

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI  
SEKSIO SESAREA DENGAN MASALAH NYERI AKUT  
DI RUANG JADE RSUD 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 Umum  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung**

**Oleh :**

**Nuni Siti Resmiati  
NIM : AKX. 16. 176**



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

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Nuni Siti Resmiati

NIM : AKX. 16. 176

Institusi : Diploma III Keperawatan Umum STIKes Bhakti Kencana

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Seksio Sesarea Dengan Masalah Nyeri Akut Di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.

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

Bandung, 22 Agustus 2019

Yang Membuat Pernyataan



Nuni Siti Resmiati

AKX. 16. 176

**LEMBAR PERSETUJUAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI  
SEKSIO SESAREA DENGAN MASALAH NYERI AKUT  
DI RUANG JADE RSUD dr. SLAMET GARUT**

**OLEH  
NUNI SITI RESMIATI  
AKX. 16. 176**

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

Menyetujui,

Pembimbing Utama



Ade Tika Herawati, M.Kep  
NIK : 1010709

Pembimbing Pendamping



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

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep

NIP : 1011603

**LEMBAR PENGESAHAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI  
SEKSIO SESAREA DENGAN MASALAH NYERI AKUT  
DI RUANG JADE RSUD dr. SLAMET GARUT**

**OLEH  
NUNI SITI RESMIATI  
AKX. 16. 176**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan panitia penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Umum STIKes Bhakti Kencana Bandung, Pada Tanggal 22 Agustus 2019

**PANITIA PENGUJI**


Ketua : Ade Tika Herawati, M.Kep

(.....)

(Pembimbing Utama)

Anggota :

1. Sri Lestari, M.Keb  
(Penguji I)

(.....)

2. Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep  
(Penguji II)

(.....)

3. Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners  
(Pembimbing Pendamping)

(.....)

**Mengetahui,**

**STIKes Bhakti Kencana Bandung**  
Ketua  
  
**R. Sri Jundiah, S.Kp., M.Kep**  
NIP : 10107064

## KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Dengan menyebut nama Allah SWT, yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang. Penulis panjatkan puja dan puji syukur atas kehadiran-Nya, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah dan inayah-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI SEKSIO SESARIA DENGAN NYERI AKUT DI RUANG JADE RSUD DR. SLAMET GARUT TAHUN 2019” 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.

Tidak lupa penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dan berkontribusi dengan memberikan sumbangan baik materi maupun pikirannya, terutama kepada :

1. H. Mulyana, SH.,M.,Pd.,MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana.
4. Ade Tika H, 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 dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
7. Citra Nurgalih, S.Kep.,Ners, selaku CI Ruang Jade yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr. Slamet Garut.
8. Mamah, Papah, Kujay, Kuyut, Kosin selaku orangtua dan adik-adik tercinta, yang memberi kasih sayang, dukungan, do'a, motivasi dan materi yang tiada henti untuk penulis.
9. Rahayu Diniyah, Ayunda Muthia Permatasari, Gia Hisbian Ladziani, Desi Susanti dan teman-teman DIII Keperawatan Umum Tahun 2016 yang tiada henti berwacana dan saling mendukung untuk menyelesaikan tugas akhir perkuliahan ini.
10. Ledom Manisi: "Ela Istiani, Khilda Nurul Fitrah, Ira Bahtiar, Nurul Azmi dan Fitria Rahmawati" yang selalu mendukung penulis agar segera menyelesaikan karya tulis ini.
11. Keluarga IKMADA Bandung dan teman-teman seperjuangan alumni pondok terimakasih atas semua dorongannya.
12. Dan terakhir untuk dunia perKpop-an yang selalu menemani penulis disaat malas dan rajinnya sedang melanda saat penyusunan karya tulis ini.

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

Bandung, 22 Agustus 2019

Nuni Siti Resmiati

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Seksio Sesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat badan janin diatas 500 gram. Seksio sesarea menimbulkan dampak fisik yaitu nyeri yang membuat klien tidak nyaman, sehingga perawat harus melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif meliputi aspek biologi, psikososial dan spritual. **Tujuan:** Mampu memberikan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien *Post* Seksio Sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2019, secara komprehensif meliputi aspek biologi, psikososial, dan spiritual. Dan didokumentasikan. **Metode:** Studi kasus adalah suatu model yang menekan pada eksplorasi suatu kasus secara mendetail, disertai penggalian data secara mendalam dan melibatkan beragam sumber informasi. Studi kasus dilakukan pada dua klien selama dua hari dengan masalah keperawatan yang sama yaitu nyeri akut. **Hasil:** setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 hari, masalah keperawatan nyeri akut pada kedua klien dapat teratasi pada hari kedua dengan penurunan skala nyeri dari nyeri sedang menjadi skala nyeri ringan. **Diskusi:** klien dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan luka operasi tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap klien. Penulis menyarankan kepada petugas kesehatan agar lebih memberikan informasi bagaimana melakukan terapi non farmakologi teknik relaksasi nafas dalam dengan baik dan benar sesuai standar operasional prosedur dan kepada pihak institusi pendidikan sebagai bahan dokumentasi dan pembelajaran.

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

**Daftar Pustaka:** 17 Buku (2001-2018), 4 Jurnal (2015-2018)

## ABSTRACT

**Background:** *Caesarean section is an artificial labor, where the fetus is born through an incision in the abdominal wall and uterine wall with the condition that the uterus is intact and the fetus weighs above 500 grams. Caesarean section has a physical impact, which is pain that makes the client uncomfortable, so nurses must carry out comprehensive nursing care covering biological, psychosocial and spiritual aspects.* **Objective:** *To be able to provide knowledge about nursing care to clients of Post Caesarean Section with acute pain nursing problems in Jade Room Dr. Slamet Garut 2019, comprehensively covers the aspects of biology, psychosocial, and spiritual. And documented.* **Method:** *Case study is a model that emphasizes the exploration of a case in detail, accompanied by deep data mining and involving various sources of information. The case study was conducted on two clients for two days with the same nursing problem, namely acute pain.* **Results:** *after 2 days of nursing care, the problem of acute pain nursing on both clients could be resolved on the second day by decreasing the pain scale from moderate pain to mild pain scale.* **Discussion:** *clients with acute pain nursing problems associated with surgical wounds do not always have the same response to each client. The author recommends that health workers provide more information on how to conduct non-pharmacological therapy breathing techniques in breathing properly and correctly according to standard operational procedures and to the educational institution as documentation and learning material.*

**Keywords:** *Nursing care, acute pain, cesarean section*

**Bibliography:** *17 Books (2001-2018), 4 Journals (2015-2018)*

## DAFTAR ISI

	Halaman
Lembar Pernyataan.....	i
Lembar Persetujuan.....	ii
Lembar Pengesahan .....	iii
Kata Pengantar .....	iv
Abstrak .....	vi
Daftar Isi.....	vii
Daftar Gambar.....	x
Daftar Tabel .....	xi
Daftar Bagan .....	xiv
Daftar Lampiran .....	xv
Daftar Singkatan.....	xvi
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	4
1.3. Tujuan Penelitian .....	4
1.4. Manfaat .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>7</b>
2.1. Konsep penyakit.....	7
2.1.1. Definisi Seksio Sesarea .....	7
2.1.2. Anatomi Fisiologi Seksio Sesarea .....	7
2.1.3. Etiologi .....	13
2.1.4. Komplikasi .....	14



2.1.5. Patofisiologi.....	16
2.1.6. Penatalaksanaan.....	18
2.1.7. Pemeiksaan Penunjang.....	18
2.1.8. Masa Nifas.....	19
2.1.9. Tahapan Masa Nifas.....	19
2.1.10. Perubahan Fisiologis Masa Nifas.....	20
2.1.11. Perubahan Psikologis Masa Nifas.....	26
2.2. Konsep Asuhan Keperawatan.....	28
2.2.1. Pengkajian.....	28
2.2.2. Diagnosa Keperawatan Pada Klien Post Partum.....	31
2.2.3. Rencana Keperawatan.....	33
2.2.4. Implementasi Keperawatan.....	56
2.2.5. Evaluasi Keperawatan.....	57
2.3. Nyeri.....	57
2.3.1. Definisi.....	57
2.3.2. Fisiologi Nyeri.....	58
2.3.3. Klasifikasi Nyeri.....	58
2.3.4. Stimulus Nyeri.....	59
2.3.5. Teori Nyeri.....	60
2.3.6. Mekanisme Nyeri.....	62
2.3.7. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nyeri.....	64
2.3.8. Manajemen Nyeri.....	67
2.3.9. Pengukuran Intensitas Nyeri.....	71
<b>BAB III METODE PENULISAN KTI.....</b>	<b>73</b>
3.1. Desain Penelitian.....	73
3.2. Batasan Istilah.....	73
3.3. Partisipan/ Responden/ Subyek Penelitian.....	74
3.4. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	74

3.5. Pengumpulan Data .....	75
3.6. Uji Keabsahan Data .....	77
3.7. Analisis Data .....	77
3.8. Etik Penelitian .....	79
<b>BAB VI HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>82</b>
4.1. Hasil .....	82
4.1.1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data .....	82
4.1.2. Asuhan Keperawatan .....	83
1. Pengkajian .....	83
2. Analisa Data .....	98
3. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas .....	100
4. Perencanaan .....	103
5. Evaluasi Formatif .....	108
6. Evaluasi Sumatif .....	119
4.2. Pembahasan .....	120
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>142</b>
5.1 Kesimpulan .....	142
5.2 Saran .....	144

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN**

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Insisi Abdomen .....	8
Gambar 2.2 Insisi Uterus.....	11
Gambar 2.3 Skala Wajah atau Wong Baker Face .....	72

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas .....	33
Tabel 2.2 Intervensi Nyeri Akut.....	35
Tabel 2.3 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi.....	38
Tabel 2.4 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian Asi .....	40
Tabel 2.5 Intervensi Gangguan Eliminasi Urine .....	42
Tabel 2.6 Intervensi Gangguan Pola Tidur .....	44
Tabel 2.7 Intervensi Resiko Infeksi .....	45
Tabel 2.8 Intervensi Defisit Perawatan Diri Mandi .....	48
Tabel 2.9 Intervensi Konstipasi .....	50
Tabel 2.10 Intervensi Resiko Syok .....	52
Tabel 2.11 Intervensi Resiko Perdarahan .....	53
Tabel 2.12 Intervensi Defisiensi Pengetahuan .....	55
Tabel 2.13 Perbedaan Nyeri Akut dan Kronis .....	59
Tabel 4.1 Identitas Klien .....	83
Tabel 4.2 Penanggung Jawab .....	83
Tabel 4.3 Riwayat Kesehatan.....	84
Tabel 4.4 Riwayat Ginekologi dan Obstetri.....	85
Tabel 4.5 Riwayat Persalinan Dahulu .....	86

Tabel 4.6 Riwayat Persalinan Sekarang.....	86
Tabel 4.7 Riwayat Nifas.....	87
Tabel 4.8 Pola Aktivitas Sehari-hari .....	87
Tabel 4.9 Pemeriksaan Ibu.....	89
Tabel 4.10 Pemeriksaan <i>Head to Toe</i> .....	89
Tabel 4.11 Pemeriksaan Bayi.....	92
Tabel 4.12 APGAR Score .....	92
Tabel 4.13 Pemeriksaan Fisik <i>Head to Toe</i> Bayi.....	93
Tabel 4.14 Data Psikologis .....	94
Tabel 4.15 Data Sosial .....	95
Tabel 4.16 <i>Bounding Attachment</i> .....	95
Tabel 4.17 Pemenuhan Seksual.....	96
Tabel 4.18 Data Spiritual .....	96
Tabel 4.19 Pengetahuan dan Perawatan.....	96
Tabel 4.20 Laboratorium.....	97
Tabel 4.21 Program dan Rencana Pengobatan.....	97
Tabel 4.22 Analisa Data.....	98
Tabel 4.23 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Keperawatan Prioritas.....	100
Tabel 4.24 Perencanaan .....	103

Tabel 4.25 Implementasi/ Evaluasi Formatif .....	108
Tabel 4.26 Evaluasi Sumatif .....	119

## **DAFTAR BAGAN**

Bagan 2.1 Pathway Seksio Sesarea.....	17
---------------------------------------	----

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran I : Lembar Konsultasi

Lampiran II : Lembar Persetujuan Responden

Lampiran III : Lembar Observasi

Lampiran IV : Satuan Acara Penyuluhan (SAP)

Lampiran V : Leaflet

Lampiran VI : Jurnal

Lampiran VII : Daftar Riwayat Hidup



## DAFTAR SINGKATAN

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

TB : Tinggi Badan

PB ; Panjang Bayi

GCS ; *Glasgow Coma Scale*

CRT : *Capillary Refill Time*

TTV : Tanda - Tanda Vital

TD : Tekanan Darah

N : Nadi

P : Pernafasan

S : Suhu

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Proses persalinan tidak selalu normal, adakalanya memerlukan tindakan seperti operasi Seksio Sesarea. Tindakan Seksio Sesarea merupakan suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Sarwono, 2010). Seksio sesarea adalah suatu tindakan untuk membantu persalinan manakala tidak memungkinkan dilakukan persalinan pervaginam (Aini, 2010).

Faktor-faktor dilakukannya tindakan Seksio Sesarea terdiri dari faktor pada ibu dan janin. Indikasi pada ibu diantaranya yaitu: *dystosia, fetal distress*, komplikasi pre-eklamsi, putusnya tali pusat, bayi besar, masalah plasenta seperti plasenta previa, dan bayi dalam posisi sungsang sedangkan indikasi pada janin meliputi: gawat janin, tali pusat menumpang, kehamilan kembar, anomali janin misalnya hidrosefalus dan primigravida tua (Anik & Suryani, 2015).

Menurut *World Health Organization* (WHO), komunitas kesehatan international telah mempertimbangkan tingkat ideal untuk operasi sesar menjadi antara 10% dan 15%. Sejak saat itu, operasi sesar telah menjadi semakin umum pada negara maju dan berkembang, menurut WHO di Indonesia sekitar 12,3%

dilakukan pembedahan dirumah sakit rujukan (*World Health Organization*, 2015).

Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013 menunjukkan kelahiran dengan metode operasi Seksio Sesarea di Indonesia sebesar 9,8% dari total 49.603 kelahiran sepanjang tahun 2010 sampai dengan 2013. Dengan proporsi tertinggi di DKI Jakarta 19,9% dan terendah di Sulawesi Tenggara 3,3% sedangkan, di provinsi Jawa Barat sebesar 7,8% (Syuhada & Pranatha, 2017).

Berdasarkan data *Medical Record* di RSUD dr. Slamet Garut angka kejadian dari operasi Seksio Sesarea pada Bulan Januari-Desember 2018 menyebutkan bahwa proporsi persalinan dengan Seksio Sesarea adalah 1.423 kasus dari 5.565 kasus persalinan. Kejadian Seksio Sesarea di ruang Jade bulan Januari-Desember 2018 tercatat sebanyak 587 kasus atau 30,5% dan persalinan normal 1.340 atau 69,5% dari 1.927 kasus persalinan (Rekam Medik RSUD dr. Slamet Garut, 2018)

Tingginya angka kejadian Seksio Sesarea dikarenakan teknik dan fasilitas bertambah baik, namun demikian operasi Seksio Sesarea bukan bebas dari resiko atau masalah. Diantaranya masalah keperawatan yang dapat terjadi pada ibu post partum dengan tindakan Seksio Sesarea dapat berupa ketidakefektifan bersihan jalan nafas, nyeri akut, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, ketidakefektifan pemberian ASI, gangguan eliminasi urin, gangguan pola tidur,

resiko infeksi, defisit perawatan diri, konstipasi, resiko syok, resiko perdarahan dan defisiensi pengetahuan (Nurarif & Kusuma, 2016).

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. Nyeri yang dirasakan seseorang mempunyai rentang nyeri yang berbeda-beda dari satu orang ke orang lainnya. Rasa nyeri ini dapat timbul akibat trauma fisik yang disengaja atau tidak disengaja (Widiati, 2015). Dampak fisik yang sering muncul pada pasien seksio sesarea adalah nyeri yang membuat klien merasa tidak nyaman (Hutahaean, 2009) dan dampak yang ditimbulkan ketika nyeri tidak diatasi akan mengakibatkan pengaruh terhadap pola tidur, pola makan, energi dan aktifitas keseharian (Zakiyah, 2015).

Pada pasien post operasi seringkali mengalami nyeri hebat meskipun tersedia obat-obat analgesik yang efektif. Pada pasien post operasi Seksio Sesarea mengalami kebingungan dan ketakutan sehingga perlu adaptasi pasca pembedahan (Cut Yuniwati, 2019).

Dalam hal ini peran perawat berperan besar dalam merawat pasien post Seksio Sesarea antara lain sebagai pemberi pelayanan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Oleh karena itu diperlukan suatu cara mengatasi nyeri post Seksio Sesarea melalui tindakan kolaboratif perawat dengan tim kesehatan lain maupun tindakan mandiri perawat dengan cara mengkaji adanya infeksi atau peradangan disekitar nyeri, memberi rasa aman, memberi sentuhan terapeutik, dan memberi terapi

nonfarmakologi salah satunya dengan teknik relaksasi nafas dalam yang merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan.

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

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien Post Operasi Seksio Sesarea nyeri akut di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut Tahun 2019.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien Post Operasi Seksio Sesarea dengan nyeri akut di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut Tahun 2019, secara menyeluruh meliputi aspek biologi, psikososial dan spiritual dalam bentuk pendokumentasian.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus disusunnya karya tulis ilmiah ini yaitu untuk :

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien Post Operasi Seksio Sesarea dengan nyeri akut di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut Tahun 2019.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien Post Operasi Seksio Sesarea dengan nyeri akut di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut Tahun 2019.
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien Post Operasi Seksio Sesarea dengan nyeri akut di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut Tahun 2019.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien Post Operasi Seksio Sesarea dengan nyeri akut di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut Tahun 2019.
- e. Melakukan evaluasi dari tindakan keperawatan pada klien Post Operasi Seksio Sesarea dengan nyeri akut di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut Tahun 2019.

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada klien Post Operasi Seksio Sesarea dengan nyeri akut.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

#### **a. Perawat**

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi perawat yaitu, perawat dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada klien Post Operasi Seksio Sesarea dengan nyeri akut.

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

Manfaat praktis bagi rumah sakit yaitu, dapat digunakan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu dan pelayanan bagi pasien, khususnya pada klien Post Operasi Seksio Sesarea dengan nyeri akut.

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

Manfaat praktis bagi institusi pendidikan yaitu, dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkann ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien Post Operasi Seksio Sesarea dengan nyeri akut.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Penyakit**

##### **2.1.1 Definisi Seksio Sesarea**

Seksio sesarea adalah suatu tindakan untuk membantu persalinan manakala tidak memungkinkan dilakukan persalinan pervaginam (Aini, 2010).

Suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat badan janin diatas 500 gram (Sarwono, 2010).

Kesimpulan dari Seksio sesarea adalah suatu jalan lahir buatan melalui sayatan pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim sehat dan berat janin diatas 500 gram.

##### **2.1.2 Anatomi Fisiologi Seksio Sesarea**

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



## 1. Insisi Abdomen

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

- 1) Kulit
- 2) Jaringan subkutan
- 3) *Fasia scarpa* (membatasi diantara dua jaringan subkutan)
- 4) Otot dinding perut: muskulo oblikus eksterna
- 5) Muskulo oblikus interna
- 6) Fasia transversalis
- 7) Jaringan pre peritoneal
- 8) Jaringan peritoneum.
- 9) Peritoneum parietala (De Jong, 2005 dalam Anik, 2014)

### **Gambar 2.1**

#### **Insisi Abdomen**



**Sumber : Sarwono (2010)**

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) Pembesaran secara tajam dilakukan sampai ke level vagina m.rektus abdominis lamina anterior, yang dibebaskan dari lemak subkutis untuk memperlihatkan sepotong fascia di garis tengah dengan lebar sekitar 2 cm.
- e) Fascia transversalis dan lemak praperitoneum 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 emih 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 diatas lipatan peritoneum diatas kandung kemih.
- 2) Insisi transversal/ lintang:
- a) Dengan insisi fannenstiel modifikasi, kulit dan karingan 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 1 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 skapel.
  - e) Pembuluh darah yang berjalan diantara otot dan fasia dijepit, dipotong dan diikat.
  - f) Hemostatis harus dilakukan secara cermat.

- g) Pemisahan fascia dilakukan sampai cukup mendekati umbilikus agar dapat dibuat insisi longitudinal garis tengah yang adekuat diperitoneum.
- h) Otot rektus kemudian dipisahkan digaris tengah untuk memperlihatkan peritoneum dibawahnya.

## 2. Insisi Uterus

**Gambar 2.2**  
**Insisi Uterus**



**Sumber: Sarwono (2010)**

- a. Insisi uterus terdiri dari insisi sesarea klasik dan insisi sesarea transversal, yang masing-masing dijelaskan dibawah ini:
  - 1) Insisi sesarea klasik
    - a) Suatu insisi vertikal ke dalam korpus uterus diatas segmen bawah uterus dan mencapai fundus uterus, sudah jarang digunakan saat ini.
    - b) Sebagian besar insisi dibuat disegmen bawah uterus secara melintang atau yang lebih jarang secara vertikal.

- c) Insisi melintang disegmen bawah memiliki keunggulan yaitu hanya memerlukan sedikit pemisahan kandung kemih dari miometrium dibawahnya.
  - d) Apabila insisi diperluas kearah lateral, dapat terjadi laserasi pada salah satu atau kedua pembuluh darah uterus.
  - e) Insisi vertikal rendah dapat diperluas ke atas sehingga pada keadaan-keadaan yang memiliki ruang 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.
- 2) Insisi sesarea transversal:
- a) Uterus umumnya mengadakan dekstrorotasi sehingga ligamnetum uteri kiri dari anterior dan lebih dekat ke garis tengah daripada yang kanan.

b) Lipatan peritoneum yang agak longgar diatas batas atas kandung kemih dan menutupi bagian anterior segmen bawah uterus dan didorong ke lateral dari garis tengah, sembari membuka mata gunting secara parsial dan intermiten, untuk memisahkan pita serosa selebar 2 cm, yang kemudian diinsisi.

### 2.1.3 Etiologi

Beberapa indikasi pada ibu yang dilakukan operasi Seksio Sesarea menurut (Anik & Suryani, 2015), antara lain:

1. Proses persalinan normal yang lama atau kegagalan proses persalinan normal (*dystosia*).
2. Detak jantung janin melambat (*fetal distress*).
3. Komplikasi pre-eklamsi.
4. Ibu menderita herpes.
5. Putusnya tali pusat.
6. Risiko luka parah pada rahim.
7. Bayi dalam posisi sungsang, letak lintang.
8. Bayi besar.
9. Masalah plasenta seperti plasesnta previa.
10. Pernah mengalami masalah pada penyembuhan perineum, distosia, seksio sesarea berulang.

11. Presentasi bokong hipertensi akibat kehamilan (*pregnancy-induced hypertention*).
12. Kelahiran plasenta dan malpresentasi misalnya presentasi bahu.

Sedangkan indikasi pada janin yang dilakukan tindakan operasi Seksio Sesarea menurut (Anik & Suryani, 2015), antara lain:

1. Gawat janin.
2. Prolapsus funikuli (tali pusat menumpang)
3. Primigravida tua.
4. Kehamilan dengan diabetes mellitus.
5. Infeksi intra partum.
6. Kehamilan kembar.
7. Kehamilan dengan kelainan kongenital.
8. Anomali janin misalnya hidrosefalus.

#### **2.1.4 Komplikasi**

Komplikasi pada Seksio Sesarea menurut (Anik & Suryani, 2015), antara lain :

1. Rasjidi (2009), menguraikan bahwa komplikasi utama persalinan seksio sesarea adalah kerusakan organ-organ seperti vesika urinaria dan uterus saat dilakukan operasi dan komplikasi yang berhubungan dengan anestesi, lebih besar pada persalinan seksio sesarea dibandingkan persalinan pervaginam.

2. Bonney & Jenny (2010) menjelaskan bahwa komplikasi pasca operasi seksio sesarea pada insisi segmen bawah rahim dapat terjadi:
  - a. Berkurangnya vaskuler bagian atas uterus sehingga berisiko mengalami ruptur membran.
  - b. Ileus dan peritonitis.
  - c. Pasca operasi obstruksi.
  - d. Masalah infeksi karena masuknya mikroorganisme selama pasca operasi.
3. Sedangkan Leifer (2012) menyatakan bahwa komplikasi pada ibu yang dilakukan seksio sesarea yaitu:
  - a. Terjadinya aspirasi.
  - b. Emboli pulmonal.
  - c. Perdarahan.
  - d. Infeksi urinaria.
  - e. Injuri pada bladder.
  - f. Trombophlebitis.
  - g. Infeksi pada luka operasi.
  - h. Komplikasi yang berhubungan dengan efek anestesi.
  - i. Masalah respirasi pada fetal.



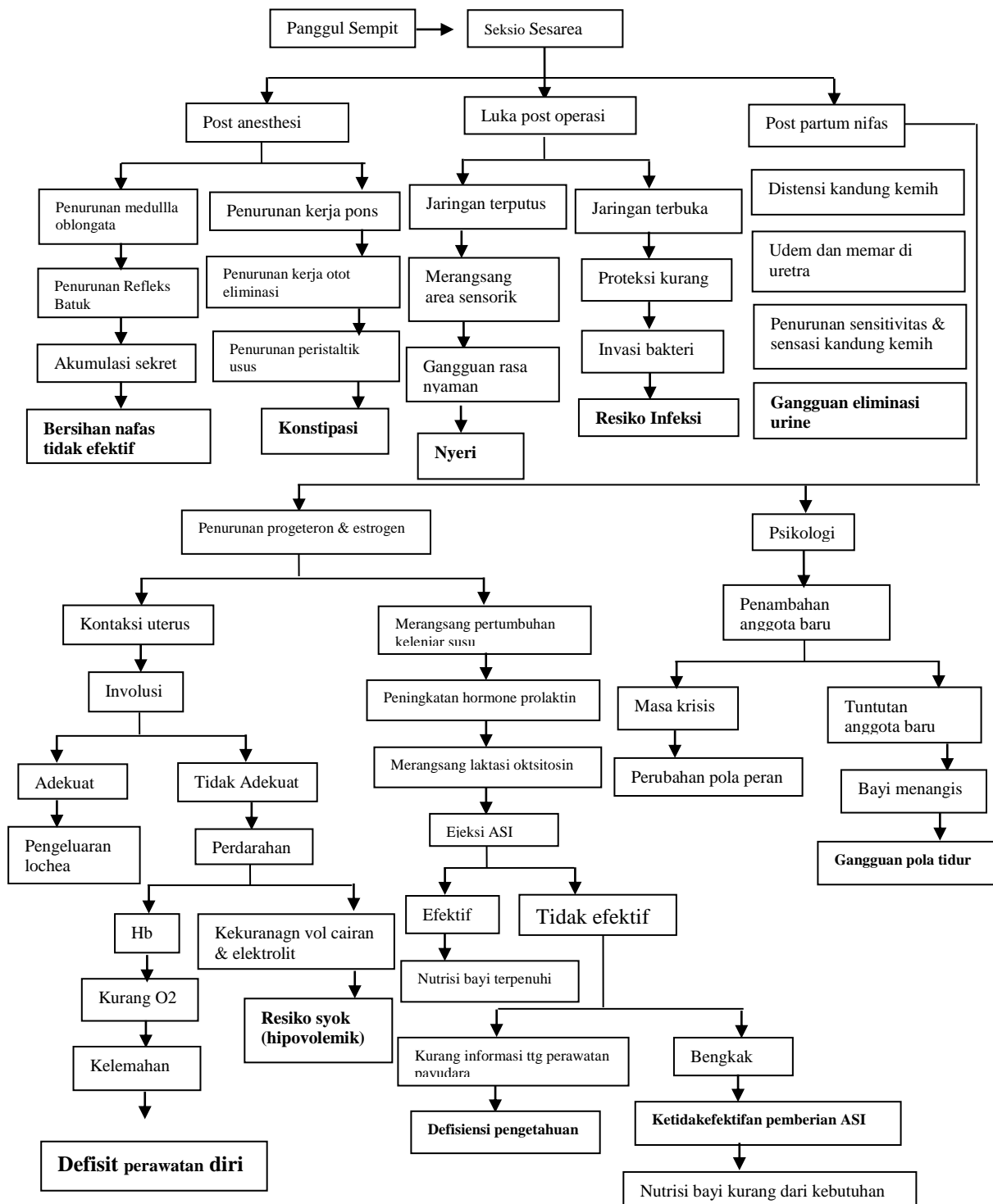
### **2.1.5 Patofisiologi**

Adanya beberapa hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara spontan, misalnya plasenta previa, panggul sempit, pre-eklamsi, dan malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu Seksio Sesarea.

Dalam proses operasi dilakukan tindakan anestesi yang akan menyebabkan pasien mengalami imobilisasi sehingga menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Adanya kelemahan fisik menyebabkan pasien tidak mampu melakukan ADL dan menyebabkan defisit perawatan diri. Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan dan perawatan post operasi akan menimbulkan ansietas.

## Bagan 2.1

### Patofisiologi Seksio Sesarea



(Nurarif & Kusuma, 2015)

### **2.1.6 Penatalaksanaan**

1. Cairan IV sesuai indikasi
2. Anesthesia: regional atau general
3. Perjanjian dari orang terdekat tujuan Seksio Sesarea.
4. Tes laboratorium/ diagnosis sesuai indikasi
5. Pemberian oksitosin sesuai indikasi
6. Tanda vital per protokol ruangan pemulihan
7. Persiapan kulit pembedahan abdomen
8. Persetujuan ditandatangani
9. Pemasangan *foley* kateter.

### **2.1.7 Pemeriksaan Penunjang**

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

(Tucker dan Susan Martin, 1998 dalam Nurarif & Kusuma, 2015)

### 2.1.8 Masa Nifas

Masa nifas dalam bahasa latin waktu tertentu setelah melahirkan anak ini disebut puerpurium yaitu kata puer yang artinya bayi dan parous melahirkan. Jadi puerpurium berarti masa setelah melahirkan bayi. Masa nifas adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra-hamil. Lama masa nifas ini yaitu 6-8 minggu. Batasan waktu nifas yan paling singkat adalah tidak ada batas sedangkan batas maksimumnya adalah 40 hari. (Wulandari & Handayani, 2011)

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

### 2.1.9 Tahapan Masa Nifas

Menurut Kulsum, 2012 masa nifas diabgi kedalam 3 periode, yaitu:

1. *Puerperium* dini yaitu kepulih dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan, dalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
2. *Puerperium* Intermedial yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genital yang lamanya 6-8 minggu.
3. *Remote Puerperium* yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi.

### **2.1.10 Perubahan Fisiologis Masa Nifas**

Perubahan fisiologis masa nifas meliputi perubahan sistem reproduksi, sistem pencernaan, sistem perkemihan, payudara, dinding perut, berat badan dan tanda-tanda vital.

#### **1. Sistem Reproduksi**

##### **a. Involusi Uterus**

Involusi uterus adalah proses kembalinya ukuran uterus pada kondisi sebelum hamil (Sulistiyawati, 2009: 73). Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Segera setelah bayi, plasenta dan selaput janin lahir, berat uterus sekitar 1.000 gram, pada akhir minggu pasca partum berat uterus kembali ke berat pada saat tidak hamil yaitu 70 gram. (Kultsum, 2012)

##### **b. Lokhea**

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lokhea mempunyai bau amis atau anyir seperti darah menstruasi, lokhea mempunyai perubahan karena proses involusi.

Proses keluarnya darah nifas atau lokhea terdiri atas 4 tahapan:

##### **1) Lokhea Rubra/ Merah (kruenta)**

Muncul pada hari 1 sampai hari ke-4 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan mekonium.

2) Lokhea Sanguinolenta

Cairan yang berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke 4 sampai hari ke 7 post partum.

3) Lokhea Serosa

Berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan/ laserasi plasenta. Muncul pada hari ke 7 sampai hari ke 14 post partum.

4) Lokhea Alba/ Putih

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba bisa berlangsung selama 2 sampai 6 minggu post partum.

c. Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. warna servik sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, servik tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil. Pada minggu keenam pasca partum servik sudah menutup kembali.

d. Ovarium dan Tuba Falopi

Setelah kelahiran plasenta, produksi estrogen dan progesterone menurun, sehingga menimbulkan mekanisme timbal balik dari siklus menstruasi. Dimana dimulainya kembali proses ovulasi sehingga wanita bisa hamil kembali.

e. Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu post partum. Penurunan hormon estrogen pada masa post partum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu ke 4.

f. Perinium

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

g. Payudara

Pada masa nifas 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 aerola, kolostrum berupa cairan

kuning dan reaksinya alkalis. Pada hari ketiga pasca partum payudara menjadi besar keras dan nyeri, ini menandakan dimulainya sekresi (pengeluaran) air susu.

## 2. Sistem Pencernaan

Setelah kelahiran plasenta, maka terjadi pula penurunan produksi progesteron. Sehingga menyebabkan *heartburn* dan konstipasi terutama dalam beberapa hari pertama. Kemungkinan terjadi hal demikian karena inaktifitas motilitas usus karena kurangnya keseimbangan cairan selama persalinan dan adanya reflek hambatan defekasi dikarenakan adanya rasa nyeri pada perineum karena adanya luka episiotomi (Wulandari & Handayani, 2011).

## 3. Sistem Perkemihan

Setelah persalinan berlangsung, biasanya wanita akan sulit untuk buang air kecil selama 24 jam pertama. Kemudian 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 pasca partum, kecuali wanita yang mengalami infeksi saluran kemih (Kultsum, 2012).

## 4. Sistem Endokrin

Saat plasenta terlepas dari dinding uterus, kadar HCG, HPL, secara berangsur menurun dan normal setelah 7 hari post partum. HCG



tidak terdapat dalam urine ibu setelah 2 hari post partum. HPL tidak lagi terdapat dalam plasma.

#### 5. Sistem Hematologi

Leukositosis mungkin terjadi selama persalinan, sel darah merah berkisar 15.000 selama persalinan. Peningkatan sel darah putih berkisar antara 25.000-30.000 merupakan manifestasi adanya infeksi pada persalinan lama, dapat meningkat pada awal nifas yang terjadi bersamaan dengan peningkatan tekanan darah, volume plasma dan volume sel darah merah. Pada 2-3 hari post partum konsentrasi hematokrit menurun sekitar 2% atau lebih. Total kehilangan darah pada saat persalinan dan nifas berkisar antara 1500 ml. 200 ml hilang pada saat persalinan; 500-800 ml hilang pada minggu pertama post partum dan 500 ml hilang pada saat masa nifas.

#### 6. Sistem Muskuloskeletal

Ligament, fasia dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligament rotundum menjadi kendur. Stabilitas secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

#### 7. Sistem Kardiovaskuler

Kardiak output meningkat selama persalinan dan berlangsung sampai kala III ketika volume darah uterus dikeluarkan. Penurunan

terjadi pada beberapa hari pertama post partum dan akan kembali normal apad akhir minggu ke 3 post partum. Pada persalinan pervaginam kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi akan naik dan pada Seksio Sesarea hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu. Setelah melahirkan volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung dan dapat menimbulkan dekomposisi kordis pada penderita vitium cordia. Untuk keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sedia kala. Umumnya hal ini terjadi pada hari ke 3 sampai 5 hari post partum.

#### 8. Perubahan Tanda-tanda Vital

##### a. Suhu Badan

24 jam post partum suhu badan akan naik sedikit ( $37,5-38^{\circ}\text{C}$ ) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan, apabila keadaan normal suhu badan akan biasa lagi. Pada hari ketiga suhu badan akan naik lagi karena ada pembentukan ASI, buah dada menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium, mastitis, traktus urogenitalis atau sistem lian. Kita anggap nifas terganggu kalau ada demam lebih dari  $38^{\circ}\text{C}$  pada 2

hari berturut-turut pada 10 hari yang pertama post partum, kecuali hari pertama dan suhu harus diambil sekurang-kurangnya 4 kali sehari.

b. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali permenit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 adalah abnormal dan hal ini mungkin disebabkan oleh infeksi atau perdarahan post partum yang tertunda.

c. Tekanan Darah

Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada post partum dapat menandakan terjadinya preeklampsia post partum.

d. Pernafasan

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

### **2.1.11 Perubahan Psikologis pada Masa Nifas**

Ada 3 tahap Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas antara lain (Setyo & Sri, 2011):

1) Fase *taking in*

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Oleh karena itu kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik.

2) Fase *taking hold*

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu merasa khawatir akan ketidak kemampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Selain itu perasaannya sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati. Oleh karena itu ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam perawatan diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri.

3) Fase *letting go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya.

Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.2.1 Pengkajian**

#### **1. Identitas Pasien**

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

#### **2. Data Riwayat Kesehatan (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2010)**

##### **a. Keluhan Utama**

Biasanya klien mengeluh nyeri bagian abdomen saat ditekan karena adanya luka.

##### **b. Riwayat Kesehatan Dahulu**

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

##### **c. Riwayat Kesehatan Keluarga**

Klien dengan Seksio Sesarea biasanya disertai penyakit keturunan contohnya hipertensi.

1) Pola aktivitas sehari-hari di rumah dan di rumah sakit (Doenges dan Moorhouse, 2010) :

a) Pola Nutrisi

Abdomen lunak dengan tidak ada distensi pada awal. Pada ibu post seksio sesarea akan terjadi penurunan dalam pola makan dan akan merasa mual karena efek dari anestesi yang masih ada dan bisa juga dari faktor nyeri akibat Seksio Sesarea.

b) Pola Eliminasi

Kateter urinaris mungkin terpasang, urine mungkin jernih atau pucat.

c) Pola Istirahat Tidur

Mengeluh ketidaknyamanan dari berbagai sumber misalnya karena bedah/ insisi.

d) Personal Hygiene

Pada ibu post Seksio Sesarea keadaan ibu lemah dan nyeri akibat tindakan bedah, sehingga dalam melakukan perawatan diri masih dibantu.

e) Aktivitas dan Latihan

Keterbatasan gerakan pengaruh dari anestesi.

3. Pemeriksaan fisik (Regina VT Novita, 2011)

1) Tanda-tanda vital

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

2) Kepala

Biasanya pada ibu post Seksio Sesarea dibagian kepala terutama mulut mungkin terlihat kering.

3) Dada

Jarang ada penurunan pernafasan apabila ada penurunan, kenaikan curigai adanya perdarahan, biasanya suara paru vesikuler terdengar jelas, terjadi sedikit perubahan di jaringan payudara. Adanya kolostrum, palpasi payudara, kebersihan payudara, bentuk dada.

4) Perut

Selama hamil oto-oto abdomen secara tertahap melebar dan terjadi penurunan tonus otot sehingga menjadi lunak, lembut dan lemah. Pada hari pertama, tinggi fundus uteri kira-kira 1 jari dibawah pusat.

5) Ektremitas

- Atas

Biasanya ada penurunan gerak atau sensasi karena efek anestesi.

- Bawah

Biasanya ada penurunan gerak atau sensasi karen a efek anestesi.

6) Genitalia

Biasanya ada pengeluaran lokhea dan vulva kotor.

7) Anus

Biasanya penurunan lubrikasi vagina dan lubrikasi anus.

8) Data Penunjang

- a) Kadar Hb
- b) Hematokrit
- c) Kadar leukosit dan golongan darah

#### 4. Analisa Data

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

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

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan Pada Klien Post Partum**

Pernyataan yang jelas tentang masalah klien dan penyebabnya. Selain itu harus spesifik berfokus pada kebutuhan klien dengan mengutamakan prioritas dan diagnosa yang muncul harus dapat diatasi dengan tindakan keperawatan. Menurut Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) 2016 bahwa diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu post partum maturus dengan Seksio Sesarea adalah (Nurarif, 2016):



- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mukus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi).
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi).
- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum.
- d. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.
- e. Gangguan eliminasi urine.
- f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan.
- g. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko: episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.
- h. Defisit perawatan diri: Mandi/ Kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan post partum.
- i. Konstipasi.
- j. Resiko syok (Hipovolemik).
- k. Resiko perdarahan.
- l. Defisiensi pengetahuan: Perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post partum.

### 2.2.3 Rencana Keperawatan

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

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mukus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi).

**Tabel 2.1**  
**Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan bersihan jalan nafas. <b>Definisi:</b> Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dan saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas. <b>Batasan</b> <b>Karakteristik:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada batuk</li> <li>• Suara nafas tambahan</li> <li>• Perubahan frekuensi nafas</li> <li>• Sianosis</li> <li>• Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara</li> <li>• Penurunan bunyi nafas</li> <li>• Dispneu</li> <li>• Sputum dalam jumlah yang berlebihan</li> <li>• Batuk yang tidak</li> </ul>	<b>NOC</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Status respirasi:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ventilasi</li> <li>- Kepatenan jalan nafas.</li> </ul> </li> </ul> <b>Kriteria Hasil:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dispneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)</li> <li>2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)</li> <li>3. Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat</li> </ol>	<b>NIC</b> <b>Airway Suction</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning.</li> <li>2. Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning.</li> <li>3. Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan.</li> <li>4. Berikan O<sub>2</sub> dengan menggunakan nasal suksion nasotrakeal.</li> <li>5. Gunakan alat yang</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hidrasi yang adekuat membantu mempertahankan sekresi tetap encer dan meningkatkan ekspektorasi.</li> <li>2. Ronkhi dan mengi mengindikasikan sekresi dan ketidakmampuan untuk membersihkan jalan nafas.</li> <li>3. Memaksimalkan upaya batuk, ekspansi paru dan drainase.</li> <li>4. Oksigen tambahan diperlukan selama distres pernafasan.</li> <li>5. Menjaga keadaan</li> </ol>

<p>efektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orthopneu</li> <li>• Gelisah</li> <li>• Mata terbuka lebar</li> </ul> <p><b>Faktor-faktor yang berhubungan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lingkungan: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perokok pasif</li> <li>- Menghisap asap</li> <li>- Merokok</li> </ul> </li> <li>• Obstruksi jalan nafas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spasme jalan nafas</li> <li>- Mukus dalam jumlah yang berlebih</li> <li>- Eksudat dalam jalan alveoli</li> <li>- Materi asing dalam jalan nafas</li> <li>- Adanya jalan nafas buatan</li> <li>- Sekresi bertahan/ sisa sekresi</li> <li>- Sekresi dalam bronkhi</li> </ul> </li> <li>• Fisiologis: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jalan nafas alergik</li> <li>- Asma</li> <li>- Penyakit paru obstruktif kronik</li> <li>- Hiperplasi dinding bronkial</li> <li>- Infeksi</li> <li>- Disfungsi neuromuskular</li> </ul> </li> </ul>	<p>menghambat jalan nafas.</p>	<p>steril setiap melakukan tindakan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Anjurkan pasien untuk istirahat dan nafas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakheal.</li> <li>7. Monitor status oksigen pasien.</li> <li>8. Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suksion.</li> <li>9. Hentikan suksion dan berikan oksigen apabila pasien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi O<sub>2</sub>, dll.</li> </ol> <p><b>Airway Management</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu.</li> <li>2. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi.</li> <li>3. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan.</li> <li>4. Pasang mayo bila perlu.</li> <li>5. Keluarkan sekret dengan batuk atau suksion.</li> <li>6. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan.</li> </ol>	<p>aspetik.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Memaksimalkan upaya batuk, ekspansi paru dan drainase.</li> <li>7. Mengetahui keadaan pernafasan.</li> <li>8. Memfasilitasi dalam pemberian terapi.</li> <li>9. Mengurangi pemasukan oksigen kedalam tubuh menjadi banyak.</li> <li>1. Untuk mempertahankan jalan nafas.</li> <li>2. Mencegah obstruksi lidah.</li> <li>3. Untuk mengefektifkan jalan nafas.</li> <li>4. Mempermudah melakukan pengeluaran sekresi.</li> <li>5. Membantu drainase sekresi.</li> <li>6. Ronkhi dan mengi mengindikasikan sekresi dan ketidakmampuan untuk membersihkan</li> </ol>
--	--------------------------------	---	--

7. Lakukan suksion pada mayo.	7. Mempermudah drainase sekresi.
8. Berikan bronkodilator bila perlu.	8. Meningkatkan ventilasi dan pengeluaran sekresi.
9. Berikan pelembab udara kassa basah NaCl lembab.	9. Menjaga kelembaban.
10. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan.	10. Membantu mencairkan sekresi sehingga meningkatkan ekspektorasi.

Sumber: (Nurarif & Kusuma, 2016, Doenges, 2014)

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

**Tabel 2.2**  
**Intervensi Nyeri Akut**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Nyeri akut</p> <p><b>Definisi:</b> Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (<i>International Association for the study Pain</i>): awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi</p>	<p><b>NOC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Pain Level</i>,</li> <li>• <i>Pain Control</i>,</li> <li>• <i>Comfort Level</i></li> </ul> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</li> <li>2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.</li> <li>3. Mampu mengenali</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><b><i>Pain Management</i></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi.</li> <li>2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri merupakan pengalaman subjektif. Pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektifitas medikasi dan kemajuan penyembuhan. Perubahan pada karakteristik nyeri.</li> <li>2. Isyarat non verbal dapat atau tidak dapat</li> </ol>

atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan.	nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)		mendukung intensitas nyeri klien.
<b>Batasan Karakteristik:</b>	4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.	3. Komunikasi terapeutik dapat mengidentifikasi pengalaman nyeri klien.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perubahan selera makan</li> <li>• Perubahan tekanan darah</li> <li>• Perubahan frekuensi jantung</li> <li>• Perubahan frekuensi pernafasan</li> <li>• Laporan isyarat</li> <li>• Diaforesis</li> <li>• Perilaku distraksi (misalnya., berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang)</li> <li>• Mengekspresikan perilaku (misalnya., gelisah, merengek, menangis)</li> <li>• Masker wajah (misalnya., mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus meringis)</li> <li>• Sikap melindungi nyeri</li> <li>• Fokus menyempit (misalnya., gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)</li> <li>• Indikasi nyeri yang dapat diamati</li> </ul>		4. Kaji kultur yang mempengaruhi.	4. Menentukan kultur pada klien
		5. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan.	5. Keberadaan perawat dan keluarga dapat mengurangi perasaan ketakutan dan ketidakberdayaan
		6. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.	6. Meredakan ketidaknyamanan dan mengurangi energi sehingga meningkatkan kemampuan koping.
		7. Kurangi faktor presipitasi nyeri.	7. Membantu dalam menegakan diagnosis dan menentukan kebutuhan terapi.
		8. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal).	8. Meningkatkan istirahat, mengarahkan kembali perhatian dan meningkatkan koping.
		9. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi.	9. Mempermudah menentukan perencanaan.
		10. Ajarkan tentang teknik non farmakologi.	10. Meningkatkan istirahat, mengarahkan kembali perhatian dan meningkatkan koping.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perubahan posisi untuk menghindari nyeri</li> <li>• Sikap tubuh melindungi</li> <li>• Dilatasi pupil</li> <li>• Melaporkan nyeri secara verbal</li> <li>• Gangguan tidur</li> </ul> <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agen cedera (misalnya, biologis, zat kimia, fisik, psikologis)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri.</li> <li>12. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri.</li> <li>13. Tingkatkan istirahat.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Meningkatkan kenyamanan dan memfasilitasi kerjasama dengan intervensi terapeutik lain.</li> <li>12. Untuk mengetahui efektifitas pengontrolan nyeri.</li> <li>13. Mengurangi ketidaknyamanan pada klien.</li> </ol>
<p><b><i>Analgesic Administration</i></b></p>		
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tentukan lokasi, karakteristik, kuantitas, dan serajat nyeri sebelum diberi obat.</li> <li>2. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali.</li> <li>3. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat.</li> <li>4. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala.</li> <li>5. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengevaluasi medikasi dan kemajuan penyembuhan.</li> <li>2. Untuk mengetahui perkembangan atau keefektifitasan terapi.</li> <li>3. Menurunkan ketidaknyamanan dan memfasilitasi kerjasama dengan intervensi terapeutik lain.</li> <li>4. Untuk mengetahui efektifitas dari terapi farmakologi.</li> <li>5. Nyeri hebat yang tidak reda oleh tindakan rutin dapat mengidentifikasi kan perkembangan komplikasi dan kebutuhan intervensi lebih lanjut.</li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Pilih rute</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Menentukan rute</li> </ol>

pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur. yang sesuai untuk terapi.

*Sumber: (Nurarif & Kusuma, 2016, Doenges, 2014)*

- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berbungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum.

**Tabel 2.3**  
**Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh <b>Definisi:</b> Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik. <b>Batasan</b> <b>Karakteristik:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kram abdomen</li> <li>• Nyeri abdomen</li> <li>• Menghindari makanan</li> <li>• Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal</li> <li>• Kerapuhan kapiler</li> <li>• Diare</li> <li>• Kehilangan rambut berlebihan</li> <li>• Bising usus hiperaktif</li> <li>• Kurang makanan</li> <li>• Kurang informasi</li> <li>• Kurang minat pada makanan</li> <li>• Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat</li> <li>• Kesalahan konsepsi</li> <li>• Kesalahan</li> </ul>	<b>NOC:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Nutritional Status</i></li> <li>• <i>Nutritional Status: Food and Fluid intake</i></li> <li>• <i>Nutritional Status: Nutrient Intake</i></li> <li>• <i>Weight Control</i></li> </ul> <b>Kriteria Hasil:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan</li> <li>2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan</li> <li>3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi</li> <li>4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi</li> <li>5. Menunjukkan peningkatan fungsi pencapian dari menelan</li> <li>6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti</li> </ol>	<b>NIC</b> <b>Nutrition Management</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji adanya alergi makanan.</li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.</li> <li>3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe.</li> <li>4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C.</li> <li>5. Berikan substansi gula.</li> <li>6. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pilihan intervensi bergantung pada penyebab yang mendasari.</li> <li>2. Metode pemberian makan dan kebutuhan kalori ditentukan berdasarkan situasi individual dan kebutuhan spesifik.</li> <li>3. Meningkatkan defisit dan memantau keefektifan terapi nutrisi.</li> <li>4. Memaksimalkan asupan gizi.</li> <li>5. Memaksimalkan asupan gizi.</li> <li>6. Pertimbangkan pilihan individual dapat memperbaiki asupan diet.</li> </ol>

informasi		
• Membran mukosa pucat		
• Ketidakmampuan memakan makanan		
• Tonus otot menurun		
• Mengeluh gangguan sensasi rasa		
• Mengeluh asupan makanan kurang dari RDA ( <i>Recomended Daily Allowance</i> )		
• Cepat kenyang setelah makan		
• Sariawan rongga mulut		
• Steatorea		
• Kelemahan otot pengunyah		
• Kelemahan otot untuk menelan		
<b>Faktor-faktor yang berhubungan:</b>		
• Faktor biologis		
• Faktor ekonomi		
• Ketidak mampuan untuk mencerna makanan		
• Ketidak mampuan menelan makanan		
• Faktor psikologis		
	konstipasi.	
	7. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi).	7. Memaksimalkan asupan gizi.
	8. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makan harian.	8. Mengidentifikasi toleransi makanan dan defisiensi serta kebutuhan nutrisi.
	9. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori.	9. Mengetahui asupan gizi yang akan diberikan.
	10. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi.	10. Untuk mengetahui pemahaman nutrisi klien.
	11. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan.	11. Mengetahui nutrisi yang akan diberikan.
	<b>Nutrition Monitoring</b>	
	1. BB pasien dalam batas normal.	1. Menjaga keseimbangan nutrisi.
	2. Monitor adanya penurunan berat badan.	2. Mengetahui adanya ketidakseimbangan nutrisi.
	3. Monitor lingkungan selama makan.	3. Lingkungan yang nyaman mempengaruhi selama makan.
	4. Jadwalkan pengobatan dan tindakan selama jam makan.	4. Memaksimalkan asupan nutrisi.
	5. Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi.	5. Asupan yang kurang mempengaruhi perubahan fisik.
	6. Monitor turgor kulit.	6. Mengetahui ketidakseimbangan nutrisi.
	7. Monitor kekeringan, rambut kusam,	7. Asupan yang kurang mempengaruhi



	dan mudah patah.	perubahan fisik tubuh.
8.	Monitor mual dan muntah.	8. Mengetahui adanya ketidakseimbangan nutrisi.
9.	Monitor kadar Albumin, protein, Hemoglobin dan kadar Hematokrit.	9. Untuk memaksimalkan pemberian nutrisi.
10.	Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva.	10. Asupan yang kurang mempengaruhi perubahan fisik.
11.	Monitor kalori dan intake nutrisi.	11. Mengukur keefektifan bantuan nutrisi.
12.	Catat jika lidah berwarna magenta atau scarlet	12. Mengetahui adanya kekurangan vitamin B.

Sumber: (Nurarif & Kusuma, 2016, Doenges, 2014)

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

**Tabel 2.4**  
**Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan Pemberian ASI <b>Definisi:</b> Ketidakpuasan atau kesulitan ibu, bayi, atau anak menjalani poses pemberian ASI <b>Batasan Karakteristik:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketidakadekuatan suplai ASI</li> <li>• Bayi melengkung menyesuaikan diri</li> </ul>	<b>NOC</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Breastfeeding ineffective</i></li> <li>• <i>Breathing patern ineffective</i></li> <li>• <i>Breastfeeding interupted</i></li> </ul> <b>Kriteria Hasil:</b> 1. Kemantapan pemberian ASI: Bayi: perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses	<b>NIC</b> <b>Breastfeeding Assistance</b> 1. Evaluasi pola menghisap/menelan bayi. 2. Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui. 3. Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat	1. Mengetahui perkembangan bayi. 2. Menentukan rencana selanjutnya. 3. Mengetahui pemahaman cara menyusui klien.

<p>dengan payudara</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusui</li> <li>• Bayi rewel dalam jam pertama setelah menyusui</li> <li>• Ketidak mampuan bayi untuk latch-on pada payudara ibu secara tepat</li> <li>• Menolak latching on</li> <li>• Tidak responsive terhadap kenyamanan lain</li> <li>• Ketidak cukupan pengosongan payudara setelah menyusui</li> <li>• Ketidak cukupan kesempatan untuk mengisap payudara</li> <li>• Kurang menambah BB bayi</li> <li>• Tidak tampak tanda pelepasan oksitosin</li> <li>• Tampak ketidakadekuatan asupan susu</li> <li>• Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui</li> <li>• Penurunan berat badan bayi terus menerus</li> <li>• Tidak mengisap payudara terus menerus</li> </ul> <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Defisit pengetahuan</li> <li>• Anomali bayi</li> <li>• Bayi menerima makanan tambahan dengan puting buatan</li> </ul>	<p>menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>3. Pemeliharaan pemberian ASI: keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/todler</li> <li>4. Penyapihan pemberian ASI: diskontinuitas progresif</li> <li>5. Pengetahuan pemberian ASI: tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenal laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI</li> <li>6. Ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera</li> <li>7. Ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI</li> <li>8. Ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting</li> <li>9. Mengenali tanda-tanda penurunan</li> </ol>	<p>menyusui dari bayi (misalnya., reflex rooting, menghisap dan terjaga).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Kaji kemampuan bayi untuk latch on dan menghisap secara efektif.</li> <li>5. Pantau integritas kulit puting ibu.</li> <li>6. Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi.</li> </ol> <p><b>Breast Examination</b> <b>Lactation Supresion</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI.</li> <li>2. Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI.</li> <li>3. Ajarkan pengasuh bayi mengenai topik-topik, seperti penyimpanan dan penghindaran membri susu botol pada dua jam sebelum pulang.</li> <li>4. Ajarkan orangtua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan dan kemungkinan pemberian tambahan susu</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Mengetahui kemampuan bayi.</li> <li>5. Kelembaban dan kelembutan untuk bayi.</li> <li>6. Melihat keefektifan pemberian nutrisi dari ASI.</li> <li>1. Membantu mengefektifkan pemberian terapi.</li> <li>2. Ibu baru mungkin tidak menyadari tentang pemberian ASI.</li> <li>3. Memberikan pengetahuan dasar.</li> <li>4. Menggantikan ASI untuk nutrisi pada bayi.</li> </ol>
---	---	--	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskontinuitas pemberian ASI</li> <li>• Ambivalen ibu</li> <li>• Ansietas ibu</li> <li>• Ansietas ibu</li> <li>• Anomali payudara ibu</li> <li>• Keluarga tidak mendukung</li> <li>• Pasangan tidak mendukung</li> <li>• Reflek menghisap buruk</li> <li>• Prematuritas</li> <li>• Pembedahan payudara sebelumnya</li> <li>• Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya</li> </ul>	suplai ASI	formula.
		<p><b>Lactation Counseling</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI.</li> <li>2. Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu.</li> <li>3. Diskusikan metode alternatif pemberian makan bayi.</li> </ol>
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendapat dukungan berhubungan dengan rasio keberhasilan ASI.</li> <li>2. Memberi pengetahuan untuk ibu.</li> <li>3. Menggantikan nutrisi untuk bayi.</li> </ol>

Sumber: (Nurarif & Kusuma, 2016, Doenges, 2014)

#### e. Gangguan eliminasi urine

**Tabel 2.5**  
**Intervensi Gangguan Eliminasi Urine**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan eliminasi urine <b>Definisi:</b> Disfungsi pada eliminasi urine <b>Batasan</b> <b>Karakteristik:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disuria</li> <li>• Sering berkemih</li> <li>• Anyang-anyangan</li> <li>• Inkontinensia</li> <li>• Nokturia</li> <li>• Retensi</li> <li>• Dorongan</li> </ul> Faktor yang berhubungan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstruksi anatomic</li> </ul>	<b>NOC</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminasi urin</li> <li>• Kontinensia urin</li> </ul> <b>Kriteria Hasil:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kandung kemih kosong secara penuh</li> <li>2. Tidak ada residu urin &gt;100-200 cc</li> <li>3. Intake cairan dalam rentang normal</li> <li>4. Bebas infeksi saluran kemih</li> <li>5. Tidak ada spasme bladder</li> <li>6. Balance cairan seimbang</li> </ol>	<b>NIC</b> <b>Urinary Retention Care</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia (misalnya, output urin, pola berkemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten).</li> <li>2. Memantau penggunaan obat dengan sifat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pola berkemih mengidentifikasi karakteristik kandung kemih.</li> <li>2. Mengetahui obat yang sedang</li> </ol>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyebab multiple</li> <li>• Gangguan sensori motorik</li> <li>• Infeksi saluran kemih</li> </ul>	antikolinergik atau properti alpha agonis.	digunakan terapi.
	3. Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit).	3. Pemindaian kandung kemih bermanfaat dalam menentukan residu pasca berkemih.
	4. Masukkan kateter kemih.	4. Untuk mempermudah mengeluarkan urin.
	5. Anjurkan pasien/keluarga untuk merekan output urin.	5. Memantau pengeluaran urin.
	6. Memantau asupan dan keluaran.	6. Mengetahui perkembangan dari output dan intake.
	7. Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi.	7. Disfungsi kandung kemih beragam, tetapi mencakup kehilangan kontraksi kandung kemih dan ketidakmampuan untuk merelaksasi sfingter urin.
	8. Menerapkan katerisasi intermiten.	8. Untuk mengurangi spastisitas kandung kemih dan gejala perkemihan dan terkait yaitu frekuensi, urgensi, inkontinensia dan nokturia.
	9. Merujuk spesialis kontinensia kemih ke	9. Spesialis kontinensia membantu membuat rencana asuhan individual

untuk memenuhi kebutuhan spesifik klien dengan menggunakan teknik dan produk kontinensia baru.

Sumber: (Nurarif & Kusuma, 2016, Doenges, 2014)

f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

**Tabel 2.6**  
**Intervensi Gangguan Pola Tidur**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteia Hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
Gangguan pola tidur Definisi: Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal <b>Batasan</b> <b>Karakteristik:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perubahan pola tidur normal</li> <li>• Penurunan kemampuan berfungsi</li> <li>• Ketidakpuasan tidur</li> <li>• Menyatakan sering terjaga</li> <li>• Menyatakan tidak mengalami kesulitan tidur</li> <li>• Menyatakan tidak merasa cukup istirahat</li> </ul> <b>Faktor yang berhubungan:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kelembaban lingkungan sekitar</li> <li>• Suhu lingkungan</li> </ul>	<b>NOC</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Anxiety reduction</i></li> <li>• <i>Comfort level</i></li> <li>• <i>Pain level</i></li> <li>• <i>Rest: Extent and Pattern</i></li> <li>• <i>Sleep: Extent and Pattern</i></li> </ul> <b>Kriteria Hasil:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/ hari</li> <li>2. Pola tidur, kualitas dalam batas normal</li> <li>3. Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat</li> <li>4. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur</li> </ol>	<b>NIC</b> <b><i>Sleep Enhancement</i></b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat.</li> <li>2. Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca).</li> <li>3. Ciptakan lingkungan yang nyaman.</li> <li>4. Kolaborasi pemberian obat tidur.</li> <li>5. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien.</li> <li>6. Instruksikan untuk memonitor tidur pasien.</li> <li>7. Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan relaksasi dan kesiapan tidur.</li> <li>2. Meningkatkan kesiapan untuk tidur.</li> <li>3. Meningkatkan koping klien.</li> <li>4. Medikasi terjadwal dapat meningkatkan istirahat atau tidur.</li> <li>5. Mengatasi dan meningkatkan kesiapan tidur.</li> <li>6. Klien lebih mudah menoleransi.</li> <li>7. Mengakibatkan klien tidak merasa beristirahat</li> </ol>

sekitar • Tanggung jawab memberi asuhan • Perubahan pajanan terhadap cahaya-gelap • Kurang kontrol tidur • Kurang privasi, pencahayaan • Bising, bau gas • Restrain fisik, teman tidur • Tidak familier dengn perabot tidur	8. Monitor/ catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam	dengan baik. 8. Mengetahui dan menoleransi kebutuhan dan kesiapan tidur.
--	--	---

Sumber: (Nurarif & Kusuma, 2016, Doenges, 2014)

#### g. Resiko infeksi

**Tabel 2.7**  
**Intervensi Resiko Infeksi**

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko infeksi Definisi: Mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik <b>Faktor-faktor resiko:</b> • Penyakit kronis (diabetes mellitus, obesitas) • Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemajanan patogen • Pertahanan tubuh yang tidak adekuat - Gangguan peristalsis - Kerusakan integritas kulit (pemasangan kateter)	<b>NOC</b> • <i>Immune Status</i> • <i>Knowledge: Infection control</i> • <i>Risk control</i> <b>Kriteria Hasil:</b> 1. Klien bebas dari tanda gejala infeksi 2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya, menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi 3. Jumlah leukosit dalam batas normal 4. Menunjukkan	<b>NIC</b> <b><i>Infection Control</i></b> 1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain. 2. Batasi pengunjung bila perlu. 3. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah meninggalkan pasien. 4. Gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan.	1. Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait. 2. Individu telah mengalamigangguan dan berisiko tinggi terpajan infeksi. 3. Pertahanan lini depan ini adalah untuk klien, pemberi asuhan kesehatan dan masyarakat. 4. Faktor ini dapat menjadi kunci yang paling

<p>intravena, prosedur invasif)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perubahan sekresi pH</li> <li>- Penurunan kerja siliaris</li> <li>- Pecah ketuban dini</li> <li>- Pecah ketuban lama</li> <li>- Merokok</li> <li>- Stasis cairan tubuh</li> <li>- Trauma jaringan (misalnya, trauma destruksi jaringan)</li> <li>• Ketidak adekuatan pertahanan sekunder <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penurunan hemoglobin</li> <li>- Imunosupresi (misalnya, imunitas didapat tidak adekuat, agen farmaseutikal termasuk imunosupresan, steroid, antibodi monoklonal, imunodulator)</li> <li>- Supresi respon inflamasi</li> </ul> </li> <li>• Vaksinasi tidak adekuat</li> <li>• Pemajanan terhadap patogen lingkungan meningkat</li> <li>• Prosedur invasif</li> <li>• Malnutrisi</li> </ul>	<p>perilaku hidup sehat</p>	<p>hidup</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan.</li> <li>6. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung.</li> <li>7. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat.</li> <li>8. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum.</li> <li>9. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kemih.</li> <li>10. Tingkatkan intake nutrisi.</li> <li>11. Berikan terapi antibiotik bila perlu.</li> <li>12. Proteksi terhadap infeksi.</li> </ol>	<p>sederhana tetapi merupakan kunci terpenting untuk pencegahan infeksi yang didapat di rumah sakit.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Mengurangi resiko penyebaran infeksi.</li> <li>6. Faktor ini dapat menjadi kunci yang paling sederhana tetapi merupakan kunci terpenting untuk pencegahan infeksi yang didapat di rumah sakit.</li> <li>7. Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait alat.</li> <li>8. Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait alat.</li> <li>9. Mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri dalam saluran.</li> <li>10. Fungsi imun dipengaruhi oleh asupan nutrisi.</li> <li>11. Terapi bersifat sistemik dan diarahkan pada organisme teridentifikasi tertentu seperti bakteri anaerob, jamur, dan basil gram negatif.</li> <li>12. Mencegah</li> </ol>
--	-----------------------------	---	--

---

	terjadinya infeksi.
13. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal.	13. Untuk menentukan adanya infeksi.
14. Pertahankan teknik aseptis pada pasien yang beresiko.	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/ insisi bedah.	16. Memberikan deteksi dini perkembangan proses infeksi.
17. Dorong masukkan nutrisi yang cukup.	17. Memperbaiki resitasi umum terhadap penyakit dan mengurangi resiko infeksi dari sekresi yang statis.
18. Dorong masukan cairan.	18. Membantu memperbaiki resitasi umum terhadap penyakit dan mengurangi resiko infeksi dan sekresi yang statis.
19. Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep.	19. Terapi bersifat sistemik dan diarahkan pada organisme teridentifikasi tertentu seperti bakteri anaerob, jamur, dan basili gram negatif .
20. Ajakarkan pasien dan keluarga untuk menegtahui tanda dan gejala infeksi.	20. Mendeteksi adanya tanda dan gejala infeksi.
21. Ajarkan cara menghindari infeksi.	
22. Laporkan kecurigaan infeksi.	21. Mendeteksi dini adanya tanda

---



- 
23. Laporkan kultur dan gejala positif infeksi.
22. Mencegah infeksi menjadi lebih luas.
23. Untuk mengidentifikasi patogen dan antimikroba.
- 

*Sumber: (Nurarif & Kusuma, 2016, Doenges 2014)*

- h. Defisit perawatan diri: Mandi/ Kebersihan diri, toileting berhubungan dengan kelelahan post partum

**Tabel 2.8**  
**Intervensi Defisit Perawatan Diri Mandi**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Defisit perawatan diri mandi Definisi: Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi/ aktivitas perawatan diri untuk diri sendiri <b>Batasan</b> <b>Karakteristik:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketidak mampuan untuk mengakses kamar mandi</li> <li>• Ketidak mapuan mengeringkan tubuh</li> <li>• Ketidakmampuan menjangkau sumber air</li> <li>• Ketidak mampuan mengatur air mandi</li> <li>• Ketidak mampuan membasuh tubuh</li> </ul> Faktor yang berhubungan:	<b>NOC</b> <i>Self Care Hygiene</i> Kriteria Hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawatan diri ostomi: tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi</li> <li>2. Perawatan diri: Aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu melakukan aktivitas fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu</li> <li>3. Perawatan diri mandi: mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</li> </ol>	<b>NIC</b> <i>Self-Care Assistance: Bathing/ Hygiene</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri.</li> <li>2. Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri.</li> <li>3. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan.</li> <li>4. Tempat handuk, sabun, deodoran, alat pencukur dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan di samping</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui apa yang dibutuhkan oleh klien.</li> <li>2. Memberikan informasi untuk membuat rencana.</li> <li>3. Membantu merencanakan untuk memenuhi kebutuhan individual.</li> <li>4. Merupakan kebiasaan klien untuk mengatur diri sendiri.</li> </ol>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan kognitif</li> <li>• Penurunan motivasi</li> <li>• Kendala lingkungan</li> <li>• Ketidak mampuan merasakan bagian tubuh</li> <li>• Ketidak mampuan merasakan hubungan spasial</li> <li>• Gangguan muskuloskeletal</li> <li>• Gangguan neuro muskular</li> <li>• Nyeri</li> <li>• Gangguan persepsi</li> <li>• Ansietas berat</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Perawatan diri hygiene: mamapu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</li> <li>5. Perawatan diri hygiene oral: mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu.</li> <li>6. Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi.</li> <li>7. Membersihkan dan mngeringkan tubuh</li> <li>8. Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral</li> </ol>	<p>tempat tidur atau di kamar mandi.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Menyediakan lingkungan yang teraoutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal.</li> <li>6. Memfasilitasi pasien menyikat gigi.</li> <li>7. Memfasilitasi pasien mandi.</li> <li>8. Memantau pembersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien.</li> <li>9. Memantau integritas kulit pasien.</li> <li>10. Mendorong orangtua/ keluarga pasien berpartisipasi dalam kebiasaan pasien.</li> <li>11. Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat dapat mengasumsikan perawatn diri.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Meredakan ketidaknyamanan dan menjaga privasi klien.</li> <li>6. Partisipasi klien dalam perawatan diri dapat meringankan atas persepsi kehilangan kemandiriaan.</li> <li>7. Partisipasi klien dalam perawatan diri dapat meringankan atas persepsi kehilangan kemandirian.</li> <li>8. Mengatahui keadaan kebersihan fisik klien.</li> <li>9. Melihat perubahan keadaan fisik klien.</li> <li>10. Untuk mendorong kebiasaan klien dalam perawatan.</li> <li>11. Partisipasi klien dalam perawatan diri dapat meringankan atas persepsi kehilangan kemandirian.</li> </ol>
--	---	---	--

*Sumber: (Nurarif & Kusuma, 2016, Doenges, 2014)*

## i. Konstipasi

**Tabel 2.9**  
**Intervensi Konstipasi**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
<p>Konstipasi</p> <p>Definisi: penurunan pada frekuensi normal defekasi yang disertai oleh kesulitan atau pengeluaran tidak lengkap/ penegluaran feses yang kering, keras dan banyak.</p> <p><b>Batasan</b></p> <p><b>Karakteristik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nyeri abdomen</li> <li>• Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot</li> <li>• Nyeri tekan abdomen tanpa resistensi oto</li> <li>• Anoreksia</li> <li>• Penampilan tidak khas pada lansia</li> <li>• Darah merah pada feses</li> <li>• Perubahan pada pola defekasi</li> <li>• Penurunan frekuensi</li> <li>• Penurunan volume feses</li> <li>• Rasa rektal penuh</li> <li>• Keletihan umum</li> <li>• Feses keras dan berbentuk</li> <li>• Bising usus hiperaktif</li> <li>• Bising hipoaktif</li> <li>• Tidak dapat makan, mual</li> <li>• Rembesan feses cair</li> <li>• Nyeri pada saat defekasi</li> <li>• Massa abdomen yang dapat diraba</li> <li>• Perkusi abdomen</li> </ul>	<p><b>NOC</b></p> <p><i>Bowel Elimination</i></p> <p><b>Krtiteria Hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari</li> <li>2. Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi</li> <li>3. Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi</li> <li>4. Feses lunka dan berbetuk</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><i>Constipation/ Impaction Management</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala konstipasi.</li> <li>2. Monitor bising usus.</li> <li>3. Monitor feses: frekuensi, konsistensi dan volume.</li> <li>4. Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus.</li> <li>5. Jelaskan etiologi dan rasionalisasi tindakan terhadap pasien.</li> <li>6. Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi.</li> <li>7. Dukung intake cairan.</li> <li>8. Kolaborasikan pemberian laksatif.</li> <li>9. Pantau tanda dan gejala konstipasi.</li> <li>10. Memantau gerakan usus, termasuk konsistensi,</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendeteksi dini keadaan konstipasi.</li> <li>2. Menentukan kesiapan terhadap pemberian mkaan per oral.</li> <li>3. Melihat keefektifan terapi.</li> <li>4. Mencegah komplikasi.</li> <li>5. Memberikan pengetahuan dasar.</li> <li>6. Mendeteksi dini penyebab konstipasi.</li> <li>7. Merangsang eliminasi dan mencegah konstipasi defeksi.</li> <li>8. Membantu mengembalikan fungsi usus.</li> <li>9. Melihat perkembangan gejala konstipasi</li> <li>10. Melihat adanya perubahan.</li> </ol>

<p>pekak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengejan pada saat defekasi</li> <li>• Tidak dapat mengeluarkan feses</li> <li>• Muntah</li> </ul> <p><b>Faktor yang berhubungan :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fungsional</li> <li>• Psikologi</li> <li>• Farmakologis</li> <li>• Mekanis</li> <li>• Fisiologis</li> </ul>	<p>frekuensi, bentuk, volume, dan warna.</p>	
	11. Memantau bising usus.	11. Bising usus biasanya tidak terdengar setelah prosedur pembedahan.
	12. Konsultasikan dengan dokter tentang penurunan/kenaikan frekuensi bising usus.	12. Melanjutkan rencana selanjutnya.
	13. Pantau tanda-tanda dan gejala pecahnya usus.	13. Mengetahui adanya komplikasi.
	14. Jelaskan etiologi masalah dan pemikiran untuk tindakan pasien.	14. Mengetahui penyebab pada pasien.
	15. Mendorong meningkatkan asupan cairan, kecuali dikontraindikasikan.	15. Melunakan feses dan merangsang peristaltik.
	16. Anjurkan pasien/keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja.	16. Melihat adanya perubahan.
	17. Anjurkan pasien/keluarga untuk diet serat tinggi.	17. Membantu mengembalikan fungsi usus.
	18. Ajarkan pasien/keluarga pada penggunaan yang tepat dari obat pencahar.	18. Untuk mempermudah melunakan feses.
	19. Anjurkan pasien/keluarga pada hubungan asupan diet, olahraga dan cairan sembelit/impaksi.	19. Untuk mempermudah melunakan feses.
	20. Menyarankan pasien untuk berkonsultasikan dengan dokter jika	20. Merencanakan tindakan selanjutnya.

- sembelit atau impaksi terus ada.
21. Menginformasikan pasien prosedur penghapusan manual dari tinja, jika perlu.
21. Mendeteksi dini untuk konstipasi.
22. Ajarkan keluarga tentang kerangka waktu untuk resolusi sembelit.
22. Memberi pengetahuan dasar tentang pencernaan.

Sumber: (Nurarif & Kusuma, 2016, Doenges, 2014)

j. Resiko syok

**Tabel 2.10**  
**Intervensi Resiko Syok**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko syok Definisi: beresiko terhadap ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa. <b>Faktor resiko:</b> • Hipotermi • Hipovolemi • Hipoksemia • Hipoksia • Infeksi • Sepsis • Sindrom respons inflamasi sistemik	<b>NOC</b> • <i>Syok Prevention</i> • <i>Syock Management</i> Kriteria Hasil: 1. Nadi dalam batas yang diharapkan 2. Irama jantung dalam batas yang diharapkan 3. Irama pernapasan dalam batas yang diharapkan 4. Natrium, kalium, kalsium, klorida, magnesium dan pH darah serum dalam batas normal Hidrasi • Indikator: - Mata cekung tidak ditemukan - Demam tidak ditemukan - Tekanan darah dalam batas	<b>NIC</b> <b><i>Syok Prevention</i></b> 1. Monitor status sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, ritme nadi perifer dan kapiler refill. 2. Monitor tanda inadkuat oksigenasi jaringan. 3. Monitor suhu dan pernafasan. 4. Monitor input dan output. 5. Monitor tanda awal syok. 6. Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk meningkatkan preload dengan tepat.	1. Mengidentifikasi dan efektifitas serta kebutuhan terapi. 2. Menghindari adanya hipoksemia selama perdarahan. 3. Menghindari adanya hipoksemia selama perdarahan. 4. Mengetahui tanda dari syok hipovolemik. 5. Mengetahui informasi tanda dari syok. 6. Mengurangi pengeluaran berlebihan.

- Hematokrit dalam batas normal	normal	7. Berikan cairan IV atau oral yang tepat.	7. Mengganti dan mempertahankan volume sirkulasi dan perfusi.
		8. Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok.	8. Memberikan pengetahuan dasar untuk tanda gejala syok.
		9. Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok	9. Memberikan deteksi dini untuk atasi gejala syok.
<b>Syok Management</b>			
		1. Monitor tekanan nadi.	1. Mengidentifikasi dan efektifitas serta kebutuhan terapi.
		2. Monitor status cairan input dan output.	2. Mengetahui kasar kehilangan cairan/darah.
		3. Catat gas darah arteri dan oksigen di jaringan.	3. Mengidentifikasi efektifitas serta kebutuhan terapi.
		4. Monitor EKG.	4. Digunakan untuk mengontrol perdarahan.
		5. Monitor nilai laboratorium.	5. Mengetahui perkembangan dan mengetahui efektifitas serta kebutuhan terapi.
		6. Masukkan dan memelihara besarnya kebosanan akses IV.	6. Mempertahankan volume sirkulasi dan perfusi.

Sumber: (Nurarif & Kusuma, 2016, Doenges, 2014)

#### k. Resiko perdarahan

**Tabel 2.11**  
**Intervensi Resiko Perdarahan**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko perdarahan Definsi: beresiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu	<b>NOC</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Blood Severity</i></li> <li>• <i>Blood Koagulation</i></li> </ul> <i>Lose</i>	<b>NOC</b> <b>Bleeding Precautions</b> 1. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan.	1. Mengetahui tanda dan resiko perdarahan.

kesehatan.	<b>Kriteria Hasil:</b>	2. Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, Trombosit.	2. Membantu menentukan kebutuhan penggantian darah.
<b>Faktor resiko:</b>	1. Tidak ada hematuria dan hematemsis	3. Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif.	3. Mengurangi pengeluaran darah berlebih.
• Aneurisme	2. Kehilangan darah yang terlihat	4. Kolaborasi dalam pemberian produk darah.	4. Mengefektifkan pemberian terapi.
• Sirkumsi	3. Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastol	5. Lindungi pasien dari taruma yang dapat menyebabkan perdarahan.	5. Mengerurangi pengeluaran darah berlebih.
• Defisiensi pengetahuan	4. Tidak ada perdaahan pervagina	6. Hindari pemberian aspirin dan antikoagulan.	6. Mengurangi pengeluaran darah berlebih.
• Koagulapati intravaskuler diseminata	5. Tidak ada distensi abdominal	7. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake maknana yang banyak mengandung vitamin K.	7. Asupan nutrisi untuk menggantikan output.
• Riwayat jatuh	6. Hemoglobin dan Hematokrit dalam batas normal		
• Gangguan gastrointestinal	7. Palsma, PT, PTT dalam batas normal		
• Gangguan fungsi hati			
• Koagulapati inharen			
• Komplikasi pasca partum			
• Komplikasi terkait kehamilan			
• Trauma			
• Efek samping terkait terapi			
		<b>Bleeding Reduction</b>	
		1. Identifikasi penyebab perdarahan.	1. Mengetahui penyebab perdarahan.
		2. Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, <i>pulmonary capillary/ arteri wedge pressure</i> ).	2. Mengetahui keadaan tekanan darah.
		3. Monitor status cairan yang meliputi intake dan output.	3. Mengetahui adanya tanda resiko perdarahan.
		<b>Bleeding Reduction: Wound</b>	
		1. Gunakan ice pack pada area perdarahan	1. Untuk mengurangi pengeluaran perdarahan.
		2. Lakukan <i>pressure dressing</i> (perban yang menekan pada area luka).	2. Untuk mengurangi pengeluaran perdarahan.
		3. Tinggikan ekstremitas yang	3. Membantu aliran darah mengalir

- |   |   |
|---|---|
| perdarahan.   | lambat.   |
| 4. Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan. | 4. Dapat digunakan untuk menentukan perkiraan kasar kehilangan darah. |
| 5. Intruksikan pasien untuk membatasi aktivitas.            | 5. Mengurangi adanya pengeluaran perdarahan.                          |

**Bleeding Reduction :  
Gastrointestinal**

- |   |   |
|---|---|
| 1. Observasi adanya daerah dalam sekresi cairan tubuh: emesis, feses, urin, residu lambung dan drainase luka. | 1. Kehilangan atau penggantian faktor pembekuan yang tidak adekuat. |
| 2. Monitor <i>complete blood count</i> dan leukosit.  | 2. Mengetahui perkiraan kasar kehilangan darah.                     |
| 3. Kurangi faktor stress.   | 3. Mencegah timbul perdarahan yang berlebihan.                      |
| 4. Berikan cairan intravena.  | 4. Mengganti kehilangan pada cairan/ darah.                         |

Sumber: (Nurarif & Kusuma, 2016, Doenges, 2014 )

## 1. Defisiensi Pengetahuan

**Tabel 2.12**  
**Intervensi Defisiensi Pengetahuan**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Defisiensi Pengetahuan Definisi: ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu <b>Batasan</b> <b>Karakteristik:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perilaku hiperbola</li> <li>• Ketidak akuratan mengikuti perintah</li> <li>• Ketidak akuratan melakukan tes</li> </ul>	<b>NOC</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Knowledge: Disease Process</i></li> <li>• <i>Knowledge: Health behavior</i></li> </ul> <b>Kriteria Hasil:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman kondisi, penyakit, prognosis dan program</li> </ol>	<b>NIC</b> <b>Teaching: Disease Process</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik.</li> <li>2. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan dasar pengetahuan sehingga klien dapat membuat pilihan terinformasi secara benar.</li> <li>2. Menyediakan dasar pengetahuan bagi klien.</li> </ol>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perilaku tidak tepat</li> <li>• Pengungkapan masalah</li> </ul>	2.	pengobatan Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar	3.	Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat.	3.	Berbagai penyebab berdasarkan situasi individual.
Faktor yang berhubungan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keterbatasan kognitif</li> <li>• Salah interpretasi informasi</li> <li>• Kurang pajanan</li> <li>• Kurang minat dalam belajar</li> <li>• Kurang dapat mengingat</li> <li>• Tidak familier dengan sumber informasi</li> </ul>	3.	Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang diejlaskan perawat/ tim kesehatan lainnya	4.	Sedikan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat.	4.	Informasi spesifik secara individual menciptakan dasar pengetahuan.
			5.	Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal, dengan cara yang tepat.	5.	Memberikan pemantauan yang berkelanjutan.
			6.	Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat.	6.	Membantu menetapkan dan meningkatkan pemahaman tentang informasi.

*Sumber: (Nurarif & Kusuma, 2016, Doenges 2014)*

### 2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada ibu post partum Seksio Sesarea berdasarkan nursing sistem dilihat dari tingkat ketergantungan dalam membantu pasien yaitu (Anik & Suryani, 2015):

- 1) Metode tindakan kebutuhan lainnya dengan melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhan klien karena keterbatasan klien untuk melakukan perawatan diri dan bayinya.
- 2) Metode pendampingan dengan memberikan petunjuk dan bimbingan pada klien.

- 3) Metode dukungan mental dengan memberikan dukungan fisik dan psikologis serta sosial dan lingkungan.
- 4) Metode pengajaran dengan mengajarkan sesuatu pada ibu untuk mengembangkan pengetahuan dan keterampilan.

### **2.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah hasil akhir yang diharapkan pada ibu post partum dengan tindakan Seksio Sesarea adalah mampu mempertahankan kebutuhan perawatan diri, mampu mengatasi defisit perawatan diri dan meningkatkan kemandirian. Masalah ketidaknyamanan fisik akibat Seksio Sesarea dalam kondisi ini ibu mendapatkan bantuan dari perawat dan keluarga dengan mengajarkan teknik cara mengurangi nyeri.

Dengan bantuan yang diberikan diharapkan ibu mampu melakukan perawatan dirinya dan bayinya secara mandiri sehingga ibu terhindar dari bahaya infeksi karena adanya luka operasi Sesarea serta memperlihatkan rasa nyaman (Anik & Suryani, 2015).

## **2.3 Nyeri**

### **2.3.1 Definisi**

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat

menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. Berikut pendapat beberapa ahli mengenai nyeri (Hidayat, 2009) :

1. Mc. Coffery (1979), mendefinisikan nyeri sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang yang keberadaanya diketahui hanya jika orang tersebut pernah mengalaminya.
2. Arthur C. Curton (1983), mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme produksi bagi tubuh, timbul ketika sedang dirusak dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri.

### **2.3.2 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 atau mukosa, khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati, dan kandung empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respon akibat adanya stimulasi atau rangsangan.

### **2.3.3 Klasifikasi Nyeri**

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua, yakni nyeri akut dan 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. Yang termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatis (Hidayat, 2009).

**Tabel 2.13**  
**Perbedaan Nyeri Akut dan Kronis**

<b>Karakteristik</b>	<b>Nyeri Akut</b>	<b>Nyeri Kronis</b>
Pengalaman	Satu kejadian	Satu situasi, satu 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)
Pola	Terbatas	Berlangsung terus, dapat bervariasi
Perjalanan	Biasanya berkurang setelah beberapa saat	Penderitaan meningkat setelah beberapa saat

**Sumber: (Barbara C. Long, 1989 dalam Hidayat 2009)**

#### 2.3.4 Stimulus Nyeri

Seseorang dapat menoleransi, menahan nyeri (*pain tolerance*), atau dapat mengenali jumlah stimulasi nyeri sebelum merasakan nyeri. Terdapat beberapa stimulus nyeri, diantaranya:

1. Trauma pada jaringan tubuh, misalnya karena bedah akibat terjadinya kerusakan jaringan dan iritasi secara langsung pada reseptor.

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

### 2.3.5 Teori Nyeri

Terdapat beberapa teori tentang terjadinya rangsangan nyeri, diantaranya (Barbara C. Long, 1989 dalam Hidayat, 2009) :

#### 1. Teori Pemisahan

Menurut teori ini, rangsangan sakit masuk ke medula spinalis melalui kornu dorsalis yang bersinaps di daerah posterior, kemudian naik ke *tractus lissur* dan menyilang di garis median ke sisi lainnya, dan berakhir di korteks sensoris tempat rangsangan nyeri tersebut diteruskan.

#### 2. Teori Pola

Rangsangan nyeri masuk melalui akar ganglion dorsal ke medula spinalis dan merangsang aktivitas sel T. Hal ini mengakibatkan suatu respons yang merangsang ke bagian yang lebih tinggi yaitu, korteks serebri, serta kontraksi menimbulkan

persepsi dan otot berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri.

Persepsi dipengaruhi oleh modalitas respons dari reaksi sel T.

### 3. Teori Pengendalian Gerbang

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

### 4. Teori Transmisi dan Inhibisi

Adanya stimulus pada nonreceptor 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 lambat dan endogen opiate sistem supresif.

### 2.3.6 Mekanisme Nyeri

Rangkaian proses terjadinya nyeri diawali dengan tahap transduksi, dimana hal ini terjadi ketika nosiseptor yang terletak pada bagian perifer tubuh distimulasi oleh berbagai stimulus, seperti faktor biologis, mekanisme, listrik, thermal dan radiasi.

*Fast pain* dicetuskan oleh reseptor tipe mekanis atau thermal yaitu, serabut saraf A-Delta, sedangkan *slow pain* biasanya dicetuskan oleh serabut saraf C.

Karakteristik serabut A-Delta, yaitu:

- Menghantar nyeri dengan cepat
- Bermielinasi

Karakteristik serabut C, yaitu:

- Tidak bermielinasi
- Berukuran sangat kecil
- Bersifat lamban dalam menghantarkan nyeri

Serabut A mengirim sensasi yang tajam, terlokalisasi, dan jelas dalam melokalisasi sumber nyeri dan mendeteksi intensitas nyeri. Serabut C menyampaikan impuls yang terlokalisasi (bersifat difusi), viseral, dan terus-menerus. Sebagai contoh mekanisme kerja serabut A-delta dan serabut C dalam suatu trauma adalah ketika seseorang menginjak paku, sesaat telah

kejadian orang tersebut dalam waktu kurang dari 1 detik akan merasakan nyeri yang terlokalisasi dan tajam, yang merupakan transmisi dari serabut A. Dalam beberapa detik selanjutnya, nyeri menyebar sampai seluruh kaki terasa sakit karena persarafan serabut C.

Tahap selanjutnya adalah transmisi, dimana impuls nyeri kemudian ditransmisikan serat afferen (A-delta dan C) ke medula spinalis melalui dorsal horn, dimana disini impuls akan bersinapsis di substansia gelatinosa (lamina II dan III). Impuls kemudian menyebrang keatas melalui traktus spinothalamus lateral diteruskan langsung ke thalamus tanpa singgah di formatio retikularis membawa impuls fast pain. Dibagian thalamus dan korteks serebri inilah individu kemudian dapat mempersepsikan, menggambarkan, melokalisasi, menginterpretasikan dan mulai berespon terhadap nyeri.

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



### 2.3.7 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Pengalaman nyeri pada seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya adalah:

1. Usia

Usia mempengaruhi seseorang bereaksi terhadap nyeri. Sebagai contoh anak-anak kecil yang belum dapat mengucapkan kata-kata mengalami kesulitan dalam mengungkapkan secara verbal dan mengekspresikan rasa nyerinya, sementara lansia mungkin tidak akan melaporkan nyerinya dengan alasan nyeri merupakan sesuatu yang harus mereka terima (Potter & Poerry, 2006).

2. Jenis Kelamin

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

3. Kebudayaan

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

#### 4. Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat. Sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun. Konsep ini merupakan salah satu konsep yang perawat terapkan di berbagai terapi untuk menghilangkan nyeri, seperti relaksasi, teknik imajinasi terbimbing (*guided imaginary*) dan masase, dengan memfokuskan perhatian dan konsentrasi klien pada stimulus yang lain, misalnya pengalihan pada distraksi (Fatmawati, 2011).

#### 5. Ansietas

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

#### 6. Kelemahan

Kelemahan atau keletihan meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensi dan menurunkan kemampuan koping (Fatmawati, 2011).

#### 7. Pengalaman sebelumnya

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

#### 8. Gaya Koping

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

#### 9. Dukungan Keluarga dan Sosial

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

#### 10. Makna Nyeri

Individu akan berbeda-beda dalam mempersepsikan nyeri apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan

hukuman dan tantangan. Misalnya seorang wanita yang bersalin akan mempersepsikan nyeri yang berbeda dengan wanita yang mengalami nyeri cidera kepala akibat dipukul pasangannya. Derajat dan kualitas nyeri yang dipersepsikan klien berhubungan dengan makna nyeri (Potter & Poerry, 2006).

### **2.3.8 Manajemen Nyeri**

#### **1. Pendekatan Farmakologi**

Teknik farmakologi adalah cara yang paling efektif untuk menghilangkan nyeri dengan pemberian obat-obatan pereda nyeri terutama untuk nyeri yang sangat hebat yang berlangsung selama berjam-jam atau bahkan berhari-hari. Metode yang paling umum digunakan untuk mengatasi nyeri adalah analgesik (Strong, Unruh, Wright & Baxter, 2002). Menurut Smelzer & Bare (2002), ada tiga jenis analgesik yakni:

- a) Non-narkotik dan anti inflamasi nonsteroid (NSAID): menghilangkan nyeri ringan dan sedang. NSAID dapat sangat berguna bagi pasien yang rentan terhadap efek penekanan pernafasan.
- b) Analgesik narkotik atau opiat: analgesik ini umumnya diresepkan untuk nyeri yang sedang sampai berat, seperti nyeri

pasca operasi. Efek samping dari opiad ini dapat menyebabkan depresi pernafasan, sedasi, konstipasi, mual muntah.

- c) Obat tambahan atau ajuvant (koanalgesik): ajuvant seperti sedative, anti cemas, dan relaksan otot meningkatkan kontrol nyeri atau menghilangkan gejala lain terkait dengan nyeri seperti depresei dan mual (Potter & Poerry, 2006).

## 2. Intervensi Keperawatan Mandiri (Non Farmakologi)

Intervensi keperawatan mandiri menurut Bangun & Nur'aeni (2013), merupakan tindakan pereda nyeri yang dapat dilakukan perawat secara mandiri tanpa tergantung pada petugas medis lain dimana dalam pelaksanaannya perawat dengan pertimbangan dan keputusannya sendiri. Banyak pasien dan anggota tim kesehatan cenderung untuk memandang obat sebagai satu-satunya metode untuk menghilangkan nyeri. Namun banyak aktifitas keperawatan nonfarmakologi yang dapat membantu menghilangkan nyeri, metode pereda nyeri nonfarmakologi memiliki resiko yang sangat rendah. Meskipun tindakan tersebut bukan merupakan pengganti obat-obatan.

### a) Masase dan Stimulasi Kutaneus

Masase adalah stimulasi kutaneus tubuh secara umum. Sering dipusatkan pada punggung dan bahu. Masase dapat membuat pasien lebih nyaman (Smeltzer & Bare, 2002). Sedangkan stimulasi kutaneus adalah stimulasi kulit yang dilakukan selama

3-10 menit untuk menghilangkan nyeri, bekerja dengan cara melepaskan endofrin, sehingga memblok transmisi stimulus nyeri (Potter & Perry, 2006). Salah satu teknik memberikan masase adalah tindakan masase punggung dengan usapan yang perlahan (*Slow stroke back massage*).

b) *Effleurage Massage*

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

c) Distraksi

Distraksi yang memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri dapat menjadi strategi yang sangat berhasil dan mungkin merupakan mekanisme terhadap teknik kognitif efektif lainnya. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli nyeri yang ditransmisikan ke otak (Smeltzer and Bare, 2002).

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

d) Terapi Musik

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

e) Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, yaitu dengan cara menafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan, selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi bernafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah. Teknik relaksasi nafas dalam dapat mengendalikan nyeri dengan meminimalkan aktivitas simpatik dalam system saraf otonom (Fitriani, 2013).

### 2.3.9 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 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 nyeri
- b. 1 = nyeri ringan
- c. 2 = nyeri sedang
- d. 3 = nyeri berat atau parah
- e. 4 = nyeri sangat berat
- f. 5 = nyeri hebat

#### 3. Skala wajah atau *Wong Baker Faces 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

**Gambar 2.3**

**Skala Wajah atau *Wong Baker Face***



(Sumber: Hidayat, 2009)