

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST* SEKSIO
SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN ZADE
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 Keperawatan
STIKes Bhakti Kencana Bandung**

Oleh :

RINA MARDIANA

NIM: AKX.16.183



PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG

2019

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Rina Mardiana
NIM : AKX.16.183
Institusi : Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Seksio Sesarea Dengan Nyeri Akut Ruangan Zade Rumah Sakit Umum Daerah Dr.Slamet Garut

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

Bandung, Juli 2019

Yang Membuat Pernyataan



Rina Mardiana

Akx.16.183

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST* SEKSIO
SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN ZADE**

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Dr. SLAMET GARUT

OLEH

RINA MARDIANA

AKX. 16. 183

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji
pada tanggal 06 Agustus 2019

Menyetujui

Pembimbing Utama



Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIK: 10104025

Pembimbing Pendamping



Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners
NIK: 10114149

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



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

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST* SEKSIO SESAREA
DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN ZADE RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH Dr. SLAMET GARUT**

**OLEH
RINA MARDIANA
AKX. 16. 183**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung pada tanggal 06 Agustus 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua :

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



Anggota :

1. Penguji 1

Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep



2. Penguji 2

Ade Tika Herawati, M.Kep



3. Pembimbing Pendamping

Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners



Mengetahui

STIKes Bhakti Kencana Bandung

Ketua



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

NIK: 10107064

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN ZADE RSUD Dr. SLAMET GARUT” dengan sebaik-baiknya.

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

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

1. H. Mulyana, S.H., M.Pd., MH.Kes. Selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat menempuh pendidikan D3 Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep. Selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep. selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung
4. Vina Vitniawati, S.Kep., Ners., M.Kep selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. dr. H. Maskut Farid MM. selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.

7. Citra Nurgalih, S.Kep.,Ners., selaku CI Ruangan Zade yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr. Slamet Garut.
8. Untuk kedua orangtua tercinta yaitu Ayahanda Mimin Suminta, Ibunda Rohayati, kakak dan adik yang telah memberikan cinta, doa serta pengorbanan material maupun finansial serta seluruh keluarga besar dari ayahanda dan ibunda tercinta yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus selalu senantiasa mendoakan demi keberhasilan penulis.
9. Untuk pimpinan Klinik Akawa yaitu Dr. Joan Irawan Akawa dan Dr. Candra Lia Pahdariesa serta seluruh keluarga besar Klinik Akawa yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus selalu senantiasa mendoakan demi keberhasilan penulis.
10. Untuk sahabatku Vani zulfianty, Ernawati, Arip, Mivania Ayu Sahora, Dena Dwi Agisni, Almi Apip Mauli dan teman - teman seperjuangan DIII Keperawatan angkatan 2016 yang selalu memberikan semangat dalam penyelesaian penulisan karya tulis ini.
11. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

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

Bandung, Juli 2019

Rina Mardiana

ABSTRAK

Latar Belakang : Seksio sesarea adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat diatas 500 gram, melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Seksio sesarea memberikan dampak yaitu nyeri yang hilang timbul akibat pembedahan pada dinding abdomen dan dinding rahim, apabila nyeri tidak ditangani akan berdampak pada sistem tubuh yang lain. **Tujuan :** Untuk dapat melakukan asuhan keperawatan pada klien *post* seksio sesarea dengan nyeri akut. **Metode :** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah / fenomena dengan batasan karakteristik dan batasan istilah, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua klien *post* seksio sesarea dengan nyeri akut. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 hari dengan memberikan intervensi teknik relaksasi nafas dalam, masalah keperawatan nyeri akut pada klien 1 dan klien 2 dapat teratasi pada hari kedua. **Diskusi :** klien dengan masalah keperawatan nyeri akut akibat seksio sesarea tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap klien, pada klien 1 skala nyeri 6 (0-10) dan klien 2 skala nyeri 5 (0-10), hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya. Sehingga perawat dapat meningkatkan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien. Penulis menyarankan pada perawat agar melakukan terapi relaksasi nafas dalam untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut dan pihak rumah sakit dapat menetapkan standar operasional prosedur dalam pelaksanaan relaksasi nafas dalam.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Nyeri Akut, *Post* Seksio Sesarea

Daftar Pustaka : 16 Buku (2001-2019), 5 jurnal (2012-2014)

ABSTRACT

Background : *Cesarean section is an action to give birth to a baby weighing above 500 grams, through an incision in the uterine wall that is still intact. : Cesarean section has an impact that is pain that arises due to surgery on the abdominal wall and uterine wall, if the pain is not treated will have an impact on other body system. Objective :* To be able to provide nursing care to post caesarean section clients with acute pain. **Method :** Case studies are to explore a problem / phenomom with characteristic boundaries and term restriction, have in depth data retrieval and include various sources of information. This case study was conducted on two cesarean section clients with acute pain. **Results :** after two hours of nursing care, nursing problems of cute pain in client 1 and client 2 can be resolved on the second day. **Discussion :** clients with nursing problems with acute pain due to cesarean section do not always have the same response to each client, on the client 1 pain scale 6 (0-10) and client 2 pain scale 5 (0-10), this influenced by the condition or health status of the previous client. So nurses must enhance comprehensive care to deal with nursing problems on each client. The authors suggest to nurses to do breathing relaxation therapy in order to overcome the problem of nursing acute pain and the hospital can set operational standards in the procedure of breathing relaxation in.

Keywords : Nursing care, Acute pain, Post caesarean section

References : 16 Books (2001-2019), 1 Journals (2012-2014)

DAFTAR ISI

Judul	Halaman
Lembar pernyataan.....	i
Lembar Persetujuan.....	ii
Lembar Pengesahan	iii
Kata Pengantar	iv
Abstrak	vi
Daftar isi.....	vii
Daftar Gambar.....	ix
Daftar Tabel	x
Daftar Bagan	xii
Daftar Lampiran	xiii
Daftar Singkatan.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Manfaat.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Teori	7
2.1.1 Definisi Seksio Sesarea	7
2.1.2 Anatomi Fisiologi	7
2.1.3 Etiologi.....	15
2.1.4 Patofisiologi	16
2.1.5 Penatalaksanaan	18
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang	18
2.1.7 Adaptasi Post Partum.....	19
2.2 Nyeri	25
2.2.1 Definisi Nyeri	25
2.2.2 Fisiologi Nyeri	26

2.2.3	Klasifikasi Nyeri	27
2.2.4	Stimulus Nyeri	29
2.2.5	Teori Nyeri.....	29
2.2.6	Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri.....	31
2.2.7	Pengukuran Intensitas Nyeri	31
2.2.8	Penanganan Nyeri	33
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan	33
2.3.1	Pengkajian	33
2.3.2	Diagnosa Keperawatan.....	43
2.3.3	Intervensi dan Rasional Keperawatan	44
2.3.4	Implementasi Keperawatan	69
2.3.5	Evaluasi Keperawatan	69
BAB III	METODE PENELITIAN	70
3.1	Desain Penelitian	70
3.2	Batasan Istilah	70
3.3	Partisipan/ Respon/ Subyek Penelitian	71
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	71
3.5	Pengumpulan Data.....	72
3.6	Uji Keabsahan Data	73
3.7	Analisis Data	74
3.8	Etik Penulisan KTI	75
BAB IV	HASIL DAN PEMBAHASAN	79
4.1	Hasil.....	79
4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data	79
4.1.2	Asuhan Keperawatan	80
4.2	Pembahasan	113
BAB V	KESIMPULAN DAN SARAN	130
5.1	Kesimpulan	130
5.2	Saran	132

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Organ Kelamin Dalam Wanita, Dinding Depan Perut.....	8
Gambar 2.2 Uterus.....	11
Gambar 2.3 Insisi Klasik.....	12
Gambar 2.4 Insisi Transversal.....	15

DARTAR TABEL

Tabel	Halaman
Tabel 2.1 Perbedaan Nyeri Akut Dan Nyeri Kronis	28
Tabel 2.2 Perbedaan Nyeri Somatis Dan Viseral.....	28
Tabel 2.3 Penilaian APGAR SCORE	38
Tabel 2.4 Intervensi Dan Rasional Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas	44
Tabel 2.5 Intervensi Dan Rasional Nyeri Akut.....	46
Tabel 2.6 Intervensi Dan Rasional Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh	50
Tabel 2.7 Intervensi Dan Rasional Ketidakefektifan Pemberian ASI.....	52
Tabel 2.8 Intervensi Dan Rasional Hambatan Eliminasi Urine	54
Tabel 2.9 Intervensi Dan Rasional Gangguan Pola Tidur.....	55
Tabel 2.10 Intervensi Dan Rasional Resiko Infeksi.....	57
Tabel 2.11 Intervensi Dan Rasional Defisit Perawatan Diri	60
Tabel 2.11 Intervensi Dan Rasional Konstipasi.....	61
Tabel 2.12 Intervensi Dan Rasional Resiko Syok (Hipovolemik).....	64
Tabel 2.13 Intervensi Dan Rasional Resiko Perdarahan	66
Tabel 2.14 Intervensi Dan Rasional Defisiensi Pengetahuan	68
Tabel 4.1 Identitas	80
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan.....	81
Tabel 4.3 Program Dan Riwayat Ginekologi Dan Obstetri	82
Tabel 4.4 Pola Aktivitas Sehari-hari	84
Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik	85
Tabel 4.6 Data Psikologi.....	90

Tabel 4.7 Data Sosial	91
Tabel 4.8 Kebutuhan <i>Bounding Attachment</i>	91
Tabel 4.9 Kebutuhan Pemenuhan Seksual	92
Tabel 4.10 Data Spiritual	92
Tabel 4.11 Kebutuhan Tentang Perawatan Diri	92
Tabel 4.12 Data Laboratorium	93
Tabel 4.13 Program Dan Rencana Pengobatan.....	93
Tabel 4.14 Analisa Data.....	94
Tabel 4.15 Diagnosa Keperawatan	96
Tabel 4.16 Intervensi Keperawatan.....	100
Tabel 4.17 Implementasi.....	106
Tabel 4.18 Evaluasi Sumatif	112

DAFTAR BAGAN

Bagan	Halaman
Bagan 2.1 Patofisiologi Seksio Sesarea	17

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I : Lembar Bimbingan
Lampiran II : Lembar Observasi
Lampiran III : Jurnal
Lampiran IV : Satuan Acara Penyuluhan
Lampiran V : Leaflet
Lampiran VI : Lembar Persetujuan Responden

DAFTAR SINGKATAN

SC : Seksio Sesarea

mmHg : Milimeter Hidragium

Kg : Kilogram

Cm : Centimeter

TFU : Tinggi Fundus Uteri

CPD : *Cephalopelvic Disproportion*

HPHT : Hari Pertama Haid Terakhir

TP : Taksiran Persalinan

BB : Berat Badan

PB : Panjang Badan

GCS : *Glasgow Coma Scale*

CRT : *Capillary Refill Time*

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup di dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Rukiah, 2012 dalam Rezeki & Sari, 2018). Secara umum persalinan dapat dibagi menjadi dua yaitu persalinan normal (pervaginam) dan persalinan seksio sesarea. Persalinan seksio sesarea adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat diatas 500 gram, melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh (Mitayani, 2009). Seksio Sesarea umumnya dilakukan bila ada indikasi medis tertentu, sebagai tindakan mengakhiri kehamilan dengan komplikasi. Selain itu seksio sesarea juga menjadi alternatif persalinan tanpa indikasi medis karena dianggap lebih mudah dan nyaman. Sebanyak 25% persalinan dengan seksio sesarea dari jumlah kelahiran yang ada dilakukan pada ibu-ibu yang tidak memiliki resiko tinggi untuk melahirkan secara normal maupun komplikasi persalinan lain.

Menurut *World Health Organization* (WHO) Tahun 2014 angka kejadian seksio sesarea di negara Australia (32%), Brazil (54%), dan Colombia (43%). Angka kejadian seksio sesarea di Indonesia berdasarkan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2013 menunjukkan angka 9,8%, antara lain di DKI Jakarta (19,9%), Jawa Barat 8,7 % dan Sulawesi Tenggara (3,3%) (Widya, 2015).

Berdasarkan data dari rekam medik RSUD Dr. Slamet Garut Bulan Januari 2018 - Desember 2018 menyebutkan bahwa proporsi persalinan dengan seksio sesarea adalah 1.423 kasus atau 26% dan jumlah seksio sesarea di ruangan Zade Bulan Januari 2018 – Desember 2018 tercatat sebanyak 537 kasus atau 37,7% (Rekam Medik RSUD Dr. Slamet, 2018).

Adapun masalah keperawatan yang dapat terjadi pada ibu *post* partum dengan tindakan seksio sesarea dapat berupa aktual, risiko maupun potensial, 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 : mandi/kebersihan diri, makan, toileting, konstipasi dan resiko syok (hipopolemik) (Nurarif dan Kusuma, 2015). Pembedahan atau operasi adalah semua tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani dan pada umumnya dilakukan dengan membuat sayatan serta diakhiri dengan penjahitan luka. Sayatan atau luka yang dihasilkan merupakan suatu trauma bagi penderita dan ini bisa menimbulkan berbagai keluhan dan gejala. Keluhan dan gejala yang sering dikemukakan oleh pasien setelah tindakan operasi adalah nyeri. (Sjamsuhidayat, 2005 dalam Lukman, 2013).

Nyeri *post* operasi adalah sensori yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosi yang berhubungan dengan kerusakan jaringan potensial nyata atau menggambarkan terminologi suatu kerusakan (Maryunani, 2010). Persalinan secara seksio sesarea memberikan dampak bagi ibu, yaitu nyeri yang hilang

timbul akibat pembedahan pada dinding abdomen dan dinding rahim yang tidak hilang hanya dalam satu hari memberi dampak seperti mobilisasi terbatas, *bounding attachment* (ikatan kasih sayang) terganggu/tidak terpenuhi, *Activity of Daily Living* (ADL) terganggu dan pada ibu akibatnya nutrisi bayi berkurang sebab tertundanya pemberian ASI sejak awal, selain itu juga mempengaruhi daya tahan tubuh bayi yang dilahirkan secara SC (Widya, 2015).

Penanganan yang sering digunakan untuk menurunkan nyeri post seksio sesarea berupa penanganan farmakologi, biasanya untuk menghilangkan nyeri digunakan analgesik yang terbagi menjadi dua golongan yaitu analgesik non narkotik dan analgesik narkotik. Pengendalian nyeri secara farmakologi efektif untuk nyeri sedang dan berat, namun demikian pemberian farmakologi tidak bertujuan untuk meningkatkan kemampuan klien sendiri untuk mengontrol nyerinya. Sehingga dibutuhkan kombinasi farmakologi untuk mengontrol nyeri dengan non farmakologi agar sensasi nyeri dapat berkurang serta masa pemulihan tidak memanjang (Pratiwi, Ratna, 2012).

Salah satu penanganan nyeri secara non farmakologi yaitu menggunakan teknik relaksasi nafas dalam, ketika seseorang melakukan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengendalikan nyeri, di dalam tubuh tersebut meningkatkan komponen saraf parasimpatis secara stimulan maka hormon adrenalin dan kortisol yang dapat menyebabkan stres akan menurun sehingga meningkatkan konsentrasi sehingga merasa tenang untuk mengatur nafas (Pratiwi, Ratna, 2012).

Dalam hal ini peran perawat sangat penting dalam merawat pasien *post* seksio sesarea antara lain sebagai pemberi pelayanan kesehatan dan khususnya

sebagai pemberi asuhan keperawatan secara komprehensif meliputi bio-psiko-sosio-spiritual. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien *post* seksio sesarea dengan mengambil judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post* Seksio Sesarea Dengan Nyeri Akut Di Ruang Zade Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada klien *Post* Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di Ruang Zade Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu mengaplikasikan ilmu tentang “Asuhan Keperawatan pada klien *Post* Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di Ruang Zade Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut” secara komprehensif meliputi aspek biologi, psikososial dan spiritual dalam bentuk pendokumentasian.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien *Post* Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di Ruang Zade Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut

- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien *Post Seksio Sesarea* dengan Nyeri Akut di Ruang Zade Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien *Post Seksio Sesarea* dengan Nyeri Akut di Ruang Zade Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien *Post Seksio Sesarea* dengan Nyeri Akut di Ruang Zade Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klien *Post Seksio Sesarea* dengan Nyeri Akut di Ruang Zade Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Karya tulis ini diharapkan dapat memperluas dan menambah wawasan ilmu pengetahuan khususnya pada keperawatan maternitas mengenai pasien *post seksio sesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut yang berhubungan dengan penatalaksanaan nyeri akut, dan dapat menjadi landasan bagi pengembangan media pembelajaran secara lebih lanjut.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Bagi Perawat

Manfaat praktis bagi perawat yaitu dapat menentukan intervensi keperawatan yang tepat pada klien *post seksio sesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

b. Bagi Rumah Sakit

Manfaat praktis bagi rumah sakit yaitu sebagai acuan untuk meningkatkan mutu dan pelayanan bagi pasien khususnya asuhan keperawatan pada klien *post* seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Manfaat bagi institusi pendidikan yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien *post* 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 cara membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Amru Sofian, 2012). Seksio sesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Lauren,dkk 2009).

Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa seksio sesarea adalah tindakan yang dilakukan untuk mengeluarkan janin dengan cara membuat sayatan pada dinding abdomen dan uterus.

2.1.2 Anatomi Fisiologi Seksio Sesarea

Beberapa tehnik seksio sesarea yang perlu diperhatikan adalah mengenai cara insisi yaitu insisi abdomen, insisi uterus, yang masing-masing diuraikan sebagai berikut : (Maryunani, 2014).

1. Insisi Abdomen (De Jong, 2005 dikutip dari Maryunani, 2014)

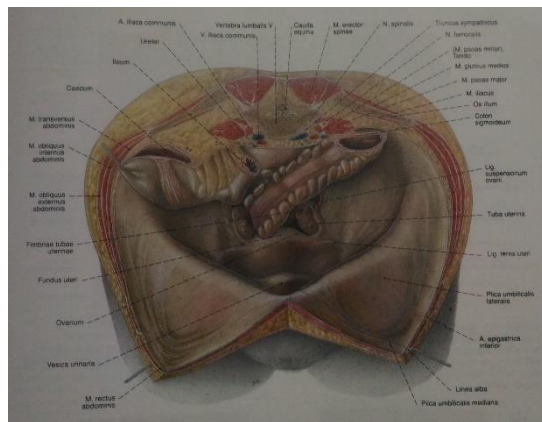
a. Lapisan Dinding Perut:

- 1) Kulit
- 2) Jaringan subkutan

- 3) Fascia scarpa (membatasi diantara dua jaringan subkutan)
- 4) Otot dinding perut : m.oblikus eksternus
- 5) M.oblikus internus
- 6) Fascia transversalis
- 7) Jaringan preperitoneal
- 8) Jaringan preperitoneum
- 9) Jaringan peritoneum
- 10) Peroneum parietale

Gambar 2.1

Organ kelamin dalam wanita, dinding perut depan



Sumber : Putz &Pabst, 2005

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

- a) Insisi vertikal garis tengah infraumbilikus adalah insisi yang paling cepat dibuat
- b) Insisi ini harus cukup panjang agar janin dapat lahir tanpa kesulitan
- c) Oleh karenanya, panjang harus sesuai dengan taksiran ukuran janin
- d) Pembebasan secara tajam dilakukan sampai ke level vagina m.rektus abdominalis lamina anterior, yang dibebaskan dari lemak subkutis untuk memperlihatkan sepotong fascia di garis tengah dengan lebar sekitar 2 cm
- e) Fascia transversalis dan lemak praperitonium dibebaskan secara hati-hati untuk mencapai peritoneum dibawahnya.
- f) Peritoneum yang terletak dekat dengan ujung atas insisi dibuka secara hati-hati
- g) Beberapa dokter mengangkat peritoneum dengan dua klem hemostat yang dipasang dengan jarak 2 cm
- h) Lipatan peritoneum yang terangkat diantara dua klem tersebut kemudian dilihat dan dipalpasi untuk meyakinkan bahwa omentum, usus, atau kandung kemih tidak menempel
- i) Pada wanita yang pernah mengalami bedah intra-abdomen, termasuk seksio sesarea, omentum, atau usus mungkin melekat ke permukaan bawah peritoneum
- j) Peritoneum di insisi superior terhadap kutub atas insisi dan ke arah bawah tepat di atas lipatan peritoneum di atas kandung kemih.

2) Insisi transversal/lintang:

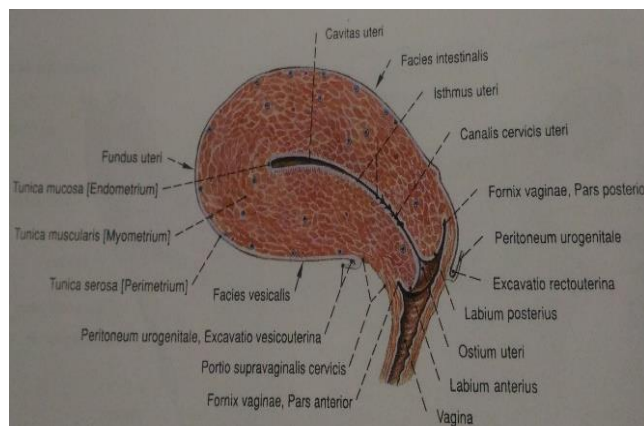
- a) Dengan insisi pfannenstiel modifikasi, kulit dan jaringan subkutan disayat dengan menggunakan insisi transversal rendah sedikit melengkung
- b) Insisi dibuat setinggi garis rambut pubis dan diperluas sedikit melebihi batas lateral otot rektus
- c) Setelah jaringan subkutis dipindahkan dari fasia dibawahnya sepanjang satu cm atau lebih pada kedua sisi, fasia dipotong secara melintang sesuai panjang insisi
- d) Tepi superior dan inferior fasia dipegang dengan klem yang sesuai kemudian diangkat oleh asisten selagi operator memegang selubung fasia dari otot rektus dibawahnya secara tumpul dengan pegangan scalpel
- e) Pembuluh darah yang berjalan diantara otot dan fasia dijepit, dipotong, dan diikat.
- f) Hemostasis harus dilakukan secara cermat
- g) Pemisahan fasia dilakukan sampai cukup mendekati umbilikus agar dapat dibuat insisi longitudinal garis tengah yang adekuat di peritoneum
- h) Otot rektus kemudian dipisahkan di garis tengah untuk memperlihatkan peritoneum dibawahnya

2. Insisi uterus

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

Gambar 2.1

Uterus



Sumber : Putz &Pabst, 2005

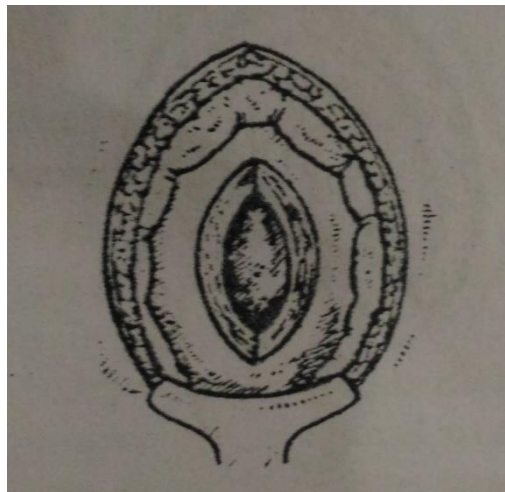
1) Insisi secara klasik:

- a) Suatu insisi vertikal ke dalam korpus uterus dibawah segmen uterus dan mencapai fundus uterus, sudah jarang digunakan saat ini
- b) Sebagian besar insisi dibuat di segmen bawah uterus secara melintang atau yang lebih jarang secara vertikal
- c) Insisi melintang di segmen bawah memiliki keunggulan yaitu hanya memerlukan sedikit pemisahan kantung kemih dari miometrium dibawahnya
- d) Apabila insisi diperluas kearah lateral, dapat terjadi laserasi pada salah satu atau kedua pembuluh uterus

- e) Insisi vertikal rendah dapat diperluas ke atas sehingga pada keadaan-keadaan yang memerlukan ruang yang lebih lapang, insisi dapat dilanjutkan ke korpus uterus
- f) Untuk menjaga agar insisi vertikal tetap dibawah segmen uterus, diperlukan pemisahan yang lebih luas pada kandung kemih
- g) Selain itu, apabila meluas kebawah, insisi vertikal dapat menembus serviks lalu ke vagina dan mungkin mengenai kandung kemih
- h) Yang utama, selama kehamilan berikutnya insisi vertikal yang meluas ke miometrium atas lebih besar kemungkinannya mengalami ruptur daripada insisi transversal, terutama selama persalinan

Gambar 2.3

Insisi Klasik



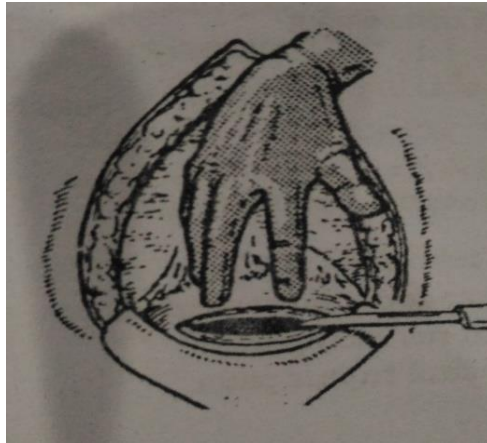
Sumber : Mitayani, 2013

2) Insisi secara transversal:

- a) Uterus umumnya mengadakan dekstrorotasi sehingga ligamentum teres uteri kiri lebih anterior dan lebih dekat ke garis tengah daripada yang kanan
- b) Lipatan peritoneum yang agak longgar di atas batas atas kandung kemih dan menutupi bagian anterior segmen bawah uterus dijepit di garis tengah dengan forceps dan disayat dengan scalpel atau gunting
- c) Gunting diselipkan diantara serosa dan miometrium segmen bawah uterus dan di dorong ke lateral dari garis tengah, sembari membuka mata gunting secara parsial dan intermiten, untuk memisahkan pita serosa selebar dua cm, yang kemudian di insisi
- d) Menjelang batas lateral di kedua sisi, gunting sedikit diarahkan lebih ke arah cranial
- e) Lapisan bawah peritoneum di angkat dan kandung kemih dipisahkan secara tumpul atau tajam dari miometrium dibawahnya
- f) Secara umum, pembebasan kandung kemih jangan melebihi 5 cm
- g) Terutama pada serviks yang sudah mendatar dan membuka, pembebasan kearah bawah dapat terjadi sedemikian dalam sehingga secara tidak sengaja yang tidak terpajan dan dimasuki adalah vagina bukan segemen bawah uterus
- h) Uterus dibuka melalui segmen bawah uterus sekitar 1 cm dibawah batas atas lipatan peritoneum

- i) Insisi uterus perlu dibuat relatif tinggi pada wanita dengan pembukaan serviks yang besar atau lengkap agar kemungkinan perluasan insisi ke lateral menuju arteri uterine berkurang. Insisi uterus dapat dilakukan dengan berbagai teknik
- j) Semuanya dimulai dengan menyayat segmen bawah uterus yang terpajan menggunakan scalpel secara melintang sepanjang sekitar 1-2 cm separuh jalan antara kedua arteri uterina
- k) Tindakan ini harus dilakukan secara hati-hati sehingga sayatan memotong seluruh ketebalan dinding uterus tetapi tidak cukup dalam untuk melukai janin dibawahnya
- l) Apabila uterus telah terbuka, insisi dapat diperluas dengan memotong ke lateral dan kemudian sedikit ke atas dengan gunting verban
- m) Cara lain, apabila segmen bawah uterus tipis, insisi masuk dapat diperluas hanya dengan tekanan ke lateral dan atas mengguakan kedua jari telunjuk. Insisi uterus harus dibuat cukup lebar agar kepala dan badan janin dapat lahir tanpa merobek atau harus memotong arteri dan vena uterine yang berjalan sepanjang batas lateral uterus
- n) Apabila ditemukan plasenta di garis insisi, plasenta tersebut harus dilepaskan atau di insisi. Apabila plasenta tersayat, perdarahan janin dapat parah sehingga, pada kasus semacam ini, tali pusat harus secepatnya di klem.

(Williams, 2005 dikutip dari Maryunani, 2014)

Gambar 2.4**Insisi Transversal****Sumber : Mitayani, 2013****2.1.3 Etiologi Seksio Sesarea****1. Etiologi Berasal Dari Ibu**

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primipara 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, solutio 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) (Nurarif & Kusuma, 2015).

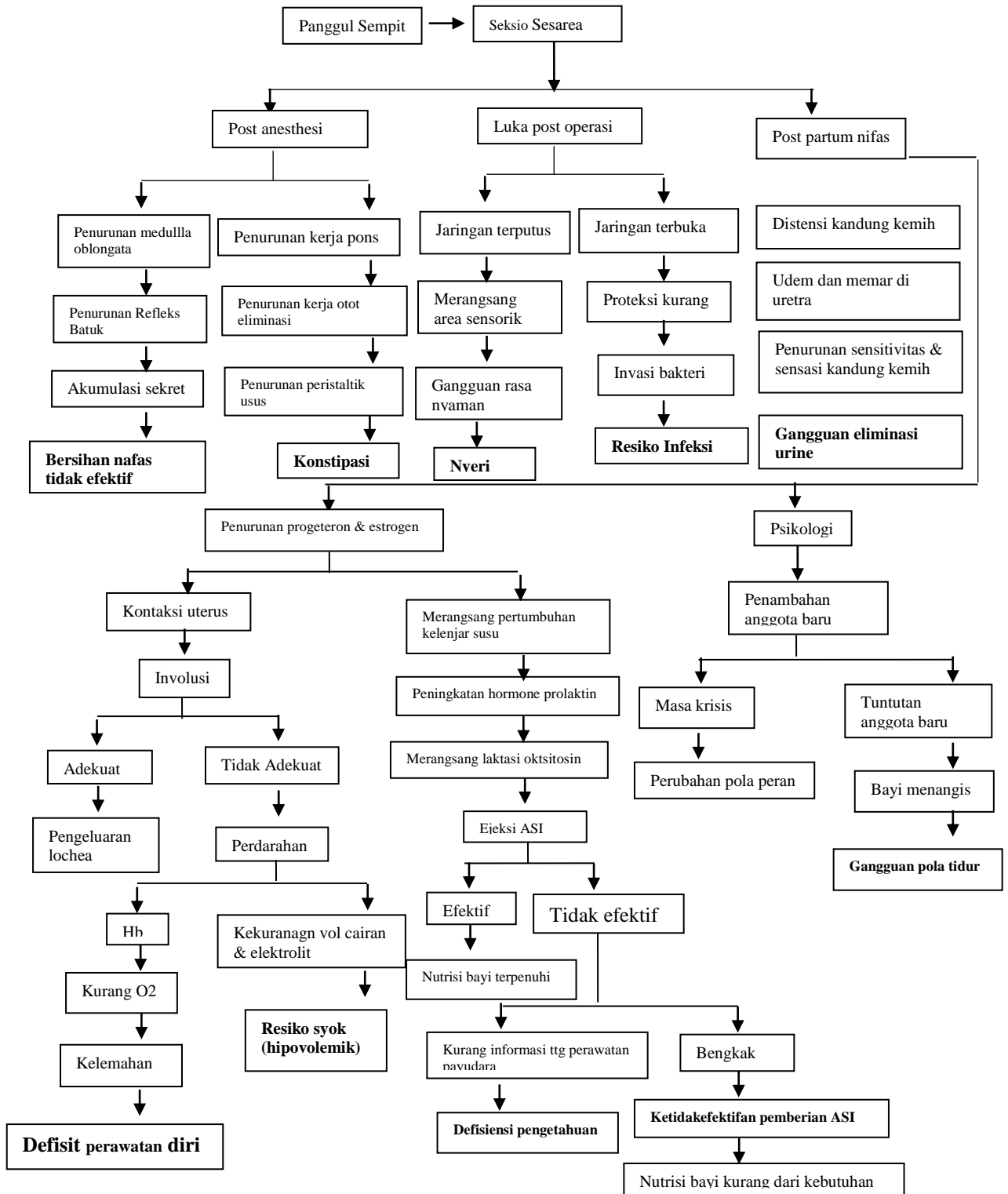
2. Etiologi yang berasal dari janin

Fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.1.4 Patofisiologi

Adanya beberapa kelainan atau hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal atau spontan. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu seksio sesarea. Efek anestesi dapat menimbulkan otot relaksasi dan menyebabkan konstipasi. Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansietas pada pasien. Selain itu, dalam proses pembedahan juga akan dilakukan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf di sekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri (nyeri akut). Setelah proses pembedahan berakhir daerah insisi akan ditutupi dan akan menimbulkan luka post seksio sesarea, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi (Chapman dan Charles, 2013).

Bagan 2.1
Patofisiologi Seksio Sesarea



(Nurarif & Kusuma, 2015)

2.1.5 Penatalaksanaan

1. Perdarahan dari vagina harus dipantau dengan cermat
2. Fundus uteri harus sering dipalpasi untuk memastikan bahwa uterus tetap berkontraksi dengan kuat
3. Analgesia diberikan
4. Periksa aliran darah uterus paling sedikit 30 ml/jam
5. Pemberian cairan intra vaskuler, 3 liter cairan biasanya memadai untuk 24 jam pertama setelah pembedahan
6. Ambulasi, satu hari setelah pembedahan klien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan orang lain
7. Perawatan luka pada hari ke-3 tiap hari diperiksa kondisi balutan
8. Pemeriksaan laboratorium, hematokrit diukur pagi setelah pembedahan untuk memastikan perdarahan pasca operasi atau mengisyaratkan hipovolemia
9. Mencegah infeksi pasca operasi, antibiotik, setelah janin lahir
(Maryunani, 2014)

2.1.6 Pemeriksaan penunjang

1. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
2. Pemantauan EKG
3. JDL dengan diferensial
4. Elektrolit
5. Hemoglobin/hematokrit

6. Gologan darah
7. Urinalisis
8. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
9. Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi
10. Ultrasound sesuai pesanan

(Nurarif & Kusuma, 2015)

2.1.7 Adaptasi Post Partum

Masa nifas (puerperium) adalah masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin hingga kembalinya alat reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil (Varney, 2009). Periode ini disebut juga puerperium dan wanita yang sedang mengalami puerperium disebut puerpura. Pemulihan periode setelah melahirkan (pascapartum) berlangsung sekitar enam minggu (Kultsum, 2012).

1. Adaptasi Fisiologis

Perubahan fisiologi masa nifas meliputi perubahan sistem reproduksi, sistem pencernaan, sistem perkemihan, payudara, dinding perut, berat badan dan tanda-tanda vital (Kultsum, 2012).

a. Perubahan Sistem Reproduksi

1) Involusi Uteri (Pengerutan Rahim)

Involusi uterus adalah proses kembalinya ukuran uterus pada kondisi sebelum hamil (Sulistiyawati, 2009). Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Berat uterus sekitar 1.000 gram, pada akhir minggu pertama pasca partum

berat uterus menurun menjadi sekitar 500 gram, pada minggu kedelapan pasca partum berat uterus kembali ke berat pada saat tidak hamil, yaitu 70 gram. Aktivitas menyusui akan mempercepat involusi uterus.

2) Lokea

Sekret yang berasal dari rahim keluar melalui vagina selama masa nifas (Varney, 2009). Lokea berasal dari sekret luka dalam rahim terutama luka plasenta. Keluarnya lokea mulai terjadi pada jam-jam pertama pascapartum berupa sekret kental dan banyak. Lokea mempunyai bau amis/anyir seperti darah menstruasi dan banyaknya lokea pada setiap wanita berbeda-beda. Sifat lokea berubah menurut tingkat penyembuhan luka, lokea yang berbau tidak sedap/berbau busuk menandakan adanya infeksi.

Lokea mempunyai perubahan warna dan jumlah karena proses involusi. Berdasarkan warna dan waktu keluarnya lokea dibagi menjadi 3 jenis:

a) Lokea Rubra

Lokea rubra berupa darah berwarna merah, berjumlah sedang. Adalah lokea pertama yang mulai keluar segera setelah kelahiran dan berlanjut selama dua hingga tiga hari pertama pascapartum.

b) Lokea Serosa

Lokea serosa berupa darah encer berwarna merah muda dan lebih pucat dari lokea rubra, kemudian menjadi kuning, berjumlah sedikit. Lokea ini berhenti sekita tujuh hingga delapan hari.

c) Lokea Alba

Lokea alba berupa cairan putih berwarna putih krem, berjumlah sangat sedikit. Mulai terjadi sekitar hari kesepuluh pascapartum dan hilang sekitar empat minggu.

3) Serviks (Leher Rahim)

Perubahan pada serviks adalah bentuk serviks agak menganga seperti corong, segera setelah bayi lahir. Serviks menjadi berwarna merah kehitaman karena penuh dengan pembuluh darah, konsistensinya lunak kadang-kadang terdapat laserasi atau perlukaan. Karena robekan kecil yang terjadi selama berdilatasi (melebar) maka serviks tidak akan pernah kembali lagi ke keadaan seperti sebelum hamil. Pada minggu ke enam pascapartum serviks sudah menutup kembali.

4) Vulva Dan Vagina

Segera setelah kelahiran, vagina tetap terbuka lebar karena mengalami penekanan dan peregangan yang sangat besar selama proses persalinan, setelah satu hingga dua hari pascapartum celah vagina tidak lebar lagi dan vagina tidak lagi bengkak. Pada saat dinding vagina menjadi lunak, lebih besar dari biasanya dan longgar, ukurannya menurun atau mengecil lagi pada keadaan tidak hamil sekitar tiga minggu pasca partum.

5) Perinium

Segera setelah melahirkan perinium menjadi mengendur karena sebelumnya tertekan oleh kepala bayi yang bergerak maju. Pulihnya otot perinium terjadi sekitar 5-6 minggu pascapartum, sekalipun tetap lebih kendur dari keadaan sebelum hamil.

b. Perubahan Pada Sistem Pencernaan

Biasanya akan mengalami konstipasi (sembelit) setelah persalinan hal ini terjadi karena selama persalinan alat pencernaan mengalami penekanan sehingga usus besar menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan cairan dan makanan serta kurangnya aktivitas tubuh.

c. Sistem Perkemihan

Biasanya akan mengalami sulit untuk buang air kecil selama 24 jam pertama. Kemungkinan penyebabnya karena kandung kemih mengalami pembengkakan, setelah bagian ini mengalami penekanan antara kepala bayi dan pelvis selama persalinan. Efek persalinan pada kandung kemih dan saluran kemih menghilang pada 24 jam pascapartum, kecuali wanita yang mengalami infeksi saluran kemih.

d. Perubahan Pada Payudara

Keadaan payudara pada dua hari pertama puerperium sama dengan keadaan pada saat kehamilan. Pada waktu ini payudara belum mengandung susu, melainkan kolostrum yang dapat dikeluarkan dengan memijat areola, kolostrum berupa cairan kuning dan reaksinya alkalis. Pada hari ketiga

pascapartum payudara menjadi besar keras dan nyeri, ini menandakan dimulainya sekresi (pengeluaran) air susu.

e. Perubahan Pada Dinding Perut

Setelah persalinan dinding perut menjadi longgar dan lunak karena diregang selama kehamilan, biasanya pulih kembali dalam waktu enam minggu.

f. Perubahan Pada Penurunan Berat Badan

Salah satu studi menemukan berat badan kebanyakan wanita mendekati berat sebelum hamil dalam waktu 6 bulan setelah melahirkan (Varney, 2009:961). Menyusui yang banyak dilaporkan mempengaruhi penurunan berat badan setelah melahirkan, rata-rata wanita yang telah beberapa kali melahirkan mengalami penurunan berat badan lebih sedikit (Varney, 2009:961).

g. Perubahan Tanda-Tanda Vital

1) Suhu Badan

Suhu tubuh wanita dalam persalinan tidak lebih dari $37,5^{\circ}\text{C}$. Setelah melahirkan suhu tubuh dapat naik kurang lebih $0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini akibat dari kerja keras ketika melahirkan, kehilangan cairan maupun kelelahan. Kurang lebih pada hari keempat post partum, suhu badan akan naik lagi. Hal ini diakibatkan ada pembentukan ASI, kemungkinan payudara membengkak maupun kemungkinan infeksi pada endometrium,

mastitis, traktus genitilis maupun sistem lain. Apabila kenaikan suhu diatas 38°c , waspada terhadap infeksi post partum.

2) Nadi

Denyut nadi normal orang dewasa 60-100x/menit. Pasca melahirkan, denyut nadi menjadi cepat. Denyut nadi yang melebihi 100x/ menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.

3) Tekanan Darah

Tekanan darah adalah tekanan yang dialami darah pada pembuluh darah arteri ketika darah dipompa oleh jantung keseluruhan anggota tubuh manusia. Tekanan darah normal manusia adalah sistolik antara 90-120 mmHg. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah. Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya preeklamsi post partum. Namun demikian, hal tersebut sangat jarang terjadi.

4) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16-24x/menit. Pada wanita setelah melahirkan umumnya pernafasan lambat dan normal. Hal ini karena ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal,

pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan terdapat tanda-tanda syok.

2. Adaptasi psikologis

Adaptasi psikologis menurut Kultsum, 2012 yaitu:

a. Fase *Taking In* (Fase Ketergantungan)

Lamanya 3 hari pertama setelah melahirkan. Fokus pada diri ibu sendiri, tidak pada bayi, ibu membutuhkan waktu untuk tidur dan istirahat. Pasif, ibu mempunyai ketergantungan dan tidak bisa membuat keputusan, ibu memerlukan bimbingan dalam merawat bayi dan mempunyai perasaan takjub ketika melihat bayinya yang baru lahir.

b. Fase *Taking Hold* (Fase *Independen*)

Akhir hari ke-3 sampai hari ke-10. Aktif, mandiri, dan bisa membuat keputusan. Memulai aktivitas perawatan diri, fokus pada perut, dan kandung kemih. Fokus pada bayi dan menyusui. Merespons instruksi tentang perawatan bayi dan perawatan diri, dapat mengungkapkan kurangnya kepercayaan diri dalam merawat bayi.

c. *Letting Go* (Fase *Interdependen*)

Terakhir hari ke-10 sampai 6 minggu post partum. Ibu sudah mengubah peran barunya. Menyadari bayi merupakan bagian dari dirinya, ibu sudah dapat menjalankan perannya.

2.2 Nyeri

2.2.1 Definisi Nyeri

Nyeri merupakan suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan (Wolf Weifsel Feurst dalam buku). Nyeri merupakan suatu mekanisme produksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang dirusak dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri (Arthur C. Curton). Secara umum nyeri diartikan sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologi dan emosional.

2.2.2 Fisiologi Nyeri

Munculnya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah *nociceptor*, merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki myelin yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada visera, persendian dinding arteri, hati dan kandung empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respon akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa zat kimiawi seperti bradikinin, histamin, prostaglandin dan macam-macam asam yang dilepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan akibat kekurangan oksigenasi. Stimulus yang lain dapat berupa termal, listrik atau mekanis. Selanjutnya stimulus yang diterima oleh reseptor tersebut ditransmisikan berupa impuls-impuls nyeri ke sumsum

tulang belakang oleh dua jenis serabut yang bermyelin rapat atau serabut A (delta) dan serabut lamban (serabut C). Impuls-impuls yang ditransmisikan oleh serabut delta A mempunyai sifat inhibitor yang di transmisikan ke serabut C. Serabut-serabut aferen masuk ke spinal melalui akar dorsal (*dorsal root*) serta sinaps pada *dorsal horn*. *Dorsal horn* terdiri atas beberapa lapisan atau laminae yang saling bertautan. Di antara lapisan dua dan tiga terbentuk *substantia gelatinosa* yang merupakan saluran utama impuls. Kemudian, impuls nyeri menyebrangi sumsum tulang belakang pada interneuron dan bersambung ke jalur spinal ascendens yang paling utama, yaitu jalur *spinothalamic tract* (STT) atau jalur *spinothalamus* dan *spinoreticular tract* (SRT) yang membawa informasi tentang sifat dan lokasi nyeri. Dari proses transmisi terdapat dua jalur mekanisme terjadinya nyeri, yaitu jalur opiate dan jalur nonopiate. Jalur opiate ditandai oleh pertemuan reseptor pada otak yang terdiri atas jalur spinal descendens dari thalamus yang melalui otak tengah dengan nociceptor impuls supresif. Serotonin merupakan neurotransmitter dalam impuls supresif. Sistem supresif lebih mengaktifkan stimulasi nociceptor yang ditransmisikan oleh serabut A. Jalur nonopiate merupakan jalur descendens yang tidak memberikan respon terhadap naloxone yang kurang banyak diketahui mekanismenya (Barbara C Long, 1998 dalam).

2.2.3 Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat

menghilang, yang tidak melebihi 6 bulan dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot. Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan.

Tabel 2.1
Perbedaan Nyeri Akut Dan Kronis

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronis
Pengalaman	Satu kejadian	Satu situasi, status eksistensi
Sumber	Sebab eksternal atau penyakit dari dalam	Tidak diketahui atau pengobatan yang terlalu lama
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak, berkembang dan terselubung
Waktu	Sampai 6 bulan	Lebih dari 6 bulan sampai bertahun-tahun
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri tidak diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya, sehingga sulit dievaluasi (perubahan perasaan)
Gejala-gejala klinis	Pola respons yang khas dengan gejala yang lebih jelas	Pola respons yang bervariasi dengan sedikit gejala (adaptasi)

Selain klasifikasi nyeri diatas, terdapat jenis nyeri yang spesifik, diantaranya nyeri somatis, nyeri viseral, nyeri menjalar (*referent pain*), nyeri psikogenik, nyeri phantom dari ekstremitas, nyeri neurologis dan lain-lain.

Nyeri somatis dan nyeri viseral ini umumnya bersumber dari kulit dan jaringan dibawah kulit (superfisial) pada otot dan tulang. perbedaan antara kedua jenis nyeri ini dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 2.2
Perbedaan Nyeri Somatis dan Viseral

Karakteristik	Nyeri Somatis		Nyeri Viseral	
	Superfisial	Dalam		
Kualitas	Tajam, menusuk,	Tajam,	tumpul,	Tajam, tumpul, nyeri

Menjalar	membakar Tidak Torehan,	nyeri terus Tidak Torehan,	terus, kejang Ya Distensi, iskemia,
Stimulasi	terlalu panas dan dingin	abrasi dan iskemia pergeseran tempat	spasmus, iritasi kimiawi (tidak ada torehan)
Reaksi otonom	Tidak	Ya	Ya
Refleks kontraksi otot	Tidak	Ya	Ya

Nyeri menjalar adalah nyeri yang terasa pada bagian tubuh yang lain, umumnya terjadi akibat kerusakan pada cedera organ viseral. Nyeri psikogenik adalah nyeri yang tidak diketahui secara fisik yang timbul akibat psikologis. Nyeri phantom adalah nyeri yang disebabkan karena salahsatu ekstremitas diamputasi. Nyeri neurologis adalah bentuk nyeri yang tajam karena adanya spasme di sepanjang atau dibeberapa jalur saraf.

2.2.4 Stimulus Nyeri

Terdapat beberapa stimulus nyeri, yaitu:

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 penekanan pada reseptor nyeri
3. Tumor, dapat menekan pada reseptor nyeri
4. Iskemia pada jaringan, misalnya terjadi blokade pada arteri koronaria yang menstimulasi reseptor nyeri akibat tertumpuknya asam laktat.
5. Spasme otot, dapat menstimulasi mekanik

2.2.5 Teori Nyeri

Terdapat beberapa teori tentang terjadinya rangsangan nyeri, diantaranya (Barbara C Long dalam Alimul Aziz, 2009) :

1. Teori Pemisahan (*Specifity Theory*)

Rangsangan sakit masuk melalui medulla spinalis melalui cornu dorsalis yang bersinaps di daerah posterior, kemudian naik ke tractus lissur dan menyilang di garis median ke sisi lainnya, dan berakhir dikorteks sensoris tempat rangsangan nyeri tersebut diteruskan.

2. Teori Pola (*Pattern Theory*)

Rangsangan nyeri masuk melalui akar ganglion dorsal ke medulla spinalis dan merangsang aktivitas sel T. Hal ini mengakibatkan suatu respon yang merangsang ke bagian yang lebih tinggi, yaitu kortek serebri, serta kontraksi menimbulkan persepsi dan otot berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri. Persepsi dipengaruhi oleh modalitas respon dari reaksi sel T.

3. Teori Pengendalian Gerbang (*Gate Control Theory*)

Nyeri tergantung dari serat saraf besar dan kecil yang keduanya berada dalam akar ganglion dorsalis. Rangsangan pada serat saraf besar akan meningkatkan aktivitas saraf substansia gelatinosa yang mengakibatkan tertutupnya pintu mekanisme sehingga aktivitas sel T terhambat dan menyebabkan hantaran rangsangan ikut terhambat. Rangsangan serat besar dapat langsung merangsang korteks serebri. Hasil persepsi ini akan dikembalikan kedalam medulla spinalis melalui serat eferen dan reaksinya memengaruhi aktivitas sel T. Rangsangan

pada serat kecil akan menghambat aktivitas substansia gelatinosa dan membuka pintu mekanise, sehingga merangsang aktivitas sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri.

4. Teori transmisi dan inhibisi

Adanya stimulus pada nociceptor memulai transmisi impuls-impuls saraf, sehingga transmisi impuls nyeri menjadi efektif oleh neurotransmitter yang spesifik. Kemudian, inhibisi impuls nyeri menjadi efektif oleh impuls-impuls pada serabut-serabut besar yang memblok impuls-impuls pada serabut lamban dan endogen opiate sistem supresif. Menjadi efektif oleh impuls-impuls pada serabut-serabut besar yang memblok impuls-impuls pada serabut lamban dan endogen opiate sistem supresif.

2.2.6 Faktor Yang Mempengaruhi Respon Nyeri

Respon yang unik terhadap nyeri tidak hanya dipengaruhi oleh respon fisiologis, tetapi juga oleh beberapa faktor terkait, termasuk usia, jenis kelamin, pengaruh sosial budaya, keadaan emosional, pengalaman nyeri masa lalu, sumber dan arti nyeri dan dasar pengetahuan. Ambang batas nyeri merupakan titik ketika stimulus mendapatkan respon. Toleransi nyeri adalah jumlah (durasi, intensitas) nyeri seseorang yang dapat bertahan sebelum berespon keluar terhadap nyeri (McCance & Huether, 2010).

2.2.7 Pengukuran Intensitas Nyeri

1. Skala nyeri menurut Hayward

Skala nyeri menurut Hayward dapat dituliskan sebagai berikut:

- a. 0 = tidak nyeri
- b. 1-3 = nyeri ringan
- c. 4-6 = nyeri sedang
- d. 7-9 = sangat nyeri, tetapi masih dapat dikendalikan dengan aktifitas yang biasa dilakukan
- e. 10 = sangat nyeri dan tidak bisa dikendalikan

2. Skala nyeri menurut McGill

Skala nyeri menurut McGill dapat dituliskan sebagai berikut:

- a. 0 = tidak sakit
- b. 1 = nyeri ringan
- c. 2 = nyeri sedang
- d. 3 = nyeri berat atau parah
- e. 4 = nyeri sangat berat atau parah
- f. 5 = nyeri hebat

3. Skala wajah atau *Wong-Baker Face Rating Scale*

Skala wajah dapat digambarkan sebagai berikut:

- a. 0 = tidak sakit
- b. 2 = sedikit sakit
- c. 4 = agak mengganggu
- d. 6 = mengganggu aktivitas
- e. 8 = sangat mengganggu

f. 10 = tak tertahankan

(Micron Medical Multimedia, 2015)

2.2.8 Penanganan Nyeri

1. Mengurangi faktor yang dapat menambah nyeri, misalnya ketidakpercayaan, kesalahpahaman, ketakutan, kelelahan, dan kebosanan.
2. Memodifikasi stimulus nyeri dengan menggunakan teknik-teknik seperti:
 - a) Teknik latihan penglihatan
 - b) Teknik relaksasi

Melakukan relaksasi pernapasan untuk mengendalikan nyeri, di dalam tubuh tersebut meningkatkan komponen saraf parasimpatik secara stimulan maka hormon adrenalin dan kortisol yang dapat menyebabkan stres akan menurun sehingga meningkatkan konsentrasi serta merasa tenang untuk mengatur napas (Pratiwi, Ratna, 2012).
 - c) Stimulus kulit
3. Pemberian obat analgesik

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

1. Pengkajian

Pengkajian adalah mencakup pengumpulan informasi subyektif dan obyektif (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 Kristiyanasari, 2010)

a. Keluhan Utama

Biasanya klien mengeluh nyeri di bagian luka operasi.

b. Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat persalinan seksio sesarea sebelumnya, menderita penyakit yang mempersulit persalinan (misalnya hipertensi/plasenta previa).

c. Riwayat kesehatan keluarga

Klien dengan seksio sesarea biasanya mempunyai riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi.

d. Kebiasaan Sehari-Hari (Activities of Daily Living)

1) Pola Nutrisi

Meliputi jumlah makan dan minum, jenis makanan dan frekuensi makan

2) Pola Istirahat Tidur

Mengalami gangguan tidur, mungkin mengeluh ketidaknyamanan dari berbagai sumber; misalnya trauma bedah/insisi, nyeri

penyerta, distensi kandung kemih/abdomen, efek-efek anestesi
(Doenges, 2001)

3) Pola Eliminasi

Kateter urinarius indwelling mungkin terpasang; urine jernih
pucat. Bising usus tidak ada, samar, atau jelas (Doenges, 2001)

4) Pola Hygiene

Keterbatasan melakukan perawatan diri (Astuti,dkk, 2015)

5) Aktivitas

Kerusakan gerakan dan sensasi dibawah tingkat anestesia spinal
epidural (Doenges, 2001).

e. Integritas Ego

Dapat menunjukkan labilitas emosional, dari kegembiraan,
sampai ketakutan, marah atau menarik diri. klien/pasangan dapat
memiliki pertanyaan atau salah terima peran dalam pengalaman
kelahiran. Mungkin mengekspresikan ketidakmampuan untuk
menghadapi situasi baru (Doenges, 2001).

3. Pemeriksaan Fisik Ibu

a. Tanda-tanda vital (Astuti,dkk, 2015)

1) Temperatur

Periksa 1 kali pada jam pertama, suhu tubuh akan meningkat pada
24 jam pertama

2) Nadi

Periksa setiap 15 menit pada satu jam pertama, kemudian 30 menit pada jam-jam berikutnya. Takikardi adalah salah satu tanda-tanda syok. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan kira-kira 600-800 ml. (Doenges, 2001).

3) Pernafasan

Periksa setiap 15 menit dan biasanya akan kembali normal setelah 1 jam (Mansyur dan Dahlan, 2014).

4) Tekanan darah

Periksa setiap 15 menit selama satu jam atau sampai stabil, kemudian setiap 30 menit untuk jam berikutnya. Segera setelah melahirkan banyak wanita yang mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik, yang kembali secara spontan dalam beberapa hari. Komplikasi yang relatif jarang, tetapi serius, jika peningkatan tekanan darah signifikan (Mansyur dan Dahlan, 2014).

b. Kepala

Bagian mulut mungkin terlihat kering (Novita, 2011)

c. Dada

Bunyi paru jelas dan vesikuler. Pada 24 jam pascapartum, payudara harus lunak dan tidak nyeri tekan, dengan puting bebas dari area pecah-pecah atau adanya kemerahan (Doenges, 2001).

d. Perut (Doenges, 2001)

1) Usus

Bising usus tidak ada, samar, atau jelas

2) Uterus

Selama 12 jam pertama pascapartum, kontraksi uterus kuat dan teratur, dan ini berlanjut selama 2-3 hari berikutnya, meskipun frekuensi dan intensitasnya dikurangi .

3) Luka insisi

Balutan abdomen dapat tampak sedikit noda atau kering dan utuh. Jalur parenteral, bila digunakan, paten, dan sisi bebas eritema, bengkak, dan nyeri tekan.

e. Ekstremitas

Biasanya ada penurunan gerak dan sensasi akibat efek anestesi (Novita, 2011).

f. Genitalia

Aliran lochia sedang dan bebas bekuan berlebihan/banyak (Doenges, 2001)

g. Anus

Periksa adanya haemorhoid

h. Data penunjang

- 1) Jumlah darah lengkap, hemoglobin/hematokrit (Hb/Ht) ; mengkaji perubahan dari kadar praoperasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan.
- 2) Urinalisis ; kultur urine, darah, loekhia: pemeriksaan tambahan didasarkan pada kebutuhan individual.

4. Pemeriksaan Fisik Bayi

Pemeriksaan fisik bayi baru lahir menurut Stright Barbara (2005) yaitu:

1) Penilaian APGAR SCORE

Lakukan penilaian apgar score dengan cara menjumlahkan hasil penilaian tanda, seperti laju jantung, kemampuan bernafas, kekuatan tonus otot, kemampuan refleks dan warna kulit.

Tabel 2.3

Penilaian APGAR SCORE

Tanda	0	1	2
Frekuensi Jantung	Tidak Ada	<100	>100
Usaha Bernafas	Tidak Ada	Lambat	Menangis Kuat
Tonus Otot	Lumpuh	Ekstremitas Fleksi Sedikit	Gerakan Aktif
Refleks	Tidak Bereaksi	Gerakan Sedikit	Melawan
Warna Kulit	Seluruh Tubuh Biru/Pucat	Tubuh Kemerahan, Ekstremitas Atas Biru	Seluruh Tubuh Kemerahan

Keterangan:

- a) Adaptasi Baik : Skor 7-10
 - b) Asfiksia Ringan-Sedang : Skor 4-6
 - c) Asfiksia Berat : Skor 0-3
- 2) Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital dan Antropometri

- a) Frekuensi Pernapasan
Waktu bayi tenang, hitung pernapasan selama 60 detik sebelum menentukan denyut apeks. Frekuensi yang normal adalah 30 sampai 60 kali per menit.
 - b) Denyut Jantung
Hitung denyut apeks selama 60 detik di atas apeks jantung; normalnya adalah 120 sampai 160 kali per menit.
 - c) Suhu
Ukurlah suhu sampai 30 menit sampai bayi stabil, setelah itu setiap 4 jam.
 - d) Pengukuran Panjang Badan
Letakkan bayi ditempat yang rata dan luruskan kakinya sebelum mengukur; rata-rata panjang bayi cukup bulan adalah 49,5 cm.
 - e) Ukuran Lingkar Kepala
Ukur melingkar bagian oksiput yang terbesar; rata-rata lingkar kepala adalah 35,5 cm.
 - f) Ukuran Lingkar Dada
Letakkan pita pengukur di atas puting dan melintasi batas bawah dari skapula; rata-rata lingkar dada adalah 33 cm, biasanya 2 sampai 3 cm lebih kecil daripada lingkar kepala.
- 3) Pemeriksaan Head To Toe
 - a) Kepala dan Muka

Besar kepala sesuai dengan proporsi tubuh (normalnya sekitar 25% dari total ukuran tubuh), moulase mungkin ada, kesimetrisan dari wajah diperiksa, hipertelorisme okular, mata dengan jarak lebar – jarak lebih dari 3 cm antara kantung mata bagian dalam dapat di deteksi.

b) Ubun-ubun

ubun-ubun anterior normalnya berbentuk seperti berlian, panjangnya 3 sampai 4 cm dan lebarnya 2 sampai 3 cm; akan menutup pada usia 18 bulan.

c) Mata

Warna biasanya tampak biru atau abu-abu disebabkan oleh penipisan sklera, Strabismus-sementara dan Nistagmus-sementara merupakan temuan yang umum, fenomena mata boneka (*Doll's eyes*) dapat dilihat apabila kepala ditolehkan dan gerakan mata mengikuti belakangan.

d) Hidung dan Mulut

Kepatenan hidung ditentukan dengan menutup mulut bayi dan menekan satu lubang hidung pada waktu yang bersamaan atau dengan memasukkan selang nasogastrik. Sekresi lendir jika berlebihan dapat merupakan indikasi suatu fistula trakeoesofagus. Tumbuh gigi lebih awal dan kista inklusi mungkin ditemukan.

e) Telinga dan Leher

Telinga lentur dan fleksibel. Pada bayi cukup bulan, telinga normalnya lembut dan dapat dilipat, dan bila dilekukan kedepan kembali dengan cepat. Telinga letak rendah dapat menunjukkan kelainan kromosom atau organ. Pendengaran secara normal berkembang segera setelah tuba eustachiinya bersih, ukuran leher normalnya pendek dengan banyak lipatan tebal.

f) Dada, Paru Dan Jantung

Kontur dan simetrisitas normalnya adalah bulat dan simetris, pembesaran payudara dapat tampak 2 sampai 3 hari setelah lahir disebabkan oleh hormon ibu. Pernapasan normalnya dangkal, simetris dan sesuai dengan gerakan abdomen, bunyi napas dapat menunjukkan ronki basah dan ronki kering. Bunyi jantung sekitar 90% murmur adalah sementara dan berhubungan dengan penutupan tidak lengkap foramen ovale atau duktus arteriosus.

g) Abdomen

Kontur abdomen normalnya adalah bulat dan menonjol yang disebabkan oleh otot abdominal yang lemah, tali pusat normalnya tampak putih dan seperti gelatin pada beberapa jam pertama, dengan dua arteri dan satu vena, mulai kering dalam beberapa jam, bising usus normalnya dapat di dengar bila bayi tenang.

h) Ekstremitas Atas

Ekstremitas bagian atas normalnya fleksi dengan baik, dengan gerakan yang simetris, refleks menggenggam normalnya ada. Kelemahan otot parsial atau komplit dapat menandakan trauma pada fleksus brakialis, nadi brakialis normalnya ada.

i) Ekstremitas Bawah

Ekstremitas bagian bawah normalnya pendek, bengkok, dan fleksi dengan baik. Nadi femoralis dan pedis normalnya ada.

j) Punggung dan Bokong

Spina normalnya rata dan bulat, sekelompok rambut yang tumbuh atau lekuk kecil pada sakrum atau dasar spina berhubungan dengan spina bifida okulta. Terdapat lubang anus yang terbuka.

k) Genetalia (Perempuan)

Pada labia minora dapat ditemukan adanya verniks dan smegma pada lekukan, labia mayora normalnya menutupi labia minora dan klitoris, klitoris normalnya menonjol, keluaran vagina mungkin disebabkan hormon ibu; ini disebut pseudomenstruasi. Normalnya terdapat umbai himen.

l) Genitalia (Laki-laki)

Rugae normalnya tampak pada skrotum dan kedua testis turun ke dalam skrotum. Meatus urinarius normalnya terletak pada ujung glans penis. Epispadia adalah istilah yang digunakan

untuk menjelaskan kondisi meatus berada dipermukaan dorsal. Hipospadia adalah istilah yang digunakan untuk menjelaskan kondisi meatus berada di permukaan ventral penis.

m) Refleks

Periksa adanya refleks-refleks pada bayi baru lahir seperti refleks berkedip, tonic neck, tanda babinski, refleks moro's, refleks menggenggam, plantar grasp, rooting, startle, menghisap dan stepping.

n) Tanda Lahir

Periksa adanya tanda lahir seperti salmon patch, port wine, strawberry hemangioma, cavernous hemangioma, venous malformations, pigmented nevi atau tahi lalat, dysplastic nevi atau tahi lalat besar, mongolia spots, nevus sebaceous, dan sebagainya.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada pasien post seksio sesarea menurut Nurarif dan Kusuma, 2015 adalah:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d obstruksi jalan nafas (respon obat anestesi)
2. Nyeri akut b.d agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum
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 risiko: episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan
8. Defisit perawatan diri : mandi/ kebersihan diri, makan, toileting b.d kelelahan post partum
9. Konstipasi
10. Resiko syok (hipopolemik)
11. Resiko perdarahan
12. Defisiensi pengetahuan: perawatan post partum b.d kurangnya informasi tentang penanganan post partum

2.3.3 Intervensi Dan Rasionalisasi

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d obstruksi jalan nafas (respon obat anestesi)

Tabel 2.4

Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi ketidakmampuan	: NOC - <i>Respiratory status</i>	NIC <i>Airway Situation</i>	

<p>untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran nafas untuk mempertahankan bersih jalan nafas. Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada batuk - Suara nafas tambahan - Perubahan frekuensi napas - Perubahan irama nafas - Sianosis - Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara - Penurunan bunyi napas - Dipsneu - Sputum dalam jumlah yang berlebihan - Batuk yang tidak efektif - Orthopneu - Gelisah - Mata terbuka lebar 	<p><i>ventilation</i></p> <p>- <i>Respiratory status: Airway patency</i></p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) 2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) 3. Mampu mengidentifikasi dan mencegah factor yang dapat menghambat jalan nafas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning 2. Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah <i>suctioning</i> 3. Informasikan pada klien dan keluarga tentang <i>suctioning</i> 4. Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan 5. Berikan o₂ dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi <i>suction nasotrakeal</i> 6. Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan 7. Anjurkan pasien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal 8. Monitor status oksigen pasien 9. Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan <i>suction</i> 10. Buka jalan nafas, gunakan teknik <i>chinlift</i> atau <i>jaw thrust</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hidrasi yang adekuat membantu mempertahankan sekresi tetap encer dan meningkatkan ekspektorasi 2. Ronki dan mengi mengindikasikan sekresi dan ketidakmampuan untuk membersihkan jalan nafas. 3. Memberi pengertian kepada klien/keluarga tentang terapi yang dilakukan 4. Memaksimalkan upaya batuk, ekspansi paru, dan drainase 5. Oksigen tambahan diperlukan selama distres pernafasan 6. Menjaga keadaan aseptik 7. Memaksimalkan upaya batuk, ekspansi paru, dan drainase 8. Mengetahui keadaan pernafasan 9. Memfasilitasi dalam pemberian terapi 10. Untuk mempertahankan jalan nafas 11. Mencegah lidah mengobstruksi lidah
<p>Faktor-faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mukus berlebihan - Terpajan asap - Benda asing dalam jalan nafas - Sekresi yang tertahan - Perokok pasif - perokok 			
<p>Kondisi terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spasme jalan napas - Jalan napas alergik - Asma - Penyakit paru obstruksi kronis - Eksudat dalam alveoli 			

- Hiperplasia pada dinding bronkus	bila perlu	12. Menentukan jenis alat bantu yang digunakan
- Infeksi	11. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi	
- Disfungsi neuromuskular	12. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan napas buatan	13. Mempermudah melakukan pengeluaran sekresi
- Adanya jalan napas buatan	13. Pasang mayo bila perlu	14. Meningkatkan ventilasi di semua paru dan membantu drainase sekresi
	14. Lakukan fisioterapi dada jika perlu	15. Membantu drainase sekresi
	15. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction	16. Ronki dan mengi mengindikasikan sekresi dan ketidakmampuan untuk membersihkan jalan nafas
	16. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan	17. Mempermudah drainase sekresi
	17. Lakukan suction pada mayo	18. Meningkatkan ventilasi dan pengeluaran sekresi
	18. Berikan bronkodilator bila perlu	19. Menjaga kelembapan
	19. Berikan pelembab udara kassa basah NaCl lembab	20. Membantu menairkan sekresi sehingga meningkatkan ekspektorasi
	20. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan	

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

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

Tabel 2.5

Intervensi 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 : - Perubahan selera makan - Perubahan tekanan darah - Perubahan frekwensi jantung - 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</p>	<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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<p>NIC</p> <p><i>Pain Management</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamana 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien. 4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau 6. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan. 7. Kontrol lingkungan yang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri merupakan pengalaman subjektif . pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektifitas medikasi dan kemajuan penyembuhan. Perubahan pada karakteristik nyeri. 2. Isyarat non verbal dapat atau tidak dapat mendukung intensitas nyeri klien, tetapi mungkin merupakan satu satunya indikator jika klien tidak dapat menyatakan secara verbal. 3. Meyakinkan klien untuk mendapatkan perawatan yang intensif 4. Menentukan kultur pada klien 5. Dapat membedakan nyeri saat ini dari pola nyeri sebelumnya. 6. Keberadaan perawat dapat mengurangi perasaan ketakutan dan ketidakberdayaan 7. Meredakan ketidaknyamanan

<p>(mis.,mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpacar atau tetap pada satu focus meringis)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sikap melindungi area nyeri - Focus menyempit (mis.,gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan) - Indikasi nyeri yang dapat diamati - Perubahan posisi untuk menghindari nyeri - Sikap tubuh melindungi - Dilatasi pupil - Melaporkan nyeri secara verbal - Gangguan tidur <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agen cedera (mis.,biologis, zat kimia, fisik, psikologis) 	<p>dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Kurangi faktor presipitasi nyeri 9. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi non farmakologi dan interpersonal) 10. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 11. Ajarkan tentang teknik non farmakologi 12. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri 13. Evaluasi 	<p>dan mengurangi energi sehingga meningkatkan kemampuan koping.</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Membantu dalam menegakan diagnosis dan menentukan kebutuhan terapi 9. Meningkatkan istirahat, mengarahkan kembali perhatian dan meningkatkan koping 10. Mempermudah menentukan perencanaan 11. Seseorang melakukan relaksasi pernapasan untuk mengendalikan nyeri, di dalam tubuh tersebut meningkatkan komponen saraf parasimpatik secara stimulan maka hormon adrenalin dan kortisol yang dapat menyebabkan stres akan menurun sehingga meningkatkan konsentrasi serta merasa tenang untuk mengatur napas (Pratiwi, Ratna, 2012) 12. Meningkatkan kenyamanan dan memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain. 13. Untuk mengetahui
---	---	--

	keefektifan kontrol nyeri	efektifitas pengontrolan nyeri
14.	Tingkatkan istirahat	14. Mengurangi ketidaknyaman pada klien
15.	Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil	15. Nyeri hebat yang tidak reda oleh tindakan rutin dapat mengindikasikan perkembangan komplikasi dan kebutuhan intervensi lebih lanjut
<i>Analgesic Administration</i>		
16.	Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat.	16. Untuk mengevaluasi medikasi dan kemajuan penyembuhan
17.	Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi	17. Mengevaluasi keefektifan terapi yang diberikan
18.	Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu	18. Menentukan jenis analgesik yang sesuai
19.	Tentukan pilihan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal	19. Menentukan jenis rute untuk memberikan terapi
20.	Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur	20. Menentukan rute yang sesuai untuk terapi
21.	Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali	21. Untuk mengetahui perkembangan atau keefektifitasan terapi
22.	Kolaborasi pemberian analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat	22. Menurunkan ketidaknyaman dan memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain.

23. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala	23. Untuk mengetahui efektifitas dari terapi farmakologi
--	--

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

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum

Tabel 2.6

Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Inrervensi	Rasional
Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolic Batasan karakteristik : - Kram abdomen - Nyeri abdomen - Gangguan sensasi rasa - Berat badan 20% atau lebih dibawah rentang berat badan ideal - Kerapuhan kapiler - Diare - ehilangan rambut berlebihan - Enggan makan - Asupan makanan kurang dari <i>recommended daily allowance</i> (RDA) - Bising usus hiperaktif - Kurang informasi - Kurang minat pada makanan	NOC - <i>Nutritional status</i> : - <i>Nutritional status : food and fluid Intake</i> - <i>Nutritional status : nutrient intake</i> - <i>Weight control</i> Kriteria Hasil : 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi 5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap	NIC Nutrition management 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrsisi yang dibutuhkan pasien 3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe 4. Anjurkan	1. Pilihan intervensi bergantung pada penyebab yang mendasari 2. Metode pemberian makan dan kebutuhan kalori ditentukan berdsarkan situasi idividual dan kebutuhan spesifik 3. Meningkatkan fisit dan memantau kefektifan terapi nutrisi 4. Memaksimalka

<ul style="list-style-type: none"> - 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 dengan asupan adekuat 	<p>dari menelan</p> <p>6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti</p>	<p>pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C</p>	<p>n asupan zat gizi</p>
<p>Faktor-faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asupan diet kurang <p>Populasi berisiko</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faktor biologis - Kesulitan ekonomi <p>Kondisi terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi - Ketidakmampuan mencerna makanan - Ketidakmampuan makan - Gangguan psikososial 	<p>5. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>6. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)</p> <p>7. Ajarkan pasien bagaimana cara membuat catatan makan harian</p> <p>8. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori</p> <p>9. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi</p> <p>10. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan</p>	<p>5. Pertimbangkan pilihan individual dapat memperbaiki asupan diet</p> <p>6. Memaksimalkan asupan zat gizi</p> <p>7. Mengidentifikasi toleransi makanan dan defisiensi serta kebutuhan nutrisi</p> <p>8. Mengetahui asupan gizi yang akan diberikan</p> <p>9. Untuk mengetahui pemahaman nutrisi klien</p> <p>10. Mengetahui nutrisi yang akan di berikan</p>	
		<p><i>Nutrition Monitoring</i></p> <p>11. BB pasien dalam batas normal</p> <p>12. Monitor adanya penurunan berat badan</p> <p>13. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan</p> <p>14. Monitor lingkungan</p>	<p>11. Menjaga keseimbangan nutrisi</p> <p>12. Mengetahui adanya ketidakseimbangan nutrisi</p> <p>13. Mengetahui aktivitas yang harus dilakukan atau tidak karena bisa membuang energi</p> <p>14. Lingkungan yang nyaman</p>

	selama makan	mempengaruhi selama makan
15.	Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan	15. Memaksimalkan asupan nutrisi
16.	Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi	16. Asupan yang kurang mempengaruhi perubahan fisik
17.	Monitor turgor kulit	17. Mengetahui ketidakseimbangan nutrisi
18.	Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva	18. Asupan yang kurang mempengaruhi perubahan fisik
19.	Monitor kalori dan intake nutrisi	19. Mengukur keefektifan bantuan nutrisi
20.	Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet	20. Mengetahui adanya kekurangan vitamin B

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

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

Tabel 2.7

Intervensi 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. Batasan karakteristik	NOC - <i>Breastfeeding ineffective</i> - <i>Breathing Pattern Ineffectiv</i> - <i>Breastfeeding interrupted</i>	NIC <i>Breastfeeding Assistance</i> 1. Evaluasi pola menghisap/menelan bayi 2. Tentukan keinginan dan	1. Mengetahui perkembangan bayi 2. Menentukan rencana

:	Kriteria hasil :	motivasi ibu untuk menyusui dari bayi (misalnya reflek rooting, mengisap dan terjaga)	selanjutnya
- Ketidakadekuatan defekasi bayi	1. Kemantapan pemberian ASI: bayi : perletakkan bayi yang sesuai pada dan proses mengisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI.	3. Pantau integritas kulit puting ibu	3. Kelembaban dan kelembutan untuk bayi
- Bayi mendekat ke arah payudara			4. Melihat keefektifan pemberian nutrisi dari ASI
- Bayi menangis pada payudara			5. Membantu mengefektifkan pemberian terapi
- Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusui		4. Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi	
- Bayi rewel dalam satu jam setelah menyusui		<i>Breast Examination Lactation Supresion</i>	
- Bayi tidak mampu latch-on pada payudara secara tepat	2. 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	5. Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI	6. Ibu baru mungkin tidak menyadari bahwa tentang pemberian ASI
- Bayi menolak latching on		6. Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI	7. Memberikan pengetahuan dasar
- Bayi tidak responsif terhadap tindakan kenyamanan lain		7. Ajarkan pengasuh bayi mengenai topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran member susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang	8. Menggantikan ASI untuk nutrisi pada bayi
- Ketidakcukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui		8. Ajarkan orangtua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan dan	9. Mendapat dukungan berhubungan dengan rasio keberhasilan ASI
- Kurang penambahan berat badan bayi	3. Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/todler penyapihan pemberian ASI		10. Memberi pengetahuan untuk ibu
- Tidak tampak tanda pelepasan oksitosin			11. Menggantikan nutrisi untuk
- Tampak ketidakadekuatan asupan susu	4. Diskontinuitas progresif pemberian ASI		
- Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui			
- Penurunan berat badan bayi terus menerus	5. Pengetahuan pemberian ASI tingkat pemahaman yang		
- Tidak mengisap payudara terus menerus			
Faktor yang berhubungan			
- Keterlambatan laktogen II			
- Suplai ASI tidak cukup			
- Keluarga tidak mendukung			
- Tidak cukup waktu			

untuk menyusu ASI	ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI	kemungkinan pemberian tambahan susu formula	bayi
- Kurang pengetahuan orang tua tentang teknik menyusui	6. Ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera	9. Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI	
- Kurang pengetahuan orang tua tentang pentingnya pemberian ASI	7. Ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI	10. Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu	
- Diskontinuitas pemberian ASI	8. Ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting	11. Diskusikan metode alternative pemberian makan bayi	
- Ambivalensi ibu	9. Mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI		
- Ansietas ibu			
- Anomali payudara ibu			
- Keletihan ibu			
- Obesitas ibu			
- Nyeri ibu			
- Penggunaan dot			
- Refleks isap bayi buruk			
- Penambahan makanan dengan puting artifisial			
Populasi berisiko			
- Bayi prematur			
- Pembedahan payudara sebelumnya			
- Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya			
- Masa cuti melahirkan pendek			
Kondisi terkait			
- Defek orofaring			

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

5. Hambatan eliminasi urine

Tabel 2.8

Intervensi Hambatan Eliminasi Urine

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
----------------------	------------------	------------	----------

Definisi disfungsi eliminasi urine	: NOC - <i>Urinary elimination</i> - <i>Urinary continence</i>	NIC <i>Urinary Retention Care</i>	
Batasan karakteristik	Kriteria hasil :	1. Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinuitas (misalnya, output urin, pola berkemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten)	1. Pola berkemih mengidentifikasi karakteristik kandung kemih
- Disuria	1. Kandung kemih kosong secara penuh	2. Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau properti alpha agonis	2. Mengetahui obat yang sedang digunakan terapi
- Sering berkemih	2. Tidak ada residu urine >100-200 cc	3. Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit)	3. Pemindaian kandung kemih bermanfaat dalam menentukan residu pasca berkemih
- Anyang-anyangan	3. Intake cairan dalam rentang normal	4. Masukkan kateter kemih sesuai	4. Untuk mempermudah mengeluarkan urine
- Nokturia	4. Bebas dari ISK	5. Anjurkan pasien/keluarga untuk merekam output urin sesuai	5. Memantau pengeluaran usin
- Inkontinensia urine	5. Tidak ada spasme bladder	6. Memantau asupan dan keluaran	6. Mengetahui perkembangan dari output dan intake
- Retensi urine	6. Balance cairan seimbang	7. Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi	7. Disfungsi kandung kemih beragam, tetapi dapat mencakup kehilangan kontraksi kandung kemih dan ketidakmampuan untuk merelaksasi sfingter urine
- Retensi urine		8. Menerapkan kateterisasi intermiten, sesuai	8. Untuk mengurangi spastisitas kandung kemih dan gejala perkemihan dan terkait yaitu frekuensi, urgensi, inkontinensia dan nokturia.
- Dorongan berkemih		9. Merujuk ke spesialis	9. Spesialis kontinensia membantu membuat
Faktor yang berhubungan			
- Penyebab multipel			
Kondisi terkait			
- Obstruksi anatomik			
- Gangguan sensorik motorik			
- Infeksi saluran kemih			

	kontinensia, sesuai	rencana asuhan individual untuk memenuhi kebutuhan spesifik klien dengan menggunakan teknik dan produk kontinensia terbaru.
--	---------------------	---

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

6. Gangguan pola tidur b.d kelemahan

Tabel 2.9

Intervensi Gangguan Pola Tidur

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : interupsi jumlah waktu dan kualitas tidur akibat faktor eksternal Batasan karakteristik - Kesulitan berfungsi sehari-hari - Kesulitan memulai tertidur - Kesulitan mempertahankan tetap tidur - Ketidakpuasan tidur - Tidak merasa cukup istirahat - Terjaga tanpa jelas penyebabnya Faktor yang berhubungan - Gangguan karena cara tidur pasangan tidur - Kendala lingkungan - Kurang privasi - Pola tidur tidak menyehatkan	NOC - <i>Anxiety reduction</i> - <i>Comfort level</i> - <i>Pain level</i> - <i>Rest : extent and pattern</i> - <i>Sleep : extent and pattern</i> Kriteria hasil : 1. Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari 2. Pola tidur, kualitas dalam batas normal 3. Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat 4. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur	NIC <i>Sleep Enhancement</i> 1. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat 2. Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca) 3. Ciptakan lingkungan yang nyaman 4. Kolaborasi pemberian obat tidur 5. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien 6. Instruksikan untuk memonitor tidur pasien 7. Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur 8. Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap	1. Meningkatkan relaksasi dan kesiapan tidur 2. Meningkatkan kesiapan untuk tidur 3. Meningkatkan koping klien 4. Medikasi terjadwal dapat meningkatkan istirahat atau tidur 5. Mengatasi dan meningkatkan kesiapan untuk tidur 6. Klien lebih mudah menolerans 7. Mengakibatkan klien tidak merasa beristirahat dengan baik 8. Mengetahui dan menoleransi kebutuhan dan kesiapan tidur

Kondisi terkait
- Imobilisasi

hari dan jam.

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

7. Resiko infeksi b.d faktor risiko: episiotomi, laserasi jalan lahir,
bantuan pertolongan persalinan

Tabel 2.10

Intervensi Resiko infeksi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : rentan mengalami invasi dan multipikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan. Faktor resiko - Gangguan peristalsis - Gangguan integritas kulit - Vaksinasi tidak adekuat - Kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan patogen	NOC - <i>Immune status</i> - <i>Knowledge infection control</i> - <i>Risk control</i> Kriteria hasil 1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya 3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah	Nic <i>Infection control</i> (kontrol infeksi) 1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain 2. Batasi pengunjung bila perlu 3. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah	1. Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait 2. Individu telah mengalami gangguan dan berisiko tinggi terpajan infeksi 3. Pertahanan lini depan ini adalah untuk klien, pemberi asuhan kesehatan dan masyarakat

- Malnutrisi	timbulnya infeksi	berkunjung	
- Obesitas	4. Jumlah leukosit	meningggalkan	
- Merokok	dalam batas	pasien	4. Faktor ini dapat
- Stasis cairan tubuh	normal	4. Gunakan sabun	menjadi kunci
Populasi berisiko	5. Menunjukkan	anti mikroba	yang paling
- Terpajan pada wabah	prilaku hideup	untuk cuci	sederhana tetai
Kondisi terkait	sehat	tangan	merupakan
- Perubahan ph sekresi			kunci
- Penyakit kronis			terpenting
- Penurunan kerja siliaris			untuk
- Penurunan hemoglobin		5. Cuci tangan	pencegahan
- Imunosupresi		setiap sebelum	infeksi yang
- Prosedur invasif		dan sesudah	didapat di
- Leukopenia		tindakan	rumah sakit
- Pecah ketuban dini		keperawatan	5. Mengurangi
- Pecah ketubah lambat		6. Gunakan baju	resiko
- Supresi respon inflamasi		sarung tangan	penyebaran
		sebagai alat	infeksi
		pelindung	6. Faktor ini dapat
			menjadi kunci
			yang paling
			sederhana tetai
			merupakan
			kunci
			terpenting
			untuk
			pencegahan
			infeksi yang
			didapat di
			rumah sakit
		7. Pertahankan	7. Mengurangi
		lingkungan	resiko
		aseptik selama	kontaminasi
		pemasangan	silang dan
		alat	infeksi terkait
			alat
			8. Mengurangi
			resiko
			kontaminasi
			silang dan
			infeksi terkait
			alat
			9. Mencegah
			akses dan
			membatasi
			pertumbuhan
			bakteri dalam
			saluran
			perkemihan
			10. Fungsi imun
			dipengaruhi
			oleh asupan
			nutrisi
		10. Tingkatkan	11. Terapi bersifat
		intake nutrisi	

11. Berikan tenaga antibiotik bila perlu infection protection (proteksi terhadap infeksi)	sistemik dan diarahkan pada organisme teridentifikasi tertentu seperti bakteri anaerob, jamur, dan basili gram negatif
12. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal	12. Untuk menentukan adanya infeksi
13. Pertahankan Teknik aseptis pada pasien yang berisiko	13. Mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri
14. Berikan perawatan kulit pada area epiderma	14. mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri
15. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase	15. memberikan deteksi dini perkembangan proses infeksi
16. Inspeksi kondisi luka dan insisi bedah	16. memberikan deteksi dini perkembangan proses infeksi
17. Dorong masukan nutrisi yang cukup	17. membantu memperbaiki resistansi umum terhadap penyakit dan mengurangi resiko infeksi dri sekresi yang statis
18. Dorong masukan cairan	18. membantu memperbaiki resistansi umum terhadap penyakit dan mengurangi resiko infeksi dri sekresi yang statis
19. Instruksikan	19. Terapi bersifat sistemik dan diarahkan pada organisme teridentifikasi

	pasien untuk minum antibiotik sesuai resep	tertentu seperti bakteri anaerob, jamur, dan basili gram negatif
		20. Mendeteksi dini adanya tanda dan gejala infeksi
20.	Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi	21. Mendeteksi dini adanya tanda dan gejala infeksi
21.	Ajarkan cara menghindari infeksi	22. Untuk mengidentifikasi patogen dan antimikroba
22.	Laporkan kultur positif	

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

8. Defisit perawatan diri : mandi/ kebersihan diri, makan, toileting b.d kelelahan post partum

Tabel 2.11

Intervensi Defisit Perawatan Diri : Mandi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : ketidakmampuan melakukan pembersihan diri seksama secara mandiri	NOC - <i>Activity intolerance</i> - <i>Mobility physical impaired</i>	NIC <i>Self – care assistance : Bathing dan Hygine</i> 1. Pertimbangkan budaya pasien ketika	1. Mengetahui apa yang dibutuhkan oleh klien
Batasan karakteristik - Ketidak mampuan mengakses kamar mandi - Ketidakmampuan menjangkau sumber air - Ketidakmampuan	- <i>Self care derficit hygiene</i> - <i>Sensori perception auditory disturbed</i> Kriteria hasil : 1. Perawatan diri	mempromosikan aktivitas perawatan diri 2. Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosik	2. Memberikan informasi untuk membuat

mengeringkan tubuh	otonomi :tindakan pribadi	an aktivitas perawatan diri	rencana
- Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi	2. Perawatan diri : aktivitas kehidupan sehari-hari ADL mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri dnegan atau tanpa alat bantu	3. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan	3. Membantu merencanakan untuk memenuhi kebutuhan individual klien untuk mengatur diri sendiri
- Ketidakmapuan mengatur air ,mand	3. Perawatan diri hygiene : mampu untuk membersihkan tubuh secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	4. Tempat handuk, sabun, deodoran, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibuthkan disamping tempat tidur atau dikamar mandi	4. Mempukan klien untuk mengatur diri sendiri
- Ketidakmampuan membasuh tubuh	4. Perawatan diri hygiene oral : mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	5. Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya: deodoran, sikat gig, sabun mandi, sampo, lotion dan produk aromaterapi)	5. Meningkatkan partisipasi dalam asuhan
Faktor yang berhubungan	5. Mampu mempertahankan mobilitas yang dip[erlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi	6. Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal	6. Meredakan ketidaknyamanan dan menjaga privasi klien
- Ansietas	6. Membersihkan dan mengeringkan tubuh	7. Memfasilitasi diri mandi pasien, sesuai	7. Partisipasi klien dalam perawatan diri dapat meringankan atas persepsi kehilangan kemandirian
- Penurunan motivasi	7. Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral	8. Memantau pembersihan kuku menurut kemampuan perawtuan diri pasien	8. Mengetahui keadaan kebersihan fisik klien
- Kendala lingkungan		9. Memantau integritas kulit pasien	9. Melihat perubahan keadaan fisik klien
- Nyeri			
- Kelemahan			
Kondisi terkait			
- Gangguan fungsi kognitif			
- Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh			
- Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial			
- Ganggaun muskuloskeletal			
- Gangguan neuromudkular			
- Gangguan persepsi			

- | | |
|---|--|
| 10. Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri. | 10. Partisipasi klien dalam perawatan diri dapat meringankan atas persepsi kehilangan kemandirian. |
|---|--|

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

9. konstipasi

Tabel 2.12

Intervensi Konstipasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : penurunan frekuensi defekasi disertai atau feses tidak keras, dan banyak. Batasan karakteristik : - Nyeri 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	NOC - <i>Bowel elimination</i> - <i>Hydration</i> Kriteria Hasil: 1. Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari 2. Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi 3. Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi 4. Feses lunak dan berbentuk	NIC <i>Constipation/impaction management</i> 1. Monitor tanda dan gejala konstipasi 2. Monitor bising usus 3. Monitor feses : frekuensi, konsistensi dan volume 4. Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus 5. Jelaskan etiologi dan rasionalisasi tindakan terhadap pasien 6. Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi 7. Dukung intake cairan	1. Mendeteksi dini keadaan konstipasi 2. Menentukan kesiapan terhadap pemberian makan per oral 3. Melihat keefektifan terapi 4. Mencegah komplikasi 5. Memberikan pengetahuan dasar 6. Mendeteksi dini penyebab konstipasi 7. Merangsang eliminasi dan mencegah

frekuensi defekasi			konstipasi defekasi
- Penurunan volume feses		8. Kolaborasi pemberian laktasif	8. Membantu mengembalikan fungsi usus
- Distensi abdomen		9. Pantau tanda-tanda dan gejala konstipasi	9. Melihat perkembangan gejala konstipasi
- Keletihan		10. frekuensi, bentuk, volume dan warna	10. Melihat adanya perubahan
- Feses keras dan berbentuk kepala	Sakit	11. Memantau bising usus	11. Bising usus biasanya tidak terdengar setelah prosedur pembedahan
- Bising usus hiperaktif			12. Melanjutkan rencana selanjutnya
- Bising usus hipoaktif		12. Konsultasikan dengan dokter tentang penurunan / kenaikan frekuensi bising usus	
- Tidak dapat defekasi		13. Pantau tanda-tanda dan gejala pecahnya usus dan /atau peritonitis	13. Mengetahui adanya komplikasi lain
- Peningkatan tekanan intrabdomen		14. Jelaskan etiologi masalah dan pemikiran untuk tindakan untuk pasien	14. Mengetahui penyebab pada pasien
- Tidak dapat makan		15. Mendorong meningkatkan asupan cairan, kecuali dikontraindikasikan	15. Melunakan feses dan merangsang peristaltik
- Feses cair		16. Anjurkan pasien / keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja	16. Melihat adanya perubahan
- Nyeri pada saat defekasi		17. Ajarkan pasien / keluarga bagaimana untuk menjaga buku harian makanan	17. Mendukung adanya perubahan pada pasien
- Massa abdomen yang dapat diraba		18. Anjurkan pasien / keluarga untuk diet tinggi serat	18. Membantu mengembalikan fungsi usus
- Massa rektal yang dapat diraba		19. Anjurkan pasien / keluarga pada penggunaan yang tepat dari obat pencahar	19. Untuk mempermudah melunakan feses
- Perkusi abdomen pekak		20. Anjurkan pasien /	
- Rasa penuh rektal			
- Rasa tekanan rektal			
- Sering flatus			
- Adanya feses lunak, seperti pasta di dalam rektum			
- Mengejan pada saat defekasi			
- Muntah			
Faktor yang berhubungan			
- Kelemahan otot abdomen			
- Rata-rata aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan			
menurut gender			

<ul style="list-style-type: none"> dan usia - Konfusi - Penurunan motilitas traktus - Gastrointestinal - Dehidrasi - Depresi - Perubahan kebiasaan makan - Ganggaun emosi - Kebiasaan menekan dorongan defekasi - Kebiasaan makan buruk - Higiene oral tidak adekuat - Kebiasaan tilleting tidak adekuat - Asupan serat kurang - Asupan cairan kurang - Kebiasaan defekasi tidak teratur - Penyalahgunaan laktasif - Obesitas - Perubahan lingkungan baru 	<ul style="list-style-type: none"> keluarga pada hubungan asupan diet, olahraga dan cairan sembelit / impaksi 	<ul style="list-style-type: none"> 20. Membantu mengembalikan fungsi usus
<ul style="list-style-type: none"> Kondisi terkait - Ketidakseimbangan elektrolit - Hemoroid - Penyakit hirshprung - Ketidakadekuatan gigi geligi - Gram besi - Gangguan neurologis - Obstruksi ususs pasca-bedah - Kehamilan - Pembesaran protat - Abses rektal - Fisura anal rektal - Striktur anal 	<ul style="list-style-type: none"> 21. Menyarankan pasien untuk berkonsultasi dengan dokter jika sembelit atau impaksi terus ada 22. Menginformasikan pasien prosedur pennghapusan manual dari tinja, jika perlu 23. Ajarkan pasien atau keluarga tentang proses pencernaan yang normal 24. Ajarkan pasien / keluarga tentang kerangka waktu untuk resolusi sembelit 	<ul style="list-style-type: none"> 21. Merencanakan tindakan selanjutnya 22. Memberi pengetahuan dasar 23. Mendeteksi dini untuk konstipasi 24. Memberi pengetahuan dasar tentang pengahan

-
- rektal
 - Prolaps rektal
 - Ulkus rektal
 - Rektokel
 - Tumor
-

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

10. Resiko Syok (hipovolemik)

Tabel 2.13

Intervensi Resiko Syok (hipovolemik)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : rentan mengalami ketidakcukupan 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 : 1. Nadi dalam batas yang diharapkan 2. Irama jantung dalam batas yang diharapkan 3. Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan 4. Irama pernafasan dalam batas yang diharapkan 5. Natrium serum dbn 6. Kalium serum dbn 7. Klorida serum dbn 8. Kalsium serum dbn 9. Magnesium serum dbn 10. PH darah serum dbn Hidrasi Indicator : 11. Mata cekung	NIC <i>Syok prevention</i> 1. Monitor sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme , nadi perifer, dan kapiler refill 2. Monitor tanda inadekuat oksigenasi jaringan 3. Manitor suhu dan pernafasan 4. Monitor input dan output 5. Monitor tanda awal syok 6. Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat 7. Berikan cairan IV dan atau	1. Mengidentifikasi dan efektifitas serta kebutuhan terapi 2. Menghindari adanya hipoksemia selama perdarahan 3. Mengetahui tanda dari syok hiovolemik 4. Mengetahui kasar kehilangan cairan/darah 5. Mengetahui informasi tanda dari syok 6. Mengurangi pengeluaran herlelahan 7. Mengganti dan mempertahankan volume sirkulasi

tidak ditemukan	oral yang tepat	dan perfusi
12. Demam tidak ditemukan	8. Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok	8. Memberikan pengetahuan dasar untuk tanda gejala syok
13. TD dbn		
14. Hematokrit DBN	9. Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok	9. Memberikan deteksi dini untuk atasi gejala syok
	<i>Syok management</i>	
	10. Monitor tekanan nadi	10. Mengidentifikasi dan efektifitas serta kebutuhan terapi
	11. Monitor status cairan, input output	11. Mengetahui kasar kehilangan cairan/darah
	12. Catat gas darah arteri dan oksigen di jaringan	12. Mengidentifikasi efektifitas serta kebutuhan terapi
	13. Monitor EKG, sesuai	13. Digunakan untuk mengontrol perdarahan
	14. Monitor nilai laboratorium (misalnya, CBC dengan diferensial) koagulasi profil, ABC, tingkat laktat, budaya, dan profil kimia)	14. Mengetahui perkembangan dan Mengetahui efektifitas serta kebutuhan terapi
	15. Masukan dan memelihara besarnya kebosaan akses IV	15. Mempertahankan volume sirkulasi dan perfusi

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

11. Resiko Perdarahan

Tabel 2.14

Intervensi Resiko Perdarahan

Diagnosa	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
----------	------------------	------------	----------

Keperawatan		
Definisi : rentan mengalami penurunan volume darah, yang dapat mengganggu kesehatan	NOC - <i>Blood lose severity</i> - <i>Blood koagulation</i> Kriteria Hasil :	NIC <i>Bleeding precautions</i> 1. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan 2. Catat nila Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan 3. Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan 5. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K <i>Bleeding reduction</i> 6. Identifikasi penyebab perdarahan 7. Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonary capillary / artery wedge pressure 8. Monitor status cairan yang meliputi intake dan output <i>Bleeding Reduction:wound / luka</i> 9. Gunakan ice pack pada are perdarahan 10. Lakukan pressure drresing (perban yang menekan) pada area luka
Faktor resiko : - Kurang pengetahuan tentang kewaspadaan perdarahan	1. Tidak ada hematuris dan hematemesis 2. Kehilangan darah yang terlihat	2. Membantu menentukan kebutuhan penggantian darah
Populasi berisiko - Riwayat jatuh	3. Tekanan dalam batas normal sistol diastole	3. Menngurangi pengeluaran darah berlebih
Kondisi terkait - Aneurisme - Sirkumsisi - Koagulapati intravaskuler diseminata - Gangguan gastrointestinal - Ganggan fungsi hati - Kuagulapati inheren - Komplikasi pascapartum - Komplikasi kehamilan - Trauma - Program pengobatan	4. Tidak ada perdarahan pervagina 5. Tidak ada distensi abdormal 6. Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal 7. Plasma, PT, PTT dalam batas normal	4. Menngurangi pengeluaran darah berlebih 5. Asupan nutrisi untuk menggantikan output 6. Mengetahui penyebab pendarahan 7. Mengetahui keadaan tekanan darah
		8. Mengetahui adanya tanda resiko perdarahan
		9. Untuk mengurangi pengeluaran perdarahan
		10. Untuk mengurangi pengeluaran perdarahan

-
- | | |
|--|---|
| <p>11. Tinggikan ekstremitas yang perdarahan</p> <p>12. Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan</p> <p>13. Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas</p> <p><i>Bleeding reduction : gastrointestinal</i></p> <p>14. Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh : emesis, feces, urine, residu lambung dan drainase luka</p> <p>15. Monitor complete blood count dan leukosit</p> <p>16. Kurangi faktor stress</p> <p>17. Berikan cairan intravena</p> | <p>11. Membantu aliran darah mengalir lambat</p> <p>12. Dapat digunakan untuk menentukan perkiraan kasar kehilangan darah</p> <p>13. Mengurangi adanya pengeluaran perdarahan</p> <p>14. Kehilangan atau penggantian faktor pembekuan yang tidak adekuat</p> <p>15. Mengetahui perkiraan kasar kehilangan darah</p> <p>16. Mencegah timbul perdarahan yang berlebihan</p> <p>17. Mengganti kehilangan pada cairan / darah</p> |
|--|---|
-

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

12. Defisiensi pengetahuan: perawatan post partum b.d kurangnya informasi tentang penanganan post partum

Tabel 2.15

Intervensi Defisiensi Pengetahuan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : keadaan atau defisien informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu, atau 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 : 1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar 3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya	NIC <i>Teaching : disease Process</i> 1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik 2. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat 3. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat 4. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat 5. Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal, dengan cara yang tepat 6. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat	1. Memberikan dasar pengetahuan sehingga klien dapat membuat pilihan terinformasi secara benar 2. Menyediakan dasar pengetahuan bagi klien 3. Berbagai penyebab berdasarkan situasi individual 4. Informasi spesifik secara individual menciptakan dasar pengetahuan 5. Memberikan pemantauan yang berkelanjutan 6. Membantu menetapkan dan meningkatkan pemahaman tentang informasi

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

2.3.1 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah ditetapkan atau disusun pada tahap perencanaan. Implementasi merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang dihaapkan (Yulianingsih, 2015).

2.3.2 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Yulianingsih, 2015).