c. Ketidakadekuatan toileting
  - d. Kurang aktivitas fisik
  - e. Kebiasaan defekasi tidak teratur
  - f. Perubahan lingkungan saat ini
2. Psikologis
- a. Depresi, stress emosi
  - b. Konfusi mental
3. Farmakologis
- a. Antasida mengandung aluminium
  - b. Antikolinergik, antikonvulsan
  - c. Anti depresan
  - d. Agens antilipemik
  - e. Garam bismuth
  - f. Kalsium karbonat
  - g. Penyekat saluran kalsium
  - h. Diuretik, garam besi
  - i. Penyalahgunaan laksatif
  - j. Agens anti inflamasi non steroid
  - k. Opiate, fenotiazid, sedative
  - l. Simpatomimetik
4. Mekanis
- a. Ketidakseimbangan elektronik
  - b. Kemoroid
  - c. Penyakit hirschprung
  - d. Gangguan neurologist
22. Anjurkan pasien/keluarga pada penggunaan yang tepat dari obat pencabar
23. Anjurkan pasien/keluarga pada hubungan asuhan diet, olahraga, dan cairan sembelit / impaksi
24. Menyarankan pasien untuk berkonsultasi dengan dokter jika sembelit terus ada
25. Menginformasikan pasien prosedur penghapusan manual dari tinja, jika perlu
26. Lepaskan impaksi tinja secara manual, jika perlu
27. Timbang pasien secara teratur
28. Ajarkan pasien atau keluarga tentang proses pencernaan yang normal
29. Ajarkan pasien / keluarga tentang kerangka waktu untuk resolusi sembelit.
-

- 
- e. Obesitas
  - f. Opstruksi pascabedah
  - g. Kehamilan
  - h. Pembesaran prostat
  - i. Abses rectal
  - j. Fisura anak rektal
  - k. Struktur anak rektal
  - l. Prolaps rectal, ulkus rectal
  - m. Rektokel
5. Fisiologis
- a. Perubahan pola makan
  - b. Perubahan makanan
  - c. Penurunan motilitas traktus gastrointestinal
  - d. Dehidrasi
  - e. Ketidakadekuatan gigi geligi
  - f. Ketidakadekuatan hygiene oral
  - g. Asupan serat tidak cukup
  - h. Asupan cairan tidak cukup
6. Kebiasaan makan buruk
- 

(Sumber : Nurarif, 2015 ; Herdman, 2018 ; Deonges 2018)

i. Resiko syok (hipovolemik)

**Tabel 2.10 Intervensi Resiko Syok**

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<b>Resiko syok</b> <b>Definisi :</b> beresiko terhadap ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluruh yang mengancam jiwa <b>Faktor resiko :</b>	NOC 1. Syok prevention management Kriteria hasil : 1. Nadi dalam batas yang diharapkan 2. Irama jantung dalam batas yang diharapkan	<b>NIC</b> <b>Syok prevention</b> 1. Monitor status sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme, nadi perifer, dan kapiler refill	1. Vasokonstriksi adalah respon simpatis untuk menurunkan volume sirkulasi dan dapat terjadi sebagai efek samping pemberian vasopresin.

---

1. Hipotensi	3. Frekuensi napas dalam batas yang diharapkan	2. Monitor tanda inadekuat oksigenasi jaringan	2. Disritmia dan perubahan iskemik dapat terjadi hipotensi, hipoksia, asidosis, ketidakseimbangan elektrolit, atau pendinginan dekat jantung jika lavase salin dingin digunakan untuk mengontrol perdarahan.
2. Hipovolemi	4. Irama pernapasan dalam batas yang diharapkan	3. Monitor suhu dan pernafasan	3. Mengidentifikasi hipoksemia dan efektivitas serta kebutuhan terapi.
3. Hipoksemia	5. Natrium serum dbn	4. Monitor input dan output	4. Mengganti dan mempertahankan volume sirkulasi dan perfusi. Panduan untuk penggantian cairan adalah 3 mL cairan untuk setiap 1 mL kehilangan darah. (Doenges, 2018)
4. Hipoksia	6. Kalium serum dbn	5. Pantau nilai labor : HB, HT, AGD, dan elektrolit	
5. Infeksi	7. Klorida serum dbn	6. Monitor hemodinamik invasi yang sesuai	
6. Sepsis	8. Kalsium serum dbn	7. Monitor tanda dan gejala asites	
7. Sindrom respons inflamasi sistemik	9. Magnesium serum dbn	8. Monitor tanda awal syok	
	10. PH darah dbn	9. Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat	
	11. Hidrasi	10. Lihat dan pelihara kepatenan jalan nafas	
	Indikator:	11. Berikan cairan IV dan atau oral yang tepat	
	1. Mata cekung tidak ditemukan	12. Berikan vasodilator yang tepat	
	2. Demam tidak ditemukan	13. Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok	
	3. TD dbn		
	4. Hematokrit dbn		
		<b>Syok management</b>	
		14. Monitor fungsi neurologis	
		15. Monitor fungsi renal (e.g BUN dan Cr Lavel)	
		16. Monitor tekanan nadi	
		17. Monitor status cairan, input output	
		18. Catat gas darah arteri dan oksigen di jaringan	

---

- 
19. Monitor EKG, sesuai
  20. Memanfaatkan pemantauan jalur arteri untuk meningkatkan akurasi pembacaan tekanan darah sesuai
  21. Menggambar gas darah arteri dan memonitor jaringan oksigen
  22. Memantau tren dalam parameter hemodinamik (misalnya, CVP, MAP, tekanan kapiler pulmonal/ arteri)
  23. Memantau faktor penentu pengiriman jaringan oksigen (misalnya PaO<sub>2</sub> kadar hemoglobin SaO<sub>2</sub>, CO), jika tersedia
  24. Memantau tingkat karbondioksida sublingual dan atau tonometry lambung, sesuai
  25. Memonitor gejala gagal pernafasan (misalnya, rendah PaO<sub>2</sub> peningkatan PaCO<sub>2</sub> tingkat, kelelahan otot pernafasan)
  26. Monitor nilai laboratorium (misalnya, CBC dengan diferensial) koagulasi profil, ABC, tingkat laktat, budaya dan profil kimia)
-

27. Masukkan dan memelihara besarnya kebosanan akses IV

(Sumber : Nurarif, 2015 ; Herdman, 2018 ; Deonges 2018)

j. Resiko perdarahan

**Tabel 2.11 Intervensi Resiko Perdarahan**

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<b>Resiko perdarahan</b> <b>Definisi :</b> beresiko yang mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan <b>Faktor resiko :</b> 1. Aneurisme 2. Sirkumsisi 3. Defisiensi pengetahuan 4. Koagulopati intravaskuler disemintas 5. Riwayat jatuh 6. Gangguan gastrointestinal 7. Gangguan fungsi hati 8. Koagulopati inheren 9. Komplikasi pascapartum 10. Komplikasi terkait kehamilan (mis., plasenta previa, kehamilan mola, solusio plasenta) 11. Trauma 12. Efek samping terkait terapi (mis., pembedahan, pemberian obat, pemberian produk darah defisiensi trombosit, kemoterapi)	NOC 1. Blood lose severity 2. Blood koagulation Kriteia hasil : 1. Tidak ada hematuria dan hematemesis 2. Kehilangan darah yang terlihat 3. Tekanan darah dalam batas normal sistole dan diastole 4. Tidak ada perdarahan pervagina 5. Tidak ada distensi abdominal 6. Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal 7. Plasma ,PT, PTT dalam batas normal	NIC <b>Bleeding precautions</b> 1. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan 2. Catat nilai HB dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan 3. Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit 4. Monitor TTV ortostatik 5. Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif 6. Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresh frozen plasma) 7. Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan 8. Hindari mengukur suhu lewat rectal hindari pemberian aspirin dan anti coagulat 9. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak	1. Tentukan lokasinya perdarahan. 2. Perubahan TD dan denyut nadi dapat digunakan untuk menentukan perkiraan kasar kehilangan darh, TD kurangdari 90 mmHg dan denyut nadi lebih dari 110 menandakan penurunan volume 15-30% tau kira-kira 1.000 mL hipotensi postural mencerminkan penurunan volume sirkulasi. 3. Membantu menentukan kebutuhan penggantian darah dan memantau efektivitas terapi. 4. Aktifitas muntah dapat menyebabkan tekanan intraabdomen dan dapt memicu perdarahan lebih lanjut. 5. Penggantian cairan dengan larutan kristaloid isotonik bergantung pada derajat hipovolemik dan

---

mengandung vitamin k durasi perdarahan (Doenges, 2018).

10. Hindari terjadinya konstipasi dengan menganjurkan untuk memepertahankan intake cairan yang adekuat dan pelembut feses

**Bleeding reduction**

11. Identifikasi penyebab perdarahan
12. Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, Pulmonary capillary / artery wedge pressure)
13. Monitor status cairan yang meliputi intake dan output
14. Monitor penentu pengiriman oksigen ke jaringan (PaO<sub>2</sub>, SaO<sub>2</sub> dan level Hb dan cardiac output)
15. Pertahankan patensi IV line

**Bleeding reduction : wound/ luka**

16. Lakukan manual pressure (tekanan) pada area perdarahan
  17. Gunakan ice pack pada area perdarahan
  18. Lakukan pressure dressing (perban yang menekan) pada area luka
  19. Tinggikan ekstermitas yang perdarahan
  20. Monitor ukuran dan karakteristik hematoma
  21. Monitor nadi distal dari area
-

---

yang luka atau perdarahan

22. Instruksian pasien untuk menekan area luka pada saat bersin atau batuk
23. Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas

**Bleeding reduction : gastrointestinal**

24. Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh : emesis, feces, urine, residu lambung, dan drainase luka
  25. Monitor complete blood count dan leukosit
  26. Kolaborasi dalam pemberian terapu lactulose atau vasopressin
  27. Lakukan pemasangan NGT untuk memonitor sekresi dan perdarahan lambung
  28. Lakukan bilas lambung dengan NaCl dingin
  29. Lakukan dokumentasi warna, jumlah dan karakteristik feses
  30. Hindari pH lambung yang ekstrem dengan kolaborasi pemberian antacids atau histamine blocking agent
  31. Kurangi faktor stress
  32. Pertahankan jalan nafas
-

- 
33. Hindari penggunaan anticoagulant
34. Monitor status nutrisi pasien berikan cairan intravena
35. Hindari penggunaan aspirin dan ibuprofen

(Sumber : Nurarif, 2015)

---

(Sumber : Nurarif, 2015 ; Herdman, 2018 ; Deonges 2018)

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

Diagnosa keperawatan	Kriteria hasil	Intervensi keperawatan	Rasional
Defisiensi pengetahuan Definisi : ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. Batasan karakteristik : 1. Perilaku hiperbola 2. Ketidakakuratan mengikuti perintah 3. Ketidakakuratan melakukan tes 4. Perilaku tidak tepat (mis., histeria, bermusuhan, agitasi, apatisi) 5. Pengungkapan masalah Faktor yang berhubungan : 1. Keterbatasan kognitif 2. Salah interpretasi informasi 3. Kurang pajanan 4. Kurang minat dalam belajar 5. Kurang dapat mengingat	NOC 1. Knowledge : disease proces 2. Knowledge : health behavior Kriteria hasil : 1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar 3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat /tim kesehatan lainnya	NIC Teaching : disease proces 1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proces penyakit yang spesifik. 2. Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat. 3. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat. 4. Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat. 5. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat.	

---

6. Tidak familier dengan sumber informasi	<ol style="list-style-type: none"><li>6. Hindari jaminan yang kosong.</li><li>7. Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat.</li><li>8. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit.</li><li>9. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan.</li><li>10. Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan.</li><li>11. Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal, dengan cara yang tepat.</li><li>12. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat.</li></ol>
---	--

---

#### 2.4.4 Implementasi Keperawatan

Fase implementasi dari proses keperawatan mengikuti rumusan dari rencana keperawatan yang disusun. Tindakan dilakukan berdasarkan tingkat ketergantungan ibu post partum sectio caesaria (Reeder, 2009).

#### **2.4.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan hasilakhir yang diharapkan pada ibu post partum dengan tindakan sectio caesaria adalah mampu mempertahankan kebutuhan perawatan diri, mampu mengatasi defisit perawatan diri, dan dapat meningkatkan kemandirian. Masalah ketidaknyamanan fisik akibat sectio caesaria dapat teratasi (Reeder, 2015).