

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

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh :

**Ricka Rizki Ismayanti
NIM : AKX.16.180**



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

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini.

Nama : Ricka Rizki Ismayanti

NIM : AKX.16.180

Isntitusi : Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana
Bandung

Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Seksio Sesarea
Dengan Nyeri Akut di Ruangan Zade Rumah Sakit Umum
Daerah Dr. Slamet Garut.

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

Bandung, Agustus 2019

Yang Membuat Pernyataan



Ricka Rizki Ismayanti
AKX.16.180

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA
DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN ZADE
RSUD DR. SLAMET GARUT**

OLEH

RICKA RIZKI ISMAYANTI

AKX.16.180

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh panitia penguji pada tanggal seperti
tertera dibawah ini.

16 Agustus 2019

Menyetujui

Pembimbing Utama



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


Pembimbing Pendamping



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

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



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

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

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

**OLEH
RICKA RIZKI ISMAYANTI
AKX.16.180**

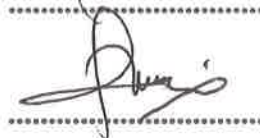
Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung pada tanggal 16 Agustus 2019

PANITIA PENGUJI

**Ketua : Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep
(Pembimbing Utama)**

Anggota :

- 1. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep
(Penguji I)**
- 2. Sri Lestari, M.Keb
(Penguji II)**
- 3. Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners
(Pembimbing Pendamping)**


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

Mengetahui,
STIKes Bhakti Kencana Bandung



Rd. Siti Juandiah, S.Kp., M.Kep
NIK: 10107064

KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANG ZADE RSUD DR SLAMET GARUT TAHUN 2019” dengan sebaik-baiknya.

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

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

1. H. Mulyana, 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. 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.
4. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.

5. Vina Vitniawati, S.Kep., Ners., M.Kep selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan Proposal Penelitian ini.
6. Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan Proposal Penelitian ini.
7. Citra Nurgali, S.Kep., Ners sebagai CI Ruang Zade Rumah Sakit Umum dr.Slamet Garut yang telah membimbing dan mengarahkan.
8. Untuk kedua orang tua tercinta yaitu Ayahanda Adang Kuswara dan Ibunda Eros Rosyani yang telah memberikan dukungan, motivasi dan do'a yang tiada henti untuk anaknya demi tercapai cita-cita dan keberhasilan penulis.
9. Kakak-kakak tercinta yang telah memberikan dukungan, motivasi dan do'a yang tiada henti untuk adiknya demi tercapai cita-cita dan keberhasilan penulis.
10. Rifa Novanty, Yani Aryani, Mila Widianti dan Astuti Santika dan teman-teman DIII Keperawatan Angkatan tahun 2016 STIKes Bhakti Kencana Bandung yang telah saling mendukung.

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

Bandung, Agustus 2019

Penulis

ABSTRAK

Latar Belakang: Angka kejadian *Sectio Caesarea* meningkat di negara berkembang, WHO menetapkan indikator persalinan SC 5-15% untuk setiap negara. Seksio Sesarea adalah persalinan melalui sayatan pada dinding abdomen dan uterus yang diambil masih utuh dengan berat janin lebih 1000 gr atau umur kehamilan lebih 28 minggu. Pada proses operasi digunakan anastesi agar pasien tidak merasakan nyeri, setelah operasi selesai pasien akan merasakan nyeri pada bagian tubuh yang mengalami pembedahan. Tindakan SC menyebabkan terjadinya perubahan kontinuitas jaringan tubuh dan perubahan fisiologis yang sangat jelas, banyak pasien *Post SC* yang mengeluh nyeri. **Tujuan:** Melakukan asuhan keperawatan pada klien *Post Seksio Sesarea* dengan nyeri akut secara komprehensif meliputi aspek biologi, psikososial dan spiritual dalam bentuk pendokumentasian. **Metode:** Studi kasus adalah suatu model yang menekankan pada eksplorasi suatu kasus secara mendetail, disertai penggalan data secara mendalam yang melibatkan beragam sumber informasi. Studi kasus dilakukan pada dua klien selama 2 hari dengan masalah keperawatan yang sama yaitu nyeri akut. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 hari terjadi perubahan terhadap respon nyeri seperti skala nyeri klien yang berkurang, skala nyeri pada klien 1 dari 6 (0-10) menjadi 3 (0-10) sedangkan pada klien 2 skala nyeri 5 (0-10) menjadi 2 (0-10). **Kesimpulan:** Asuhan keperawatan yang dilakukan dapat mengurangi respon nyeri, dilihat dari evaluasi masalah nyeri akut pada kedua klien dapat teratasi. **Diskusi:** Klien dengan masalah nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama, hal ini dipengaruhi oleh kondisi kesehatan klien sebelumnya. Sehingga perawat harus melakukan asuhan komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien.

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

Daftar Pustaka : 16 Buku (2008-2018), 6 Jurnal (2013,2015 dan 2017), 1 Website.

ABSTRACT

Background: The incidence of *Sectio Caesarea* is increasing in developing countries, WHO has set SC indicators of 5-15% for each country. Caesarean section is labor through an incision in the abdominal wall and the uterus is taken intact with a fetus weighing more than 1000 grams or a gestational age over 28 weeks. Anesthesia is used in the operation process so that the patient does not feel pain, after the operation is finished the patient will feel pain in the body part that is undergoing surgery. SC action causes changes in body tissue continuity and physiological changes that are very clear, many *Post SC* patients complain of pain. **Objective:** Conducting nursing care to clients *Post Section Sesarea* with acute pain comprehensively covers biological, psychosocial and spiritual aspects in the form of documentation. **Method:** Case study is a model that emphasizes the exploration of a case in detail, accompanied by in-depth data mining involving various sources of information. Case study was conducted on two clients for 2 days with the same nursing problem, namely acute pain. **Results:** After 2 days of nursing care there was a change in the response to pain such as a reduced client pain scale, pain scale on the client 1 from 6 (0-10) to 3 (0-10) while on the client 2 pain scale 5 (0-10) becomes 2 (0-10). **Conclusion:** Nursing care performed can reduce pain responses, seen from the evaluation of acute pain problems in both clients can be overcome. **Discussion:** Clients with acute pain problems do not always have the same response, this is influenced by the client's previous health condition. So nurses must conduct comprehensive care to deal with nursing problems on each client.

Keywords: Nursing care, acute pain, *Sectio Caesarea*

References : 16 Book (2008-2018), 6 Journals (2013,2015 and 2017), 1 Websites.

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul.....	
Lembar Pernyataan.....	i
Lembar Persetujuan.....	ii
Lembar Pengesahan	iii
Kata Pengantar	iv
Abstrak	vi
Daftar Isi.....	vii
Daftar Gambar.....	ix
Daftar Tabel	x
Daftar Bagan	xi
Daftar Lampiran	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.4 Manfaat	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Penyakit	7
2.1.1 Seksio Sesarea.....	7
2.1.2 Adaptasi Fisiologi dan Psikologi Masa Nifas	18
2.2 Konsep Nyeri	25
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan	33
2.3.1 Pengkajian	33
2.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	43
2.3.3 Intervensi Keperawatan.....	44
2.3.4 Implementasi Keperawatan	73
2.3.5 Evaluasi Keperawatan	73

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian	74
3.2 Batasan Istilah	74
3.3 Partisipan/ Respon/ Subyek Penelitian	75
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	75
3.5 Pengumpulan Data	76
3.6 Uji Keabsahan Data	77
3.7 Analisis Data	78
3.8 Etik Penulisan KTI	79

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil	83
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	83
4.1.2 Asuhan Keperawatan	83
4.1.2.1 Pengkajian	83
4.1.2.2 Diagnosa Keperawatan	99
4.1.2.3 Perencanaan	103
4.1.2.4 Implementasi	107
4.1.2.5 Evaluasi	113
4.2 Pembahasan	113
4.2.1 Pengkajian	114
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	117
4.2.3 Perencanaan	123
4.2.4 Implementasi	130
4.2.5 Evaluasi	131

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan	133
5.2 Saran	135

Daftar Pustaka

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Insisi Vertikal dan Insisi Transversal	10
Gambar 2.2 Seksio Sesarea Klasik.....	11
Gambar 2.3 Skala Penilaian Numerik.....	30
Gambar 2.4 Skala Analog Visual.....	31
Gambar 2.5 Skala Deskriptif Verbal.....	32
Gambar 2.6 Skala Nyeri Wajah	32

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas	45
Tabel 2.2 Intervensi Nyeri Akut	48
Tabel 2.3 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi	52
Tabel 2.4 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI	54
Tabel 2.5 Intervensi Gangguan Eliminasi	56
Tabel 2.6 Intervensi Gangguan Pola Tidur	58
Tabel 2.7 Intervensi Resiko Infeksi	59
Tabel 2.8 Intervensi Perawatan Diri.....	63
Tabel 2.9 Intervensi Konstipasi.....	65
Tabel 2.10 Intervensi Resiko Syok	68
Tabel 2.11 Intervensi Resiko Pendarahan.....	70
Tabel 2.12 Intervensi Defisit Pengetahuan	72
Tabel 4.1 Identitas Klien	83
Tabel 4.2 Identitas Penanggung Jawab	84
Tabel 4.3 Riwayat Penyakit	84
Tabel 4.4 Riwayat Ginekologi	85
Tabel 4.5 Riwayat Obstetri	86
Tabel 4.6 Perubahan Aktivitas Sehari-hari	87
Tabel 4.7 Pemeriksaan fisik	88
Tabel 4.8 Pemeriksaan fisik bayi	91
Tabel 4.9 Data Psikologi	93
Tabel 4.10 Data Sosial	94
Tabel 4.11 Kebutuhan Bounding Attachment.....	94

Tabel 4.12 Kebutuhan Pemenuhan Seksual	94
Tabel 4.13 Data Spiritual	94
Tabel 4.14 Pengetahuan tentang Perawatan Diri	95
Tabel 4.15 Hasil Laboratorium	95
Tabel 4.16 Rencana Pengobatan	96
Tabel 4.17 Analisa Data	97
Tabel 4.18 Diagnosa Keperawatan	99
Tabel 4.19 Intervensi.....	103
Tabel 4.20 Implementasi.....	107
Tabel 4.21 Evaluasi.....	113

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Patofisiologi Seksio Sesarea	13
Bagan 2.2 Penatalaksanaan Seksio Sesarea	17

DAFTAR ISI LAMPIRAN

Lampiran I	: Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran II	: Lembar Observasi
Lampiran III	: Jurnal
Lampiran IV	: Lembar Konsultasi KTI
Lampiran V	: Satuan Acara Penyuluhan (SAP)
Lampiran IV	: Leaflet

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Metode persalinan ialah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Secara umum metode persalinan dapat dibagi menjadi dua yaitu persalinan normal (pervaginam) dan persalinan *Sectio Caesarea* (SC). Persalinan SC adalah persalinan melalui sayatan pada dinding abdomen dan uterus yang diambil masih utuh dengan berat janin lebih 1000 gr atau umur kehamilan lebih 28 minggu. Keputusan untuk melakukan persalinan seksio sesarea diharapkan dapat menjamin turunnya tingkat morbiditas dan mortalitas. SC digunakan di mana persalinan pervaginam tidak mungkin dilakukan atau memiliki resiko tinggi terhadap ibu dan bayi, seperti faktor dari ibu yaitu panggul yang sempit, faktor dari janin yang letaknya lintang, tidak cukup ruang bagi janin untuk melalui vagina, dan kelainan pada janin seperti berat badan janin melebihi 4000 gram (National Institute of Health, 2012).

Menurut *World Health Organization* (WHO) 2015, angka kejadian *Sectio Caesarea* (SC) meningkat di negara-negara berkembang. WHO menetapkan indikator persalinan SC 5-15% untuk setiap negara, jika tidak sesuai indikasi operasi SC dapat meningkatkan resiko morbiditas (kesakitan) dan mortalitas (jumlah kematian) pada ibu dan bayi. Data dari hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013, menunjukkan bahwa kejadian

persalinan dengan tindakan SC di Indonesia mencapai 9,8% dari jumlah persalinan. Sedangkan di Jawa Barat angka kejadian SC di rumah sakit pemerintah sekitar 15-21% sedangkan di rumah sakit swasta sekitar 24-27% dari total persalinan tahun 2012 (Dinkes Jabar, 2012). Selain itu, berdasarkan data dari rekam medik RSUD Dr.Slamet Garut angka kejadian dari operasi Seksio Sesarea pada Bulan Januari-Desember 2018 adalah 1423 kasus atau 26 % . Dan jumlah Operasi Seksio Sesarea di ruang Zade di bulan Januari – Desember 2018 tercatat sebanyak 537 kasus atau 37,7% (Rekam Medik RSUD Dr.Slamet,2018).

Adapun masalah keperawatan yang dapat terjadi pada ibu post partum dengan tindakan Seksio Sesarea dapat berupa aktual, resiko maupun potensial, yaitu : Nyeri, kurang perawatan diri dan bayi, resiko terjadinya infeksi, cemas berhubungan dengan status kesehatan,ketidaknyamanan terhadap situasi lingkungan dan peningkatan pemberian ASI eksklusif (Anik dan Suryani,2015).

Tindakan SC menyebabkan terjadinya perubahan kontinuitas jaringan tubuh. Pada proses operasi digunakan anastesi agar pasien tidak merasakan nyeri, namun setelah operasi selesai dan pasien mulai sadar akan merasakan nyeri pada bagian tubuh yang mengalami pembedahan. Nyeri yang dirasakan ibu post sectio caesarea berasal dari luka yang terdapat dari perut (Sjamsuhidajat, 2005 dalam Fitriana, 2008). Tidak ada dua individu mengalami nyeri yang sama dan tidak ada dua kejadian nyeri yang sama

menghasilkan sensasi nyeri atau respon nyeri yang identik sama pada seorang individu karena nyeri bersifat subjektif (Perry & Potter, 2010).

Perubahan fisiologis yang terjadi sangat jelas banyak pasien *sectio caesarea* yang mengeluh rasa nyeri dibekas jahitan sesar. Tingkat dan keparahan nyeri pasca operatif tergantung pada fisiologis dan psikologis individu dan toleransi yang ditimbulkan nyeri (Brunner & Suddart, 2002). Keluhan ini sebenarnya wajar karena tubuh mengalami luka dan poses penyembuhannya tidak sempurna. Dampak nyeri yang spesifik yaitu seperti pengaruh terhadap pola tidur, pola makan, energi, aktifitas keseharian (Muttaqin, 2008). Yang perlu diwaspadai adalah jika nyeri itu disertai dengan komplikasi setelah pembedahan seperti luka jahitan yang tidak menutup, infeksi pada luka operasi, dan gejala lain yang berhubungan dengan jenis pembedahan (Potter & Milla Fitri Perry, 2005). Nyeri biasanya terjadi pada 12 sampai 36 setelah pembedahan, dan menurun pada hari ketiga (Kozier, 2004).

Dalam hal ini peran perawat sangat penting dalam merawat pasien post seksio sesarea antara lain sebagai pemberi pelayanan kesehatan, pengorganisasian pelayanan kesehatan yang khususnya adalah sebagai pemberi asuhan keperawatan yang komprehensif meliputi bio-psiko-sosio-spiritual. Dan salah satu cara mengatasi nyeri post seksio sesarea dapat melalui tindakan kolaboratif perawat dengan tim kesehatan lainnya.

Untuk mengatasi masalah tersebut, maka perawat harus melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif meliputi bio-psiko-sosio-spiritual.

Oleh karena itu, penulis tertarik untuk melakukan Asuhan Keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea melalui penyusunan karya tulis ilmiah (KTI) yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANG ZADE RSUD DR. SLAMET GARUT TAHUN 2019”.

1.2 Rumusan Masalah

“Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Klien Post Seksio Sesarea dengan masalah nyeri akut di Ruang Zade RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2019?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu melakukan asuhan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan nyeri akut di Ruang Zade RSUD Dr. Slamet Garut 2019, secara komprehensif meliputi aspek biologi, psikososial dan spiritual dalam bentuk pendokumentasian.

1.3.2 Tujuan Khusus

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

- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan nyeri akut di Ruang Zade RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2019.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan nyeri akut di Ruang Zade RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2019.
- e. Melakukan evaluasi pada klien Post Seksio Sesarea dengan nyeri akut di Ruang Zade RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2019.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil dari penelitian ini dapat menjadi landasan dalam pengembangan media pembelajaran keperawatan atau penerapan media pembelajaran keperawatan secara lebih lanjut. Selain itu juga menjadi nilai pengetahuan ilmiah dalam bidang kesehatan di Indonesia.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Perawat

Perawat dapat meningkatkan pelayanan keperawatan yang tepat pada klien Post Seksio Sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut.

b. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan dan menambah referensi dalam upaya meningkatkan mutu dan pelayanan bagi pasien khususnya

pada klien Post Seksio Sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai tolak ukur mahasiswa dalam melaksanakan dan membuat asuhan keperawatan sehingga menjadikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini sebagai sumber kepustakaan dalam pembuatan karya tulis selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP PENYAKIT

2.1.1 Seksio Sesarea

2.1.1.1 Definisi Seksio Sesarea

Seksio Sesarea adalah melahirkan janin dengan cara proses pembedahan dengan membuka dinding perut dan dinding uterus dalam waktu sekitar kurang lebih enam minggu organ-organ reproduksi akan kembali pada keadaan tidak hamil (Cunningham, 2005 dalam Suryani dan Anik, 2015).

Seksio Sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Amru sofian, 2012 dalam Nurarif & Kusuma, 2015).

Seksio Sesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus persalinan buatan, sehingga janin dilahirkan melalui perut dan dinding rahim agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat (Harnawati, 2008 dalam Maryunani, Anik 2014).

Dari beberapa pengertian diatas, maka dapat disimpulkan bahwa Seksio Sesarea adalah cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding abdomen dan uterus, sehingga janin dilahirkan melalui abdomen.

2.1.1.2 Anatomi Fisiologi Abdomen dengan Seksio Sesarea

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

a. Insisi Abdomen

1) dalam insisi abdomen, perawat perlu memiliki pengetahuan tentang lapisan dinding perut, yang diuraikan singkat sebagai berikut :

- a) Kulit
- b) Jaringan Subkutan
- c) Fasia Scarpa (membatasi diantara dua jaringan subkutan)
- d) Otot dinding perut : m.oblikus eksternu
- e) M.oblikus internus
- f) Fasia transversalis
- g) Jaringan preperitoneal
- h) Jaringan Preperitoneum
- i) Jaringan peritoneum
- j) Peritoneum pariatale (De Jong,2005 dalam Maryunani,Anik 2014).

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

a) Insisi vertikal:

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

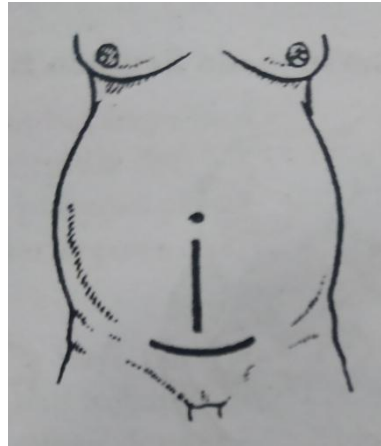
Pembebasan secara tajam dilakukan sampai ke level vagina m.rektus abdominis lamina anterior, yang dibebaskan dari lemak subkutis untuk memperlihatkan sepotong fascia digaris tengah dengan lebar sekitar 2 cm. Fasia transversalis dan lemak praperitonum dibebaskan secara hati-hati untuk mencapai peritoneum dibawahnya. Peritoneum yang terletak dekat dengan ujung atas insisi dibuka secara hati-hati (Maryunani, Anik 2014).

b) Insisi transversal/lintang

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

dipotong secara melintang sesuai panjang insisi (Maryunani, Anik 2014).

Gambar 2.1
Insisi Vertikal dan Insisi Transversal



Sumber : Santoso & Muliawan (2010)

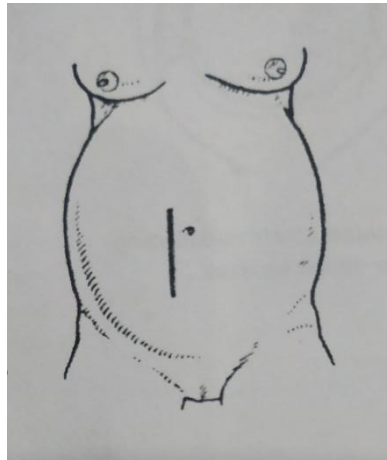
3) Seksio Sesarea Klasik

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

- a. Beberapa kasus plasenta previa dengan bentuk segmen bawah uterus yang buruk.
- b. Letak transversal atau tidak stabil dengan segmen bawah uterus tidak berbentuk sempurna.

- c. Mioma yang mengubah bentuk uterus
- d. Jika ahli bedah tidak berpengalaman dan melakukan operasi dalam keadaan darurat (Santoso & Muliawan, 2010)

Gambar 2.2
Seksio Sesarea Klasik



Sumber : Santoso & Muliawan (2010)

4) Teknik Seksio Sesarea Transperitoneal Profunda

Pada dinding perut dibuat insisi mediana mulai dari atas simfisis sampai di bawah umbilikus, lapis demi lapis sehingga kavum peritonei terbuka. Dalam rongga perut disekitar rahim dilingkari dengan kassa laparotomi. Insisi dibuat pada segmen bawah rahim 1cm di bawah irisan plika vesikouterinatadi secara tajam dengan pisau bedah ± 2 cm, kemudian diperlebar melintang secara tumpul dengan kedua jari telunjuk operator. Arah insisi pada segmen pada segmen bawah rahim dapat melintang (transversal) sesuai cara Kerr, atau membujur (sagital) sesuai cara Kroning (Hanifa, Wiknjosastro el al,2010).

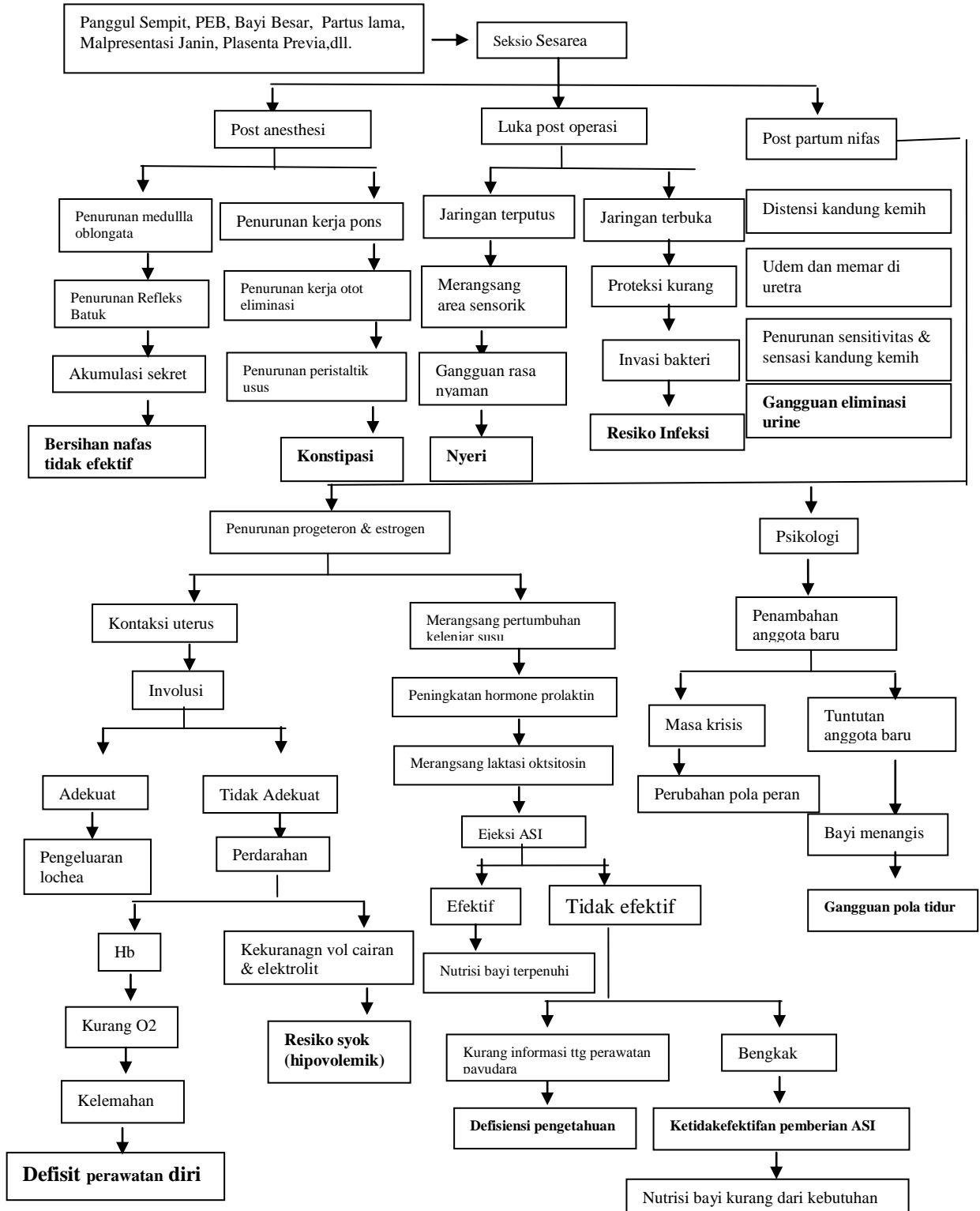
2.1.1.3 Patofisiologi Seksio Sesarea

Adanya beberapa hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal, misalnya plasenta previa, panggul sempit, *Cephalopelvik Disproportion*, ruptur uteri. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *Sectio Caesarea* (SC).

Dalam proses operasinya dilakukan tindakan anestesi yang akan menyebabkan pasien mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Efek anestesi juga dapat menimbulkan otot relaksasi dan menyebabkan konstipasi. Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan, dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansietas pada pasien. Selain itu, dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf - saraf di sekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri (nyeri akut).

Setelah proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post SC, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi. Setelah kelahiran bayi prolaktin dan oksitosin meningkat menyebabkan efeksi ASI, efeksi ASI yang tidak adekuat menimbulkan masalah ketidakefektifan pemberian ASI pada bayi (Chapman & Charles, 2013).

Bagan 2.1
Patofisiologi Seksio Sesarea



Sumber : (Nurarif & Kusuma,2015)

2.1.1.4 Etiologi Seksio Sesarea

1. Etiologi yang berasal dari ibu
 - a. Proses persalinan normal yang lama atau kegagalan proses persalinan normal (dystosia).
 - b. Detak jantung janin melambat (fetal distress).
 - c. Komplikasi pre-eklamsi.
 - d. Ibu menderita herpes.
 - e. Putusnya tali pusat.
 - f. Resiko luka parah pada rahim.
 - g. Bayi dalam posisi sungsang, letak lintang.
 - h. Bayi besar.
 - i. Masalah plasenta seperti plasenta previa.
 - j. Pernah mengalami masalah pada penyembuhan perineum, distosia, seksio sesarea berulang.
 - k. presentasi bokong hipertensi akibat kehamilan (pregnancy-induced hypertension).
 - l. Kelainan plasenta dan malpresentasi misalnya presentasi bahu.
2. Etiologi yang berasal dari janin
 - a. Gawat janin.
 - b. Prolapsus funikuli (tali pusat menumpang).
 - c. Primigravida tua.
 - d. Kehamilan dengan diabetes mellitus.
 - e. Infeksi intra partum.

- f. Kehamilan kembar.
- g. Kehamilan dengan kelainan congenital.
- h. Anomali janin misalnya hidrosefalus. (Suryani dan Anik,2015)

2.1.1.5 Komplikasi Seksio Sesarea

Komplikasi utama persalinan seksio sesarea adalah kerusakan organ-organ seperti vesika urinaria dan uterus saat dilakukan operasi dan komplikasi yang berhubungan dengan anastesi, perdarahan, infeksi dan tromboemboli. Kematian ibu lebih besar pada persalinan seksio sesarea dibandingkan persalinan pervaginam. (Rasjidi, 2009 dalam Suyani & Anik,2015)

Sedangkan Lefier (2012) dalam Hartati&Anik (2015) menyatakan bahwa komplikasi pada ibu yang dilakukan seksio sesarea yaitu:

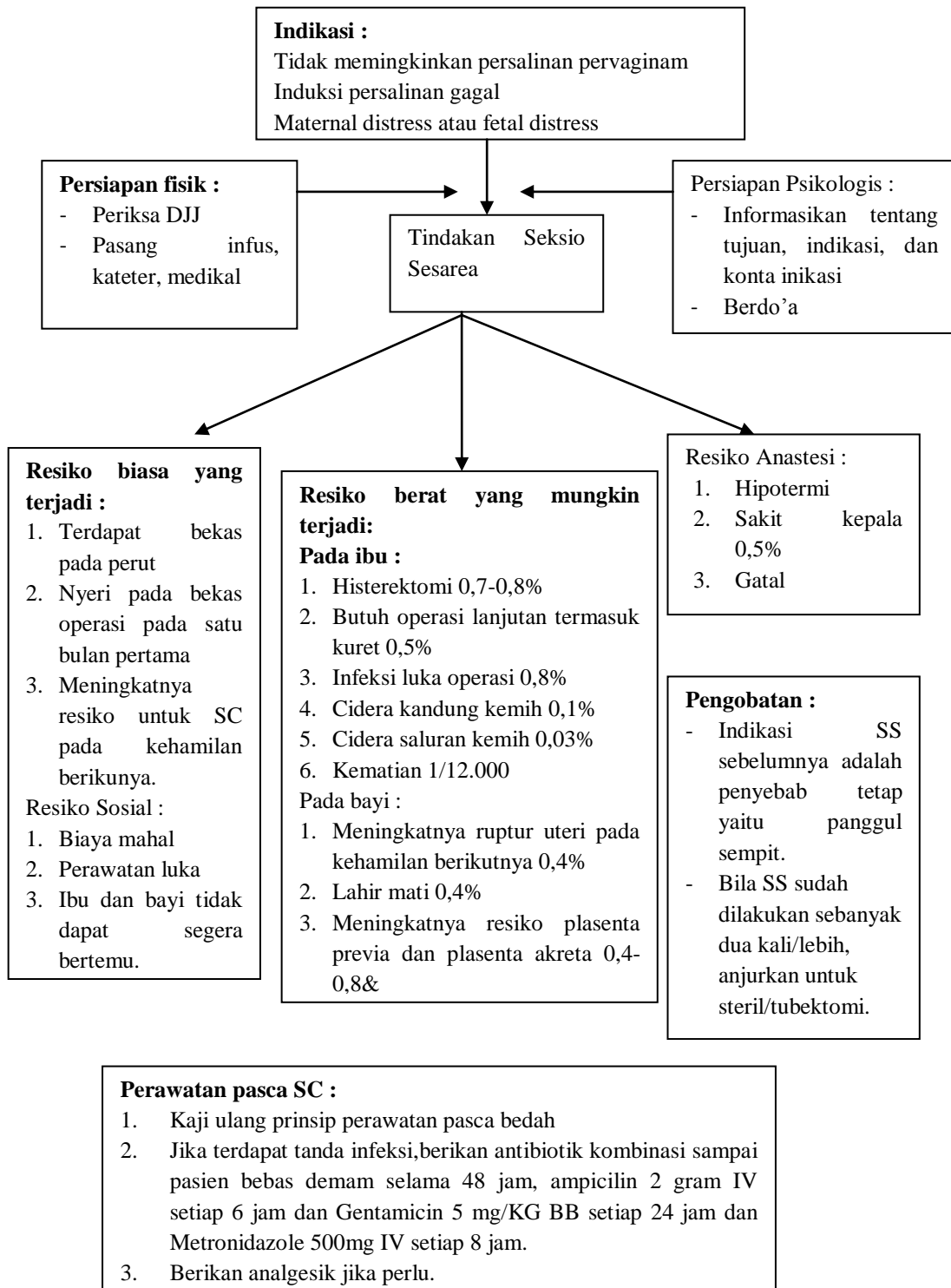
- a. Terjadinya aspirasi
- b. Emboli pulmonal
- c. Perdarahan, yang jumlahnya banyak yang timbul pada waktu pembedahan jika cabang arteri uterine ikut terbuka, atau karena atonia uteri (Maryunani Anik,2014).
- d. Infeksi Urinaria
- e. Injuri pada bladder
- f. Thrombophlebitis
- g. Infeksi pada luka operasi

- h. Komplikasi yang berhubungan dengan efek anastesi serta terjadinya injury
- i. Masalah respirasi pada fetal

2.1.1.6 Penatalaksanaan Seksio Sesarea

- a. Perdarahan dari vagina harus dipantau dengan cermat
- b. *Fundus Uteri* harus sering dipalpasi untuk memastikan bahwa uterus tetap berkontraksi dengan kuat
- c. Analgesia diberikan
- d. Periksa aliran darah uterus paling sedikit 30ml/jam
- e. Pemeberian cairan intra vaskuler, 3 liter cairan biasanya memadai untuk 24 jam pertama setelah pembedahan
- f. *Ambulansi*, satu hari setelah pembedahan klien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan orang lain
- g. Perawatan luka pada hari ke-3 tiap hari diperiksa kondisi balutan
- h. Pemeriksaan laboratorium, hematokrit diukur pagi setelah pembedahan untuk memastikan perdarahan pasca operasi atau mengisyaratkan *hipovolemia*.
- i. Mencegah infeksi *pasca operasi*, antibiotik, setelah janin lahir.
(Maryunani Anik,2014)

Bagan 2.2 Penatalaksanaan Seksio Sesarea



Sumber : (Suryani dan Anik,2015)

2.1.1.7 Pemeriksaan Penunjang sebelum Seksio Sesarea

- a. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- b. Pemantauan EKG
- c. Jumlah Darah Lengkap dengan diferensial
- d. Elektrolit
- e. Hemoglobin/Hematokrit
- f. Golongan darah
- g. Urinalisis
- h. Amnionsentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- i. pemeriksaan thoraks sesuai indikasi
- j. Ultrasound sesuai pesanan. (Tucker,Susan Martin,1998 dalam Nurarif & Kusuma,2015).

2.1.2 Adaptasi Fisiologis dan Psikologis Masa Nifas

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Sitti Saleha , 2009 dalam Nurjanah ,2013).

Masa Nifas atau puerperium adalah masa yang dimulai setelah melahirkan setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, dimana masa ini berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Maryunani,2009).

2.1.2.1 Tahapan Masa Nifas

- a. Puerperium dini (*immediate puerperium*) yaitu pemulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (waktu 0-24 jam post partum).
- b. Puerperium intermedial (*early puerperium*) yaitu suatu masa dimana pemulihan dari organ-organ reproduksi secara menyeluruh selama kurang lebih 6-8 minggu.
- c. Remote puerperium (*later puerperium*) yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan yang sempurna secara bertahap terutama jika selama masa kehamilan dan persalinan ibu mengalami komplikasi, waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, bulan bahkan tahun.

2.1.2.2 Perubahan Fisiologis pada Masa Nifas

a. Sistem Reproduksi

1) Uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses yang menyebabkan uterus kembali pada posisi semula seperti sebelum hamil dengan bobot hanya 60 gram. Involusi uterus juga dikatakan sebagai proses kembalinya uterus pada keadaan semula atau keadaan sebelum hamil. Proses involusi adalah sebagai berikut:

- a) Autolisis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterin.

b) Terdapat *Polymorph phagolitik* dan *macrophages* di dalam sistem *cardiovaskuler* dan sistem limfatik.

c) Efek oksitosin (cara bekerjanya oksitosin), penyebab kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan mengompres pembuluh darah yang menyebabkan kurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan .

d) Lochea

Adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea berasal dari pengelupasan desidua.

1) Lochea Rubra : berwarna merah tua berisi darah dari perobekan /luka pada plasenta dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua dan korion, verniks kaseosa, laguno, sisa darah dan mekonium, selama 3 hari postpartum.

2) Lochea Sanguinolenta : berwarna kecoklatan berisi darah dan lendir, hari 4-7 post partum.

3) Lochea Serosa : berwarna kuning, berisi cairan lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta, pada hari ke 7-14 post partum.

- 4) Lochea Alba : cairan putih berisi leukosit, berisi selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati setelah 2 minggu sampai 6 minggu post partum.
 - 5) Lochea Purulenta : terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
 - 6) Lochea Stasis : lochea tidak lancar keluarnya atau tertahan.
- e) Serviks
- Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan membuka seperti corong.
- f) Vulva dan Vagina
- Mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur.
- g) Perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju.
- h) Payudara
- Perubahan pada payudara dapat meliputi :
- 1) Penurunan kadar progesteron secara cepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan.
 - 2) Kolostrum sudah ada saat persalinan, produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke -3 setelah persalinan.

- 3) Payudara mulai besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.

(Nurjanah et al, 2013)

b. Perubahan Sistem Perkemihan

Pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca-melahirkan kadar steroid menurun hingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu 1 bulan setelah wanita melahirkan. Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan.

c. Sistem Kardiovaskuler

1) Komponen darah

Pada ibu pasca persalinan, nilai Hemoglobin (Hb) dan Hematokrit (Ht) normal atau turun sedikit tetapi leukosit meningkat antara 15.000-30.000.

2) Volume Darah

Kehamilan menyebabkan hipervolume (\pm 40% lebih besar dari nilai keadaan sebelum hamil). Selama persalinan per vaginam pada janin tunggal, kehilangan darah bisa sebanyak dua kali lipat.

3) Curah Jantung

Pada kehamilan rata-rata nadi, stroke volume, dan curah jantung meningkat. Setelah persalinan, secara tiba-tiba nadi, stroke volume, dan curah jantung meningkat mengalir ke uteroplasenta

dan berkeliling, kemudian curah jantung kembali ke sirkulasi umum. Dengan kata lain, curah jantung akan meningkat lebih tinggi lagi selama 30-60 menit karena darah yang melintasi plasenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum.

d. Sistem Gastrointestinal

Penggunaan tenaga pada kala 1 persalinan, menurunkan tonus otot-otot abdomen yang juga merupakan faktor predisposisi terjadinya kontasepsi pada ibu pasca partum. Fungsi usus besar akan kembali normal pada akhir minggu pertama dimana nafsu makan mulai bertambah dan pemasukan cairan juga bertambah dan rasa tidak nyaman pada perineum sudah menurun.

e. Sistem Endokrin

- 1) Mengalami perubahan secara tiba-tiba selama kala IV persalinan
- 2) Mengikuti lahirnya plasenta

f. Abdomen

Abdomen menonjol keluar pada hari pertama sesudah melahirkan, 2 minggu pertama melahirkan dinding abdomen relaksasi \pm 6 minggu keadaan abdomen seperti sebelum hamil.

g. Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot abdomen secara bertahap melebar atau melonggar selama kehamilan, menyebabkan pengurangan tonus otot yang akan jelas terlihat pada periode pascapartum, abdomen sering menjadi sangat lunak dan lemah. Senam nifas dianjurkan untuk memulihkan keadaan

ini. Dengan kata lain, setelah persalinan tonus otot abdominal akan menurun menyebabkan perut menjadi lembek dan kendur. Tonus dan kekuatan otot akan pulih dalam waktu 6-8 minggu. Tromboplebitis dapat terjadi karena aktivitas yang kurang dan adanya peningkatan protrombin.

h. Sistem Integumen

Kloasma gravidarum biasanya tidak akan terlihat pada akhir kehamilan. Hiperpigmentasi pada aerola dan linea nigra mungkin belum hilang sempurna sesudah melahirkan (Maryunani, Anik 2010).

2.1.2.3 Perubahan Psikologis pada Masa Nifas

a. Masa *Taking In* (Fokus pada diri sendiri)

Masa ini terjadi 1-3 hari pasca persalinan, ibu yang baru akan melahirkan akan bersikap pasif dan sangat bergantung pada dirinya (trauma), segala energinya difokuskan pada kekhawatiran tentang badannya (Nurjanah et al, 2013).

b. Masa *Taking On* (Fokus pada bayi)

Masa ini terjadi 3-10 hari pasca persalinan, ibu menjadi khawatir akan kemampuan merawat bayi dan menerima tanggung jawabnya sebagai ibu dalam merawat bayi semakin besar. Ibu berupaya untuk menguasai keterampilan perawatan bayinya (Nurjanah et al, 2013).

c. Masa *Letting Go* (Fase Mandiri)

Fase ini berlangsung antara 2-4 minggu setelah persalinan ketika ibu mulai menerima peran barunya (Nurbaeti et al, 2013). Ibu mengambil

langsung tanggung jawab dalam merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan tuntutan ketergantungan bayinya dan terhadap interaksi sosial (Nurjanah et al,2013).

2.2 KONSEP NYERI

2.2.1 Definisi Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial atau yang digambarkan dalam bentuk kerusakan tersebut. Nyeri adalah suatu pengalaman sensorik yang multidimensional. Fenomena ini dapat berbeda dalam intensitas (ringan, sedang, berat), kualitas (tumpul, seperti terbakar, tajam), durasi (transien, intermiten, persisten), dan penyebaran (superfisial atau dalam, terlokalisir atau difus). Meskipun nyeri adalah suatu sensasi, nyeri memiliki komponen kognitif dan emosional, yang digambarkan dalam suatu bentuk penderitaan. Nyeri juga berkaitan dengan reflex menghindar dan perubahan output otonom (Meliala, 2004 dalam jurnal Baharudin Mochamad, 2017).

Nyeri merupakan pengalaman yang subjektif, sama halnya saat seseorang mencium bau harum atau busuk, mengecap manis atau asin, yang kesemuanya merupakan persepsi panca indera dan dirasakan manusia sejak lahir. Walau demikian, nyeri berbeda dengan stimulus panca indera, karena stimulus nyeri merupakan suatu hal yang berasal dari kerusakan jaringan atau yang berpotensi menyebabkan kerusakan jaringan (Meliala, 2004 dalam jurnal Baharudin Mochamad 2017).

2.2.2 Klasifikasi Nyeri

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

a. *Nyeri Akut*

Nyeri akut merupakan nyeri yang muncul secara mendadak, biasanya membuat diri menjadi terbatas dan terlokalisasi. Penyebab nyeri akut umumnya dapat diidentifikasi (saya tersandung dan pergelangan kaki saya terkir, sekarang sakit sekali). Nyeri akut biasanya mendadak, paling sering terjadi akibat cedera jaringan karena trauma, pembedahan atau inflamasi. Nyeri biasanya tajam dan terlokalisasi, meskipun dapat menjalar. Penyembuhan jaringan mengurangi nyeri. (LeMone, 2016).

b. *Nyeri Kronis*

Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama, yaitu lebih dari enam bulan. Yang termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatis. Nyeri ini merupakan nyeri yang memanjang, atau nyeri yang menetap setelah kondisi yang menyebabkan nyeri tersebut hilang meskipun penyebabnya dapat diidentifikasi (arthritis, kanker, neuropati diabetik). Pada kasus lain, ketidakseimbangan mekanisme modulasi nyeri diyakini sebagai penyebab nyeri yang terus-menerus. Ketidakseimbangan ini dapat berhubungan dengan perubahan sistem

saraf perifer, seperti peningkatan sensitivitas neuron terhadap stimulus (ambang batas nyeri yang lebih rendah) atau generasi impuls spontan akibat kerusakan neuron, perubahan pada radiks dorsalis, medula spinalis dan otak juga mempengaruhi modulasi nyeri. Stimulus yang berulang pada saraf perifer menyebabkan peningkatan respon elektrik yang progresif pada sistem saraf pusat (SSP), mengakibatkan nyeri yang lebih kuat dan lama (LeMone, 2016).

2.2.3 Fisiologi Nyeri

Mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multipel yaitu nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotip, sensitisasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi. Antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat proses tersendiri : transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi.

1. Transduksi adalah suatu proses dimana akhiran saraf aferen menerjemahkan stimulus (misalnya tusukan jarum) ke dalam impuls nosiseptif. Ada tiga tipe serabut saraf yang terlibat dalam proses ini, yaitu serabut A-beta, A-delta, dan C. Serabut yang berespon secara maksimal terhadap stimulasi non noksius dikelompokkan sebagai serabut penghantar nyeri, atau nosiseptor. Serabut ini adalah A-delta dan C. Silent nociceptor, juga terlibat dalam proses transduksi, merupakan serabut saraf aferen yang tidak berespon terhadap stimulasi eksternal tanpa adanya mediator inflamasi.

2. Transmisi adalah suatu proses dimana impuls disalurkan menuju kornu dorsalis medula spinalis, kemudian sepanjang traktus sensorik menuju otak. Neuron aferen primer merupakan pengirim dan penerima aktif dari sinyal elektrik dan kimiawi. Aksonnya berakhir di kornu dorsalis medula spinalis dan selanjutnya berhubungan dengan banyak neuron spinal.
3. Modulasi adalah proses amplifikasi sinyal neural terkait nyeri (pain related neural signals). Proses ini terutama terjadi di kornu dorsalis medula spinalis, dan mungkin juga terjadi di level lainnya. Serangkaian reseptor opioid seperti mukappa, dan delta dapat ditemukan di kornu dorsalis. Sistem nosiseptif juga mempunyai jalur descending berasal dari korteks frontalis, hipotalamus, dan area otak lainnya ke otak tengah (midbrain) dan medula oblongata, selanjutnya menuju medula spinalis. Hasil dari proses inhibisi descendens ini adalah penguatan, atau bahkan penghambatan (blok) sinyal nosiseptif di kornu dorsalis.
4. Persepsi nyeri adalah kesadaran akan pengalaman nyeri. Persepsi merupakan hasil dari interaksi proses transduksi, transmisi, modulasi, aspek psikologis, dan karakteristik individu lainnya. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga

Nociceptor. Secara anatomis, reseptor nyeri (nociceptor) ada yang bermielin dan ada juga yang tidak bermielin dari syaraf aferen. (Bahrudin Mochamad, 2017).

2.2.4 Reseptor Nyeri

Munculnya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah *nociceptor*, yang merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki myelin yang tersebar pada kulit mukosa, khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati, dan kandung empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respons akibat adanya stimulasi atau rangsangan (Bahrudin Mochamad, 2017).

2.2.5 Stimulus Nyeri

Seseorang dapat mentoleransi, menahan nyeri (*pain tolerance*), atau dapat mengenali jumlah stimulus nyeri sebelum merasakan nyeri (*pain threshold*). Ada beberapa jenis stimulus nyeri menurut Alimul (2006), diantaranya adalah :

1. Trauma pada jaringan tubuh, misalnya karena bedah akibat terjadinya kerusakan jaringan dan iritasi secara langsung pada reseptor
2. Gangguan pada jaringan tubuh, misalnya karena edema akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri
3. Tumor, dapat juga menekan pada reseptor nyeri
4. Iskemia pada jaringan, misalnya terjadi blokade pada arteria koronaria yang menstimulasi reseptor nyeri akibat tertumpuknya asam laktat

5. Spasme otot.

2.2.6 Pengukuran Intensitas Nyeri

Nyeri merupakan masalah yang sangat subjektif yang dipengaruhi oleh psikologis, kebudayaan dan hal lainnya, sehingga mengukur intensitas nyeri merupakan masalah yang relatif sulit. Ada beberapa metoda yang umumnya digunakan untuk menilai intensitas nyeri, antara lain :

a) Skala Numerik (*Numerical Rating Scale, NRS*)

Skala numerik (*Numerical Rating Scale, NRS*) digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini pasien meninalai nyeri dengan skala 0 sampai 10 angka 0 diartikan kondisi klien tidak merasakan nyeri, angka 10 mengidentifikasikan nyeri yang sangat hebat yang dirasakan klien. Skala ini efektif digunakan untuk mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik. Sebagai contoh: pada hari pertama operasi klien mengatakan skala nyeri yang ia rasakan pada angka 8, kemudian hari kedua post operasi saat dilakukan pengkajian klien melaporkan adanya penurunan nyeri yang ia rasakan pada angka 4.

Gambar 2.3
Skala nyeri



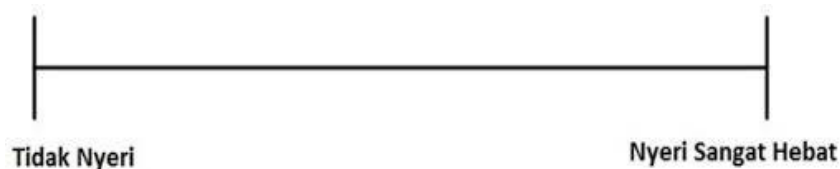
Sumber : Prasetyo, 2010

b) Skala Analog Visual (*Visual Analog Scale, VAS*)

Skala Analog Visual (*Visual Analog Scale, VAS*) merupakan suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsian verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberikan kebebasan penuh pada pasien untuk mengidentifikasi kebebasan penuh pada pasien untuk mengidentifikasikan tingkat keparahan nyeri yang ia rasakan. Skala Analog Visual merupakan pengukur keparahan nyeri yang lebih sensitif karena pasien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian dari pada dipaksa memilih satu kata atau satu angka (McGuire, 1984 dalam Prasetyo, 2010).

Gambar 2.4

Skala Analog Visual (VAS)



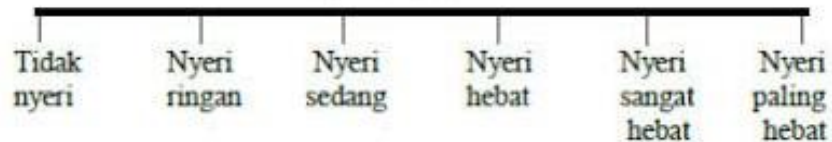
Sumber : Prasetyo, 2010

c) Skala Deskriptif Verbal (*Verbal Descriptor Scale, VDS*)

Skala Deskriptif Verbal merupakan salah satu alat ukur tingkat keparahan yang lebih bersifat objektif. Skala Deskriptif Verbal ini merupakan sebuah garis yang terdiri dari beberapa kalimat pendeskripsi yang tersusun dalam jarak yang sama sepanjang garis. Kalimat pendeskripsian ini diranking dari tidak ada nyeri sampai

nyeri paling hebat. Perawat menunjukkan skala tersebut untuk menunjukkan intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan.

Gambar 2.5
Skala Deskriptif Verbal



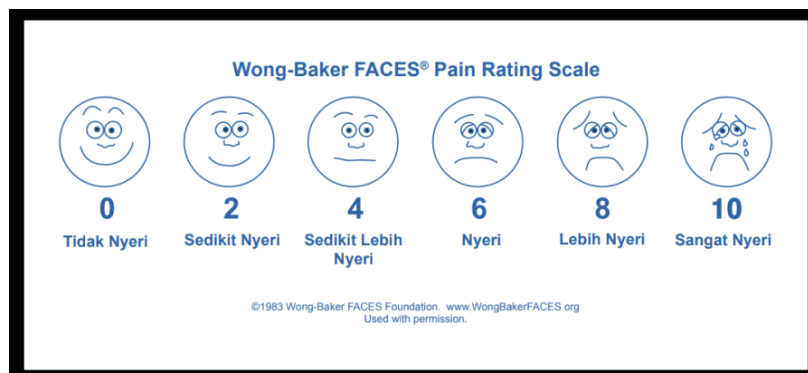
Sumber : Prasetyo, 2010

d) Skala nyeri wajah

Wong dan Baker (1988) juga mengembangkan skala wajah untuk mendeskripsikan nyeri pada anak – anak. Skala wajah tersebut terdiri dari 6 wajah profil kartun yang menggambarkan wajah tersenyum bebas dari rasa nyeri kemudian bertahap menjadi wajah kurang bahagia, wajah yang sangat sedih dan wajah yang sangat ketakutan (nyeri yang sangat).

Gambar 2.6

Skala nyeri wajah



Sumber : Wong & Baker 1988 dalam Prasetyo, 2010

2.3 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

2.3.1 Pengkajian

1. Identitas pasien

Meliputi nama, umur, pendidikan, pekerjaan, suku, agama, alamat, No. Medical Record, nama suami, umur, pendidikan, pekerjaan, suku agama, alamat, tanggal pengkajian (Nurbaeti et al,2013).

2. Data riwayat kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

1) Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Menguraikan saat keluhan utama pertama kali dirasakan, tindakan yang dilakukan sampai klien datang ke Rumah Sakit, tindakan yang sudah dilakukan di Rumah Sakit sampai klien menjalani perawatan (Nurbaeti et al,2013).

2) Keluhan Utama Saat Dikaji

Biasanya klien mengeluh nyeri bagian abdomen saat ditekan karena adanya luka (Suryani&Anik,2015).

b. Riwayat kesehatan dahulu

Klien dengan SC akan mengalami yang sama sebelumnya seperti hipertensi atau plasenta previa (Suryani&Anik,2015).

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Adakah anggota keluarga yang menderita penyakit yang diturunkan secara genetik, menular, kelainan kongenital atau gangguan kejiwaan yang pernah diderita oleh keluarga. Klien

dengan SC biasanya disertai penyakit keturunan contohnya hipertensi (Nurbaeti et al,2013).

3. Riwayat Ginekologi dan Obstetri

a. Riwayat menstruasi

1) Riwayat menstruasi

Umur menarche pertama kali, lama haid, jumlah darah yang keluar, konsistensi, siklus haid, hari pertama haid terakhir, perkiraan tanggal partus (Nurbaeti et al,2013).

2) Riwayat perkawinan

Usia perkawinan, umur klien dan suami saat kawin, pernikahan beberapa bagi klien dan suami (Nurbaeti et al,2013).

3) Riwayat keluarga berencana

Kaji pengetahuan klien dan pasangannya tentang kontrasepsi, jenis kontrasepsi yang pernah digunakan, kebutuhan kontrasepsi yang akan datang atau rencana penambahan anggota keluarga dimasa mendatang (Nurbaeti et al,2013).

b. Riwayat obstetri

1) Riwayat kehamilan dahulu

Berapa kali dilakukan pemeriksaan ANC, hasil laboratorium : USG, darah, urine, keluhan selama kehamilan termasuk situasi emosional dan impresi, upaya mengatasi keluhan, tindakan dan pengobatan yang diperoleh (Nurbaeti et al,2013).

2) Riwayat kehamilan sekarang

Berapa kali dilakukan pemeriksaan ANC, hasil laboratorium :
USG, darah, urine, keluhan selama kehamilan termasuk situasi emosional dan impresi, upaya mengatasi keluhan, tindakan dan pengobatan yang diperoleh (Nurbaeti et al,2013).

3) Riwayat persalinan dahulu

Jumlah gravida, jumlah partal, dan jumlah abortus, umue kehamilan saat bersalin, penolong persalinan , BB bayi, kelainan fisik, kondisi anak saat ini. Biasanya klien dengan SC itu sebelumnya pernah melahirkan dengan SC juga (Nurbaeti et al,2013).

4) Riwayat persalinan sekarang

Meliputi umur kehamilan, tanggal partus, jenis partus,tanggal melahirkan, jenis persalinan, lama persalinan, banyaknya perdarahan, jenis kelamin anak, berat badan dan APGAR score dalam 1 menit pertama dan 5 menit pertama (Nurbaeti et al,2013).

5) Riwayat nifas dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya (Nurjanah et al,2013).

6) Riwayat nifas sekarang

Meliputi tentang adanya perdarahan jumlah darah biasanya banyak, kontraksi uterus, konsistensi uterus biasanya keras, TFU setinggi pusat (Nurjanah, 2013).

4. Pola aktifitas sehari-hari

1) Pola nutrisi

Ibu sering kali cepat lapar setelah melahirkan. Setelah benar-benar pulih dari efek analgesia, anastesia dan kelelahan, kebanyakan ibu akan merasa sangat lapar. Seringkali untuk pemulihan nafsu makan, diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal (Nurjanah et al,2013).

2) Pola eliminasi

Biasanya pasien yang melahirkan dengan operasi seksio sesarea akan terpasang kateter urine (Nurbaeti et al,2013).

3) Personal Hygiene

Kondisi ibu setelah melahirkan dengan operasi seksio sesarea dalam hal perawatan diri sendiri dan bayinya masih dibantu (Suryani&Anik,2015).

4) Aktifitas

Kondisi ibu setelah melahirkan dengan operasi seksio sesarea yaitu dalam keadaan lemah dan nyeri akibat tindakan operasi, sehingga dalam hal perawatan diri sendiri dan bayinya masih dibantu (Suryani&Anik,2015).

5. Pemeriksaan fisik

1) Pemeriksaan fisik ibu

a) Keadaan umum

Meliputi tingkat kesadaran dan penampilan, berat badan, tinggi badan. Pada klien dengan Post partum biasanya kesadaran Composmentis (kesadaran maksimal), dan penampilan tampak baik dan terkadang sedikit pucat dan keadaan lemah (Suryani & Anik,2015).

b) Tanda-tanda vital

Pada tanda-tanda vital biasanya ada kenaikan pada suhu, yaitu mencapai 36-37°C, dengan frekuensi nadi 65-80x/menit pada hari pertama dan normal kembali pada hari ketiga tekanan darah dan respirasi normal (Nurbaeti et al,2013).

c) Antropometri

Meliputi tinggi badan, BB sebelum hamil, BB sesudah hamil, dan BB setelah melahirkan (Nurbaeti et al,2013).

d) Pemeriksaan Fisik Ibu

(1) Kepala

Perhatikan bentuk, distribusi rambut, bersih, warna rambut, adanya nyeri tekan dan lesi (Nurbaeti et al,2013).

(2) Wajah

Penampilan, ekspresi meringis, nyeri tekan, adanya edema pipi atau pitting edema pada dahi, dan adanya kloasma gravidarum (Suryani & Anik,2015).

(3) Mata

Warna konjungtiva, bentuk, pergerakan bola mata, refleksi pupil terhadap cahaya, gangguan pada sistem penglihatan, fungsi penglihatan (Suryani & Anik,2015).

(4) Telinga

Bentuk, keberishan telinga, fungsi pendengaran, adakah gangguan pada fungsi pendengaran (Suryani & Anik,2015).

(5) Hidung

Bentuk, kebersihan, pernafasan cuping hidung, ada tidak nyeri tekan, warna mukosa, dan fungsi penciuman(Suryani & Anik,2015).

(6) Mulut

Keadaan mulut, mukosa bibir biasanya kering, keadaan gigi, jumlah gigi, pemberasan tonsil, dan nyeri pada saat menelan (Suryani & Anik,2015).

(7) Leher

Ada tidak pembesaran tiroid dan limfe, nyeri saat menelan, ada tidak peningkatan vena jugularis, ada tidak kaku kuduk. (Nurbaeti et al,2013).

(8) Dada

Terdiri dari jantung, paru-paru dan payudara. Selama 24 jam pertama setelah melahirkan, terjadi sedikit perubahan di jaringan payudara. Kolostrum, cairan kuning jernih, keluar dari payudara. Payudara akan terasa hangat, keras dan agak nyeri. Beberapa ibu akan mengalami pembengkakan pada payudara, kondisi ini bersifat sementara (Nurjanah et al,2013).

(9) Abdomen

Teraba lembut, tekstur kenyal, perhatikan linea nigra masih terlihat, serta ada tidaknya hematoma dan infeksi di sekitar luka. Tinggi fundus uterus, konsistensi, lokasi, kontraksi uterus, nyeri, perabaan distensi blas dan terdapat luka insisi (Nurbaeti et al,2013).

(10) Punggung dan bokong

Bentuk, ada tidaknya lesi, ada tidak kelainan tulang belakang (Nurbaeti et al,2013).

(11) Genetalia

Kebersihan, ada tidaknya edema pada vulva. Pengeluaran lochea (warna, jumlah, bau, bekuan darah atau konsistensi, 1-3 hari lochea rubra) (Nurjanah et al,2013).

(12) Anus

Hemoroid dan rombosis pada anus (Nurbaeti et al,2013).

(13) Ekstremitas

Biasanya ada penurunan gerakan dan adanya kelemahan otot (Nurbaeti et al,2013).

2) Pemeriksaan fisik bayi

a) Keadaan umum

Meliputi tampilan, dan kesadaran bayi dilakukan dengan pemeriksaan APGAR score (Nurbaeti et al,2013).

b) Antropometri

Meliputi pengukuran berat badan, panjang badan, lingkaran kepala, lingkaran dada, dan lingkaran lengan atas (Nurbaeti et al,2013).

c) Pemeriksaan Kepala dan Leher

1) Pemeriksaan rambut dengan menilai jumlah warna, adanya *lanugo* terutama pada daerah bahu dan punggung

2) Pemeriksaan wajah dan tengkorak, dapat dilihat adanya *maulage*, yaitu tulang tengkorak yang saling menumpuk pada saat lahir untuk dilihat asimetris atau tidak. ada tidaknya caput *succedaneum* (edema pada kulit kepala, lunak dan tidak berfluktuasi, batasnya tidak tegas, serta menyeberangi sutura dan akan hilang dalam beberapa hari).

- 3) Pemeriksaan mata untuk menilai adanya strabismus atau tidak, yaitu koordinasi gerakan mata yang belum sempurna.
 - 4) Pemeriksaan telinga dapat dilakukan untuk menilai adanya gangguan pendengaran. Dilakukan dengan menyembunyikan bel atau suara jika terjadi refleks terkejut, apabila tidak terjadi refleks, maka kemungkinan akan terjadi gangguan pendengaran.
 - 5) Pemeriksaan hidung dapat dilakukan dengan cara melihat pola pernafasan. Normal pernafasan pada bayi 30-60x/menit.
 - 6) Pemeriksaan mulut dapat dilakukan dengan melihat adanya uvula digaris tengah, frenulum lidah, frenulum bibir atas, refleks menghisap kuat dan terkoordinasi, refleks rooting.
 - 7) Pemeriksaan leher dapat dilakukan dengan melihat pergerakan, apabila terjadi keterbatasan dalam pergerakannya maka kemungkinan terjadi kelainan pada tulang teher, misalnya kelainan tiroid, *hemangioma*, dan lain-lain.
- d) Dada
- Diameter anterior posterior dan lateral sama, retraksi sternal sedikit terlihat selama inspirasi, terlihat pembesaran dada saat bernafas, normal frekuensi jantung 120 – 140 x/menit.

e) Paru-paru

Pernafasan utamanya adalah pernafasan abdominal, bunyi nafas bronchial secara bilateral, normal pernafasan 30-60x/menit.

f) Abdomen

Bentuk silindris, pusat *umbilicus* putih kebiruan pada saat lahir dengan 2 arteri dan 1 vena, nadi femoral bilateral sama.

g) Genetalia

Wanita : Labia dan klitoris biasanya edema, labia minora besar dari labia mayora, meatus uretal dibelakang klitoris, berkemih dalam 24 jam.

Laki-laki : Lubang uretra pada puncak glen penis, skrotum biasanya besar, edema, dan tertutup dengan rugae, biasanya pigmentasi lebih gelap.

h) Punggung dan Rektum

Spina utuh, tidak ada lubang masa, refleks melengkung, lubang anal paten, lintasa mekonium dalam 36 jam.

i) Ekstremitas

jari kaki dan tangan sempurna, rentang gerak penuh, punggung kuku merah muda, dengan sianosis sementara segera setelah lahir, fleksi ekstremitas atas dan bawah, telapak biasanya datar, ekstremitas simetris.

6. Analisa data

Analisa data adalah kemampuan dalam mengembangkan kemampuan berfikir rasional sesuai dengan latar belakang ilmu pengetahuan (Putra,Sitiatava Risema,2012).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara bertanggung jawab dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi untuk menjaga status menjaga status kesehatan, menurunkan gejala/ mengurangi gejala, membatasi, mencegah dan merubah (Carpenito,2000 dalam Nurbaeti et al, 2013).

Menurut Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA (*North American Nursing Diagnosis Assosiation*) 2015 bahwa diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu post partum dengan Seksio Sesarea adalah (Nurarif dan Kusuma,2015):

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d obstruksi jalan nafas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anastesi)
- b. Nyeri akut b.d agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)
- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum.

- d. Ketidakefektifan pemberian ASI b.d kurangnya pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.
- e. Hambatan eliminasi urine
- f. Gangguan pola tidur b.d kelemahan
- g. Resiko infeksi b.d faktor resiko (episiotomo, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan).
- h. Defisit perawatan diri : Mandiri/ kebersihan diri, makan, toileting b.d kelelahan post partum.
- i. Konstipasi
- j. Resiko syok (hipovolemi)
- k. Resiko perdarahan
- l. Defisit pengetahuan : Perawatan post partum v.d kurangnya informasi tentang penanganan post partum.

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan merupakan tahap ketiga dari proses keperawatan yang meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi atau mengoreksi masalah-masalah yang diidentifikasi pada diagnosa keperawatan (Nurbaeti et al, 2013).

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d obstruksi jalan nafas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anastesi)

Tabel 2.1
Intervensi Bersihan Jalan Nafas

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran nafas untuk mempertahankan bersihan jalan nafas. Batasan karakteristik : 1. Tidak ada batuk 2. Suara nafas tambahan 3. Perubahan frekuensi napas 4. Perubahan irama nafas 5. Sianosis 6. Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara 7. Penurunan bunyi napas 8. Dipsneu 9. Sputum dalam jumlah yang berlebihan 10. Batuk yang tidak efektif 11. Orthopneu 12. Gelisah 13. Mata terbuka lebar Faktor-faktor yang berhubungan: 14. Mukus berlebihan 15. Terpajan asap 16. Benda asing dalam jalan nafas 17. Sekresi yang tertahan 18. Perokok pasif 19. perokok kondisi terkait 20. spasme jalan napas 21. jalan napas alergik 22. asma 23. penyakit paru obstruksi kronis	NOC 1. <i>Respiratory ventilation status:</i> 2. <i>Respiratory status: Airway patency</i> Kriteria Hasil: 3. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) 4. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) 5. Mampu mengidentifikasi dan mencegah factor yang dapat menghambat jalan nafas	NIC Airway Situation 1. Pastikan kebutuhan oral/ tracheal suctioning 2. Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning 3. Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning 4. Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan 5. Berikan O ₂ dengan menggunakan nasol untuk memfasilitasi suksin nasotrakeal 6. Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan	1. Hidrasi yang adekuat membantu mempertahankan sekresi tetap encer dan meningkatkan ekspektorasi 2. Ronki dan mengindikasikan sekresi dan ketidakmampuan untuk membersihkan jalan nafas. 3. Memberi pengertian kepada klien/keluarga tentang terapi yang dilakukan 4. Memaksimalkan upaya batuk, ekspansi paru, dan drainase 5. Oksigen tambahan diperlukan selama distres pernafasan 6. Menjaga keadaan aseptik

<p>24. eksudat dalam alveoli</p> <p>25. hiperplasia pada dinding bronkus</p> <p>26. infeksi</p> <p>27. disfungsi neuromuskular</p> <p>28. adanya jalan napas buatan</p>	<p>7. Anjurkan pasien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal</p> <p>8. Monitor status oksigen pasien</p> <p>9. Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suction</p>	<p>7. Memaksimalkan upaya batuk, ekspansi paru, dan drainase</p> <p>8. Mengetahui keadaan pernafasan</p> <p>9. Memfasilitasi dalam pemberian terapi</p>
---	--	---

Airway management

<p>10. Buka jalan napas, gunakan teknik chinlift atau jaw thrust bila perlu</p>	<p>10. Untuk mempertahankan jalan nafas</p>
<p>11. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</p>	<p>11. Mencegah lidah mengobstruksi lidah</p>
<p>12. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan napas buatan</p>	<p>12. Menentukan jenis alat bantu yang digunakan</p>
<p>13. Pasang mayo bila perlu</p>	<p>13. Mempermudah melakukan pengeluaran sekresi</p>
<p>14. Lakukan fisioterapi dada jika perlu</p>	<p>14. Meningkatkan ventilasi di semua paru dan membantu drainase sekresi</p>

-
- | | |
|--|---|
| 15. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction | 15. Membantu drainase sekresi |
| 16. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan | 16. Ronki dan mengi mengindikasikan sekresi dan ketidakmampuan untuk membersihkan jalan nafas |
| 17. Lakukan suction pada mayo | 17. Mempermudah drainase sekresi |
| 18. Berikan bronkodilator bila perlu | 18. Meningkatkan ventilasi dan pengeluaran sekresi |
| 19. Berikan pelembab udara kassa basah NaCl lembab | 19. Menjaga kelembaban |
| 20. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan | 20. Membantu menairkan sekresi sehingga meningkatkan ekspektorasi |

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

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

Tabel 2.2
Intervensi Nyeri Akut

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi :pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (international association for the study of pain):awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung kurang 6 bulan.	NOC 1. <i>Pain level</i> , 2. <i>Pain control</i> , 3. <i>Comfort level</i> Kriteria Hasil : 4. mampu mengontrol nyeri (taahu penyebab nyeri,mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri,mencari bantuan) 5. melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 6. mampu mengenali nyeri (skala,intensitas,frekuensi dan tanda nyeri) 7. menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	NIC Pain Management 1. lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien. 4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri	1. Nyeri merupakan pengalaman subjektif . pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektifitas medikasi dan kemajuan penyembuhan. Perubahan pada karakteristik nyeri. 2. Isyarat non verbal dapat atau tidak dapat mendukung intensitas nyeri klien, tetapi mungkin merupakan satu satunya indikator jika klien tidak dapat menyatakan secara verbal. 3. Meyakinkan klien untuk mendapatkan perawatan yang intensif 4. Menentukan kultur pada klien
Batasan karakteristik : 1. perubahan selera makan 2. perubahan tekanan darah 3. perubahan frekwensi jantung 4. perubahan frekwensi pernapasan 5. laporan isyarat 6. diaphoresis 7. perilaku distraksi (mis.,berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktivitas lain,aktivitas yang berulang) 8. mengekspresikan perilaku (mis.,gelisah,merengek, menangis) 9. masker wajah(mis.,mata kurang bercahaya,tampak kacau,gerakan mata berpencar atau tetap pada satu focus meringis) 10. sikap melindungi area nyeri 11. focus menyempit (mis.,gangguan persepsi nyeri,hambatan proses berfikir,penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)			

<p>12. indikasi nyeri yang dapat diamati</p> <p>13. perubahan posisi untuk menghindari nyeri</p> <p>14. sikap tubuh melindungi</p> <p>15. dilatasi pupil</p> <p>16. melaporkan nyeri secara verbal</p> <p>17. gangguan tidur</p> <p>Faktor yang berhubungan :</p> <p>18. agen cedera (mis., biologis, zat kimia, fisik, psikologis)</p>	<p>5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau</p> <p>6. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan.</p> <p>7. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <p>8. Kurangi faktor presipitasi nyeri</p> <p>9. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi non farmakologi dan interpersonal)</p> <p>10. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</p> <p>11. Ajarkan tentang teknik non farmakologi</p>	<p>5. Dapat membedakan nyeri saat ini dari pola nyeri sebelumnya.</p> <p>6. Keberadaan perawat dapat mengurangi persaan ketakutan dan ketidakberdayaan.</p> <p>7. Meredakan ketidaknyamanan dan mengurangi energi sehingga meningkatkan kemampuan koping.</p> <p>8. Membantu dalam menegakan diagnosis dan menentukan kebutuhan terpi</p> <p>9. Meningkatkan istirahat, mengarahkan kembali perhatian dan meningkatkan koping.</p> <p>10. Mempermudah menentukan perencanaan</p> <p>11. Meningkatkan istirahat, mengarahkan kembali perhatian dan meningkatkan koping.</p>
--	---	--

12. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri	12. Meningkatkan kenyamanan dan memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain.
13. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri	13. Untuk mengetahui efektifitas pengontrolan nyeri
14. Tingkatkan istirahat	14. Mengurangi ketidaknyamanan pada klien
15. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil	15. Nyeri hebat yang tidak reda oleh tindakan rutin dapat mengindikasikan perkembangan komplikasi dan kebutuhan intervensi lebih lanjut
<i>Analgesic Administration</i>	
16. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat.	16. Untuk mengevaluasi medikasi dan kemajuan penyembuhan
17. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi	17. Mengevaluasi keefektifan terapi yang diberikan
18. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik	18. Menentukan jenis analgesik yang sesuai

	ketika pemberian lebih dari satu	
19.	Tentukan pilihan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal	19. Menentukan jenis rute untuk memberikan terapi
20.	Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur	20. Menentukan rute yang sesuai untuk terapi
21.	Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali	21. Untuk mengetahui perkembangan atau keefektifitasan terapi
22.	Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat	22. Menurunkan ketidaknyaman dan memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain.
23.	Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala	23. Untuk mengetahui efektifitas dari terapi farmakologi

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

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

Tabel 2.3
Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Inrervensi	Rasional
Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolic Batasan karakteristik : 1. kram abdomen 2. nyeri abdomen 3. gangguan sensasi rasa 4. berat badan 20% atau lebih dibawah rentang berat badan ideal 5. kerapuhan kapiler 6. diare 7. kehilangan rambut berlebihan 8. enggan makan 9. asupan makanan kurang dari recommended daily allowance (RDA) <ul style="list-style-type: none"> • bising usus hiperaktif • kurang informasi • kurang minat pada makanan • tonus otot menurun • kesalahan informasi • kesalahan persepsi • membran mukosa pucat • Ketidakmampuan memakan makanan • Cepat kenyang setelah makan • Sariawan rongga mulut • Kelemahan otot pengunyah • Kelemahan otot untuk menelan • Penurunan berat badan dengan asupan adekuat 	NOC 1. <i>Nutritional status:</i> 2. <i>Nutritional status : food and fluidIntake</i> 3. <i>fluidIntake</i> 4. <i>Nutritional status : nutrient intake</i> 5. <i>Weight control</i> Kriteria Hasil : 6. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 7. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 8. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 9. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi 10. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dari menelan 11. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	NIC Nutrition management 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrsisi yang dibutuhkan pasien 3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe 4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C 5. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi 6. Berikan maknan yang	1. Pilihan intervensi bergantung pada penyebab yang mendasari 2. Metode pemberian makan dan kebutuhan kalori ditentukan berdasarkan situasi individual dan kebutuhan spesifik 3. Meningkatkan defisit dan memantau kefektifan terapi nutrisi 4. Memaksimal kan asupan zat gizi 5. Pertimbangkan pilihan individual dapat memperbaiki asupan diet 6. Memaksimal kan asupan zat gizi
Faktor-faktor yang berhubungan : 1. Asupan diet kurang Populasi berisiko 1. Faktor bilogis			

2. Kesulitan ekonomi	terpilih(sudah	
Kondisi terkait	h	
1. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi	dikonsultasikan dengan ahli gizi)	
2. Ketidakmampuan mencerna makanan		7. Mengidentifikasi toleransi makanan dan defisiensi serta kebutuhan nutrisi
3. Ketidakmampuan makan	7. Ajarkan pasien bagaimana cara membuat catatan makan harian	
4. Gangguan psikososial		8. Mengetahui asupan gizi yang akan diberikan
	8. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori	
		9. Untuk mengetahui pemahaman nutrisi klien
	9. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi	
		10. Mengetahui nutrisi yang akan diberikan
	10. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan	
	Nutrition Monitoring	
	11. BB pasien dalam batas normal	11. Menjaga keseimbangan nutrisi
	12. Monitor adanya penurunan berat badan	12. Mengetahui adanya ketidakseimbangan nutrisi
	13. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan	13. Mengetahui aktivitas yang harus dilakukan atau tidak karena bisa membuang energi
	14. Monitor	14. Lingkungan yang nyaman

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

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

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

Tabel 2.4
Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : kesulitan memberikan susu pada bayi atau anak secara langsung dari payudara, yang dapat mempengaruhi status nutrisi bayi/anak.	NOC 1. <i>Breastfeeding ineffective</i> 2. <i>Breathing Pattern Ineffective</i> 3. <i>Breastfeeding</i>	NIC <i>Breastfeeding Assistance</i> 1. Evaluasi pola menghisap/menelan bayi	1. Mengetahui perkembangan bayi
Batasan karakteristik :			

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

24. Ansietas ibu	melalui proses	ibu pulang	
25. Anomali payudara ibu	memberian ASI		
26. Keletihan ibu	9. Ibu menganli	8. Ajarkan	8. Menggantikan
27. Obesitas ibu	isyarat lapar	orangtua	ASI untuk
28. Nyeri ibu	dari bayi	mempersiapkan	nutrisi pada
29. Penggunaan dot	dengan segera	, menyimpan,	bayi
30. Refleks isap bayi buruk	10. Ibu	menghangatkan	
31. Penambahan makanan dengan puting artifisial	mengindikasikan	dan	
Populasi berisiko	kepuasaan	kemungkinan	
32. Bayi prematur	terhadap	pemberian	
33. Pembedahan payudara sebelumnya	pemberian ASI	tambahan susu	
34. Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya	11. Ibu tidak	formula	
35. Masa cuti melahirkan pendek	mengalami	Lactation conseling	
36. Kondisi terkait	nyeri tekan	9. Sediakan	9. Mendapat
37. Defek orofaring	pada puting	informasi	dukungan
	12. Mengenali	tentang	berhubungan
	tanda-tanda	keuntungan dan	dengan rasio
	penurunan	kerugian	keberhasila
	suplai ASI	pemberian ASI	ASI
		10. Demonstrasikan	10. Memberi
		latihan	pengetahuan
		menghisap, jika	untuk ibu
		perlu	
		11. Diskusikan	11. Menggantikan
		metode	nutrisi untuk
		alternative	bayi
		pemberian	
		makan bayi	

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

e. Gangguan eliminasi urine

Tabel 2.5
Intervensi Hambatan Eliminasi Urine

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : disfungsi eliminasi urine	NOC 1. <i>Urinary elimination</i> 2. <i>Urinary continence</i>	NIC Urinary Retention Care 1. Lakukan penilaian kemih yang komprehensif	1. Pola berkemih mengidentifikasi karakteristik kandung kemih
Batasan karakteristik 1. Disuria 2. Sering berkemih 3. Anyang- anyangan 4. Nokturia 5. Inkontinensia urine 6. Retensi urine 7. Retensi urine 8. Dorongan berkemih	Kriteria hasil : 3. Kandung kemih kosong secara penuh 4. Tidak ada residu urine >100-200 cc	berfokus pada inkontinuitas (misalnya, output urin, pola berkemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten)	
Faktor yang berhubungan 9. Penyebab multipel	5. Intake cairan dalam rentang normal		
Kondisi terkait 10. Obstruksi anatomik 11. Gangguan sensorik	6. Bebas dari ISK 7. Tidak ada		

motorik	spasme bladder	2. Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau properti alpha agonis	2. Mengetahui obat yang sedang digunakan terapi
12. Infeksi saluran kemih	8. Balance cairan seimbang	3. Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit)	3. Pemindaian kandung kemih bermanfaat dalam menentukan residu pasca berkemih
		4. Masukan kateter kemih sesuai	4. Untuk mempermudah mengeluarkan urine
		5. Anjurkan pasien/keluarga untuk merekam output urin sesuai	5. Memantau pengeluaran usin
		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 dapat mencakup kehilangan kontraksi kandung kemih dan ketidakmampuan untuk merelaksasi sfingter urine
		8. Menerapkan kateterisasi intermiten, sesuai	8. Untuk mengurangi spastisitas kandung kemih dan gejala perkemihan dan terkait yaitu frekuensi, urgensi,

		inkontinensia dan nokturia.
9. Merujuk ke spesialis kontinensia, sesuai	ke	9. Spesialis kontinensia membantu membuat rencana asuhan individual untuk memenuhi kebutuhan spesifik klien dengan menggunakan teknik dan produk kontinensia terbaru.

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

f. Gangguan pola tidur b.d kelemahan

Tabel 2.6
Intervensi Gangguan Pola Tidur

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : interupsi jumlah waktu dan kualitas tidur akibat faktor eksternal	NOC	NIC	
Batasan karakteristik	1. <i>Anxiety reduction</i>	<i>Sleep Enhancement</i>	
1. Kesulitan berfungsi sehari –hari	2. <i>Comfort level</i>	1. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat	1. Meningkatkan relaksasi dan kesiapa tidur
2. Kesulitan memulai tertidur	3. <i>Pain level</i>	2. Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca)	2. Meningkatkan kesiapan untuk tidur
3. Kesulitan mempertahankan tetap tidur	4. <i>Rest : extent and pattern</i>	3. Ciptakan lingkungan yang nyaman	3. Meningkatkan koping klien
4. Ketidakpuasan tidur	5. <i>Sleep : extent and pattern</i>	4. Kolaborasi pemberian obat tidur	4. Medikasi terjadwal dapat meningkatkan istirahat atau tidur
5. Tidak merasa cukup istirahat	Kriteria hasil :	5. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik	5. Mengatasi dan meningkatkan kesiapan untuk tidur
6. Terjaga tanpa jelas penyebabnya	6. Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari		
Faktor yang berhubungan	7. Pola tidur, kualitas dalam batas normal		
7. Gangguan karena cara tidur pasangan tidur	8. Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat		
8. Kendala lingkungan	9. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur		
9. Kurang privasi			
10. Pola tidur tidak menyehatkan			
Kondisi terkait			
11. Imobilisasi			

	tidur pasien	
6. Instruksikan untuk memonitor tidur pasien		6. Klien lebih mudah menoleransi
7. Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur		7. Mengakibatkan klien tidak merasa beristirahat dengan baik
8. Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam.		8. Mengetahui dan menoleransi kebutuhan dan kesiapan tidur

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

g. Resiko infeksi b.d faktor resiko (episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan).

Tabel 2.7
Intervensi Resiko Infeksi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : rentan mengalami invasi dan multipikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan.	NOC 1. <i>Immune status</i> 2. <i>Knowledge : infection control</i> 3. <i>Risk control</i>	NIC <i>Infection Control (kontrol infeksi)</i> 1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain	1. Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait
Faktor resiko 1. Gangguan peristalsis 2. Gangguan integritas kulit 3. Vaksinasi tidak adekuat 4. Kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan patogen 5. Malnutrisi 6. Obesitas 7. Merokok 8. Stasis cairan tubuh	Kriteria hasil 4. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi 5. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya 6. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi	2. Batasi pengunjung bila perlu 3. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkannya pasien	2. Individu telah mengalami gangguan dan berisiko tinggi terpajan infeksi 3. Pertahanan lini depan ini adalah untuk klien, pemberi asuhan kesehatan dan masyarakat
Populasi berisiko 9. Terpajan pada wabah	7. Jumlah leukosit dalam batas normal		
Kondisi terkait 10. Perubahan ph sekresi 11. Penyakit kronis 12. Penurunan kerja siliaris 13. Penurunan hemoglobin 14. Imunosupresi	8. Menunjukkan		

15. Prosedur invasif	prilaku	hideup	4. Gunakan sabun anti mikroba untuk cuci tangan	4. Faktor ini dapat menjadi kunci yang paling sederhana tetapi merupakan kunci terpenting untuk pencegahan infeksi yang didapat di rumah sakit
16. Leukopenia	sehat			
17. Pecah ketuban dini				
18. Pecah ketubah lambat				
19. Supresi inflamasi	respon			
			5. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan	5. Mengurangi resiko penyebaran infeksi
			6. Gunakan baju sarung tangan sebagai alat pelindung	6. Faktor ini dapat menjadi kunci yang paling sederhana tetapi merupakan kunci terpenting untuk pencegahan infeksi yang didapat di rumah sakit
			7. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat	7. Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait alat
			8. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum	8. Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait alat
			9. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kemih	9. Mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri dalam saluran

	perkemahan
10.Tingkatkan intake nutrisi	10. Fungsi imun dipengaruhi oleh asupan nutrisi
11.Berikan tenaga antibiotik bila perlu infection protection (proteksi terhadap infeksi)	11. Terapi bersifat sistemik dan diarahkan pada organisme teridentifikasi tertentu seperti bakteri anaerob, jamur, dan basili gram negatif
12.Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal	12. Untuk menentukan adanya infeksi
13.Pertahankan teknik asepsis pada pasien yang berisiko	13. Mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri
14.Berikan perawatan kulit pada area epiderma	14. mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri
15.Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase	15. memberikan deteksi dini perkembangan proses infeksi
16.Inspeksi kondisi luka dan insisi bedah	16. memberikan deteksi dini perkembangan proses infeksi
17.Dorong masukan nutrisi yang cukup	17. membantu memperbaiki resistansi umum terhadap

	penyakit dan mengurangi resiko infeksi dri sekresi yang statis
18.Dorong masukan cairan	18. membantu memperbaiki resistansi umum terhadap penyakit dan mengurangi resiko infeksi dri sekresi yang statis
19.Instruksikan 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.Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi	20. Mendeteksi dini adanya tanda dan gejala infeksi
21.ajarkan cara menghindrai infeksi	21. Mendeteksi dini adanya tanda dan gejala infeksi
22.laporkan kultur positif	22. Untuk mengidentifikasi patogen dan antimikroba

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

h. Defisit perawatan diri : Mandiri/ kebersihan diri, makan, toileting b.d kelelahan post partum.

Tabel 2.8
Intervensi Perawatan Diri

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : ketidakmampuan melakukan pembersihan diri seksama secara mandiri	NOC	NIC	
Batasan karakteristik	1. <i>Activity intolerance</i>	<i>Self – care assistance</i> :	
1. Ketidak mampuan mengakses kamar mandi	2. <i>Mobility physical impaired</i>	<i>Bathing dan Hygine</i>	1. Mengetahui apa yang dibutuhkan oleh klien
2. Ketidakmampuan menjangkau sumber air	3. <i>Self care derficit hygiene</i>	1. Pertibangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri	
3. Ketidakmampuan mengeringkan tubuh	4. <i>Sensori perception auditory disturbed</i>		
4. Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi	Kriteria hasil :	2. Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri	2. Memberikan informasi untuk membuat rencana
5. Ketidakmapuan mengatur air ,mandi	5. Perawatan diri ostonomi :tindakan pribadi mempertahankan ostonomi untuk eliminasi		
6. Ketidakmampuan membasuh tubuh	6. Perawatan diri : aktivitas kehidupan sehari-hari ADL mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri dnegan atau tanpa alat bantu	3. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan	3. Membantu merencanakan untuk memenuhi kebutuhan individual
Faktor yang berhubungan			
7. Ansietas			
8. Penurunan motivasi			
9. Kendala lingkungan			
10. Nyeri			
11. Kelemahan			
Kondisi terkait			
12. Gangguan fungsi kognitif			
13. Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh	7. Perawatan diri hygiene : mampu untuk membersihkan tubuh secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	4. Tempat handuk, sabun, deodoran, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibuthkan disamping tempat tidur atau dikamar mandi	4. Mempukan klien untuk mengatur diri sendiri
14. Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial			
15. Ganggaun muskuloskeletal			
16. Gangguan neuromudkular			
17. Gangguan persepsi	8. Perawtan diri hygiene oral : mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat	5. Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya: deodoran, sikat gig, sabun	5. Meningkatkan partisipasi dalam asuhan

<p>9. Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi</p> <p>10. Membersihkan dan mengeringkan tubuh</p> <p>11. Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral</p>	<p>bantu mandi, sampo, lotion dan produk aromaterapi)</p> <p>6. Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal</p> <p>7. Memfasilitasi diri mandi pasien, sesuai</p> <p>8. Memantau pembersihan kuku menurut kemampuan perawatan diri pasien</p> <p>9. Memantau integritas kulit pasien</p> <p>10. Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri.</p>	<p>6. Meredakan ketidaknyamanan dan menjaga privasi klien</p> <p>7. Partisipasi klien dalam perawatan diri dapat meringankan atas persepsi kehilangan kemandirian</p> <p>8. Mengetahui keadaan kebersihan fisik klien</p> <p>9. Melihat perubahan keadaan fisik klien</p> <p>10. Partisipasi klien dalam perawatan diri dapat meringankan atas persepsi kehilangan kemandirian.</p>
---	---	---

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

i. Konstipasi

Tabel 2.9
Intervensi Konstipasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : penurunan frekuensi normal defekasi yang disertai kesulitan atau pengeluaran feses tidak tuntas dan/feses yang keras, kering, dan banyak. Batasan karakteristik 1. Nyeri abdomen 2. Nyeri tekan abdomen dengan teraba retensi otot 3. Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resitensi otot 4. Anoreksia 5. Penampilan tidak khas pada lansia 6. Borborigmi 7. Darah merah pada feses 8. Perubahan pada pola defekasi 9. Penurunan frekuensi defekasi 10. Penurunan volume feses 11. Distensi abdomen 12. Keletihan 13. Feses keras dan berbentuk 14. Sakit kepala 15. Bising usus hiperaktif 16. Bising usus hipoaktif 17. Tidak dapat defekasi 18. Peningkatan tekanan intrabdomen 19. Tidak dapat makan 20. Feses cair 21. Nyeri pada saat defekasi 22. Massa abdomen yang dapat diraba 23. Massa rektal yang dapat diraba 24. Perkusi abdomen pekak 25. Rasa penuh rektal 26. Rasa tekanan rektal 27. Sering flatus 28. Adanya feses lunak,	NOC 1. <i>Bowel elimination</i> 2. <i>Hydration</i> Kriteria Hasil: 3. Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari 4. Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi 5. Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi 6. Feses lunak dan berbentuk	NIC Constipation/impaction management 1. Monitor tanda dan gejala konstipasi 2. Monitor bising usus 3. Monitor feses : frekuensi, konsistensi dan volume 4. Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus 5. Jelaskan etiologi dan rasionalisasi tindakan terhadap pasien 6. Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi 7. Dukung intake cairan 8. Kolaborasi pemberian laktasif 9. Pantau tanda-tanda dan gejala	1. Mendeteksi dini keadaan konstipasi 2. Menentukan kesiapan terhadap pemberian makan per oral 3. Melihat keefektifan terapi 4. Mencegah komplikasi 5. Memberikan pengetahuan dasar 6. Mendeteksi dini penyebab konstipasi 7. Merangsang eliminasi dan mencegah konstipasi defekasi 8. Membantu mengembalikan fungsi usus 9. Melihat perkembangan

seperti pasta di dalam rektum	konstipasi	n gejala konstipasi
29. Mengejan pada saat defekasi	10. frekuensi, bentuk, volume dan warna	10. Melihat adanya perubahan
30. Muntah		
Faktor yang berhubungan		
31. Kelemahan otot abdomen	11. Memantau bising usus	11. Bising usus biasanya tidak terdengar setelah prosedur pembedahan
32. Rata-rata aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan menurut gender dan usia		
33. Konfusi	12. Konsultasikan dengan dokter tentang penurunan / kenaikan frekuensi bising usus	12. Melanjutkan rencana selanjutnya
34. Penurunan motilitas traktus		
35. Gastrointestinal		
36. Dehidrasi		
37. Depresi		
38. Perubahan kebiasaan makan	13. Pantau tanda-tanda dan gejala pecahnya usus dan /atau peritonitis	13. Mengetahui adanya komplikasi lain
39. Ganggaun emosi		
40. Kebiasaan menekan dorongan defekasi		
41. Kebiasaan makan buruk	14. Jelaskan etiologi masalah dan pemikiran untuk tindakan untuk pasien	14. Mengetahui penyebab pada pasien
42. Higiene oral tidak adekuat		
43. Kebiasaan tilleting tidak adekuat		
44. Asupan serat kurang		
45. Asupan cairan kurang	15. Mendorong meningkatkan asupan cairan, kecuali dikontraindikasikan	15. Melunakan feses dan merangsang peristaltik
46. Kebiasaan defekasi tidak teratur		
47. Penyalahgunaan laktasif		
48. Obesitas		
49. Perubahan lingkungan baru	16. Anjurkan pasien / keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja	16. Melihat adanya perubahan
Kondisi terkait		
50. Ketidakseimbangan elektrolit		
51. Hemoroid		
52. Penyakit hirshprung		
53. Ketidakadekuatan gigi geligi	17. Ajarkan pasien / keluarga bagaimana untuk menjaga buku harian makanan	17. Mendukung adanya perubahan pada pasien
54. Gram besi		
55. Gangguan neurologis		
56. Obstruksi ususs pasca-bedah		
57. Kehamilan		
58. Pembesaran protat	18. Anjurkan pasien / keluarga untuk diet	18. Membantu mengembalikan
59. Abses rektal		

60. Fisura anal rektal	tinggi serat	an fungsi usus
61. Striktur anal rektal		
62. Prolaps rektal		
63. Ulkus rektal	19. Anjurkan pasien / keluarga pada penggunaan yang tepat dari obat pencahar	19. Untuk mempermudah melunakan feses
64. Rektokel		
65. Tumor	20. Anjurkan pasien / keluarga pada hubungan asupan diet, olahraga dan cairan sembelit / impaksi	20. Membantu mengembalikan fungsi usus
	21. Menyarankan pasien untuk berkonsultasi dengan dokter jika sembelit atau impaksi terus ada	21. Merencanakan tindakan selanjutnya
	22. Menginformasikan pasien prosedur pennghapusan manual dari tinja, jika perlu	22. Memberi pengetahuan dasar
	23. Ajarkan pasien atau keluarga tentang proses pencernaan yang normal	23. Mendeteksi dini untuk konstipasi
	24. Ajarkan pasien / keluarga tentang waktu resolusi sembelit	24. Memberi pengetahuan dasar tentang pengahan

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

j. Resiko syok (hipovolemi)

Tabel 2.10
Intervensi Resiko Syok

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Definisi : rentan mengalami ketidakukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa, yang dapat mengganggu kesehatan.</p> <p>Faktor resiko</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Akan dikembangkan <p>Kondisi terkait</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Hipotensi 3. Hipovolemia 4. Hipoksemia 5. Hipoksia 6. Infeksi 7. Sepsis 8. Sindrom respons inflamasi sistemik (systemic inflammatory response syndrome) 	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Syok prevention</i> 2. <i>Syok management</i> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Nadi dalam batas yang diharapkan 4. Irama jantung dalam batas yang diharapkan 5. Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan 6. Irama pernafasan dalam batas yang diharapkan 7. Natrium serum dbn 8. Kalium serum dbn 9. Klorida serum dbn 10. Kalsium serum dbn 11. Magnesium serum dbn 12. PH darah serum dbn 13. Hidrasi 14. Indicator : 15. Mata cekung tidak ditemukan 16. Demam tidak ditemukan 17. TD dbn 18. Hematokrit DBN 	<p>NIC</p> <p>Syok prevention</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme , nadi perifer, dan kapiler refill 2. Monitor tanda inadekuat oksigenasi jaringan 3. Manitor suhu dan pernafasan 4. Monitor input dan output 5. Monitor tanda awal syok 6. Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat 7. Berikan cairan IV dan atau oral yang tepat 8. Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok 9. Ajarkan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi dan efektifitas serta kebutuhan terapi 2. Menghindari adanya hipoksemia selama perdarahan 3. Mengetahui tanda dari syok hivopolemik 4. Mengetahui kasar kehilangan cairan/darah 5. Mengetahui informasi tanda dari syok 6. Mengurangi pengeluaran herlelahan 7. Mengganti dan mempertahankan volume sirkulasi dan perfusi 8. Memberikan pengetahuan dasar untuk tanda gejala syok 9. Memberikan

keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok

deteksi dini untuk atasi gejala syok

Syok management

- | | |
|---|---|
| 10. Monitor tekanan nadi | 10. Mengidentifikasi dan efektifitas serta kebutuhan terapi |
| 11. Monitor status cairan, input output | 11. Mengetahui kasar kehilangan cairan/darah |
| 12. Catat gas darah arteri dan oksigen di jaringan | 12. Mengidentifikasi efektifitas serta kebutuhan terapi |
| 13. Monitor EKG, sesuai | 13. Digunakan untuk mengontrol perdarahan |
| 14. Monitor nilai laboratorium (misalnya, CBC dengan diferensial) koagulasi profil, ABC, tingkat laktat, budaya, dan profil kimia) | 14. Mengetahui perkembangan dan Mengetahui efektifitas serta kebutuhan terapi |
| 15. Masukan dan memelihara besarnya kebosanan akses IV | 15. Mempertahankan volume sirkulasi dan perfusi |
-

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

k. Resiko perdarahan

Tabel 2.11
Intervensi Resiko Pendarahan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : rentan mengalami penurunan volume darah, yang dapat mengganggu kesehatan Faktor resiko : 1. Kurang pengetahuan tentang kewaspadaan perdarahan Populasi berisiko 2. Riwayat jatuh Kondisi terkait 3. Aneurisme 4. Sirkumsisi 5. Koagulapati intravaskuler diseminata 6. Gangguan gastrointestinal 7. Gangguan fungsi hati 8. Kuagulapati inheren 9. Komplikasi pascapartum 10. Komplikasi kehamilan 11. Trauma 12. Program pengobatan	NOC 1. <i>Blood lose severity</i> 2. <i>Blood koagulation</i> Kriteria Hasil : 3. Tidak ada hematuris dan hematemesis 4. Kehilangan darah yang terlihat 5. Tekanan dalam batas normal sistol diastole 6. Tidak ada perdarahan pervagina 7. Tidak ada distensi abdormal 8. Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal 9. Plasma, PT, PTT dalam batas normal	NIC Bleeding precautions 1. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan 2. Catat nila Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan 3. Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif 4. Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan 5. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K Bleeding reduction 6. Identifikasi penyebab perdarahan 7. Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonary capillary / artery wedge pressure 8. Monitor status cairan yang meliputi intake dan output	1. Mengetahui tanda resiko perdarahan 2. Membantu menentukan kebutuhan penggantian darah 3. Mengurangi pengeluaran darah berlebih 4. Mengurangi pengeluaran darah berlebih 5. Asupan nutrisi untuk menggantikan output 6. Mengetahui penyebab pendarahan 7. Mengetahui keadaan tekanan darah 8. Mengetahui adanya tanda resiko perdarahan

Bleeding**Reduction:wound / luka**

- | | |
|--|---|
| 9. Gunakan ice pack pada are perdarahan | 9. Untuk mengurangi pengeluaran perdarahan |
| 10. Lakukan pressure drresing (perban yang menekan) pada area luka | 10. Untuk mengurangi pengeluaran perdarahan |
| 11. Tinggikan ekstremitas yang perdarahan | 11. Membantu aliran darah mengalir lambat |
| 12. Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan | 12. Dapat digunakan untuk menentukan perkiraan kasar kehilangan darah |
| 13. Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas | 13. Mengurangi adanya pengeluaran perdarahan |

Bleeding reduction : gastrointestinal

- | | |
|--|---|
| 14. Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh : emesis, urine, feces, residu lambung dan drainase luka | 14. Kehilangan atau penggantian faktor pembekuan yang tidak adekuat |
| 15. Monitor complite blood count dan leukosit | 15. Mengetahui perkiraan kasar kehilangan darah |
| 16. Kurangi faktor stress | 16. Mencegah timbul perdarahan yang berlebihan |
| 17. Berikan cairan intravena | 17. Mengganti kehilangan pada cairan / darah |

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

1. Defisit pengetahuan : Perawatan post partum v.d kurangnya informasi tentang penanganan post partum.

Tabel 2.12
Intervensi Defisit Pengetahuan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : keadaan atau defisien informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu, atau kemahiran.	NOC	NIC	
Batasan karakteristik :	1. <i>Knowledge disease process</i>	Teaching : disease Process	
1. Ketidakakuratan mengikuti perintah	2. <i>Knowledge health behavior</i>	1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik	1. Memberikan dasar pengetahuan sehingga klien dapat membuat pilihan terinformasi secara benar
2. Ketidakakuratan melakukan tes	Kriteria hasil :	2. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat	2. Menyediakan dasar pengetahuan bagi klien
3. Prilaku tidak tepat	3. pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan	3. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat	3. Berbagai penyebab berdasarkan situasi individual
4. Kurang pengetahuan	4. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar	4. Sedikan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat	4. Informasi spesifik secara individual menciptakan dasar pengetahuan
Faktor pengetahuan	5. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya	5. Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal, dengan cara yang tepat	5. Memberikan pemantauan yang berkelanjutan
5. Kurang informasi		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
6. Kurang minat untuk belajar			
7. Kurang sumber pengetahuan			
8. Keterangan yang salah dari orang lain			
Kondisi terkait			
9. Gangguan fungsi kognitif			
10. Gangguan memori			

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

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Merupakan proses keperawatan yang mengikuti rumusan dari rencana keperawatan. Pelaksanaan keperawatan mencakup melakukan, membantu, memberikan asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang berpusat pada klien, mencatat serta melakukan pertukaran informasi yang relevan dengan perawatan kesehatan berkelanjutan dari klien. (Nurbaeti et al, 2013)

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya. Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP yang operasional dengan pengertian:

S : adalah ungkapan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara subjektif oleh klien dan keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan

O : adalah keadaan objektif yang didefinisikan oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif setelah implementasi keperawatan

A : merupakan analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif klien yang dibandingkan pada kriteria dan standar yang telah ditentukan mengacu pada tujuan rencana keperawatan klien.

P : Adalah perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis.

(Nurbaeti et al, 2013)