

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

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh :

**WINI AZKIA
AKX.16.189**



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

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Wini Azkia
NIM : AKX.16.189
Program Studi : Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana
Judul Karya Tulis :Asuhan Keperawatan Pada klien *Post Sectio Caesarea*
Dengan Nyeri Akut Di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr.
Slamet Garut Tahun 2019

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

Bandung, 17 Juli 2019

Yang Membuat Pernyataan



AKX.16.189

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

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

OLEH

**WINI AZKIA
AKX.16.189**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti tertera dibawah ini, 10 Agustus 2019

Menyetujui,

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping



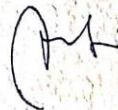
Ade Tika Herawati, M.Kep
NIP.10107069



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

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



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

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

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

OLEH

**WINI AZKIA
AKX.16.189**

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, 10 Agustus 2019

PANITIA PENGUJI

**Ketua :
Ade Tika Herawati, M.Kep
(Pembimbing Utama)**

Anggota :

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

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

Mengetahui

STIKes Bhakti Kencana Bandung



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

KATA PENGANTAR

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

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

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

1. H. Mulyana, SH, M,Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S,Kp.,M.kep, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Dr. H. Maskut Farid MM. Selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
4. Tuti Suprapti,S,Kp.,M.kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.

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

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

Bandung, Juli 2019

Wini Azkia

ABSTRAK

Latar Belakang: Seksio Sesarea adalah cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding perut atau dengan jalan operasi. Operasi Seksio Sesarea di Jawa Barat 7,8% sedangkan di RSUD Dr. Slamet Garut tercatat bulan Januari – Desember 2018 adalah 1.423 kasus atau sebesar 26%, dan di Ruang Kalimaya Bawah tercatat bulan Januari – Desember 2018 sebanyak 886 kasus atau sebesar 62,2%. Tindakan Seksio Sesarea dapat menyebabkan nyeri dan jika tidak di atasi akan mengakibatkan aktivitas ibu terbatas (ADL) karena adanya peningkatan intensitas nyeri apabila pasien bergerak. **Tujuan:** Melakukan asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut 2019, secara komprehensif meliputi aspek biologis, psikologis, social, dan spiritual. **Metode:** Penelitian ini adalah studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien seksio sesarea dengan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut. Pengumpulan data meliputi wawancara, pemeriksaan fisik, observasi, dan studi dokumentasi. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi farmakologi dan non farmakologi (relaksasi genggam jari) pada klien 1 dan 2 dapat teratasi dan ada penurunan skala nyeri dari nyeri sedang menjadi skala ringan. **Diskusi:** Pada dua klien ditemukan masalah nyeri akut berhubungan dengan luka operasi, adapun perbedaan hasil dari intervensi yang diberikan yaitu pada klien 1 hasil evaluasi keperawatan nyeri dirasakan menjadi 2 (0-10) dan hasil evaluasi klien 2 nyeri dirasakan 3 (0-10) dan teratasi di hari ke 2. **Saran:** Penulis menyarankan kepada pihak Rumah Sakit agar dapat menerapkan terapi non farmakologi relaksasi genggam jari ketika memberikan perawatan pada klien post seksio sesarea.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Nyeri Akut, Post Seksio Saesarea
Daftar Pustaka : 12 buku (2001 – 2017). 4 jurnal (2017 -2018), 34 Tabel

ABSTRACT

Background: Cesarean section is a method of giving birth to a fetus by making an incision in the uterine wall through the abdominal wall or by surgery. Sesarea Section Operations in West Java 7.8% while in Dr. Slamet Garut recorded January - December 2018 is 1,423 cases or 26%, and in the Lower Kalimaya Room recorded in January - December 2018 as many as 886 cases or equal to 62.2%. Caesarean section action can cause pain and if it is not treated it will result in limited maternal activity (ADL) because of an increase in pain intensity when the patient is moving. **Objective:** To carry out nursing care for post cesarean section clients with acute pain in the Lower Kalimaya Room of the Dr. Hospital. Slamet Garut 2019, comprehensively covers biological, psychological, social, and spiritual aspects. **Method:** This study is a case study to explore the problem of nursing care in cesarean section clients with acute pain in the Lower Kalimaya Room of Dr. Hospital. Slamet Garut. Data collection includes interviews, physical examination, observation, and documentation studies. **Results:** After nursing care by providing pharmacological and non-pharmacological interventions (finger hand relaxation) in clients 1 and 2 can be resolved and there is a decrease in the scale of pain from moderate pain to mild scale. **Discussion:** In two clients found acute pain problems related to surgical wounds, as for differences in the results of the intervention given, namely on client 1 the results of the nursing evaluation of pain were felt to be 2 (0-10) and the results of client evaluation 2 pain was felt 3 (0-10) and day two. **Suggestion:** The author recommends that the Hospital be able to apply non-pharmacological therapy to hand-held relaxation when providing care to post-cesarean client.

Keywords : Nursing Care, Acute Pain, Post Section of Saesarea
Bibliography : 12 books (2001 - 2017). 4 journals (2017 -2018), 34 Tabel

DAFTAR ISI

Halaman Judul

Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Tabel	xiii
Daftar Bagan	xv
Daftar Lampiran	xvi

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Teoritis	5
1.4.2 Praktis.....	6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit	7
2.1.1 Definisi	7
2.1.2 Anatomi Fisiologi Sectio Caesarea	7
2.1.3 Etiologi	14
2.1.4 Patofisiologi	14
2.1.5 Penatalaksanaan	16
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang.....	16
2.1.7 Masa Nifas.....	17
2.1.8 Tahapan Masa Nifas.....	17
2.1.9 Perubahan Fisiologi Pada Masa Nifas.....	18
2.1.10 Adaptasi Psikolgi Pada Masa Nifas	24
2.2 Konsep Nyeri	25
2.2.1 Definisi Nyeri	25
2.2.2 Klasifikasi Nyeri	25
2.2.3 Reseptor Nyeri	26
2.2.4 Stimulus Nyeri	27
2.2.5 Kecepatan Sensasi	27
2.2.6 Mekanisme Nyeri	28
2.2.7 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi	30
2.2.8 Managemen Nyeri	33
2.2.9 Mengkaji Nyeri	38
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan	40

2.3.1 Pengkajian	40
2.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	42
2.3.3 Intervensi dan Rasionalisasi Keperawatan.....	44

BAB III METODE PENULISAN KTI

3.1 Desain.....	69
3.2 Batasan Istilah	69
3.3 Unit analisis (partisipan).....	70
3.4 Lokasi dan Waktu	70
3.5 Pengumpulan Data	71
3.6 Uji Keabsahan Data.....	72
3.7 Analisis Data	72
3.8 Etik Penulisan KTI.....	74

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 HASIL.....	77
4.1.1 Gambaran Lokasi pengambilan data	77
4.1.2 Asuhan Keperawatan	78
4.1.3 Pengkajian	78
4.1.4 Diagnosa Keperawatan	95
4.1.5 Perencanaan	98
4.1.6 Pelaksanaan	105
4.1.7 Evaluasi.....	111

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan	125
----------------------	-----

5.2 Saran	127
-----------------	-----

Daftar Pustaka

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Skala Deskriptif Verbal.....	38
Gambar 2.2 Skala Penilaian Numerik	38
Gambar 2.3 Skala Nyeri Wajah	39

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas	44
Tabel 2.2 Intervensi Nyeri Akut.....	46
Tabel 2.3 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan	49
Tabel 2.4 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI	51
Tabel 2.5 Intervensi Gangguan Eliminasi Urine.....	54
Tabel 2.6 Intervensi Gangguan Pola Tidur	55
Tabel 2.7 Intervensi Resiko Infeksi	56
Tabel 2.8 Intervensi Defisit Perawatan Diri.....	59
Tabel 2.9 Intervensi Konstipasi	61
Tabel 2.10 Intervensi Resiko Syok (Hivopolemik)	64
Tabel 2.11 Intervensi Resiko Perdarahan	66
Tabel 2.12 Intervensi Defisiensi Pengetahuan	68
Tabel 4.1 Identitas Klien	78
Tabel 4.2 Identitas Penanggung Jawab	78
Tabel 4.3 Riwayat Kesehatan	79
Tabel 4.4 Riwayat Ginekologi dan Obstetric	81
Tabel 4.5 Riwayat Persalinan Dahulu	82
Tabel 4.6 Riwayat Persalinan Sekarang	82
Tabel 4.7 Riwayat Nifas	83
Tabel 4.8 Pola Aktivitas Sehari – hari	83
Tabel 4.9 Pemeriksaan Fisik	85

Tabel 4.10 Pemeriksaan Fisik Head to Toe	85
Tabel 4.11 Data Psikologis	88
Tabel 4.12 Data Social	88
Tabel 4.13 Bounding Attachment	89
Tabel 4.14 Pemenuhan Seksual	89
Tabel 4.15 Data Spiritual	89
Tabel 4.16 Pengetahuan dan Perawatan	89
Tabel 4.17 Laboratorium	90
Tabel 4.18 Program dan Rencana Pengobatan.....	90
Tabel 4.19 Analisa Data	91
Tabel 4.20 Perencanaan	98
Tabel 4.21 Implementasi.....	105
Tabel 4.22 Evaluasi Sumatif	111

DAFTAR BAGAN

	Halaman
Bagan 2.1 Patofisiologi	15
Bagan 4.1 genogram klien 1	80

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I Lembar Observasi
- Lampiran II Lembar Bimbingan
- Lampiran III Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran IV Satuan Acara Penyuluhan dan leaflet
- Lampiran IV Jurnal

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Setiap perempuan menginginkan persalinannya berjalan dengan lancar dan dapat melahirkan bayi dengan sempurna. Persalinan bisa saja berjalan secara normal, namun tidak jarang proses persalinan mengalami hambatan dan harus dilakukan melalui operasi. Hal ini berarti janin dan ibu dalam keadaan gawat darurat dan hanya dapat diselamatkan jika persalinan dilakukan dengan jalan operasi atau yang sering dikenal dengan istilah *Sectio Caesarea* (Sihombing, dkk,2017).

Tindakan *Sectio Caesarea* pilihan utama bagi tenaga medis untuk menyelamatkan ibu dan janin. Ada beberapa untuk dilakukan tindakan *Sectio Caesarea* adalah indikasi pada ibu diantaranya primigravida dengan kelainan letak, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/ panggul) adapun plasenta previa, solusio plasenta tingkat I-II atau dengan komplikasi kehamilan yaitu preeklampsia-eklampsia atau kehamilan yang disertai penyakit (jantung atau DM) dan bisa juga gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya). Sedangkan indikasi pada janin diantaranya : fetal distress / gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi (Nurarif dan Kusuma, 2015).

Menurut *World Health Organization* (WHO) 2015, pembedahan sesar merupakan salah satu bentuk operasi yang paling umum didunia, setiap tahun angka kejadian *Sectio Caesarea* terus meningkat, terutama di negara-negara maju bahkan dinegara berkembang. WHO memperkirakan di Indonesia sekitar 15-20% dilakukan pembedahan dirumah sakit rujukan.

Menurut Riskesdas (2013) kelahiran *Sectio Caesarea* di Indonesia menunjukkan angka sebesar 9,8% dengan proporsi tertinggi yaitu di DKI Jakarta sebesar 19,9% dan terendah di Sulawesi Tenggara sebesar 3,3% sedangkan di provinsi Jawa Barat sebesar 7,8%. Secara umum pola persalinan melalui *Sectio Caesarea* menurut karakteristik menunjukkan angka yang signifikan sebesar 18,9%, yang paling banyak melakukan tindakan *Sectio Caesarea* yaitu yang tinggal di daerah perkotaan sebesar 13,3%, pekerjaan sebagai pegawai sebanyak 20,9% dan pendidikan tinggi/lulus PT sebanyak 25,1% (Syuhada dan Pranatha, 2017).

Berdasarkan catatan *medical record* RSUD Dr. Slamet Garut angka kejadian dari operasi *Sectio Cesarea* pada bulan Januari – Desember 2018 adalah 1.423 kasus ata sebesar 26%. Operasi *Sectio Cesarea* di ruang Kalimaya Bawah di bulan Januari – Desember 2018 tercatat sebanyak 886 kasus atau sebesar 62,2% (Rekam Medis RSUD Dr. Slamet Garut, 2018).

Tingginya angka kejadian *Sectio Caesarea* dikarenakan teknik dan fasilitas bertambah baik, namun demikian operasi *Sectio Caesarea* bukan bebas dari resiko atau masalah. Diantaranya masalah keperawatan yang dapat terjadi pada ibu postpartum dengan tindakan *Sectio Caesarea* diantaranya

ketidakefektifan bersihan jalan nafas, nyeri akut, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, ketidakefektifan pemberian ASI, gangguan eliminasi urine, gangguan pola tidur, resiko infeksi, defisit perawatan diri, konstipasi, resiko syok (hipovolemik), resiko perdarahan dan defisiensi pengetahuan (Nurarif dan Kusuma, 2015).

Tindakan operasi *Sectio Caesarea* dapat menyebabkan nyeri dan mengakibatkan terjadinya perubahan kontinuitas jaringan karena adanya pembedahan (Whalley, 2008). Pengalaman nyeri merupakan suatu hal yang kompleks mencakup aspek fisik, emosional, dan kognitif. Nyeri juga bersifat subjektif dan personal stimulus terhadap timbulnya nyeri merupakan sesuatu yang bersifat fisik dan/ mental. Suatu pengalaman emosional yang dikaitkan dengan kerusakan jaringan baik aktual maupun potensial atau digambarkan sebagai suatu kerusakan/cedera, oleh karena itu nyeri secara fisik dapat menyebabkan nyeri psikologis (Potter dan Perry, 2010).

Dampak yang ditimbulkan ketika nyeri tidak di atasi akan mengakibatkan mobilisasi ibu terbatas, ADL (*Activity of Daily Living*) terganggu, *bonding attachment* (ikatan kasih sayang), dan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) tidak terpenuhi karena adanya peningkatan intensitas nyeri apabila pasien bergerak (Haniyah, dkk, 2016). Dalam hal ini peran perawat sangat penting dalam merawat pasien post *Sectio Caesarea* dengan melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif yang terdiri dari biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Dengan melakukan proses keperawatan yaitu pengkajian,

merumuskan masalah yang muncul, menyusun rencana penatalaksanaan dan mengevaluasinya (Dermawan Deden, 2012).

Berdasarkan fenomena diatas, penulis tertarik untuk melakukan Asuhan Keperawatan pada klien *Post Sectio Caesarea* melalui penyusunan karya tulis ilmiah (KTI) yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST SECTIO CAESAREA* DENGAN NYERI AKUT DI RUANG KALIMAYA BAWAH RSUD DR. SLAMET GARUT TAHUN 2019”.

1.2 Rumusan Masalah

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

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu mengaplikasikan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien *Post Sectio Caesarea* dengan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2019, secara komprehensif meliputi aspek iologi, psikososial dan spiritual dalam bentuk pendokumentasian.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien *Post Sectio Caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2019.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien *Post Sectio Caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2019.
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien *Post Sectio Caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2019.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien *Post Sectio Caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2019.
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klien *Post Sectio Caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2019.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

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

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Perawat

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi perawat yaitu perawat dapat mengembangkan dan meningkatkan intervensi keperawatan yang tepat pada klien *Post Sectio Caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

b. Bagi Rumah Sakit

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

c. Bagi Institusi Pendidikan

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi

Seksio Seserea

Seksio caesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Wiknjosastro dan Saifuddin, 2010).

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

2.1.2 Anatomi Fisiologi *Sectio Caesarea*

Menurut (Anik Maryunani, 2014) :

a. Abdomen

Dalam insisi abdomen pada pasien SC ada lapisan dinding perut yang terdiri dari :

- a) Kulit
- b) Jaringan subkutan
- c) Fasia scarpa (membatasi diantara dua jaringan subkutan)
- d) Otot dinding perut
- e) M. Oblikus internus

- f) Fasia transversalis
- g) Jaringan preperitoneal
- h) Jaringan preperitoneum
- i) Jaringan peritoneum
- j) Peritoneum parietale

Insisi abdomen, antara lain dilakukan secara vertikal dan transversal / lintang masing – masing diuraikan sebagai berikut:

1. Insisi vertikal

- a) Insisi vertikal garis tengah infraumbilikus adalah insisi yang paling cepat dibuat
- b) Insisi ini harus cukup panjang agar janin dapat lahir tanpa kesulitan
- c) Oleh karenanya, panjangnya harus sesuai dengan taksiran ukuran janin
- d) Pembebasan secara tajam dilakukan sampai ke level vagina m.rektus abdominis laminan anterior, yang dibebaskan dari lemak subkutis untuk memperlihatkan sepotong fascia di garis tengah dengan lebar sekitar dua cm
- e) Fasia tranversalis dan lemak praperitoneum dibebaskan secara hati-hati untuk mencapai peritoneum dibawahnya
- f) Peritoneum yang terletak dekat dengan ujung atas insisi dibuka secara hati-hati

- g) Beberapa dokter mengangkat peritoneum dengan dengan dua klem hemostat yang dipasang dengan jarak dua cm
 - h) Lipatan peritoneum yang terangkat diantara kedua klien tersebut kemudian dilihat dan dipalpasi untuk meyakinkan bahwa omentum, usus, atau kandung kemih tidak menempel
 - i) Pada wanita yang pernah menjalani bedah intra-abdomen, termasuk seksio sesarea, omentum, atau usus mungkin melekat ke permukaan bawah peritoneum
 - j) Peritoneum diinsisi superior terhadap kutub atas insisi dan ke arah bawah tepat di atas lipatan peritoneum di atas kandung kemih
2. Insisi transversal / lintang
- a) Dengan insisi pfannenstiel modifikasi, kulit, dan jaringan subkutan disayat dengan menggunakan insisi transversal rendah sedikit melengkung
 - b) Insisi dibuat setinggi garis rambut pubis dan diperluas sedikit melebihi batas lateral otot rektus
 - c) Setelah jaringan subkutis dipindahkan dari fasia dibawahnya sepanjang satu cm atau lebih pada kedua sisi, fasia dipotong secara melintang sesuai panjang insisi.
 - d) Tepi superior dan inferior fasia dipegang dengan klien yang sesuai kemudian diangkat oleh asisten selagi operator

memegang selubung fasia dari otot rektus bawahnya secara tumpul dengan pegangan scalpel

- e) Pembuluh darah yang berjalan diantara otot dan fasia dijepit, dipotong, dan diikat
- f) Hemostatis harus dilakukan secara cermat
- g) Pemisahan fasia dilakukan sampai cukup mendekati umbilikus agar dapat dibuat insisi longitudinal garis tengah yang adekuat diperitoneum
- h) Otot rektus kemudian dipisahkan digaris tengah untuk memperlihatkan peritoneum dibawahnya.

b. Uterus

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

1. Insisi uterus secara klasik

- a) Suatu insisi vertikal ke dalam korpus uterus di atas segmen bawah uterus dan mencapai fundus uterus, sudah jarang digunakan saat ini
- b) Sebagian besar insisi dibuat disegmen bawah uterus secara melintang atau yang lebih jarang secara vertikal
- c) Insisi melintang disegmen bawah memiliki keunggulan yaitu hanya memerlukan sedikit pemisahan kandung kemih dari miometrium dibawahnya

- d) Apabila insisi diperluas ke arah lateral, dapat terjadi laserasi pada salah satu atau kedua pembuluh uterus
 - e) Insisi vertikal rendah dapat diperluas ke atas sehingga pada keadaan- keadaan yang memerlukan ruang lebih lapang, insisi dapat dilanjutkan ke korpus uterus
 - f) Untuk menjaga agar insisi vertikal tetap dibawah segmen bawah uterus, diperlukan pemisahan yang lebih luas pada kandung kemih
 - g) Selain itu apabila meluas kebawah, insisi vertikal dapat menembus serviks lalu ke vagina dan mungkin mengenai kandung kemih
 - h) Yang utama selama kehamilan berikutnya insisi vertikal yang meluas ke miometrium atas lebih besar kemungkinannya mengalami ruptur dari pada insisi transversal, terutama selama persalinan.
2. Insisi secara transversal
- a) Uterus umumnya mengadakan dekstrorotasi sehingga ligamentum teres uteri kiri lebih anterior dan lebih dekat ke garis tengah dari pada yang kanan
 - b) Lipatan peritoneum yang agak longgar diatas batas atas kandung kemih dan menutupi bagian anterior segmen bawah uterus dijepit di garis tengah dengan forceps dan disayat dengan scalpel atau gunting

- c) Gunting diselipkan diantara serosa dan miometrium segmen bawah uterus dan didorong ke lateral dari garis tengah, sembari membuka mata , gunting secara parsial dan intermiten, untuk memisahkan pita serosa selebar 2 cm yang kemudian di insisi
- d) Menjelang batas lateral kedua sisi, gunting sedikit diarahkan lebih ke arah cranial
- e) Lapisan bawah peritoneum diangkat dan kandung kemih dipisahkan secara tumpul atau tajam dari miometrium dibawahnya
- f) Secara umum, pembebasan kandung kemih jangan melebihi 5 cm kedalamannya dan biasanya lebih sedikit
- g) Terutama pada serviks yang sudah mendatar dan membuka, pembebasan kearah bawah dapat terjadi sedemikian dalam sehingga secara tidak sengaja yang tidak terpanjan dan dimasuki adalah vagina bukan segmen bawah uterus
- h) Uterus telah dibuka melalui segmen bawah uterus sekitar 1 cm dibawah batas atas lipatan peritoneum
- i) Insisi uterus perlu dibuat relatif tinggi pada wanita dengan pembukaan serviks yang besar atau lengkap agar kemungkinan perluasan insisi ke lateral menuju arteri urine berkurang, insisi uterus dapat dilakukan dengan berbagai teknik

- j) Semuanya dimulai dengan menyayat segmen bawah uterus yang terpajan menggunakan scalpel secara melintang sepanjang sekitar 1-2 cm separuh jalan antara kedua arteri uterina
- k) Tindakan ini harus dilakukan secara hati-hati sehingga sayatan memotong seluruh ketebalan dinding uterus tetapi tidak cukup dalam untuk melukai janin dibawahnya
- l) Apabila uterus telah terbuka, insisi dapat diperluas dengan memotong kelateral dan kemudian sedikit ke atas dengan gunting perban
- m) Cara lain apabila segmen bawah uterus tipis, insisi masuk dapat diperluas hanya dengan tekanan ke lateral dan atas menggunakan kedua jari telunjuk, insisi uterus harus dibuat cukup lebar agar kepala dan badan janin dapat lahir tanpa merobek atau harus memotong arteri dan vena uterine yang berjalan sepanjang batas lateral uterus
- n) Apabila ditemukan plasenta digaris insisi, plasenta tersebut harus dilepaskan atau di insisi. Apabila plasenta tersayat, perdarahan janin dapat parah sehingga, pada kasus semacam ini, tali pusat harus secepatnya di klem (Williams, 2005).

2.1.3 Etiologi

1. Etiologi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin / panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya)

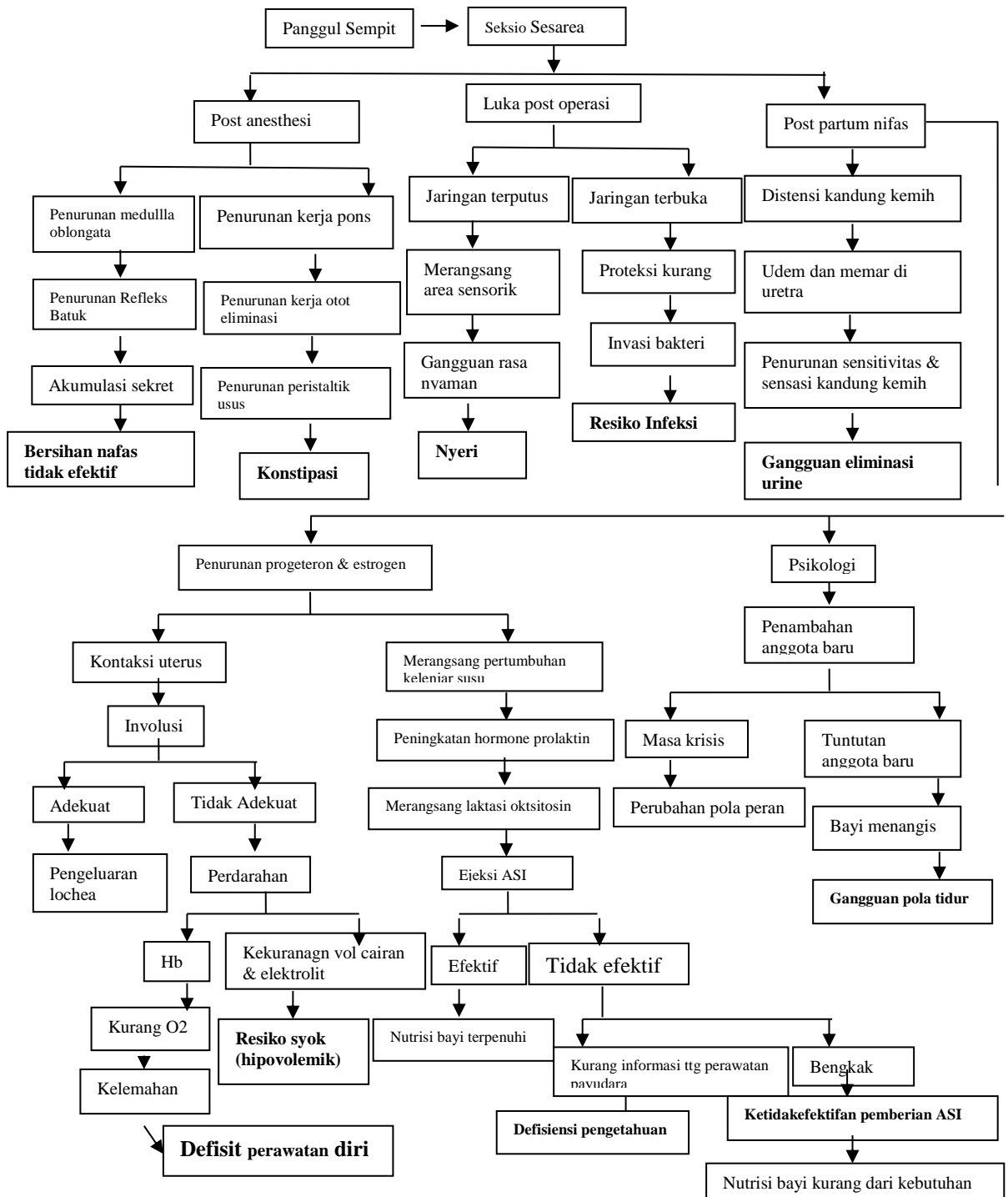
2. Etiologi yang berasal dari janin

Fetal distress / gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi.

2.1.4 Patofisiologi

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

Bagan 2.1
Patofisiologi Seksio Sesarea



2.1.5 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut (Cunningham, 2005) (dikutip dalam buku Maryunani, 2014)

1. Perdarahan dari vagina harus dipantau dengan cermat
2. Fundus uteri harus sering dipalpasi untuk memastikan bahwa uterus tetap berkontraksi dengan kuat
3. Analgesia di berikan
4. Periksa aliran darah uterus paling sedikit 30 jam
5. Pemberian cairan intravaskuler, 3 liter cairan biasanya memadai untuk 24 jam setelah pembedahan
6. Ambulasi, satu hari setelah pembedahan klien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan orang lain
7. Perawatan luka pada hari ke-3, tiap hari diperiksa kondisi balutan
8. Pemeriksaan laboratorium, hematokrit diukur pagi hari setelah pembedahan untuk memastikan perdarahan pasca operasi, antibiotik, setelah jalan lahir.

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

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

6. Golongan Darah
7. Urinalis
8. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
9. Pemeriksaan sinar sesuai indikasi
10. *Ultrasound* sesuai pemesanan.

2.1.7 Masa Nifas

Masa setelah melahirkan selama 6 minggu atau 40 hari menurut hitungan awam merupakan masa nifas. Masa ini penting sekali untuk terus dipantau. Nifas merupakan masa pembersihan rahim, selama halnya seperti masa haid. (Sitti Saleha,2009).

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira – kira 6 minggu. (Sitti Saleha,2009)

2.1.8 Tahapan Masa nifas

1. Puerperium Dini

Yaitu kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya (40 hari).

2. Puerperium Intermediet

Yaitu suatu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 608 minggu.

3. Remote Puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi.

a. Immediate post partum

Masa segera setelah plasenta lahir sampai 24 jam. Sering terdapat banyak masalah, misal perdaraha. Lakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochia, dan tanda-tanda vital.

b. Early post partum

Pada tahap ini, pastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup cairan dan makanan, ibu menyusui dengan baik.

c. Late post partum

Pada tahap ini lakukan perawatan dan pemeriksaan sehari – hari serta konseling KB.

2.1.9 Perubahan Fisiologis pada Masa Nifas

Perubahan fisiologis pada masa nifas menurut (sitti saleha, 2009)

1. Uterus

Involusi Uterus (pengeluaran rahim)

Adalah proses kembalinya ukuran uterus pada kondisi sebelum hamil (sulistiyawati,2009 :73 dalam ummu kultsum,2012)

2. Lokia

Lokia adalah cairan sekret yang berasal dari cavum uteri dan vagina selama masa nifas. Lokia terbagi menjadi tiga jenis, yaitu : lokia rubrasanguilenta dan lokia serosa atau alba. Berikut ini adalah beberapa jenis lokia yang terdapat pada wanita pada masa nifas:

- a. Lokia rubra (cruenta) berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa – sisa selaput ketuban, sel – sel desidua, verniks caseos, lanugo, dan mekoneum selama 2 hari pascapersalinan.
- b. Lokia sanguilenta berwarna merah kuning berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke-3 sampai ke-7 pascapersalinan.
- c. Lokia serosa adalah lokia berikutnya. Dimulai dengan versi yang lebih pucat dari lokia rubra. Lokia ini berbentuk erum dan berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berdarah lagi pada hari ke-7 sampai hari ke-14 pascapersalinan. Lokia alba mengandung terutama cairan serum, jaringan desidua, leukimia, dan eritrosit
- d. Lokia alba adalah lokia yang terakhir. Dimulai dari hari ke-14 kemudian makin lama makin berikutnya. Bentuknya seperti cairan putih berbentuk krim serta terdiri atas leukosit dan sel – sel desidua.

3. Endometrium

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

4. Serviks

Segera setelah berakhirnya kala TU, serviks menjadi sangat lembek, kendur, dan terkulai. Serviks tersebut bisa melepuh dan lecet, terutama di bagian anterior.

5. Vagina

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

6. Payudara (mamae)

Pada semua wanitayang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis.

7. Sistem pencernaan

Seorang wanita dapat merasa lapar dan siap menyantap makanannya dua jam setelah persalinan. Kalsium amat penting untuk gigi pada kehamilan dan masa nifas, di mana pada masa ini terjadi penurunan konsentrasi ion kalsium karena meningkatnya kebutuhan kalsium pada ibu, terutama pada bayi yang dikandungnya untuk proses pertumbuhan janin juga pada ibu dalam masa laktasi. Mual dan muntah terjadi akibat produksi saliva meningkat pada kehamilan trimester I, gejala ini terjadi 6 minggu setelah HPHT dan berlangsung kurang lebih 10 minggu juga terjadi pada ibu masa nifas.

8. Sistem Perkemihan

Diuresis yang normal dimulai segera bersalin sampai hari ke lima setelah persalinan. Jumlah urine yang keluar dapat melebihi 3.000 ml per harinya. Hal ini diperkirakan merupakan salah satu cara untuk menghilangkan peningkatan cairan ekstraseluler yang merupakan bagian normal dari kehamilan.

9. Sistem Muskuloskeletal

Ligamen – ligamen, fascia, dan diafragma pelvis yang meregang sewaktu kehamilan dan persalinan berangsur – angsur kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligamen rotundum mengendur, sehingga uterus jatuh ke belakang. Fascia jaringan penunjang alat

genitalia yang mengendur dapat diatasi dengan latihan – latihan tertentu. Mobilitas sendi berkurang dan posisi lordosis kembali secara perlahan – lahan.

10. Sistem endoktrin

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

a. Oksitosin

Oksitoksin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang. Selama tahap ketiga persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin. Hal tersebut membantu uterus kembali ke bentuk normal.

b. Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar pituitari bagian belakang untuk mengeluarkan prolaktin, hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. Pada wanita yang menyusui bayinya, kadar prolaktin tetap tinggi dan pada permulaan ada rangsangan folikel dalam ovarium yang ditekan.

a. Estrogen dan progesteron

Tingkat estrogen yang tinggi memperbesar hormon antidiuretik yang meningkatkan volume darah. Disamping itu progesteron mempengaruhi otot halus yang mengurangi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva, serta vagina.

b. Perubahan tanda – tanda vital

1. Suhu

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37.2°C . Sesudah partus dapat naik kurang lebih 0.5°C dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 8°C . Sesudah dua jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Bila suhu lebih dari 38°C , mungkin terjadi infeksi pada klien.

2. Nadi dan pernapasan

Masa nifas umumnya denyut nadi labil dibandingkan dengan suhu tubuh, sedangkan pernafasan akan sedikit meingkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula.

3. Tekanan darah

Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi postpartum akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat penyakit – penyakit lain yang menyertai dalam $\frac{1}{2}$ bulan tanpa pengobatan.

11. Sistem hematologi dan cardiovascular

Leukositosis adalah meningkatnya jumlah sel – sel darah putih sebanyak 15.000 selama masa persalinan. Jumlah hemoglobin dan hematokrit serta eritrosit akan sangat bervariasi pada awal – awal masa nifas sebagai akibat dari volume darah, volume plasma dan volume sel darah yang berubah – ubah

2.1.10 Adaptasi Psikologis Pada Masa Nifas

Perubahan psikologis pada masa nifas menurut buku (sitti saleh, 2009)

1. *Taking in period*

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

2. *Taking hold period*

Berlangsung 3 – 4 hari postpartum, ia lebih konsentrasi pada kemampuannya dalam menerima tanggung jawab sepenuh nyaterhadap perawatan bayi. Pada masa ini ibu menjadi sangat sensitif, sehingga membutuhkan bimbingan dan dorongan perawat untuk mengatasi kritikan yang dialami ibu.

3. *Letting go period*

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

2.2 KONSEP NYERI

2.2.1 Definisi Nyeri

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif. Perasaan nyeri pada setiap orang berbeda dalam hal skala ataupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Tetty, 2015). Nyeri adalah perasaan yang menimbulkan distress ketika ujung-ujung saraf tertentu (nosiseptor) di rangsang. Secara umum, nyeri diartikan sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari dalam serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis, maupun emosional.

2.2.2 Klasifikasi Nyeri

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

a. Nyeri Akut

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

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

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama, yaitu lebih dari enam bulan. Yang termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatik (Maryunani, 2010).

2.2.3 Reseptor Nyeri

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

2.2.4 Stimulus Nyeri

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

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

Trauma pada jaringan tubuh, gangguan pada jaringan tubuh, tumor

2.2.5 Kecepatan Sensasi

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

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

2.2.6 Mekanisme Nyeri

Rangkaian proses terjadinya nyeri diawali dengan tahap transduksi, dimana hal ini terjadi ketika nosiseptor yang terletak pada bagian perifer tubuh distimulasi oleh berbagai stimulus, seperti faktor biologis, mekanisme, listrik, thermal, dan radiasi. *Fast pain* dicetuskan oleh reseptor tipe mekanis atau thermal (yaitu *serabut saraf A-Delta*), sedangkan *slow pain* (nyeri lambat) biasanya dicetuskan oleh *serabut saraf C*).

Karakteristik Serabut A-delta yaitu :

- ✓ Menghantar nyeri dengan cepat
- ✓ Bermielinasi

Karakteristik Serabut C, yaitu :

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

Serabut A mengirim sensasi yang tajam, terlokalisasi, dan jelas dalam melokalisasi sumber nyeri dan mendeteksi intensitas nyeri. Serabut C menyampaikan impuls yang terlokalisasi (bersifat difusi), viseral, dan terus-menerus. Sebagai contoh mekanisme kerja serabut A-delta dan serabut C dalam suatu trauma adalah ketika seseorang menginjak paku, sesaat setelah kejadian orang tersebut dalam waktu kurang dari 1 detik akan merasakan nyeri yang terlokalisasi dan tajam, yang merupakan transmisi dari serabut A. dalam beberapa detik selanjutnya, nyeri menyebar sampai seluruh kaki terasa sakit karena persarafan serabut C. Tahap selanjutnya adalah transmisi, dimana impuls nyeri kemudian ditransmisikan serat afferen (A-delta dan C) ke medula spinalis melalui dorsal horn, dimana di sini impuls akan bersinapsis di substansia gelatinosa (lamina II dan III). Impuls kemudian menyeberang keatas melewati traktus spinothalamus anterior dan lateral. Beberapa impuls yang melewati traktus spinothalamus lateral diteruskan langsung ke thalamus tanpa singgah di formatio retikularis membawa impuls fast pain. Di bagian thalamus dan korteks serebri inilah individu kemudian dapat mempersepsikan, menggambarkan, melokalisasi, menginterpretasikan dan mulai berespon terhadap nyeri.

Beberapa impuls nyeri ditransmisikan melalui traktus paleospinothalamus pada bagian tengah medula spinalis. Impuls ini memasuki formatio retikularis dan sistem limbik yang mengatur perilaku emosi dengan kognitif, serta integritasi dari sistem saraf

otonom. Slow pain yang terjadi akan membangkitkan emosi, sehingga timbul respon terkejut, marah, cemas, tekanan darah meningkat, keluar keringat dingin, dan jantung berdebar-debar.

2.2.7 Faktor –faktor yang Mempengaruhi Nyeri

1. Usia

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

2. Jenis kelamin

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

3. Kebudayaan

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

4. Perhatian

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

5. Ansietas

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

6. Kelemahan

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

7. Pengalaman sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri. Apabila individu sejak lama sering mengalami serangkaian episode nyeri tanpa pernah

sembuh maka ansietas atau rasa takut dapat muncul. Sebaliknya jika individu mengalami jenis nyeri yang sama berulang-ulang tetapi nyeri tersebut dengan berhasil dihilangkan akan lebih mudah individu tersebut menginterpretasikan sensasi nyeri (Rahadhanie dalam Andari, 2015).

8. Gaya koping

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

9. Dukungan keluarga dan sosial

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

10. Makna nyeri

Individu akan berbeda-beda dalam mempersepsikan nyeri apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan hukuman dan tantangan. Misalnya seorang wanita yang bersalin akan mempersepsikan nyeri yang berbeda dengan wanita yang mengalami nyeri cedera kepala akibat dipukul pasangannya. Derajat dan kualitas

nyeri yang dipersepsikan klien berhubungan dengan makna nyeri (Potter & Perry, 2006).

2.2.8 Manajemen Nyeri

1. Pendekatan Farmakologi

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

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

2. Intervensi Keperawatan Mandiri (Non Farmakologi)

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

a) Masase dan Stimulasi Kutaneus

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

b) *Effleurage Massage*

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

c) Distraksi

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

d) Terapi Musik

Terapi musik adalah usaha meningkatkan kualitas fisik dan mental dengan rangsangan suara yang terdiri dari melodi, ritme, harmoni, bentuk dan gaya yang diorganisir sedemikian rupa hingga tercipta musik yang bermanfaat untuk kesehatan fisik dan mental (Eka, 2011).

e) Hidroterapi Rendam Kaki Air Hangat

Salah satu terapi nonfarmakologi adalah hidroterapi rendam kaki air hangat. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Widiastuti pada tahun 2015 tentang pengaruh hidroterapi rendam kaki air

hangat terhadap 17 pasien post operasi di RS Islam Sultan Agung Semarang terdapat penurunan intensitas nyeri dari sebelum diberikan 4,06 dan setelah diberikan intensitas nyeri menjadi 2,71.

f) Teknik Relaksasi Nafas Dalam

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

berdampak pada keseimbangan tubuh dan pengontrolan tekanan darah.

g) Teknik Relaksasi genggam jari

Teknik relaksasi genggam jari adalah cara yang mudah untuk mengelola emosi dan mengembangkan kecerdasan emosional. Disepanjang jari – jari tangan kita terdapat saluran atau meridian energy yang terhubung dengan berbagai organ dan emosi, menggenggam jari sambil menarik nafas dalam – dalam (relaksasi) dapat mengurangi dan menyembuhkan ketegangan fisik dan emosi, karena genggam jari akan menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energy pada meridian (energy channel) yang terletak pada jari tangan kita, dengan cara menggenggam jari mulai dari ibu jari sampai kelima jari lain dengan waktu 3 menit, dan manfaatnya adalah memberikan rasa damai, memperbaiki aspek emosi, menurunkan kecemasan dan depresi serta menurunkan nyeri.

Kekurangan pada penggunaan relaksasi genggam jari tidak selalu diterapkan kepada ibu yang sudah melahirkan dengan primigravida karena ibu dengan primigravida akan mengalami nyeri yang lebih tinggi dibandingkan dengan ibu multigravida sehingga dapat digunakan untuk menurunkan nyeri post section caesarea pada ibu persalinan (Haniyah, dkk 2016).

2.2.9 Mengkaji Nyeri

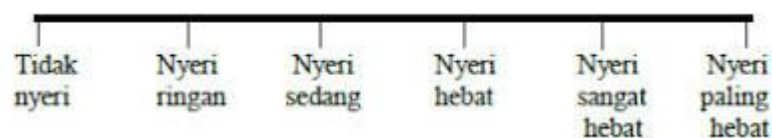
Tabel 2.1
Pengkajian Nyeri (BCGuidelines.ca, 2011)

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

1. Skala Deskriptif Verbal (SDV)

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

Gambar 2.1
Skala Deskriptif Verbal



Sumber : (Potter & Perry, 2006)

2. Skala Penilaian Numerik

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

Gambar 2.2
Skala Penilaian Numerik



Sumber : (Meliala & Suryamiharja, 2007)

3. Skala Analog Visual

Skala Analog Visual atau *Visual Analog Scale* (VAS) adalah suatu garis lurus yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsi verbal pada ujungnya. Skala ini memberi klien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri (Potter & Perry, 2006)

4. Skala Nyeri Wajah

Skala wajah terdiri atas enam wajah dengan profil kartun yang menggambarkan wajah yang sedang tersenyum (tidak merasa nyeri), kemudian secara bertahap meningkat menjadi wajah kurang bahagia, wajah yang sangat sedih sampai wajah yang sangat ketakutan (nyeri yang sangat) (Potter & Perry, 2006).

Gambar 2.3
Skala Nyeri Wajah



Sumber : wongbakerfaces.org

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan pada *Post Sectio Caesarea*

2.2.1 Pengkajian dan data fisik

1. Pengkajian

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

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

a. Keluhan utama

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

b. Riwayat kesehatan dahulu

Klien dengan SC akan mengalami penyakit yang sama sebelumnya (hipertensi /plasenta previa)

c. Riwayat kesehatan keluarga

Klien dengan sc biasanya disertai penyakit keturunan contohnya hipertensi

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

a. Pola nutrisi

Abdomen lunak dengan tidak ada distensi pada awal

b. Pola eliminasi

Kateter urinaris mungkin terpasang, urine mungkin jernih pucat.

c. Pola istirahat tidur

Mengeluh ketidaknyamanan dari berbagai sumber misal karena bedah/insisi.

d. Aktivitas dan latihan

Keterbatasan gerakan pengaruh dari anestesi.

3. Pemeriksaan fisik

1. Tanda-tanda vital

Semua tanda vital harus dimonitor dengan hati-hati sehingga dapat melihat status klien khususnya untuk tekanan darah, mungkin akan terjadi bradikardi, suhu tubuh akan meningkat / menurun (Regina VT Novita, 2011).

2. Kepala

Bagian mulut mungkin terlihat kering (Doenges, 2001)

3. Dada

Jarang ada penurunan pernafasan apabila ada penurunan kenaikan curigai adanya perdarahan, biasanya suara paru vesikuler terdengar jelas (Regina VT Novita, 2011)

4. Perut : Selama hamil otot-otot abdomen secara tertahap melebar dan terjadi penurunan tonus otot sehingga menjadi lunak, lembut dan lemah.

5. Ektremitas (Doenges, 2001)

- Atas

biasanya ada penurunan gerakan atau sensasi karena efek anestesi

- Bawah

biasanya ada penurunan gerakan atau sensasi karena efek anestesi

6. Genitalia :Biasanya terdapat lochea, Biasanya penurunan lubrikasi vagina dan penurunan lubrikasi vagina.

7. Data penunjang

- Kadar Hb

- Hematokrit

- Kadar leukosit dan golongan darah

2.2.2 Diagnosa keperawatan yang muncul

Suatu diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon manusia terhadap gangguan kesehatan/proses kehidupan, atau kerentanan

terhadap respons tersebut dari seorang individu, keluarga, kelompok, atau komunitas (NANDA, 2018-2020).

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

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d obstruksi jalan nafas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anastesi)
2. Nyeri akut b.d agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum
4. Ketidakefektifan pemberian ASI b.d kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui
5. Gangguan eliminasi urine
6. Gangguan pola tidur b.d kelemahan
7. Resiko infeksi
8. Defisit perawatan diri:mandi/ kebersihan diri, makan, toileting b.d kelelahan postpartum
9. Konstipasi
10. Resiko syok (hipovolemik)
11. Resiko perdarahan
12. Defisiensi pengetahuan : perawatan post partum b.d kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.

Tabel 2.1

Intervensi keperawatan

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Definisi : ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran nafas untuk mempertahankan bersihan jalan nafas.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada batuk - Suara nafas tambahan - Perubahan frekuensi napas - Perubahan irama nafas - Sianosis - Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara - Penurunan bunyi napas - Dipsneu - Sputum dalam jumlah yang berlebihan - Batuk yang tidak efektif - Orthopneu - Gelisah - Mata terbuka lebar <p>Faktor-faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mukus berlebihan 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Respiratory status: ventilation</i> - <i>Respiratory status: Airway patency</i> <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) - Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) - Mampu mengidentifikasi dan mencegah factor yang dapat menghambat jalan nafas 	<p>NIC</p> <p>Airway Suctioning</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pastikan kebutuhan oral/ tracheal suctioning - Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning - Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning - Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan - Berikan o₂ dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suksin nasotrakeal - Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan - Anjurkan pasien untuk 	<ul style="list-style-type: none"> - Hidrasi yang adekuat membantu mempertahankan sekresi encer dan meningkatkan ekspektorasi - Ronki dan mengindikasikan sekresi dan ketidakmampuan untuk membersihkan jalan nafas. - Memberi pengertian kepada klien/keluarga tentang terapi yang dilakukan - Memaksimalkan upaya batuk, ekspansi paru, dan drainase - Oksigen tambahan diperlukan selama distres pernafasan - Menjaga keadaan aseptik - Memaksimalkan upaya batuk,

- Terpajan asap	istirahat dan	ekspansi paru,
- Benda asing dalam jalan nafas	napas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal	dan drainase
- Sekresi yang tertahan		
- Perokok pasif	- Monitor status oksigen pasien	- Mengetahui keadaan pernafsan
- perokok		- Memfasilitasi dalam pemberian terapi
kondisi terkait	- Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suction	
- spasme jalan napas		
- jalan napas alergik	Airway management	
- asma	- Buka jalan napas, gunakan teknik chinlift atau jaw thrust bila perlu	- Untuk mempertahankan jalan nafas
- penyakit paru obstruksi kronis	- Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi	- Mencegah lidah mengobstruksi lidah
- eksudat dalam alveoli	- Identifikasi perlunya pemasangan alat jalan napas buatan	- Menentukan jenis alat bantu yang digunakan
- hiperplasia pada dinding bronkus	- Pasang mayo bila perlu	- Mempermudah melakukan penngeluaran sekresi
- infeksi		
- disfungsi neuromuskular	- Lakukan fisioterapi dada jika perlu	- Meningkatkan ventilasi di semua paru dan membantu drainase sekresi
- adanya jalan napas buatan	- Keluarkan sekret dengan batuk atau suction	- Membantu drainase sekresi
	- Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan	- Ronki dan mengindikasikan sekresi dan ketidakmampuan untuk membersihkan

			jalan nafas
	- Lakukan suction pada mayo	-	Mempermudah drainase sekresi
	- Berikan bronkodilator bila perlu	-	Meningkatkan ventilasi dan pengeluaran sekresi
	- Berikan pelembab udara kassa basah Nacl lembab	-	Menjaga kelemban
	- Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan	-	Membantu menairkan sekresi sehingga meningkatkan ekspektorasi

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

Tabel 2.2

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.	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Pain level,</i> - <i>Pain control,</i> - <i>Comfort level</i> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mampu mengontrol nyeri (taahu penyebab nyeri,mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri,mencari bantuan) - melaporkan bahwa nyeri berkurang 	<p>NIC</p> <p><i>Pain Management</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. - Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyama 	<ul style="list-style-type: none"> - Nyeri merupakan pengalaman subjektif . pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektifitas medikasi dan kemajuan penyembuhan. Perubahan pada karakteristik nyeri. - Isyarat non verbal dapat atau tidak dapat mendukung

Batasan karakteristik :	dengan menggunakan manajemen nyeri	nan gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.	intensitas nyeri klien, tetapi mungkin merupakan satu satunya indikator jika klien tidak dapat menyatakan secara verbal.
- perubahan selera makan	- mampu mengenali nyeri (skala,intensitas,frekuensi dan tanda nyeri)	- Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri	- Menentukan kultur pada klien
- perubahan tekanan darah	- menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	- Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau	- Dapat membedakan nyeri saat ini dari pola nyeri sebelumnya.
- perubahan frekwensi jantung		- Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan.	- Keberadaan perawat dapat mengurangi persaan ketakutan dan ketidakberdayaan.
- perubahan frekwensi pernapasan		- Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan	- Meredakan ketidaknyamanan dan mengurangi energi sehingga meningkatkan kemampuan koping.
- laporan isyarat		- Kurangi faktor presipitasi nyeri	- Membantu dalam menegakan diagnosis dan menentukan kebutuhan terpi
- diaphoresis		- Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi non farmakologi dan interpersonal)	- Meningkatkan istirahat, mengarahkan kembali perhatian dan meningkatkan koping.
- perilaku distraksi (mis.,berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktivitas lain,aktivitas yang berulang)		- Kaji tipe dan sumber nyeri untuk	- Mempermudah menentukan perencanaan
- mengekspresikan perilaku (mis.,gelisah,merengek,menangis)			
- masker wajah(mis., mata kurang bercahaya,tampak kacau,gerakan mata berpencar atau tetap pada satu focus meringis)			
- sikap melindungi area nyeri			
- focus menyempit (mis.,gangguan persepsi nyeri,hamba			

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

		pengobatan nyeri secara teratur	
	-	Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali	- Untuk mengetahui perkembangan atau keefektifitasan terapi
	-	Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat	- Menurunkan ketidaknyaman dan memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain.
	-	Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala	- Untuk mengetahui efektifitas dari terapi farmakologi

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

Tabel 2.3

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Inrervensi	Rasional
Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolic	NOC	NIC	
Batasan karakteristik :		Nutrition management	
- kram abdomen	- <i>Nutritional status:</i>	- Kaji adanya alergi makanan	- Pilihan intervensi bergantung pada penyebab yang mendasari
- nyeri abdomen	- <i>Nutritional status : food and fluidIntake</i>		
- gangguan sensasi rasa	- <i>Nutritional status :</i>		
- berat badan 20% atau lebih dibawah rentang berat badan ideal	- <i>nutrient intake</i>	- Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrsisi yang dibutuhkan pasien	- Metode pemberian makan dan kebutuhan kalori ditentukan berdasarkan situasi individual dan kebutuhan spesifik
- kerapuhan kapiler	- Weight control		
- diare	Kriteria Hasil :		
- kehilangan rambut berlebihan	- Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan		
- enggan makan	- Berat badan ideal sesuai	- Anjurkan	- Meningkatkan
- asupan makanan kurang dari recommended daily allowance (RDA)			
- bising usus			

<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - dengan tinggi badan - Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi - Tidak ada tanda-tanda malnutrisi - Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dari menelan - Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	<ul style="list-style-type: none"> - pasien untuk meningkatkan intake Fe - Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C - Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi - Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi) - Ajarkan pasien bagaimana cara membuat catatan makan harian - Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori - Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi - Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan 	<ul style="list-style-type: none"> - defisit dan memantau keefektifan terapi nutrisi - Memaksimalkan asupan zat gizi - Pertimbangkan pilihan individual dapat memperbaiki asupan diet - Memaksimalkan asupan zat gizi - Mengidentifikasi toleransi makanan dan defisiensi serta kebutuhan nutrisi - Mengetahui asupan gizi yang akan diberikan - Untuk mengetahui pemahaman nutrisi klien - Mengetahui nutrisi yang akan di berikan
<p>Faktor-faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asupan diet kurang 			
<p>Populasi berisiko</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faktor biologis - Kesulitan ekonomi 			
<p>Kondisi terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien - Ketidakmampuan mencerna makanan - Ketidakmampuan makan - Gangguan psikososial 			
		<p>Nutrition Monitoring</p> <ul style="list-style-type: none"> - BB pasien dalam batas normal - Monitor adanya 	<ul style="list-style-type: none"> - Menjaga keseimbangan nutrisi - Mengetahui adanya ketidakseimb

penurunan berat badan	-	angan nutrisi
- Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan	-	Mengetahui aktivitas yang harus dilakukan atau tidak karena bisa membuang energi
- Monitor lingkungan selama makan	-	Lingkungan yang nyaman mempengaruhi selama makan
- Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan	-	Memaksimalkan asupan nutrisi
- Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi	-	Asupan yang kurang mempengaruhi perubahan fisik
- Monitor turgor kulit	-	Mengetahui ketidakseimbangan nutrisi
- Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva	-	Asupan yang kurang mempengaruhi perubahan fisik
- Monitor kalori dan intake nutrisi	-	Mengukur keefektifan bantuan nutrisi
- Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet	-	Mengetahui adanya kekurangan vitamin B

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

Tabel 2.4

Ketidakefektifan pemberian ASI

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : kesulitan	NOC	NIC	

memberikan susu pada bayi atau anak secara langsung dari payudara, yang dapat mempengaruhi status nutrisi bayi/anak.	- <i>Breastfeeding ineffective</i> - <i>Breathing Pattern Ineffective</i> - <i>Breastfeeding interupted</i>	Breastfeeding Assistance - Evaluasi pola menghisap/menelan bayi - Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui dari bayi (misalnya reflek rooting, mengisap dan terjaga) - Pantau integritas kulit puting ibu - Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi	- Mengetahui perkembangan bayi - Menentukan rencana selanjutnya - Kelembaban dan kelembutan untuk bayi - Melihat keefektifan pemberian nutrisi dari ASI
Batasan karakteristik :	Kriteria hasil :	Breast Examination Lactation Supresion	
- Ketidakadekuatan defekasi bayi	- Kemantapan pemberian ASI: bayi	- Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI	- Membantu mengefektifkan pemberian terapi
- Bayi mendekat ke arah payudara	- perletakan bayi yang sesuai pada dan proses mengisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI.	- Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI	- Ibu baru mungkin tidak menyadari bahwa tentang pemberian ASI
- Bayi menangis pada payudara	- Kemantapan pemberian ASI : IBU :	- Ajarkan pengasuh bayi mengenai topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran member susu botol pada dua	- Memberikan pengetahuan dasar
- Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusui	- kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI		
- Bayi rewel dalam satu jam setelah menyusui	- Pemeliharaan pemberian ASI :		
- Bayi tidak mampu latch-on pada payudara secara tepat	- keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/todler		
- Bayi menolak latching on	- Diskontinuitas progresif pemberian ASI		
- Bayi tidak responsif terhadap tindakan kenyamanan lain	- Pengetahuan pemberian ASI tingkat pemahaman		
- Ketidakcukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui			
- Kurang penambahan berat badan bayi			
- Tidak tampak tanda pelepasan oksitosin			
- Tampak ketidakadekuatan asupan susu			
- Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui			
- Penurunan berat badan bayi terus menerus			
- Tidak mengisap payudara terus menerus			
Faktor yang			

berhubungan	yang	jam sebelum	
- Keterlambatan laktogen II	ditunjukkan mengenai	ibu pulang	
- Suplai ASI tidak cukup	laktasi dan pemberian	- Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan dan	- Menggantikan ASI untuk nutrisi pada bayi
- Keluarga tidak mendukung	makan bayi melalui proses pemberian ASI		
- Tidak cukup waktu untuk menyusui ASI	- Ibu menganalisis isyarat lapar dari bayi dengan segera	kemungkinan pemberian tambahan susu formula	
- Kurang pengetahuan orang tua tentang teknik menyusui	- Ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI	Lactation consulting	
- Kurang pengetahuan orang tua tentang pentingnya pemberian ASI	- Ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting	- Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI	- Mendapat dukungan berhubungan dengan rasio keberhasilan ASI
- Diskontinuitas pemberian ASI	- Mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI	- Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu	- Memberi pengetahuan untuk ibu
- Ambivalensi ibu		- Diskusikan metode alternative pemberian makan bayi	- Menggantikan nutrisi untuk bayi
- Ansietas ibu			
- Anomali payudara ibu			
- Keletihan ibu			
- Obesitas ibu			
- Nyeri ibu			
- Penggunaan dot			
- Refleks isap bayi buruk			
- Penambahan makanan dengan puting artifisial			
Populasi berisiko			
- Bayi prematur			
- Pembedahan payudara sebelumnya			
- Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya			
- Masa cuti melahirkan pendek			
Kondisi terkait			
- Defek orofaring			

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

Tabel 2.5

Gangguan eliminasi urine

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

			dan ketidakmampuan untuk merelaksasi sfingter urine
	- Menerapkan kateterisasi intermiten, sesuai		- Untuk mengurangi spastisitas kandung kemih dan gejala perkemihan dan terkait yaitu frekuensi, urgensi, inkontinensia dan nokturia.
	- Merujuk ke spesialis kontinensia, sesuai		- Spesialis kontinensia membantu membuat rencana asuhan individual untuk memenuhi kebutuhan spesifik klien dengan menggunakan teknik dan produk kontinensia terbaru.

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

Tabel 2.6

Gangguan Pola Tidur

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : interupsi jumlah waktu dan kualitas tidur akibat faktor eksternal	NOC - <i>Anxiety reduction</i> - <i>Comfort level</i> - <i>Pain level</i>	NIC <i>Sleep Enhancement</i> - Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat	- Meningkatkan relaksasi dan kesiapa tidur
Batasan karakteristik - Kesulitan berfungsi sehari-hari - Kesulitan	- <i>Rest : extent and pattern</i> - <i>Sleep : extent and pattern</i> Kriteria hasil :	- Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas	- Meningkatkan kesiapan untuk tidur

<ul style="list-style-type: none"> - Kesulitan mempertahankan tetap tidur - Ketidakpuasan tidur - Tidak merasa cukup istirahat - Terjaga tanpa jelas penyebabnya <p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan karena cara pasang tidur - Kendala lingkungan - Kurang privasi - Pola tidur tidak menyehatkan <p>Kondisi terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> - Imobilisasi 	<ul style="list-style-type: none"> - Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari - Pola tidur, kualitas dalam batas normal - Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat - Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur 	<ul style="list-style-type: none"> - Ciptakan lingkungan yang nyaman - Kolaborasi pemberian obat tidur - Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien - Instruksikan untuk memonitor tidur pasien - Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur - Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam. 	<ul style="list-style-type: none"> - Meningkatkan koping klien - Medikasi terjadwal dapat meningkatkan istirahat atau tidur - Mengatasi dan meningkatkan kesiapan untuk tidur - Klien lebih mudah menoleransi - Mengakibatkan klien tidak merasa beristirahat dengan baik - Mengetahui dan menoleransi kebutuhan dan kesiapan tidur
--	--	---	---

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

Tabel 2.7

Resiko Infeksi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Definisi : rentan mengalami invasi dan multipikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan.</p> <p>Faktor resiko</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan peristalsis - Gangguan integritas kulit - Vaksinasi tidak adekuat 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Immune status</i> - <i>Knowledge : infection control</i> - <i>Risk control</i> <p>Kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi - Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi 	<p>NIC</p> <p>Infection Control (kontrol infeksi)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain - Batasi pengunjung bila perlu - Instruksikan 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait - Individu telah mengalami gangguan dan berisiko tinggi terpajan infeksi - Pertahanan lini

<ul style="list-style-type: none"> - Kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan patogen - Malnutrisi - Obesitas - Merokok - Stasis cairan tubuh 	<p>penularan serta penatalaksanaannya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi - Jumlah leukosit dalam batas normal - Menunjukkan perilaku hideup sehat 	<p>pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gunakan sabun anti mikroba untuk cuci tangan 	<p>depan ini adalah untuk klien, pemberi asuhan kesehatan dan masyarakat</p>
<p>Populasi berisiko</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terpajan pada wabah 			<ul style="list-style-type: none"> - Faktor ini dapat menjadi kunci yang paling sederhana tetapi merupakan kunci
<p>Kondisi terkait</p>			
<ul style="list-style-type: none"> - Perubahan pH sekresi - Penyakit kronis - Penurunan kerja siliaris - Penurunan hemoglobin - Imunosupresi - Prosedur invasif - Leukopenia - Pecah ketuban dini - Pecah ketuban lambat - Supresi respon inflamasi 		<ul style="list-style-type: none"> - Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan - Gunakan baju sarung tangan sebagai alat pelindung - Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat - Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum - Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi 	<ul style="list-style-type: none"> - penting untuk pencegahan infeksi yang didapat di rumah sakit - Mengurangi resiko penyebaran infeksi - Faktor ini dapat menjadi kunci yang paling sederhana tetapi merupakan kunci penting untuk pencegahan infeksi yang didapat di rumah sakit - Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait alat - Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait alat - Mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri dalam

	ksi kandung kemih	saluran perkemihan
-	Tingkatkan intake nutrisi	- Fungsi imun dipengaruhi oleh asupan nutrisi
-	Berikan tenaga antibiotik bila perlu infection protection (proteksi terhadap infeksi)	- Terapi bersifat sistemik dan diarahkan pada organisme teridentifikasi tertentu seperti bakteri anaerob, jamur, dan basili gram negatif
-	Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal	- Untuk menentukan adanya infeksi
-	Pertahankan teknik aseptis pada pasien yang berisiko	- Mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri
-	Berikan perawatan kulit pada area epiderma	- mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri
-	Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase	- memberikan deteksi dini perkembangan proses infeksi
-	Inspeksi kondisi luka dan insisi bedah	- memberikan deteksi dini perkembangan proses infeksi
-	Dorong masukan nutrisi yang cukup	- membantu memperbaiki resistansi umum terhadap penyakit dan mengurangi resiko infeksi dari sekresi yang statis
-	Dorong masukan cairan	- membantu memperbaiki resistansi umum terhadap penyakit dan

			mengurangi resiko infeksi dri sekresi yang statis
	- Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep	-	Terapi bersifat sistemik dan diarahkan pada organisme teridentifikasi tertentu seperti bakteri anaerob, jamur, dan basili gram negatif
	- Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi	-	Mendeteksi dini adanya tanda dan gejala infeksi
	- ajarkan cara menghindari infeksi	-	Mendeteksi dini adanya tanda dan gejala infeksi
	- laporkan kultur positif	-	Untuk mengidentifikasi patogen dan antimikroba

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

Tabel 2.8

Defisit Perawatan Diri : Mandi

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

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

mengasumsika
n perawtan diri.

atas persepsi
kehilangan
kemandirian.

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

Tabel 2.9

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 - Nyeri abdomen - Nyeri tekan abdomen dengan teraba retensi otot - Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resitensi otot - Anoreksia - Penampilan tidak khas pada lansia - Borborigmi - Darah merah pada feses	NOC - <i>Bowel elimination</i> - <i>Hydration</i> Kriteria Hasil: - Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari - Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi - Mengidentifikasi indicator untuk mencegah konstipasi - Feses lunak dan berbentuk	NIC Constipation/impaction management - Monitor dan konstipasi - Monitor bising usus - Monitor feses : frekuensi , konsistensi dan volume - Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus - Jelaskan etiologi	tanda dan gejala - Mendeteksi dini keadaan konstipasi - Menentukan kesiapan terhadap pemberian makan per oral - Melihat keefektifan terapi - Mencegah komplikasi - Memberikan

- Perubahan pada pola defekasi	dan rasionalisasi tindakan terhadap pasien	pengetahuan dasar
- Penurunan frekuensi defekasi	- Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi	- Mendeteksi dini penyebab konstipasi
- Penurunan volume feses	- Dukung intake cairan	- Merangsang eliminasi dan mencegah konstipasi defekasi
- Distensi abdomen	- Kolaborasi pemberian laktasif	- Membantu mengembalikan fungsi usus
- Keletihan	- Pantau tanda-tanda dan gejala konstipasi	- Melihat perkembangan gejala konstipasi
- Feses keras dan berbentuk	- frekuensi, bentuk, volume dan warna	- Melihat adanya perubahan
- Sakit kepala	- Memantau bising usus	- Bising usus biasanya tidak terdengar setelah prosedur pembedahan
- Bising usus hiperaktif	- Konsultasikan dengan dokter tentang penurunan / kenaikan frekuensi bising usus	- Melanjutkan rencana selanjutnya
- Bising usus hipoaktif	- Pantau tanda-tanda dan gejala pecahnya usus dan /atau peritonitis	- Mengetahui adanya komplikasi lain
- Tidak dapat defekasi	- Jelaskan etiologi masalah dan pemikiran untuk tindakan untuk pasien	- Mengetahui penyebab pada pasien
- Peningkatan tekanan intrabdomen	- Mendorong meningkatkan asupan cairan, kecuali dikontraindikasikan	- Melunakan feses dan merangsang peristaltik
- Tidak dapat makan	- Anjurkan pasien /	- Melihat
- Feses cair		
- Nyeri pada saat defekasi		
- Massa abdomen yang dapat diraba		
- Massa rektal yang dapat diraba		
- Perkusi abdomen pekak		
- Rasa penuh rektal		
- Rasa tekanan rektal		
- Sering flatus		
- Adanya feses lunak, seperti pasta di dalam rektum		
- Mengejan pada saat defekasi		
- Muntah		
Faktor yang berhubungan		
- Kelemahan otot abdomen		
- Rata-rata aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan menurut gender dan usia		
- Konfusi		
- Penurunan		

motilitas traktus	keluarga untuk	adanya
- Gastrointestinal	mencatat warna,	perubahan
- Dehidrasi	volume,	
- Depresi	frekuensi, dan	
- Perubahan	konsistensi tinja	
kebiasaan makan	- Ajarkan pasien /	- Mendukung
- Ganggaun emosi	keluarga	adanya
- Kebiasaan	bagaimana untuk	perubahan
menakan	menjaga buku	pada pasien
dorongan defekasi	harian makanan	
- Kebiasaan makan	- Anjurkan pasien /	- Membantu
buruk	keluarga untuk	mengembali
- Higiene oral tidak	diet tinggi serat	kan fungsi
adekuat		usus
- Kebiasaan	- Anjurkan pasien /	- Untuk
tilleting tidak	keluarga pada	mempermudah
adekuat	penggunaan yang	ah
- Asupan serat	tepat dari obat	melunakan
kurang	pencahar	feses
- Asupan cairan	- Anjurkan pasien /	- Membantu
kurang	keluarga pada	mengembali
- Kebiasaan defekasi	hubungan asupan	kan fungsi
tidak teratur	diet, olahraga dan	usus
- Penyalahgunaan	cairan sembelit /	
laktasif	impaksi	
- Obesitas		
- Perubahan	- Menyarankan	- Merencanakan
lingkungan baru	pasien untuk	tindakan
Kondisi terkait	berkonsultasi	selanjutnya
- Ketidakseimbangan	dengan dokter	
elektrolit	jika sembelit atau	
- Hemoroid	impaksi terus ada	
- Penyakit	- Menginformasikan	- Memberi
hirshprung	pasien prosedur	pengetahuan
- Ketidakadekuatan	pennghapusan	dasar
gigi geligi	manual dari tinja,	
- Gram besi	jika perlu	
- Gangguan	- Ajarkan pasien	- Mendeteksi
neurologis	atau keluarga	dini untuk
- Obstruksi usus	tentang proses	konstipasi
pasca-bedah	pencernaan yang	
- Kehamilan	normal	
- Pembesaran	- Ajarkan pasien /	- Memberi
protat	keluarga tentang	pengetahuan
- Abses rektal	kerangka waktu	dasar
- Fisura anal rektal	untuk resolusi	tentang
- Striktur anal	sembelit	pengahan
rektal		
- Prolaps rektal		
- Ulkus rektal		
- Rektokel		
- Tumor		

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

Tabel 2.10
Resiko Syok (hipovolemik)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : rentan mengalami ketidakukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa, yang dapat mengganggu kesehatan. Faktor resiko - Akan dikembangkan Kondisi terkait - Hipotensi - Hipovolemia - Hipoksemia - Hipoksia - Infeksi - Sepsis	NOC - <i>Syok prevention</i> - <i>Syok management</i> Kriteria hasil : - Nadi dalam batas yang diharapkan - Irama jantung dalam batas yang diharapkan - Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan - Irama pernafasan dalam batas yang diharapkan - Natrium serum	NIC <i>Syok prevention</i> - Monitor sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme , nadi perifer, dan kapiler refill - Monitor tanda inadekuat oksigenasi jaringan - Manitor suhu dan pernafasan - Monitor input dan output	- Mengidentifikasi dan efektifitas serta kebutuhan terapi - Menghindari adanya hipoksemia selama perdarahan - Mengetahui tanda dari syok hivopolemik - Mengetahui kasar kehilangan

- Sindrom respons inflamasi sistemik (systemic inflammatory response syndrome)	dbn - Kalium serum dbn - Klorida serum dbn - Kalsium serum dbn - Magnesium serum dbn - PH darah serum dbn	- Monitor tanda awal syok - Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat	cairan/darah - Mengetahui informasi tanda dari syok - Mengurangi pengeluaran herlelahan
	Hidrasi - Indicator : - Mata cekung tidak ditemukan - Demam tidak ditemukan - TD dbn - Hematokrit DBN	- Berikan cairan IV dan atau oral yang tepat - Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok - Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok	- Mengganti dan mempertahankan volume sirkulasi dan perfusi - Memberikan pengetahuan dasar untuk tanda gejala syok - Memberikan deteksi dini untuk atasi gejala syok
		Syok management	
		- Monitor tekanan nadi - Monitor status cairan, input output - Catat gas darah arteri dan oksigen di jaringan - Monitor EKG, sesuai - Monitor nilai laboratorium (misalnya, CBC dengan diferensial) koagulasi profil,ABC, tingkat laktat, budaya, dan profil kimia) - Masukan dan	- Mengidentifikasi dan efektifitas serta kebutuhan terapi - Mengetahui kasar kehilangan cairan/darah - Mengidentifikasi efektifitas serta kebutuhan terapi - Digunakan untuk mengontrol perdarahan - Mengetahui perkembangan dan Mengetahui efektifitas serta kebutuhan terapi - Mempertahankan

-
- Monitor status cairan yang meliputi intake dan output - Mengetahui adanya tanda resiko perdarahan

Bleeding

Reduction:wound / luka

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

Bleeding reduction : gastrointestinal

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

Tabel 2.12

Defisiensi Pengetahuan

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

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