

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST *SECTIO*
CAESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANG
KALIMAYA BAWAH RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH DR. SLAMET
GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya
Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi DIII Keperawat Umum
Stikes Bhakti Kencana Bandung**

Oleh :

**ANNISA RIZKIA AYU FAUZIAH
NIM : AKX.16.155**



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

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Annisa Rizkia Ayu Fauziah
NIM : AKX.16.155
Program Studi : Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana
Judul Karya Tulis :Asuhan Keperawatan Pada klien *Post Sectio Caesarea*
Dengan Nyeri Akut Di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr.
Slamet Garut Tahun 2019

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

Bandung, 16 Agustus 2019

Yang Membuat Pernyataan



Annisa Rizkia Ayu Fauziah

AKX.16.155

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST SECTIO
CAESAREA* DENGAN NYERI AKUT DI RUANG
KALIMAYA BAWAH RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH DR. SLAMET
GARUT**

OLEH

**ANNISA RIZKIA AYU FAUZIAH
AKX.16.155**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti tertera dibawah ini

Menyetujui,

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping



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



**Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners
NIP.10114149**

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



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

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO
SESAREA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI
AKUT DI RUANG KALIMAYA BAWAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
DR. SLAMET GARUT**

OLEH

**ANNISA RIZKIA AYU FAUZIAH
AKX.16.155**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Umum Stikes Bhakti Kencana Bandung., Pada Tanggal.....

PANITIA PENGUJI

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

Anggota :
1. Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep
Penguji I
2. Sei Lestari, M.Keb
Penguji II
3. Anggi Jamiyanti S.Kep.,Ners
Pembimbing Pendamping

.....
.....
.....
.....

Mengetahui

Universitas Bhakti Kencana Bandung



Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan puji kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST SECTIO CAESAREA* DENGAN NYERI AKUT DI RUANG KALIMAYA BAWAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. SLAMET GARUT “ dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.

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

1. H. Mulyana, SH, M,Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S,Kp.,M.kep, selaku Ketua Universitas Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti,S,Kp.,M.kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung, dan sekaligus selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama saya menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

4. Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama saya menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Dr. H. Maskut Farid MM. Selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
6. Deti Puji Astuti S.Kep., Ners. Selaku CI Ruangan Kalimaya Bawah yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktel praktek keperawatan di RSUD dr. Slamet Garut.
7. Untuk kedua orang tua tercinta yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus selalu mendoakan demi keberhasilan penulis.
8. Dan untuk rekan-rekan seperjuangan DIII Keperawatan Umum 2016 yang telah memberikan dukungan, motivasi dan semangat dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

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

ABSTRAK

LatarBelakang: Seksio Sesarea adalah cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding perut atau dengan jalan operasi. Operasi Seksio Sesarea di Jawa Barat 7,8% sedangkan di RSUD Dr. Slamet Garut tercatat bulan Januari – Desember 2018 adalah 1.423 kasus atau sebesar 26%, dan di Ruang Kalimaya Bawah tercatat bulan Januari – Desember 2018 sebanyak 886 kasus atau sebesar 62,2%. Tindakan Seksio Sesarea dapat menyebabkan nyeri dan jika tidak di atasi akan mengakibatkan aktivitas ibu terbatas (ADL) karena adanya peningkatan intensitas nyeri apabila pasien bergerak. **Tujuan:** Melakukan asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut 2019, secara komprehensif meliputi aspek biologis, psikologis, social, dan spiritual. **Metode:** Penelitian ini adalah studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien seksio sesarea dengan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut. Pengumpulan data meliputi wawancara, pemeriksaan fisik, observasi, dan studi dokumentasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang pasien Post Seksioa Sesarea dengan masalah keperawatan. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dengan memberikan intervensi farmakologi dan non farmakologi (relaksasi nafas dalam) pada klien 1 dan 2 dapat teratasi dan ada penurunan skala nyeri dari nyeri sedang menjadi skala ringan. **Saran:** Diharapkan petugas kesehatan di Ruang Kalimaya Bawah Dr.Slamet Garut dapat memberikan informasi bagaimana melakukan terapi non farmakologi teknik relaksasi nafas dalam dengan baik dan benar sesuai SOP yang ada dirumah sakit saat memberikan asuhan keperawatan klien Post Seksio Sesarea dengan masalah keparwatan nyeri akut.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Nyeri Akut, Post Seksio Saesarea

Daftar Pustaka : 6 buku. 2 jurnal

ABSTRACT

Background: *Caesarean section is a way of giving birth to a fetus by making an incision in the uterine wall through the abdominal wall or by surgery. Caesarean section surgery in West Java 7.8% while in Dr. Slamet Garut recorded in January - December 2018 was 1,423 cases or 26%, and in the Kalimaya Bawah Room recorded in January - December 2018 there were 886 cases or 62.2%. The Caesarean section can cause pain and if not treated will result in limited maternal activity (ADL) due to an increase in pain intensity when the patient moves.* **Objective:** *To provide nursing care to post cesarean section patients with acute pain in the Lower Kalimaya Room of RSUD Dr. Slamet Garut 2019, comprehensively covers biological, psychological, social and spiritual aspects.* **Method:** *This research is a case study to explore the problem of nursing care in clients with cesarean section with acute pain in the Lower Kalimaya Room Dr. Slamet Garut. Data collection includes interviews, physical examinations, observations, and documentation studies. This case study was conducted on two Post Caesarean section patients with nursing problems.* **Results:** *After 3x24 hours of nursing care by providing pharmacological and non-pharmacological interventions (breathing relaxation dalam) on clients 1 and 2 can be overcome and there is a decrease in pain scale from moderate pain to mild scale.* **Suggestion:** *It is expected that health workers in the Lower Kalimaya Room Dr. Garet Garut can provide information on how to conduct non-pharmacological therapy breathing techniques in breathing properly and correctly according to the SOP in the hospital when providing nursing care for Post-Section-Carearean clients with acute pain problems.*

Keywords: Nursing Care, Acute Pain, Post Section of Saesarea

Bibliography: 6 books. 2 journals

DAFTAR ISI

Halaman Judul

Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar	v
Abstark.....	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Tabel	xii
Daftar Bagan	xiv
Daftar Lampiran	xv

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.4 Manfaat	5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit	7
2.1.1 Definisi	7
2.1.2 Anatomi Fisiologi Sectio Caesarea	8
2.1.3 Etiologi	10

2.1.4	Patofisiologi	11
2.1.5	Penatalaksanaan	13
2.1.6	Pemeriksaan Penunjang.....	13
2.2	Perubahan Fisiologi Masa Nifas	14
2.2.1	Pengertian Masa Nifas	14
2.2.2	Tahapan Masa Nifas.....	14
2.2.3	Perubahan Fisiologi Pada Masa Nifas.....	14
2.2.4	Adaptasi Fisiologi Pada Masa Nifas	20
2.3	Konsep Nyeri	25
2.3.1.	Definisi Nyeri	25
2.3.2.	Klasifikasi Nyeri	26
2.3.3.	Reseptor Nyeri.....	27
2.3.4.	Stimulus Nyeri.....	27
2.3.5.	Kecepatan Sensasi	28
2.3.6.	Mekanisme Nyeri	28
2.3.7.	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi.....	30
2.3.8.	Managemen Nyeri	33
2.3.9.	Mengkaji Nyeri	38
2.3.10.	Metode Penilaian Skala Nyeri.....	39
2.4	KonsepAsuhan Keperawatan	43
2.4.1	Pengkajian	43
2.4.2	Diagnosa Keperawatan	46
2.4.3	Intervensi dan Rasionalisasi Keperawatan.....	47

BAB III METODE PENULISAN KTI

3.1 Desain.....	76
3.2 Batasan Istilah	76
3.3 Unit analisis (partisipan).....	77
3.4 Lokasi dan Waktu	77
3.5 Pengumpulan Data	78
3.6 Uji Keabsahan Data.....	79
3.7 Analisis Data	79
3.8 Etik Penulisan KTI.....	81

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 HASIL	85
4.1.1 Gambaran Lokasi pengambilan data	85
4.1.2 Asuhan Keperawatan	86
4.1.3 Pengkajian	86
4.1.4 Diagnosa Keperawatan	102
4.1.5 Perencanaan	107
4.1.6 Pelaksanaan	113
4.1.7 Evaluasi	119

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan	132
5.2 Saran.....	134

Daftar Pustaka

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Skala Deskriptif Verbal	39
Gambar 2.2 Skala Penilaian Numerik.....	40
Gambar 2.3 Skala Nyeri Wajah	41

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas	45
Tabel 2.2 Intervensi Nyeri Akut	48
Tabel 2.3 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi	52
Tabel 2.4 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI	54
Tabel 2.5 Intervensi Gangguan Eliminasi.....	56
Tabel 2.6 Intervensi Gangguan Pola Tidur	58
Tabel 2.7 Intervensi Resiko Infeksi	59
Tabel 2.8 Intervensi Perawatan Diri.....	63
Tabel 2.9 Intervensi Konstipasi.....	65
Tabel 2.10 Intervensi Resiko Syok	68
Tabel 2.11 Intervensi Resiko Pendarahan	70
Tabel 2.12 Intervensi Defisit Pengetahuan	72
Tabel 4.1 Identitas Klien	83
Tabel 4.2 Identitas Penanggung Jawab	84
Tabel 4.3 Riwayat Penyakit	84
Tabel 4.4 Riwayat Ginekologi	85
Tabel 4.5 Riwayat Obstetri	86
Tabel 4.6 Perubahan Aktivitas Sehari-hari	87
Tabel 4.7 Pemeriksaan fisik	88
Tabel 4.8 Pemeriksaan fisik bayi.....	91

Tabel 4.9 Data Sosial	96
Tabel 4.10 Bounding Attachment	96
Tabel 4.11 Pemenuhan Seksual.....	96
Tabel 4.12 Data Spiritual	96
Tabel 4.13 Pengetahuan Dan Perawatan.	97
Tabel 4.14 Laboratorium.....	97
Tabel 4.15 Program dan Rencana Pengobatan.....	97
Tabel 4.16 Analisa Data.....	98
Tabel 4.17 Diagnosa.....	102
Tabel 4.18 Perencanaan	107
Tabel 4.19 Implementasi.....	113
Tabel 4.20 Evaluasi Sumatif	119

DAFTAR BAGAN

	Halaman
Bagan 2.1 Patofisiologi	12

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Lembar Observasi

Lampiran II Lembar Bimbingan

Lampiran III Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran IV Satuan Acara Penyuluhan dan leaflet

Lampiran IV Jurnal

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Persalinan bisa saja berjalan secara normal, namun tidak jarang proses persalinan mengalami hambatan dan harus dilakukan melalui operasi. Ada dua cara persalinan yaitu lewat vagina yang lebih dikenal dengan persalinan alami dan persalinan Sesarea atau Seksio Sesarea yaitu tindakan operasi untuk mengeluarkan bayi dengan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim. Seksio Sesarea merupakan pilihan utama bagi tenaga medis untuk menyelamatkan ibu dan janin (Jitowiyono & Kristiyanasari , 2010).

Indikasi pada ibu dan janin yang dilakukan operasi Seksio Sesarea. Indikasi pada ibu diantaranya yaitu : *dystosia*, *fetal distres*, komplikaso pre-eklamsi, bayi dalam posisi letak lintang, bayi besar, masalah plasenta seperti plasenta previa, pernah mengalami masalah perineum, distosia, Seksio Sesarea berulang. Sedangkan indikasi pada janin diantaranya yaitu: gawat janin, tali pusat penumpang, primigravida tua, kehamilan dengan diabetes mellitus, infeksi intra partum, kehamilan kembar, kehamilan dengan kelainan congenital, anomali janin misalnya hidrosefalus (Suryani & Anik, 2015).

Data *World Health Organisation* (WHO) tahun 2015 selama hampir 30 tahun tingkat persalinan dengan SC menjadi 10% sampai 15% dari semua proses persalinan di Negara-negara berkembang. Berdasarkan hasil data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013, angka ibu melahirkan dengan SC di Indonesia 9,8% dengan proporsi tertinggi di DKI Jakarta 19,9% dan

terendah di Sulawesi Tenggara 3,3% (Sri Utami, 2016). Riskesdas dalam angka Provinsi Jawa Barat tahun 2013 menyatakan bahwa angka Seksioa Sesarea 7,8% (Riskesdas,2013).

Berdasarkan catatan *Medical Record* RSUD Dr. Slamet Garut angka kejadian dari operasi Seksio Seesarea pada bulan Januari – Desember 2018 adalah 1.423 kasus dan persalinan normal tercatat sebanyak 4.041 kasus. Operasi seksio cesarea di ruang Kalimaya Bawah di bulan Januari – Desember 2018 tercatat sebanyak 886 kasus ata sebesar 62,2% (Rekam Medis RSUD Dr. Slamet Garut, 2018).

Masalah keperawatan yang dapat terjadi pada ibu post partum dengan tindakan Seksio Sesarea dapat berupa, ketidakefektifan bersihan jalan nafas, nyeri akut, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, ketidakefektifan pemberian asi, gangguan eliminasi urine, gangguan pola tidur, resiko infeksi, defisit perawatan diri, konstipasi, resiko syok (hipovolemik), resiko pendarahan, defisiensi pengetahuan (Nurarif dan Kusuma 2015).

Tindakan operasi Seksio Sesarea dapat menyebabkan nyeri dan mengakibatkan terjadinya perubahan kontinuitas jaringan karena adanya pembedahan (Whelly,2008). Pengalaman nyeri merupakan suatu hal yang kompleks mencakup aspek fisik, emosional, dan kognitif. Nyeri juga bersifat subjektif dan personal stimulus terhadap timbulnya nyeri merupakan sesuatu yang bersifat fisik dan/ mental. Suatu pengalam emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan baik aktual maupun potensial atau digambarkan

sebagai suatu kerusakan/ cedera, oleh karena itu nyeri secara fisik dapat menyebabkan nyeri psikologis (Potter dan Perry, 2010).

Dampak jika nyeri tidak diatasi maka akan mempengaruhi ADL (Activities Daily Living) klien. Sebagian arti nyeri merupakan arti negative, misalnya membahayakan ketidak mampuan dan memerlukan penyembuhan. Ada beberapa metode untuk menghilangkan nyeri salah satunya teknik farmakologi. Untuk menghilangkan nyeri terutama untuk nyeri yang sangat hebat yang berlangsung. Strategi penatalaksanaan nyeri mencakup baik pendekatan farmakologis dan non farmakologis. Semua intervensi akan sangat berhasil bila dilakukan sebelum nyeri menjadi lebih parah dan keberhasilan sering dicapai jika beberapa intervensi diterapkan secara simultan (Smeltzer, 2010).

Peran perawat sangat penting dalam merawat pasien Post Seksio Sesarea antara lain sebagai pemberi pelayanan kesehatan, pengorganisasian kesehatan yang khususnya adalah sebagai pemberi asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Oleh karena itu diperlukan salah satu cara mengatasi nyeri Post Seksio Sesarea dapat melalui tindakan kolaboratif perawat dengan tim kesehatan lain maupun tindakan mandiri perawat salah satunya dengan teknik relaksasi nafas dalam. Dimana perawat mengajarkan kepada pasien bagaimana cara melakukan nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan.

Berdasarkan fenomena diatas, penulis tertarik untuk melakukan Asuhan Keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea melalui penyusunan karya tulis ilmiah (KTI) yang berjudul “Asuhan keperawatan Pada Klien Post Seksio Sesarea Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2019”.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien Post Seksio Sesaria dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2019?”

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Malaksanakan asuhan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2019.

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2019.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2019.

- c. Menyusun reencana tindakan keperawatan pada klien Post Seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2019.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien Post Seksio Sesareadengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2019.
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2019.

1.4. Manfaat

1.4.1. Manfaat Teoritis

Memperkaya sumber referensi tentang asuhan keperawatan pada klien *Post Sectio Caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

1.4.2. Manfaat Praktis

a. Bagi Perawat

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi perawat yaitu unntuk menambah refernsi pada klien Post Seksio Sesarea dengan masalah keparawatan nyeri akut.

b. Bagi Rumah sakit

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu pelayanan bagi pasien khususnya pada klien Post Seksio Sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Manfaat praktis bagi institusi Pendidikan yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien Seksio Sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Definisi Seksio Sesarea

Seksio Sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Amru sofian, 2012).

Ibu *Pasca* Seksio Sesarea adalah ibu yang melahirkan janin dengan cara proses pembedahan dengan membuka dinding perut dan dinding uterus dalam waktu sekitar kurang lebih enam minggu organ-organ reproduksi akan kembali pada keadaan tidak hamil (Anik dan Suryani, 2015).

Masa nifas (*peurperium*) adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Saleha, 2009).

Seksio Sesarea adalah suatu cara melahirkan dengan proses pembedahan membuka dinding perut dan uterus, sekitar lebih 6 minggu organ organ reproduksi akan kembali seperti saat idak hamil.

2.1.2 Anatomi Fisiologi

Beberapa teknik Seksio Sesarea yang perlu diperhatikan adalah mengenai cara insisi abdomen, insisi uterus, cara kelahiran bayi dan penjahitan uterus, yang masing-masing diuraikan berikut ini:

1. Insisi Abdomen

a. Dalam insisi abdomen, perawat perlu memiliki pengetahuan tentang lapisan dinding perut, yang diuraikan singkat sebagai berikut:

- 1) Kulit
- 2) Jaringan Subkutan
- 3) Fasia Scarpa (membatasi diantara dua jaringan subkutan)
- 4) Otot dinding perut : m.oblikus eksternu
- 5) M.oblikus internus
- 6) Fasia transversalis
- 7) Jaringan preperitoneal
- 8) Jaringan preperitoneum
- 9) Jaringan peritoneum
- 10) Peritoneum pariatale (De Jong, 2005 dalam Maryunani, Anik, 2014).

b. Insisi abdomen, anatar lain dilakukan secara vertikel dan transversal/lintang, yang masing-masing diuraikan sebagai berikut :

1) Insisi Vertikal:

Insisi vertikal garis tengah intraumbilikus adalah insisi yang paling cepat dibuat. Insisi ini harus cukup panjang agar janin dapat lahir tanpa kesulitan. Oleh karenanya, panjang harus sesuai dengan taksiran ukuran janin.

Pembesaran secara tajam dilakukan sampai ke level vagina m.rektus abdominis lamina anterior, yang dibebaskan dari lemak subkutis untuk memperlihatkan sepotong fascia di garis tengah dengan lebar sekitar 2cm. fascia transversalis dan lemak praperitonium dibebaskan secara hati-hati untuk mencapai peritoneum dibawahnya. Peritoneum yang terletak dekat dengan ujung atas insisi dibuka secara hati-hati.

2) Insisi Transversal/lintang

Kulit dan jaringan subkutan disayat dengan menggunakan insisi transversal rendah sedikit melengkung. Insisi dibuat setinggi garis rambut pubis dan diperluas sedikit melebihi batas lateral otot rektus. Setelah jaringan subkutis dipindahkan dari fascia dibawahnya 1 cm atau lebih pada kedua sisi, fascia dipotong secara melintang sesuai panjang insisi.

c. Seksio Sesarea Klasik

Teknik ini meliputi insisi longitudinal pada segmen atas uterus. Operasi cepat dan mudah dilakukan tetapi teknik ini adalah prosedur abdomen, bukan prosedur pada panggul dan seringkali diikuti oleh peritonitis dan ileus. Involusi uterus mempersulit penyembuhan dan bekas luka dapat mengalami ruptur pada kehamilan berikutnya. Namun teknik ini kadang kala masih diindikasikan, misalnya:

- 1) Beberapa kasus plasenta previa dengan bentuk segmen bawah uterus yang buruk.
- 2) Letak tranvesal atau tidak stabil dengan segmen bawah uterus tidak berbentuk sempurna.
- 3) Miomayang mengubah bentuk uterus.
- 4) Jika ahli bedah tidak berpengalaman dan melakukan operasi dalam keadaan darurat.

2.1.3 Etiologi

1. Etiologi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/ panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusip plasenta tingkat I- II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsia-eklamsia, atas permintaan, kehamilan yang

disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya).

2. Etiologi yang berasal dari janin

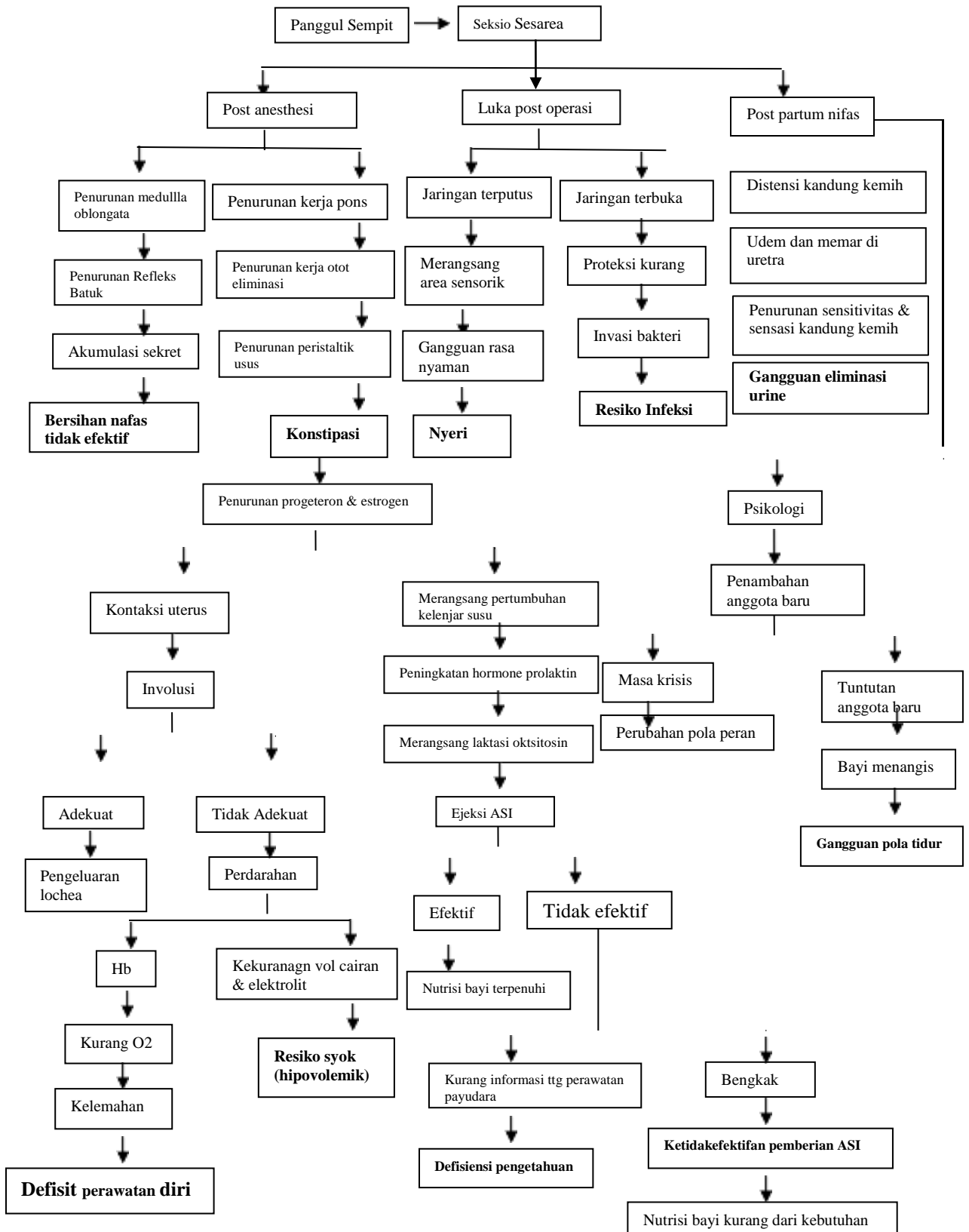
Fetal distress/ gawat janin, malpresentasi, malposisi kedudukan janin, prolapsus, tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstrasi (Nurarif dan Kusuma, 2015).

2.1.4 Patofisiologi

Terjadi kelainan pada ibu dan janin menyebabkan persalinan normal tidak memungkinkan, akhirnya harus dilakukan SC.

Bagan 2.1 Patofisiologi Seksio Sesarea

Sumber : (Nurarif,2015)



2.1.5 Penatalaksanaan

1. Cairan IV sesuai indikasi.
2. Anesthesia : regional dan general
3. Perjanjian dari orang terdekat untuk tujuan Seksioa Sesarea
4. Tes Laboratorium/ diagnosis sesuai indikasi
5. Pemberian oksitosin sesuai indikasi
6. Tanda vital protokol ruang pemulihan
7. Persipan kulit pembedahan abdomen
8. Persetujuan ditandatangani
9. Pemasangan kateter *Foley*

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

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

(Nurarif dan Kusuma, 2015).

2.2 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

2.2.1 Pengertian

Masa nifas adalah masa setelah melahirkan selama 6 minggu atau 40 hari menurut itungan awam merupakan masa nifas. Masa ini penting untuk terus di pantau. Nifas merupakan masa pembersihan rahim, sama halnya seperti masa haid (Saleha, 2009).

Jadi masa nifas adalah masa pulihnya alat-alat reproduksi setelah melahirkan seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari.

2.2.2 Tahapan Masa Nifas

Dalam masa nifas di bagi kedalam 3 periode, yaitu :

- a. Puerperium dini yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan, dalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
- b. Puerperium Intermedial yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.
- c. Remote puerperium yaitu waktu yang diperoleh untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi.

2.2.3 Perubahan Sistem Reproduksi (Sitti Saleha, 2009)

Selama masa nifas, alat-alat interna maupun eksterna berangsur-angsur kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan keseluruhan alat genitalia ini disebut Involusi. Pada

masa ini terjadi juga perubahan penting lainnya perubahan-perubahan yang terjadi antara lain sebagai berikut:

a. Uterus

Segera setelah lahirnya plasenta, pada uterus yang berkontraksi posisi fundus uteri berada kurang lebih pertengahan antara umbilikus dan simfisis, atau sedikit lebih tinggi. Dua hari kemudian, kurang lebih sama dan kemudian mengerut, sehingga dalam dua minggu telah turun masuk ke dalam rongga pelvis dan tidak dapat diraba lagi dari luar.

b. Lokia

Lokia adalah cairan sekret yang berasal dari cavum uteri dan vagina selama masa nifas. Lokia terbagi menjadi tiga jenis, yaitu, lokia rubra (cruenta), lokia sanguilenta, lokia serosa, lokia alba.

c. Endometrium

Perubahan pada endometrium adalah timbulnya, trombosis, degenerasi, dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. Pada hari pertama tebal endometrium 2,5mm, mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua, dan selaput janin. Setelah tiga hari mulai rata, sehingga tidak ada pembentukan jaringan perut pada bekas implantasi plasenta.

d. Serviks

Segera setelah berakhirnya TU, serviks menjadi sangat lembek, kendur, dan terkulai. Serviks tersebut bisa melepuh dan lece, terutama di bagian anterior. Serviks akan terlihat padat yang mencerminkan vaskularitasnya yang tinggi, lubang serviks lambat laun mengecil, beberapa hari setelah persalinan diri retak karena robekan dalam persalinan. Rongga leher serviks bagian luar akan membentuk seperti keadaan sebelum hamil pada saat empat minggu post partum.

e. Vagina

Vagina dan lubang vagina pada permulaan peurpurium merupakan suatu saluran yang luas didinding tipis. Secara berangsur-angsur luasnya berkurang, tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran seorang nulipara. Rugae timbul kembali pada minggu ketiga. Himen tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil, yang dalam proses pembentukan berubah menjadi karunkulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara.

f. Payudara (Mamae)

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis, yaitu sebagai berikut.

- 1) Produksi susu
- 2) Sekresi susu atau let down.

Selama sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambatnya, kelenjar pituitari akan mengeluarkan prolaktin (hormon laktogenik). Sampai hari ketiga setelah melahirkan, efek prolaktin pada payudara mulai bisa dirasakan. Pembuluh darah payudara menjadi bengkak terisi darah, sehingga timbul rasa hangat, bengkak, dan rasa sakit. Sel-sel acini yang menghasilkan ASI juga mulai berfungsi. Ketika bayi mengisap puting, refleks saraf merangsang lobus posterior pituitari untuk menyekresi hormon oksitosin.

g. Sistem pencernaan

Seorang wanita dapat merasa lapar dan siap menyantap makanannya dua jam setelah persalinan. Kalsium amat penting untuk gigi pada kehamilan dan masa nifas, dimana pada masa ini terjadi penurunan konsentrasi ion kalsium karena meningkatnya kebutuhan kalsium pada ibu, terutama pada bayi yang dikandungannya untuk proses pertumbuhan janin juga pada ibu dalam masa laktasi.

h. Sistem perkemihan

Pelvis ginjal dan ureter yang teregang dan berdilatasi selama kehamilan kembali normal pada akhir minggu keempat

setelah melahirkan. Pemeriksaan sistokopik segera setelah melahirkan menunjukkan tidak saja edema dan hiperemia dinding kandung kemih, tetapi sering kali terdapat ekstrasvasasi darah pada submukosa. Kurang lebih 40% wanita nifas mengalami proteinuria yang nonpatologis sejak pasca melahirkan sampai dua hari post partum agar dapat dikendalikan. Diuresis yang normal dimulai segera setelah bersalin sampai hari yang meningkat secara relatif.

i. Sistem muskuloskeletal

Ligamen-ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang sewaktu kehamilan dan persalinan berangsur-angsur kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligamen rotundum mengendur, sehingga uterus jatuh kebelakang. Fasial jaringan penunjang alat genitalia yang mengendur dapat diatasi dengan latihan-latihan tertentu. Mobilitas sendi berkurang dan posisi lordosis kembali secara perlahan-lahan.

j. Sistem endokrin

Selama proses kehamilan dan persalinan bayi terdapat perubahan pada sistem endokrin, terutama pada hormon-hormon yang berperan dalam proses tersebut.

1) Oksitosin

Oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang. Selama tahap ketiga persalinan, hormon

oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan.

2) Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsanya kelenjar pituitari bagian belakang untuk mengeluarkan prolaktin, hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. Pada wanita yang menyusui bayinya, kadar prolaktin tetap tinggi dan pada permulaan ada rangsangan folikel dalam ovarium yang ditekan. Pada wanita tidak menyusui bayinya tingkat sirkulasi prolaktin menurun dalam 14-21 hari setelah persalinan, sehingga merangsang kelenjar bawah depan otak yang mengontrol ovarium ke arah permulaan pola produksi estrogen dan progesteron yang normal, pertumbuhan folikel, ovulasi, dan menstruasi.

3) Estrogen dan Progesteron

Selama hamil volume darah normal meningkat walaupun mekanismenya secara penuh belum dimengerti. Diperkirakan bahwa tingkat estrogen yang tinggi memperbesar hormon antidiuretik yang meningkatkan volume darah. Disamping itu,

progesteron memengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini sangat memengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva, serta vagina.

k. Perubahan tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital yang harus dikaji pada masa nifas adalah sebagai berikut, suhu, nadi dan pernafasan, tekana darah.

l. Sistem hematologi dan kardiovaskuler

Leukositosis adalah meningkatnya jumlah sel-sel darah putih sampai sebanyak 15.000 selama masa persalinan. Leukosit akan tetap tinggi jumlahnya selama beberapa hari pertama masa post partum. Jumlah sel-sel darah putih tersebut masih bisa naik lebih tinggi lagi hingga 25.000-30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama. Akan tetapi berbagai jenis kemungkinan infeksi harus dikesampingkan pada penemuan semacam itu. Jumlah hemoglobin hematokrit serta eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal masa nifas sebagai akibat dari volume darah, volume plasma, dan volume sel darah yang berubah-ubah

2.2.4 Adaptasi Psikologis pada masa nifas

Periode masa nifas merupakan waktu dimana ibu mengalami stres pasca persalinan, terutama pada ibu primipara.

Periode ini diekspresikan oleh Reva Rubin yang terjadi pada tiga tahap berikut ini.

a. Taking in period

Terjadi pada 1-2 hari setelah persalinan, ibu masih pasif dan sangat bergantung pada orang lain, fokus perhatian terhadap tubuhnya, ibu lebih mengingat pengalaman melahirkan dan persalinan yang dialami, serta kebutuhan tidur dan nafsu makan meningkat.

b. Taking hold period

Berlangsung 3-4 hari post partum, ibu lebih berkonsentrasi pada kemampuannya dalam menerima tanggung jawab sepenuhnya terhadap perawatan bayi. Pada masa ini ibu menjadi sangat sensitif, sehingga membutuhkan bimbingan dan dorongan perawat untuk mengatasi kritikan yang dialami ibu.

c. Letting go period

Dialami setelah tiba ibu dan bayi tiba dirumah. Ibu mulai secara penuh menerima tanggung jawab sebagai “seorang ibu” dan menyadari atau merasa kebutuhan bayi sangat bergantung pada dirinya.

Hal-hal yang harus dapat dipenuhi selama masa nifas adalah sebagai berikut:

a. Fisik

Istirahat, memakan makanan bergizi, sering menghirup udara segar, dan lingkungan yang bersih.

b. Psikologi

Stres setelah persalinan dapat segera distabilkan dengan dukungan dari keluarga yang menunjukkan rasa simpati, mengakui, dan menghargai ibu.

c. Sosial

Menemani ibu bila terlihat kesepian, ikut menyayangi anaknya, menangani dan memerhatikan kebahagiaan ibu, serta menghibur bila terlihat sedih.

Depresi post partum sering terjadi pada masa ini. Menurut para ahli mereka di diagnosis menderita depresi post partum. Tanda dan gejala yang mungkin diperlihatkan pada penderita pada penderita depresi post partum adalah sebagai berikut:

- a. Perasaan sedih dan kecewa.
- b. Sering menagis.
- c. Merasa gelisah dan cemas.
- d. Kehilangan ketertarikan terhadap hal-hal yang menyenangkan.
- e. Nafsu makan menurun.
- f. Kehilangan energi dan motivasi untuk melakukan sesuatu.

- g. Tidak bisa tidur (insomnia).
- h. Perasaan bersalah dan putus harapan (hopeless).
- i. Penurunan atau peningkatan berat badan yang tidak dapat dijelaskan.
- j. Memperlihatkan penurunan keinginan untuk mengurus bayinya.

Respon yang terbaik dalam menangani kasus depresi post partum (DPP) adalah kombinasi antara psikoterapi, dukungan sosial, dan medikal seperti antidepresan. Suami dan anggota keluarga yang lain harus dilibatkan dalam tiap sesi konseling, sehingga dapat dibangun pemahaman dari orang-orang terdekat ibu terhadap apa yang dirasakan dan dibutuhkannya.

Beberapa intervensi berikut dapat membantu seorang wanita terbebas dari ancaman depresi setelah melahirkan.

a. Pelajari diri sendiri

Pelajari dan mencari informasi mengenai depresi post partum, sehingga anda sadar terhadap kondisi ini.

b. Tidur dan makan yang cukup

Diet nutrisi yang cukup penting untuk kesehatan, lakukan usaha yang terbaik dengan makan dan tidur yang cukup. Keduanya penting selama periode post partum dan kehamilan.

c. Olahraga

Olahraga adalah kunci untuk mengurangi post partum. Lakukan peregangan selama 15 menit dengan berjalan setiap hari, sehingga membuat anda merasa lebih baik dan menguasai emosi berlebihan dalam diri anda.

d. Hindari perubahan hidup sebelum atau sesudah melahirkan

Jika mungkin, hindari membuat keputusan besar seperti membeli rumah atau pindah kerja, sebelum atau setelah melahirkan. Tetaplah hidup secara sederhana dan menghindari stres, sehingga dapat segera dan lebih mudah menyembuhkan post partum yang diderita.

e. Beritahukan perasaan anda

Jangan takut berbicara dan mengekspresikan perasaan yang anda inginkan dan butuhkan demi kenyamanan anda sendiri. Jika memiliki masalah dan merasa tidak nyaman terhadap sesuatu, segera beritahukan pada pasangan atau orang terdekat.

f. Dukungan keluarga dan orang lain diperlukan

Dukungan dari keluarga atau orang yang anda cintai selama melahirkan sangat diperlukan.

g. Persiapkan diri dengan baik

Persiapan sebelum melahirkan sangatlah diperlukan. Ikutlah kelas senam hamil yang sangat membantu serta buku atau artikel lainnya yang anda perlukan.

h. Lakukan pekerjaan rumah tangga

Pekerjaan rumah tangga sedikitnya dapat membantu anda melupakan gejala perasaan yang terjadi selama periode post partum.

i. Dukungan emosional

Dukungan emosi dari lingkungan dan juga keluarga akan membantu anda dalam mengatasi rasa frustrasi yang menjalar.

j. Dukungan kelompok depresi post partum

Dukungan terbaik datang dari orang-orang yang ikut mengalami dan merasakan hal yang sama dengan anda.

2.3 Konsep Nyeri

2.3.1. Definisi Nyeri

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif. Perasaan nyeri pada setiap orang berbeda dalam hal skala ataupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Tetty, 2015). Nyeri adalah perasaan yang menimbulkan distress ketika ujung-ujung saraf tertentu (nosiseptor) di rangsang. Secara umum, nyeri diartikan sebagai suatu keadaan

yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari dalam serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis, maupun emosional.

2.3.2. Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua, yakni nyeri akut dan nyeri kronis.

a. Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melebihi 6 bulan dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot (A. Alimul, 2009).

Sedangkan menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Fungsi nyeri akut ialah memberi peringatan akan cedera atau penyakit yang akan datang. Nyeri akut akhirnya menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang rusak

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama, yaitu lebih dari enam bulan. Yang termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah nyeri

terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatik (Maryunani, 2010).

2.3.3. Reseptor Nyeri

Munculnya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah *nociceptor*, yang merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki myelin yang tersebar pada kulit mukosa, khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati, dan kandung empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respons akibat adanya stimulasi atau rangsangan.

2.3.4. Stimulus Nyeri

Seseorang dapat mentoleransi, menahan nyeri (*pain tolerance*), atau dapat mengenali jumlah stimulus nyeri sebelum merasakan nyeri (*pain threshold*). Ada beberapa jenis stimulus nyeri menurut Alimul (2009), diantaranya adalah :

1. Trauma pada jaringan tubuh, misalnya karena bedah akibat terjadinya kerusakan jaringan dan iritasi secara langsung pada reseptor
2. Gangguan pada jaringan tubuh, misalnya karena edema akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri
3. Tumor, dapat juga menekan pada reseptor nyeri

4. Iskemia pada jaringan, misalnya terjadi blokade pada arteria koronaria yang menstimulasi reseptor nyeri akibat tertumpuknya asam laktat
5. Spasme otot, dapat menstimulasi mekanik
Trauma pada jaringan tubuh, gangguan pada jaringan tubuh, tumor

2.3.5. Kecepatan Sensasi

Fast pain (nyeri cepat) dirasakan selama kurang dari satu detik (biasanya jauh lebih singkat) setelah aplikasi stimulus nyeri (mis, menyentuh kompor panas). Nyeri cepat terlokalisasi dengan baik pada suatu tempat dan sering digambarkan sebagai tusukan atau tajam. Nyeri cepat biasanya dirasakan pada atau dekat dengan permukaan tubuh.

Slow pain (nyeri lambat) dirasakan selama satu detik atau lebih setelah aplikasi stimulus nyeri (mis, nyeri yang terus terasa setelah kepala terbentur). Nyeri lambat sering digambarkan sebagai tumpul, berdenyut, atau terbakar. Nyeri ini dapat meningkat dalam beberapa menit dan dapat terjadi di kulit atau semua jaringan dalam tubuh. Nyeri lambat dapat menjadi kronis dan menimbulkan disabilitas yang berat.

2.3.6. Mekanisme Nyeri

Rangkaian proses terjadinya nyeri diawali dengan tahap transduksi, dimana hal ini terjadi ketika nosiseptor yang terletak pada bagian perifer tubuh distimulasi oleh berbagai stimulus, seperti faktor

biologis, mekanisme, listrik, thermal, dan radiasi. *Fast pain* dicetuskan oleh reseptor tipe mekanis atau thermal (yaitu *serabut saraf A-Delta*), sedangkan *slow pain* (nyeri lambat) biasanya dicetuskan oleh *serabut saraf C*).

Karakteristik Serabut A-delta yaitu :

- ✓ Menghantar nyeri dengan cepat
- ✓ Bermielinasi

Karakteristik Serabut C, yaitu :

- ✓ Tidak bermielinasi
- ✓ Berukuran sangat kecil
- ✓ Bersifat lambat dalam menghantarkan nyeri

Serabut A mengirim sensasi yang tajam, terlokalisasi, dan jelas dalam melokalisasi sumber nyeri dan mendeteksi intensitas nyeri. Serabut C menyampaikan impuls yang terlokalisasi (bersifat difusi), viseral, dan terus-menerus. Sebagai contoh mekanisme kerja serabut A-delta dan serabut C dalam suatu trauma adalah ketika seseorang menginjak paku, sesaat setelah kejadian orang tersebut dalam waktu kurang dari 1 detik akan merasakan nyeri yang terlokalisasi dan tajam, yang merupakan transmisi dari serabut A. dalam beberapa detik selanjutnya, nyeri menyebar sampai seluruh kaki terasa sakit karena persarafan serabut C.

Tahap selanjutnya adalah transmisi, dimana impuls nyeri kemudian ditransmisikan serat afferen (A-delta dan C) ke medula

spinalis melalui dorsal horn, dimana di sini impuls akan bersinapsis di substansia gelatinosa (lamina II dan III). Impuls kemudian menyeberang keatas melewati traktus spinothalamus anterior dan lateral. Beberapa impuls yang melewati traktus spinothalamus lateral diteruskan langsung ke thalamus tanpa singgah di formatio retikularis membawa impuls fast pain. Di bagian thalamus dan korteks serebri inilah individu kemudian dapat mempersepsikan, menggambarkan, melokalisasi, menginterpretasikan dan mulai berespon terhadap nyeri.

Beberapa impuls nyeri ditransmisikan melalui traktus paleospinothalamus pada bagian tengah medula spinalis. Impuls ini memasuki formatio retikularis dan sistem limbik yang mengatur perilaku emosi dengan kognitif, serta integritasi dari sistem saraf otonom. Slow pain yang terjadi akan membangkitkan emosi, sehingga timbul respon terkejut, marah, cemas, tekanan darah meningkat, keluar keringat dingin, dan jantung berdebar-debar.

2.3.7. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

1. Usia

Usia mempengaruhi seseorang bereaksi terhadap nyeri. Sebagai contoh anak kecil yang belum dapat mengucapkan kata-kata mengalami kesulitan dalam mengungkapkan secara verbal dan mengekspresikan rasa nyerinya. Sementara lansia mungkin tidak

akan melaporkan nyerinya dengan alasan nyeri merupakan sesuatu yang harus mereka terima (Potter & Perry, 2006).

2. Jenis kelamin

Secara umum jenis kelamin pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam merespon nyeri. Beberapa kebudayaan mempengaruhi jenis kelamin misalnya ada yang menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis sedangkan seorang anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama (Rahadhanie dalam Andari, 2015).

3. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diajarkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka (Rahadhanie dalam Andari, 2015).

4. Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat. Sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun. Konsep ini merupakan salah satu konsep yang perawat terapkan di berbagai terapi untuk menghilangkan nyeri, seperti relaksasi, teknik imajinasi terbimbing (*guided imagery*) dan *massage*, dengan memfokuskan perhatian dan konsentrasi klien

pada stimulus yang lain, misalnya pengalihan pada distraksi (Fatmawati, 2011).

5. Ansietas

Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri. Namun nyeri juga dapat menimbulkan ansietas. Stimulus nyeri mengaktifkan bagian sistem limbik yang diyakini mengendalikan emosi seseorang khususnya ansietas (Wijarnoko, 2012).

6. Kelemahan

Kelemahan atau kelelahan meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping (Fatmawati, 2011).

7. Pengalaman sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri. Apabila individu sejak lama sering mengalami serangkaian episode nyeri tanpa pernah sembuh maka ansietas atau rasa takut dapat muncul. Sebaliknya jika individu mengalami jenis nyeri yang sama berulang-ulang tetapi nyeri tersebut dengan berhasil dihilangkan akan lebih mudah individu tersebut menginterpretasikan sensasi nyeri (Rahadhanie dalam Andari, 2015).

8. Gaya coping

Gaya coping mempengaruhi individu dalam mengatasi nyeri. Sumber coping individu diantaranya komunikasi dengan keluarga, atau melakukan latihan atau menyanyi (Ekowati, 2012).

9. Dukungan keluarga dan sosial

Kehadiran dan sikap orang-orang terdekat sangat berpengaruh untuk dapat memberikan dukungan, bantuan, perlindungan, dan meminimalkan ketakutan akibat nyeri yang dirasakan, contohnya dukungan keluarga (suami) dapat menurunkan nyeri kala I, hal ini dikarenakan ibu merasa tidak sendiri, diperhatikan dan mempunyai semangat yang tinggi (Widjanarko, 2012).

10. Makna nyeri

Individu akan berbeda-beda dalam mempersepsikan nyeri apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan hukuman dan tantangan. Misalnya seorang wanita yang bersalin akan mempersepsikan nyeri yang berbeda dengan wanita yang mengalami nyeri cidera kepala akibat dipukul pasangannya. Derajat dan kualitas nyeri yang dipersepsikan klien berhubungan dengan makna nyeri (Potter & Perry, 2006).

11. Manajemen Nyeri

1. Pendekatan Farmakologi

Teknik farmakologi adalah cara yang paling efektif untuk menghilangkan nyeri dengan pemberian obat-obatan pereda nyeri terutama untuk nyeri yang sangat hebat yang berlangsung selama berjam-jam atau bahkan berhari-hari. Metode yang paling umum digunakan untuk mengatasi nyeri adalah analgesik (Strong, Unruh,

Wright & Baxter, 2002). Menurut Smeltzer & Bare (2002), ada tiga jenis analgesik yakni:

- a. Non-narkotik dan anti inflamasi nonsteroid (NSAID): menghilangkan nyeri ringan dan sedang. NSAID dapat sangat berguna bagi pasien yang rentan terhadap efek pendepresi pernafasan.
- b. Analgesik narkotik atau opiat: analgesik ini umumnya diresepkan untuk nyeri yang sedang sampai berat, seperti nyeri pasca operasi. Efek samping dari opiat ini dapat menyebabkan depresi pernafasan, sedasi, konstipasi, mual muntah.
- c. Obat tambahan atau ajuvant (koanalgesik): ajuvant seperti sedative, anti cemas, dan relaksan otot meningkatkan kontrol nyeri atau menghilangkan gejala lain terkait dengan nyeri seperti depresi dan mual (Potter & Perry, 2006).

2. Intervensi Keperawatan Mandiri (Non Farmakologi)

Intervensi keperawatan mandiri menurut Bangun & Nur'aeni (2013), merupakan tindakan pereda nyeri yang dapat dilakukan perawat secara mandiri tanpa tergantung pada petugas medis lain dimana dalam pelaksanaannya perawat dengan pertimbangan dan keputusannya sendiri. Banyak pasien dan anggota tim kesehatan cenderung untuk memandangi obat sebagai satu-satunya metode untuk menghilangkan nyeri. Namun banyak aktivitas keperawatan nonfarmakologi yang

dapat membantu menghilangkan nyeri, metode pereda nyeri nonfarmakologi memiliki resiko yang sangat rendah. Meskipun tindakan tersebut bukan merupakan pengganti obat-obatan.

a. Masase dan Stimulasi Kutaneus

Masase adalah stimulasi kutaneus tubuh secara umum. Sering dipusatkan pada punggung dan bahu. Masase dapat membuat pasien lebih nyaman (Smeltzer & Bare, 2002). Sedangkan stimulasi kutaneus adalah stimulasi kulit yang dilakukan selama 3-10 menit untuk menghilangkan nyeri, bekerja dengan cara melepaskan endofrin, sehingga memblok transmisi stimulus nyeri (Potter & Perry, 2006). Salah satu teknik memberikan masase adalah tindakan masase punggung dengan usapan yang perlahan (*Slow stroke back massage*).

b. *Efflurage Massage*

Effleurage adalah bentuk masase dengan menggunakan telapak tangan yang memberi tekanan lembut ke atas permukaan tubuh dengan arah sirkular secara berulang (Reeder dalam Parulian, 2014).

c. Distraksi

Distraksi yang memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri dapat menjadi strategi yang sangat berhasil dan mungkin merupakan mekanisme terhadap

teknik kognitif efektif lainnya. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimulus nyeri yang ditransmisikan ke otak (Smeltzer and Bare, 2002).

Menurut Pangabean (2014) salah satu teknik distraksi adalah dengan bercerita dimana teknik distraksi bercerita merupakan salah satu strategi non farmakologi yang dapat menurunkan nyeri.

d. Terapi Musik

Terapi musik adalah usaha meningkatkan kualitas fisik dan mental dengan rangsangan suara yang terdiri dari melodi, ritme, harmoni, bentuk dan gaya yang diorganisir sedemikian rupa hingga tercipta musik yang bermanfaat untuk kesehatan fisik dan mental (Eka, 2011). Perawat dapat menggunakan musik dengan kreatif di berbagai situasi klinik, pasien umumnya lebih menyukai melakukan suatu kegiatan memainkan alat musik, menyanyikan lagu atau mendengarkan musik. Musik yang sejak awal sesuai dengan suasana hati individu, merupakan pilihan yang paling baik (Elsevier dalam Karendehi, 2015).

e. Hidroterapi Rendam Kaki Air Hangat

Salah satu terapi nonfarmakologi adalah hidroterapi rendam kaki air hangat. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Widiastuti pada tahun 2015 tentang pengaruh hidroterapi rendam kaki air hangat terhadap 17 pasien post operasi di RS Islam Sultan Agung Semarang terdapat penurunan intensitas nyeri dari sebelum diberikan 4,06 dan setelah diberikan intensitas nyeri menjadi 2,71.

f. Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan, selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi bernafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah. Teknik relaksasi nafas dalam dapat mengendalikan nyeri dengan meminimalkan aktivitas simpatik dalam system saraf otonom (Fitriani, 2013). Menurut Huges dkk dalam Fatmawati (2011), teknik relaksasi melalui olah nafas merupakan salah satu keadaan yang mampu merangsang tubuh untuk membentuk sistem penekan nyeri yang akhirnya menyebabkan penurunan

nyeri, disamping itu juga bermanfaat untuk pengobatan penyakit dari dalam tubuh, meningkatkan kemampuan fisik dan keseimbangan tubuh dan pikiran, karena olah nafas dianggap membuat tubuh menjadi rileks sehingga berdampak pada keseimbangan tubuh dan pengontrolan tekanan darah.

12. Mengkaji Nyeri

Tabel 2.1
Pengkajian Nyeri (BCGuidelines.ca, 2011)

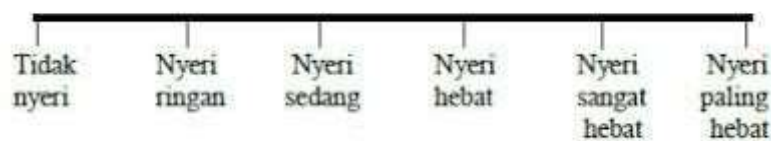
<i>Onset</i>	Kapan nyeri muncul? Berapa lama nyeri? Berapa sering nyeri muncul?
<i>Provoking</i>	Apa yang menyebabkan nyeri? Apa yang membuatnya berkurang? Apa yang membuat nyeri bertambah parah?
<i>Quality</i>	Bagaimana rasa nyeri yang dirasakan? Bisakah di gambarkan?
<i>Region</i>	Dimanakah lokasinya? Apakah menyebar?
<i>Severity</i>	Berapa skala nyerinya? (dari 0-10)
<i>Treatment</i>	Pengobatan atau terapi apa yang digunakan?
<i>Understanding</i>	Apa yang anda percayai tentang penyebab nyeri ini? Bagaimana nyeri ini mempengaruhi anda atau keluarga anda?
<i>Values</i>	Apa pencapaian anda untuk nyeri ini?

13. Metode Penilaian Skala Nyeri

1. Skala Deskriptif Verbal (SDV)

Skala Deskriptif Verbal (SDV) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsian ini dirangking dari “tidak nyeri” sampai “nyeri tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan (Potter & Perry, 2006).

Gambar 2.1
Skala Deskriptif Verbal

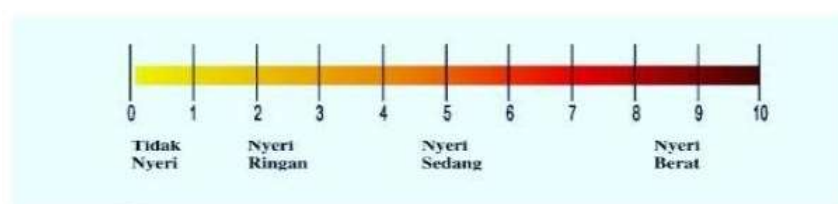


Sumber : (Potter & Perry, 2006)

2. Skala Penilaian Numerik

Skala penilaian numerik atau *Numeric Rating Scale* (NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10 (Meliala & Suryamiharja, 2007).

Gambar 2.2
Skala Penilaian Numerik



Sumber : (Meliala & Suryamiharja, 2007)

Keterangan Skala Nyeri

- Skala 0 : tidak ada rasa nyeri / normal
- Skala 1 : nyeri hampir tidak terasa (sangat ringan) seperti gigitan nyamuk,
- Skala 2 : tidak menyenangkan (nyeri ringan) seperti dicubit
- Skala 3 : bisa ditoleransi (nyeri sangat terasa) seperti ditonjok bagian wajah atau disuntik
- Skala 4 : menyedihkan (kuat, nyeri yang dalam) seperti sakit gigi dan nyeri disengat tawon
- Skala 5 : sangat menyedihkan (kuat, dalam, nyeri yang menusuk) seperti terkilir, keseleo
- Skala 6 : intens (kuat, dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga tampaknya mempengaruhi salah satu dari panca indra) menyebabkan tidak fokus dan komunikasi terganggu.
- Skala 7 : sangat intens (kuat, dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat) dan merasakan rasa nyeri yang sangat mendominasi indra sipenderita yang menyebabkan tidak bisa berkomunikasi dengan baik dan tidak mampu melakukan perawatan sendiri.
- Skala 8 : benar-benar mengerikan (nyeri yang begitu kuat) sehingga menyebabkan sipenderita tidak dapat berfikir jernih, dan sering mengalami perubahan kepribadian yang parah jika nyeri datang dan berlansung lama.

- Skala 9 : menyiksa tak tertahankan (nyeri yang begitu kuat) sehingga sipenderita tidak bisa mentoleransinya dan ingin segera menghilangkan nyerinya bagaimanapun caranya tanpa peduli dengan efek samping atau resiko nya.
- Skala 10: sakit yang tidak terbayangkan tidak dapat diungkapkan (nyeri begitu kuat tidak sadarkan diri) biasanya pada skala ini sipenderita tidak lagi merasakan nyeri karena sudah tidak sadarkan diri akibat rasa nyeri yang sangat luar biasa seperti pada kasus kecelakaan parah, multi fraktur.

Dari sepuluh skala diatas dapat dikelompokkan menjadi tiga kelompok yaitu

- skala nyeri 1 - 3 (nyeri ringan) nyeri masih dapat ditahan dan tidak mengganggu pola aktivitas sipenderita.
- skala nyeri 4 - 6 (nyeri sedang) nyeri sedikit kuat sehingga dapat mengganggu pola aktivitas penderita
- skala nyeri 7 - 10 (nyeri berat) nyeri yang sangat kuat sehingga memerlukan therapy medis dan tidak dapat melakukan pola aktivitas mandiri.

3. Skala Nyeri Wajah

Skala wajah terdiri atas enam wajah dengan profil kartun yang menggambarkan wajah yang sedang tersenyum (tidak merasa nyeri), kemudian secara bertahap meningkat menjadi wajah kurang

bahagia, wajah yang sangat sedih sampai wajah yang sangat ketakutan (nyeri yang sangat) (Potter & Perry, 2006).

Gambar 2.3
Skala Nyeri Wajah



Sumber : wongbakerfaces.org

- ekspresi wajah 1 : tidak merasa nyeri sama sekali
- ekspresi wajah 2 : nyeri hanya sedikit
- ekspresi wajah 3 : sedikit lebih nyeri
- ekspresi wajah 4 : jauh lebih nyeri
- ekspresi wajah 5 : jauh lebih nyeri sangat
- ekspresi wajah 6 : sangat nyeri luar biasa hingga penderita menangis
- Skala Angka nyeri 0-10 (Numeric Rating Scale)

Sedangkan untuk pengkajian nyeri itu sendiri dapat dilakukan dengan menggunakan metode P,Q,R,S,T yaitu :

- Provokes/Pilliates : apa yang menyebabkan nyeri ? apa yang membuat nyeri lebih baik ? apa yang menyebabkan nyeri lebih buruk ? apa yang dilakukan saat nyeri ? dan apakah rasa nyeri tersebut dapat membangun anda pada saat tertidur.

- **Quality** : bisakah sipenderita menggambarkan rasa nyerinya? apakah seperti diiris, tajam, ditekan, ditusuk-tusuk, rasa terbakar, kram, atau diremas - remas? (biarkan sipenderita menggunakan kata-katanya sendiri).
- **Radiates**: apaka nyerinya menyebar? kemana menyebarnya?, apakah nyeri terlokalisir disatu tempat atau bergerak?
- **Severity** : seberapa parah nyeri nya? dari rentang 0-10 menggunakan skala nyeri 0-10.
- **Time** : kapan nyeri itu timbul? apakah cepat atau lambat? berapa lama nyerinya timbu? apakah terus menerus atau hilang timbul? apakah pernah merasakan nyeri nya sebelum ini? apakah nyeri nya sama dengan nyeri sebelum nya?

2.4 Konsep Askep

2.4.1 Pengkajian dan Data Fisik

1. Pengkajian

Pengkajian mencakup pengumpulan informasi subjektif dan objektif (misalnya tanda vital, wawancara pasien/ keluarga, pemeriksaan fisik) dan peninjauan informasi riwayat pasien yang diberikan oleh pasien/ keluarga, atau ditemukan dalam rekam medik (Nanda, 2018-2020).

2. Riwayat kesehatan sekarang (Jitowiyono dan Kristryabasari, 2010)

a Keluhan utama

Biasanya klien mengeluh nyeri bagian abdomen saat di tekan karena adanya luka.

b. Riwayat kesehatan dahulu

Klien dengan Seksio Sesarea akan mengalami penyakit yang sama sebelumnya (hipertensi/ plasenta previa).

c. Riwayat kesehatan keluarga

Klien dengan Seksio Sesarea biasanya disertai penyakit keturunan contohnya hipertensi.

3. Pola aktivitas sehari-hari di rumah dan di rumah sakit (Doenges dan Moorhouse, 2001).

a. Pola nutrisi

Biasanya terjadi peningkatan nafsu makan karena dari keinginan untuk menyusui bayinya.

b. Pola eliminasi

Kateter urinaris mungkin terpasang, urine mungkin jernih pucat.

c. Pola istirahat tidur

Mengeluh ketidaknyamanan dari berbagai sumber misal karena bedah/ insisi.

d. Aktivitas dan latihan

Keterbatasan gerakan pengaruh dari anestesi.

4. Pemeriksaan fisik (Regina VT Novita, 2011)

a. Tanda- tanda vital

Semua tanda vital harus dimonitor dengan hati-hati sehingga dapat melihat status klien khususnya untuk tekanan darah, mungkin akan terjadi bradikardi, suhu tubuh akan meningkat/menurun.

b. Wajah

Bagian mulut mungkin terlihat kering

c. Dada

Jarang ada penurunan pernafasan apabila ada penurunan kenaikan curigai adanya perdarahan, biasanya suara paru vesikuler terdengar jelas.

d. Abdomen

Selama hamil otot-otot abdomen secara bertahap melebar dan terjadi penurunan tonus otot sehingga menjadi lunak, lembut, dan lemah.

e. Ekstermitas

- Atas

Biasanya ada penurunan gerakan atau sensasi karena efek anestesi.

- Bawah

Biasanya ada penurunan gerakan atau sensasi karena efek anestesi.

f. Genitalia

Biasanya terdapat lochea.

g. Anus

Biasanya penurunan lubrikasi vagina dan penurunan lubrikasi vagina.

h. Data penunjang

- Kadar Hb
- Hematokrit
- Kadar leukosit dan golongan darah.

2.4.2 Diagnosa

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 Association*) 2016 bahwa diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu post partum maturas dengan Seksio Sesarea adalah (Nurarif,2016).

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d obstruksi jalan nafas.
2. Nyeri akut b.d agen injury fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi).
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi postpartum.
4. Ketidakefektifan pemberian ASI b.d kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.

5. Hambatan eliminasi urine.
6. Gangguan pola tidur b.d kelemahan
7. Resiko infeksi b.d faktor resiko : Episiotomi, laserasi jalan lahir, bantaun pertolongan persalinan
8. Defisit perawatan diri: mandi/ kebersihan diri, makan, toileting b.d kelelahan port partum.
9. Kosntipasi
10. Resiko syok (hipovolemik)
11. Resiko perdarahan
12. Defisiensi pengetahuan : perawatan post partum b.d kurangnya informasi tentang penanganan post partum.

2.4.3 Intervensi dan Rasional

Menurut NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) 2016, rencana keperawatan pada diagnosa yang mungkin muncul dengan Seksio Sesarea adalah (Nurarif,2016) :

Tabel 2.2

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran nafas untuk mempertahankan bersihan jalan nafas.	NOC - <i>Respiratory status: ventilation</i> - <i>Respiratory status: Airway patency</i> Kriteria Hasil: - Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu	NIC Airway Situation - Pastikan kebutuhan oral/ tracheal suctioning - Auskultasi	- Hidrasi yang adekuat membantu mempertahankan sekresi tetap encer dan meningkatkan ekspektorasi - Ronki dan mengi
Batasan karakteristik :			

- Tidak ada batuk	mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)	suara nafas sebelum dan sesudah suctioning	mengindikasikan sekresi dan ketidakmampuan untuk membersihkan jalan nafas.
- Suara nafas tambahan			
- Perubahan frekuensi napas	- Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)	- Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning	- Memberi pengertian kepada klien/keluarga tentang terapi yang dilakukan
- Perubahan irama nafas			
- Sianosis			
- Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara			
- Penurunan bunyi napas	- Mampu mengidentifikasi dan mencegah factor yang dapat menghambat jalan nafas	- Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan	- Memaksimalkan upaya batuk, ekspansi paru, dan drainase
- Dipsneu			
- Sputum dalam jumlah yang berlebihan			
- Batuk yang tidak efektif		- Berikan o ₂ dengan menggunakan nasol untuk memfasilitasi suksin nasotrakeal	- Oksigen tambahan diperlukan selama distres pernafasan
- Orthopneu			
- Gelisah			
- Mata terbuka lebar			
Faktor-faktor yang berhubungan:			
- Mukus berlebihan		- Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan	- Menjaga keadaan aseptik
- Terpajan asap			
- Benda asing dalam jalan nafas			
- Sekresi yang tertahan		- Anjurkan pasien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal	- Memaksimalkan upaya batuk, ekspansi paru, dan drainase
- Perokok pasif			
- perokok			
kondisi terkait			
- spasme jalan napas			
- jalan napas alergik		- Monitor status oksigen pasien	- Mengetahui keadaan pernafasan
- asma			
- penyakit paru obstruksi kronis			
- eksudat dalam alveoli		- Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suction	- Memfasilitasi dalam pemberian terapi
- hiperplasia pada dinding bronkus			
- infeksi			

Airway

<ul style="list-style-type: none"> - disfungsi neuromuskular - adanya jalan napas buatan 	management	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk mempertahankan jalan nafas
	<ul style="list-style-type: none"> - Buka jalan napas, gunakan teknik chinlift atau jaw thrust bila perlu 	<ul style="list-style-type: none"> - Mencegah lidah mengobstruksi lidah
	<ul style="list-style-type: none"> - Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi 	<ul style="list-style-type: none"> - Menentukan jenis alat bantu yang digunakan
	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan napas buatan 	<ul style="list-style-type: none"> - Mempermudah melakukan pengeluaran sekresi
	<ul style="list-style-type: none"> - Pasang mayo bila perlu - Lakukan fisioterapi dada jika perlu 	<ul style="list-style-type: none"> - Meningkatkan ventilasi di semua paru dan membantu drainase sekresi
	<ul style="list-style-type: none"> - Keluarkan sekret dengan batuk atau suction 	<ul style="list-style-type: none"> - Membantu drainase sekresi
	<ul style="list-style-type: none"> - Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan 	<ul style="list-style-type: none"> - Ronki dan mengindikasikan sekresi dan ketidakmampuan untuk membersihkan jalan nafas
	<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan suction pada mayo 	<ul style="list-style-type: none"> - Mempermudah drainase sekresi
	<ul style="list-style-type: none"> - Berikan bronkodilator bila perlu 	<ul style="list-style-type: none"> - Meningkatkan ventilasi dan pengeluaran sekresi
	<ul style="list-style-type: none"> - Berikan 	<ul style="list-style-type: none"> - Menjaga kelembapan

-
- pelembab udara kassa basah NaCl lembab
- Membantu menairkan sekresi sehingga meningkatkan ekspektorasi
 - Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan
-

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)

Tabel 2.3

Nyeri Akut

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Definisi :pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (international association for the study of pain):awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung kurang 6 bulan.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - perubahan selera makan - perubahan tekanan darah - perubahan frekwensi jantung 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Pain level,</i> - <i>Pain control,</i> - <i>Comfort level</i> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mampu mengontrol nyeri (taahu penyebab nyeri,mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri,mencari bantuan) - melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri - mampu mengenali nyeri (skala,intensitas,frekuensi dan tanda 	<p>NIC</p> <p><i>Pain Management</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. - Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nyeri merupakan pengalaman subjektif . pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektifitas medikasi dan kemajuan penyembuhan. Perubahan pada karakteristik nyeri. - Isyarat non verbal dapat atau tidak dapat mendukung intensitas nyeri klien, tetapi mungkin merupakan satu satunya indikator jika klien tidak dapat menyatakan secara verbal.

<ul style="list-style-type: none"> - perubahan frekwensi pernapasan - laporan isyarat - diaphoresis - perilaku distraksi (mis.,berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktivitas lain,aktivitas yang berulang) - mengekspresikan perilaku (mis.,gelisah,merengek,menangis) - masker wajah(mis., mata kurang bercahaya,tampak kacau,gerakan mata berpencar atau tetap pada satu focus meringis) - sikap melindungi area nyeri - focus menyempit (mis.,gangguan persepsi nyeri,hambatan proses berfikir,penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan) - indikasi nyeri yang dapat diamati 	<ul style="list-style-type: none"> - nyeri) - menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<ul style="list-style-type: none"> - Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri - Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau - Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan. - Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan - Kurangi faktor presipitasi nyeri - Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi non farmakologi dan interpersonal) - Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi - Ajarkan tentang teknik non 	<ul style="list-style-type: none"> - Menentukan kultur pada klien - Dapat membedakan nyeri saat ini dari pola nyeri sebelumnya. - Keberadaan perawat dapat mengurangi persaan ketakutan dan ketidakberdayaan. - Meredakan ketidaknyamanan dan mengurangi energi sehingga meningkatkan kemampuan koping. - Membantu dalam menegakan diagnosis dan menentukan kebutuhan terpi - Meningkatkan istirahat, mengarahkan kembali perhatian dan meningkatkan koping. - Mempermudah menentukan perencanaan - Meningkatkan istirahat, mengarahkan
--	--	---	---

<ul style="list-style-type: none"> - perubahan posisi untuk menghindari nyeri - sikap tubuh melindungi - dilatasi pupil - melaporkan nyeri secara verbal - gangguan tidur 	farmakologi	kembali perhatian dan meningkatkan koping.
<p>Faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - agen cedera (mis., biologis, zat kimia, fisik, psikologis) 	<ul style="list-style-type: none"> - Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri 	<ul style="list-style-type: none"> - Meningkatkan kenyamanan dan memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain.
	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi keefektifan kontrol nyeri - Tingkatkan istirahat - Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui efektifitas pengontrolan nyeri - Mengurangi ketidaknyamanan pada klien - Nyeri hebat yang tidak reda oleh tindakan rutin dapat mengindikasikan perkembangan komplikasi dan kebutuhan intervensi lebih lanjut
	<p><i>Analgesic Administration</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat. - Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi - Pilih analgesik yang diperlukan 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengevaluasi medikasi dan kemajuan penyembuhan - Mengevaluasi keefektifan terapi yang diberikan - Menentukan jenis analgesik yang sesuai

	atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu	
-	Tentukan pilihan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal	- Menentukan jenis rute untuk memberikan terapi
-	Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur	- Menentukan rute yang sesuai untuk terapi
-	Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali	- Untuk mengetahui perkembangan atau keefektifitasan terapi
-	Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat	- Menurunkan ketidaknyaman dan memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain.
-	Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala	- Untuk mengetahui efektifitas dari terapi farmakologi

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)

Tabel 2.4

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Inrervensi	Rasional
Definisi : Asupannutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolic Batasan karakteristik : <ul style="list-style-type: none"> - kram abdomen - nyeri abdomen - gangguan sensasi rasa - berat badan 20% atau lebih dibawah rentang berat badan ideal - kerapuhan kapiler - diare - kehilangan rambut berlebihan - enggan makan - asupan makanan kurang dari recommended daily allowance (RDA) <ul style="list-style-type: none"> - bising usus hiperaktif - kurang informasi - kurang minat pada makanan - tonus otot menurun - kesalahan informasi - kesalahan persepsi - membran mukosa pucat - Ketidakmampuan memakan makanan - Cepat kenyang setelah makan - Sariawan rongga mulut - Kelemahan otot pengunyah - Kelemahan otot untuk menelan - Penurunan berat badan 	NOC <ul style="list-style-type: none"> - <i>Nutritional status:</i> - <i>Nutritional status : food and fluidIntake</i> - <i>Nutritional status : nutrient intake</i> - <i>Weight control</i> Kriteria Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan - Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan - Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi - Tidak ada tanda-tanda malnutrisi - Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dari menelan - Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	NIC Nutrition management <ul style="list-style-type: none"> - Kaji adanya alergi makanan - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrsisi yang dibutuhkan pasien - Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe - Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C - Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi - Berikan maknan yang terpilih(sudah dikonsultasik 	<ul style="list-style-type: none"> - Pilihan intervensi bergantung pada penyebab yang mendasari - Metode pemberian makan dan kebutuhan kalori ditentukan berdsarkan situasi individual dan kebutuhan spesifik - Meningkatkan defisit dan memantau keefektifan terapi nutrisi - Memaksimal kan asupan zat gizi - Pertimbangkan pilihan individual dapat memperbaiki asupan diet - Memaksimal kan asupan zat gizi

dengan asupan adekuat	an dengan ahli gizi)	
Faktor-faktor yang berhubungan :	- Ajarkan pasien bagaimana cara membuat catatan makan harian	- Mengidentifikasi toleransi makanan dan defisiensi serta kebutuhan nutrisi
- Asupan diet kurang		
Populasi berisiko		
- Faktor biologis		
- Kesulitan ekonomi		
Kondisi terkait		
- Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi	- Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori	- Mengetahui asupan gizi yang akan diberikan
- Ketidakmampuan mencerna makanan	- Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi	- Untuk mengetahui pemahaman nutrisi klien
- Ketidakmampuan makan		
- Gangguan psikososial	- Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan	- Mengetahui nutrisi yang akan di berikan
	Nutrition Monitoring	
	- BB pasien dalam batas normal	- Menjaga keseimbangan nutrisi
	- Monitor adanya penurunan berat badan	- Mengetahui adanya ketidakseimbangan nutrisi
	- Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan	- Mengetahui aktivitas yang harus dilakukan atau tidak karena bisa membuang energi
	- Monitor lingkungan selama makan	- Lingkungan yang nyaman mempengaruhi selama makan

-	Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan	-	Memaksimalkan asupan nutrisi
-	Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi	-	Asupan yang kurang mempengaruhi perubahan fisik
-	Monitor turgor kulit	-	Mengetahui ketidakseimbangan nutrisi
-	Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva	-	Asupan yang kurang mempengaruhi perubahan fisik
-	Monitor kalori dan intake nutrisi	-	Mengukur keefektifan bantuan nutrisi
-	Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet	-	Mengetahui adanya kekurangan vitamin B

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)

Tabel 2.5

Ketidakefektifan Pemberian ASI

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : kesulitan memberikan susu pada bayi atau anak secara langsung dari payudara, yang dapat mempengaruhi status nutrisi bayi/anak.	NOC - <i>Breastfeeding ineffective</i> - <i>Breathing Pattern Ineffective</i> - <i>Breastfeeding interrupted</i>	NIC <i>Breastfeeding Assistance</i> - Evaluasi pola menghisap/menelan bayi - Tentukan keinginan dan motivasi ibu	- Mengetahui perkembangan bayi - Menentukan rencana selanjutnya
Batasan karakteristik : - Ketidakadekuata	Kriteria hasil : - Kemantapan		

<ul style="list-style-type: none"> - n defekasi bayi - Bayi mendekat ke arah payudara - Bayi menangis pada payudara - Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusui - Bayi rewel dalam satu jam setelah menyusui - Bayi tidak mampu latch-on pada payudara secara tepat - Bayi menolak latching on - Bayi tidak responsif terhadap tindakan kenyamanan lain - Ketidakcukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui - Kurang penambahan berat badan bayi - Tidak tampak tanda pelepasan oksitosin - Tampak ketidakadekuatan asupan susu - Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui - Penurunan berat badan bayi terus menerus - Tidak mengisap payudara terus menerus <p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keterlambatan laktogen II - Suplai ASI tidak cukup - Keluarga tidak mendukung - Tidak cukup waktu untuk 	<ul style="list-style-type: none"> - pemberian ASI: bayi perletakan bayi yang sesuai pada dan proses mengisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI. - Kemantapan pemberian ASI : IBU : kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI - Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/todler penyapihan pemberian ASI - Diskontinuitas progresif pemberian ASI - Pengetahuan pemberian ASI tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI - Ibu menganli 	<ul style="list-style-type: none"> - untuk menyusui dari bayi (misalnya reflek rooting, mengisap dan terjaga) - Pantau integritas kulit puting ibu - Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi <p>Breast Examination Lactation Supresion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI - Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI - Ajarkan pengasuh bayi mengenai topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran member susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang 	<ul style="list-style-type: none"> - Kelembaban dan kelembutan utuk bayi - Melihat keefektifan pemberian nutrisi dari ASI - Membantu mengefektifkan pemberian terapi - Ibu baru mungkin tidak menyadari bahwa tentang pemberian ASI - Memberikan pengetahuan dasar
--	--	---	---

- menyusui ASI	isyarat lapar dari bayi	- Ajarkan orangtua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula	- Menggantikan ASI untuk nutrisi pada bayi
- Kurang pengetahuan orang tua tentang teknik menyusui	- Ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI		
- Kurang pengetahuan orang tua tentang pentingnya pemberian ASI	- Ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting	Lactation conseling	
- Diskontinuitas pemberian ASI	- Mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI	- Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI	- Mendapat dukungan berhubungan dengan rasio keberhasilan ASI
- Ambivalensi ibu			
- Ansietas ibu			
- Anomali payudara ibu			
- Keletihan ibu			
- Obesitas ibu			
- Nyeri ibu		- Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu	- Memberi pengetahuan untuk ibu
- Penggunaan dot			
- Refleks isap bayi buruk			
- Penambahan makanan dengan puting artifisial		- Diskusikan metode alternative pemberian makan bayi	- Menggantikan nutrisi untuk bayi
Populasi berisiko			
- Bayi prematur			
- Pembedahan payudara sebelumnya			
- Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya			
- Masa cuti melahirkan pendek			
Kondisi terkait			
<u>- Defek orofaring</u>			

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)

Tabel 2.6

Hambatan eliminasi urine

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : disfungsi eliminasi urine	NOC	NIC	
	- <i>Urinary elimination</i>	Urinary Retention Care	
Batasan karakteristik	- <i>Urinary continence</i>	- Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinuitas (misalnya, output urin, pola berkemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten)	- Pola berkemih mengidentifikasi karakteristik kandung kemih
- Disuria	Kriteria hasil :		
- Sering berkemih	- Kandung kemih kosong secara penuh		
- Anyang-anyangan	- Tidak ada residu urine >100-200 cc		
- Nokturia	- Intake cairan dalam rentang normal		
- Inkontinensia urine	- Bebas dari ISK		
- Retensi urine	- Tidak ada spasme bladder	- Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau properti alpha agonis	- Mengetahui obat yang sedang digunakan terapi
- Retensi urine berkemih	- Balance cairan seimbang		
Faktor yang berhubungan			
- Penyebab multipel		- Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit)	- Pemindaian kandung kemih bermanfaat dalam menentukan residu pasca berkemih
Kondisi terkait			
- Obstruksi anatomik		- Masukkan kateter kemih sesuai	- Untuk mempermudah mengeluarkan urine
- Gangguan sensorik motorik		- Anjurkan pasien/keluarga untuk merekam output urin sesuai	- Memantau pengeluaran usin
- Infeksi saluran kemih		- Memantau asupan dan keluaran	- Mengetahui perkembangan dari output dan intake

-
- | | |
|--|--|
| - Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi | - Disfungsi kandung kemih beragam, tetapi dapat mencakup kehilangan kontraksi kandung kemih dan ketidakmampuan untuk merelaksasi sfingter urine |
| - Menerapkan kateterisasi intermiten, sesuai | - Untuk mengurangi spastisitas kandung kemih dan gejala perkemihan dan terkait yaitu frekuensi, urgensi, inkontinensia dan nokturia. |
| - Merujuk ke spesialis kontinensia, sesuai | - Spesialis kontinensia membantu membuat rencana asuhan individual untuk memenuhi kebutuhan spesifik klien dengan menggunakan teknik dan produk kontinensia terbaru. |
-

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)

Tabel 2.7

Gangguan pola tidur

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Definisi : interupsi jumlah waktu dan kualitas tidur akibat faktor eksternal</p> <p>Batasan karakteristik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesulitan berfungsi sehari –hari - Kesulitan memulai tertidur - Kesulitan mempertahankan tetap tidur - Ketidakpuasan tidur - Tidak merasa cukup istirahat - Terjaga tanpa jelas penyebabnya <p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan karena cara tidur - Pasangan tidur - Kendala lingkungan - Kurang privasi - Pola tidur tidak menenangkan <p>Kondisi terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> - Imobilisasi 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Anxiety reduction</i> - <i>Comfort level</i> - <i>Pain level</i> - <i>Rest : extent and pattern</i> - <i>Sleep : extent and pattern</i> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari - Pola tidur, kualitas dalam batas normal - Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat - Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur 	<p>NIC</p> <p>Sleep Enhancement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat - Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca) - Ciptakan lingkungan yang nyaman - Kolaborasi pemberian obat tidur - Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien - Instruksikan untuk memonitor tidur pasien - Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur - Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam. 	<ul style="list-style-type: none"> - Meningkatkan relaksasi dan kesiapan tidur - Meningkatkan kesiapan untuk tidur - Meningkatkan koping klien - Medikasi terjadwal dapat meningkatkan istirahat atau tidur - Mengatasi dan meningkatkan kesiapan untuk tidur - Klien lebih mudah menoleransi - Mengakibatkan klien tidak merasa beristirahat dengan baik - Mengetahui dan menoleransi kebutuhan dan kesiapan tidur

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)

Tabel 2.8

Resiko infeksi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : rentan mengalami invasi dan multipikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan. Faktor resiko <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan peristalsis - Gangguan integritas kulit - Vaksinasi tidak adekuat - Kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan patogen - Malnutrisi - Obesitas - Merokok - Stasis cairan tubuh Populasi berisiko <ul style="list-style-type: none"> - Terpajan pada wabah Kondisi terkait <ul style="list-style-type: none"> - Perubahan ph sekresi - Penyakit kronis - Penurunan kerja siliaris - Penurunan hemoglobin - Imunosupresi - Prosedur invasif - Leukopenia - Pecah ketuban dini - Pecah ketuban lambat - Supresi respon inflamasi 	NOC <ul style="list-style-type: none"> - <i>Immune status</i> - <i>Knowledge : infection control</i> - <i>Risk control</i> Kriteria hasil <ul style="list-style-type: none"> - Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi - Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya - Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi - Jumlah leukosit dalam batas normal - Menunjukkan perilaku hideup sehat 	NIC Infection Control (kontrol infeksi) <ul style="list-style-type: none"> - Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain - Batasi pengunjung bila perlu - Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien - Gunakan sabun anti mikroba untuk cuci tangan - Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan - Gunakan baju sarung tangan 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait - Individu telah mengalami gangguan dan berisiko tinggi terpajan infeksi - Pertahanan lini depan ini adalah untuk klien, pemberi asuhan kesehatan dan masyarakat - Faktor ini dapat menjadi kunci yang paling sederhana tetapi merupakan kunci terpenting untuk pencegahan infeksi yang didapat di rumah sakit - Mengurangi resiko penyebaran infeksi - Faktor ini dapat menjadi kunci yang paling

<p>sebagai alat pelindung</p>	<p>sederhana tetapi merupakan kunci terpenting untuk pencegahan infeksi yang didapat di rumah sakit</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait alat
<ul style="list-style-type: none"> - Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait alat
<ul style="list-style-type: none"> - Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kemih 	<ul style="list-style-type: none"> - Mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri dalam saluran perkemihan
<ul style="list-style-type: none"> - Tingkatkan intake nutrisi 	<ul style="list-style-type: none"> - Fungsi imun dipengaruhi oleh asupan nutrisi
<ul style="list-style-type: none"> - Berikan tenaga antibiotik bila perlu <i>infection protection</i> (proteksi terhadap infeksi) 	<ul style="list-style-type: none"> - Terapi bersifat sistemik dan diarahkan pada organisme teridentifikasi tertentu seperti bakteri anaerob, jamur, dan basili gram negatif
<ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk menentukan adanya infeksi
<ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan teknik aseptis 	<ul style="list-style-type: none"> - Mencegah akses dan

	pada pasien yang berisiko	membatasi pertumbuhan bakteri
-	Berikan perawatan kulit pada area epiderma	- mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri
-	Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase	- memberikan deteksi dini perkembangan proses infeksi
-	Inspeksi kondisi luka dan insisi bedah	- memberikan deteksi dini perkembangan proses infeksi
-	Dorong masukan nutrisi yang cukup	- membantu memperbaiki resistansi umum terhadap penyakit dan mengurangi resiko infeksi dri sekresi yang statis
-	Dorong masukan cairan	- membantu memperbaiki resistansi umum terhadap penyakit dan mengurangi resiko infeksi dri sekresi yang statis
-	Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep	- Terapi bersifat sistemik dan diarahkan pada organisme teridentifikasi tertentu seperti bakteri anaerob, jamur, dan basili gram negatif
-	Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan	- Mendeteksi dini adanya tanda dan

	gejala infeksi	gejala infeksi
	- ajarkan cara menghindari infeksi	- Mendeteksi dini adanya tanda dan gejala infeksi
	- laporkan kultur positif	- Untuk mengidentifikasi patogen dan antimikroba

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)

Tabel 2.9

defisit perawatan diri : mandi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : ketidakmampuan melakukan pembersihan diri secara mandiri	NOC - <i>Activity intolerance</i> - <i>Mobility physical impaired</i>	NIC <i>Self – care assistance : Bathing dan Hygiene</i> - Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri	- Mengetahui apa yang dibutuhkan oleh klien
Batasan karakteristik - Ketidakmampuan mengakses kamar mandi - Ketidakmampuan menjangkau sumber air - Ketidakmampuan mengeringkan tubuh - Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi - Ketidakmampuan mengatur air ,mandi - Ketidakmampuan membasuh tubuh	Kriteria hasil : - Perawatan diri otonomi :tindakan pribadi mempertahankan otonomi untuk eliminasi - Perawatan diri : aktivitas kehidupan sehari-hari ADL mampu untuk melakukan perawatan fisik dan pribadi secara mandiri dnegan atau tanpa alat bantu - Perawatan diri	- Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri - Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan - Tempat handuk, sabun, deodoran, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibuthkan	- Memberikan informasi untuk membuat rencana - Membantu merencanakan untuk memenuhi kebutuhan individual - Mempukan klien untuk mengatur diri sendiri
Faktor yang berhubungan - Ansietas - Penurunan			

<ul style="list-style-type: none"> - motivasi - Kendala lingkungan - Nyeri - Kelemahan 	<p>hygiene : mampu untuk membersihkan tubuh secara mandiri dengan</p>	<p>disamping tempat tidur atau dikamar mandi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Meningkatkan partisipasi dalam asuhan
<p>Kondisi terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan fungsi kognitif - Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh - Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial - Gangguan muskuloskeletal - Gangguan neuromuskular - Gangguan persepsi 	<p>atau tanpa alat bantu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawatan diri hygiene oral : mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu - Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi - Membersihkan dan mengeringkan tubuh - Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral 	<ul style="list-style-type: none"> - Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya: deodoran, sikat gigi, sabun mandi, sampo, lotion dan produk aromaterapi) - Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal - Memfasilitasi diri mandi pasien, sesuai - Memantau pembersihan kuku menurut kemampuan perawatan diri pasien - Memantau integritas kulit pasien - Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri. 	<ul style="list-style-type: none"> - Meredakan ketidaknyamanan dan menjaga privasi klien - Partisipasi klien dalam perawatan diri dapat meringankan atas persepsi kehilangan kemandirian - Mengetahui keadaan kebersihan fisik klien - Melihat perubahan keadaan fisik klien - Partisipasi klien dalam perawatan diri dapat meringankan atas persepsi kehilangan kemandirian.

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)

Tabel 2.10

Konstipasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Definisi : penurunan frekuensi normal defekasi yang disertai kesulitan atau pengeluaran feses tidak tuntas dan/feses yang keras, kering, dan banyak.</p> <p>Batasan karakteristik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri abdomen - Nyeri tekan abdomen dengan teraba retensi otot - Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resitensi otot - Anoreksia - Penampilan tidak khas pada lansia - Borborigmi - Darah merah pada feses - Perubahan pada pola defekasi - Penurunan frekuensi defekasi - Penurunan volume feses - Distensi abdomen - Keletihan - Feses keras dan berbentuk - Sakit kepala - Bising usus hiperaktif - Bising usus hipoaktif - Tidak dapat defekasi - Peningkatan tekanan 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Bowel elimination</i> - <i>Hydration</i> <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari - Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi - Mengidentifikasi indicator untuk mencegah konstipasi - Feses lunak dan berbentuk 	<p>NIC</p> <p>Constipation/impaction management</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala konstipasi - Monitor bising usus - Monitor feses : frekuensi, konsistensi dan volume - Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus - Jelaskan etiologi dan rasionalisasi tindakan terhadap pasien - Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi - Dukung intake cairan 	<ul style="list-style-type: none"> - Mendeteksi dini keadaan konstipasi - Menentukan kesiapan terhadap pemberian makan per oral - Melihat keefektifan terapi - Mencegah komplikasi - Memberikan pengetahuan dasar - Mendeteksi dini penyebab konstipasi - Merangsang eliminasi dan mencegah konstipasi defekasi

intrabdomen		
- Tidak dapat makan	- Kolaborasi pemberian laktasif	- Membantu mengembalikan fungsi usus
- Feses cair		
- Nyeri pada saat defekasi		
- Massa abdomen yang dapat diraba	- Pantau tanda-tanda dan gejala konstipasi	- Melihat perkembangan gejala konstipasi
- Massa rektal yang dapat diraba		
- Perkusi abdomen pekak	- frekuensi, bentuk, volume dan warna	- Melihat adanya perubahan
- Rasa penuh rektal		
- Rasa tekanan rektal	- Memantau bising usus	- Bising usus biasanya tidak terdengar setelah prosedur pembedahan
- Sering flatus		
- Adanya feses lunak, seperti pasta di dalam rektum		
- Mengejan pada saat defekasi	- Konsultasikan dengan dokter tentang penurunan / kenaikan frekuensi bising usus	- Melanjutkan rencana selanjutnya
- Muntah		
Faktor yang berhubungan		
- Kelemahan otot abdomen		
- Rata-rata aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan menurut gender dan usia	- Pantau tanda-tanda dan gejala pecahnya usus dan /atau peritonitis	- Mengetahui adanya komplikasi lain
- Konfusi		
- Penurunan motilitas traktus	- Jelaskan etiologi masalah dan pemikiran untuk tindakan untuk pasien	- Mengetahui penyebab pada pasien
- Gastrointestinal		
- Dehidrasi		
- Depresi		
- Perubahan kebiasaan makan	- Mendorong meningkatkan asupan cairan, kecuali dikontraindikasikan	- Melunakan feses dan merangsang peristaltik
- Ganggaun emosi		
- Kebiasaan menekan dorongan defekasi		
- Kebiasaan makan buruk		
- Higiene oral tidak adekuat	- Anjurkan pasien / keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja	- Melihat adanya perubahan
- Kebiasaan tilleting tidak adekuat		
- Asupan serat kurang		

- Asupan cairan kurang	- Ajarkan pasien / keluarga bagaimana untuk menjaga buku harian makanan	- Mendukung adanya perubahan pada pasien
- Kebiasaan defekasi tidak teratur		
- Penyalahgunaan laktasif		
- Obesitas	- Anjurkan pasien / keluarga untuk diet tinggi serat	- Membantu mengembalikan fungsi usus
- Perubahan lingkungan baru		
Kondisi terkait		
- Ketidakseimbangan elektrolit	- Anjurkan pasien / keluarga pada penggunaan yang tepat dari obat pencahar	- Untuk mempermudah melunakan feses
- Hemoroid		
- Penyakit hirshprung		
- Ketidakadekuatan gigi geligi		
- Gram besi	- Anjurkan pasien / keluarga pada hubungan asupan diet, olahraga dan cairan sembelit / impaksi	- Membantu mengembalikan fungsi usus
- Gangguan neurologis		
- Obstruksi usus pasca-bedah		
- Kehamilan		
- Pembesaran prostat	- Menyarankan pasien untuk berkonsultasi dengan dokter jika sembelit atau impaksi terus ada	- Merencanakan tindakan selanjutnya
- Abses rektal		
- Fisura anal rektal		
- Striktur anal rektal		
- Prolaps rektal	- Menginformasikan pasien prosedur pennghapusan manual dari tinja, jika perlu	- Memberi pengetahuan dasar
- Ulkus rektal		
- Rektokel		
- Tumor	- Ajarkan pasien atau keluarga tentang proses pencernaan yang normal	- Mendeteksi dini untuk konstipasi
	- Ajarkan pasien / keluarga tentang kerangka waktu untuk resolusi sembelit	- Memberi pengetahuan dasar tentang penanganan

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)

Tabel 2.11

Resiko Syok (hipovolemik)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : rentan mengalami ketidakakupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa, yang dapat mengganggu kesehatan. Faktor resiko - Akan dikembangkan Kondisi terkait - Hipotensi - Hipovolemia - Hipoksemia - Hipoksia - Infeksi - Sepsis - Sindrom respons inflamasi sistemik (systemic inflammatory response syndrome)	NOC - <i>Syok prevention</i> - <i>Syok management</i> Kriteria hasil : - Nadi dalam batas yang diharapkan - Irama jantung dalam batas yang diharapkan - Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan - Irama pernafasan dalam batas yang diharapkan - Natrium serum dbn - Kalium serum dbn - Klorida serum dbn - Kalsium serum dbn - Magnesium serum dbn - PH darah serum dbn Hidrasi - Indicator : - Mata cekung tidak ditemukan - Demam tidak ditemukan - TD dbn - Hematokrit DBN	NIC <i>Syok prevention</i> - Monitor sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme, nadi perifer, dan kapiler refill - Monitor tanda inadekuat oksigenasi jaringan - Manitor suhu dan pernafasan - Monitor input dan output - Monitor tanda awal syok - Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat - Berikan cairan IV dan atau oral yang tepat - Ajarkan keluarga dan	- Mengidentifikasi dan efektifitas serta kebutuhan terapi - Menghindari adanya hipoksemia selama perdarahan - Mengetahui tanda dari syok hipovolemik - Mengetahui kasar kehilangan cairan/darah - Mengetahui informasi tanda dari syok - Mengurangi pengeluaran herlelahan - Mengganti dan mempertahankan volume sirkulasi dan perfusi - Memberikan pengetahuan

<p>pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok</p>	<p>dasar untuk tanda gejala syok</p>
<p>- Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok</p>	<p>- Memberikan deteksi dini untuk atasi gejala syok</p>
<i>Syok management</i>	
<p>- Monitor tekanan nadi</p>	<p>- Mengidentifikasi dan efektifitas serta kebutuhan terapi</p>
<p>- Monitor status cairan, input output</p>	<p>- Mengetahui kasar kehilangan cairan/darah</p>
<p>- Catat gas darah arteri dan oksigen di jaringan</p>	<p>- Mengidentifikasi efektifitas serta kebutuhan terapi</p>
<p>- Monitor EKG, sesuai</p>	<p>- Digunakan untuk mengontrol perdarahan</p>
<p>- Monitor nilai laboratorium (misalnya, CBC dengan diferensial) koagulasi profil,ABC, tingkat laktat, budaya, dan profil kimia)</p>	<p>- Mengetahui perkembangan dan Mengetahui efektifitas serta kebutuhan terapi</p>
<p>- Masukan dan memelihara besarnya kebosaan akses IV</p>	<p>- Mempertahankan volume sirkulasi dan perfusi</p>

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)

Tabel 2.12
Resiko Perdarahan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : rentan mengalami penurunan volume darah, yang dapat mengganggu kesehatan Faktor resiko : - Kurang pengetahuan tentang kewaspadaan perdarahan Populasi berisiko - Riwayat jatuh Kondisi terkait - Aneurisme - Sirkumsisi - Koagulapati intravaskuler diseminata - Gangguan gastrointestinal - Gangguan fungsi hati - Kuagulapati inheren - Komplikasi pascapartum - Komplikasi kehamilan - Trauma - Program pengobatan	NOC - <i>Blood lose severity</i> - <i>Blood koagulation</i> Kriteria Hasil : - Tidak ada hematuris dan hematemesis - Kehilangan darah yang terlihat - Tekanan dalam batas normal sistol diastole - Tidak ada perdarahan pervagina - Tidak ada distensi abdormal - Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal - Plasma, PT, PTT dalam batas normal	NIC Bleeding precautions - Monitor ketat tanda-tanda perdarahan - Catat nila Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan - Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif - Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan - Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K Bleeding reduction - Identifikasi penyebab perdarahan - Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonary capillary / artery wedge pressure - Monitor status cairan yang meliputi intake	- Mengetahui tanda resiko perdarahan - Membantu menentukan kebutuhan penggantian darah - Menngurangi pengeluaran darah berlebih - Menngurangi pengeluaran darah berlebih - Asupan nutrisi untuk menggantikan output - Mengetahui penyebab pendarahan - Mengetahui keadaan tekanan darah - Mengetahui adanya tanda resiko

<p>dan output</p> <p>Bleeding Reduction:wound / luka</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gunakan ice pack pada are perdarahan - Lakukan pressure drresing (perban yang menekan) pada area luka - Tinggikan ekstremitas yang perdarahan - Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan - Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengurangi pengeluaran perdarahan - Untuk mengurangi pengeluaran perdarahan - Membantu aliran darah mengalir lambat - Dapat digunakan untuk menentukan perkiraan kasar kehilangan darah - Mengurangi adanya pengeluaran perdarahan
<p>Bleeding reduction : gastrointestinal</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh : emesis, feces, urine, residu lambung dan drainase luka - Monitor complite blood count dan leukosit - Kurangi faktor stress - Berikan cairan intravena 	<ul style="list-style-type: none"> - Kehilangan atau penggantian faktor pembekuan yang tidak adekuat - Mengetahui perkiraan kasar kehilangan darah - Mencegah timbul perdarahan yang berlebihan - Mengganti kehilangan pada cairan / darah

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)

Tabel 2.13

Defisiensi pengetahuan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : keadaan atau defisien informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu, kemahiran. Batasan karakteristik : - Ketidakakuratan mengikuti perintah - Ketidakakuratan melakukan tes - Prilaku tidak tepat - Kurang pengetahuan Faktor pengetahuan - Kurang informasi - Kurang minat untuk belajar - Kurang sumber pengetahuan - Keterangan yang salah dari orang lain Kondisi terkait - Gangguan fungsi kognitif - Gangguan memori	NOC - <i>Knowledge : disease process</i> - <i>Knowledge : health behavior</i> Kriteria hasil : - pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan - Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar - Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya	NIC Teaching : disease Process - Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik - Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat - Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat - Sedikan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat - Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal, dengan cara yang tepat - Instruksikan pasien	- Memberikan dasar pengetahuan sehingga klien dapat membuat pilihan terinformasi secara benar - Menyediakan dasar pengetahuan bagi klien - Berbagai penyebab berdasarkan situasi individual - Informasi spesifik secara individual menciptakan dasar pengetahuan - Memberikan pemantauan yang berkelanjutan - Membantu menetapkan

mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat	dan meningkatkan pemahaman tentang informasi
---	--

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)