

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI
SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT
DI RUANG KALIMAYA BAWAH
RSUD DR.SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh :

YANI ARYANI

AKX.16.190



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

2019

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Yani Aryani

NIM : AKX. 16. 190

Institusi : Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Seksio Sesarea Dengan Nyeri Akut Di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

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

Bandung, Agustus 2019

Yang Membuat Pernyataan



Yani Aryani

AKX. 16. 190

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI
SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT
DI RUANG KALIMAYA BAWAH
RSUD DR.SLAMET GARUT**

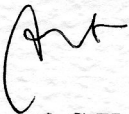
**OLEH
YANI ARYANI
AKX. 16. 190**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji
pada tanggal 08 Agsutus 2019

Menyetujui,

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

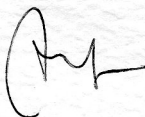


Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep
NIK : 1011603

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

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep

NIK : 1011603

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

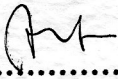
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANG KALIMAYA BAWAH RSUD DR.SLAMET GARUT

OLEH
YANI ARYANI
AKX. 16. 190

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 15 Agustus 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua : Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep

.....


(Pembimbing Utama)

Anggota :

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

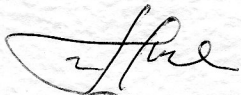
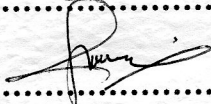

(Penguji I)

2. Sri Lestari, M.Keb

(Penguji II)

3. Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners

(Pembimbing Pendamping)

.....

.....

.....

.....

Mengetahui,

STIKes Bhakti Kencana Bandung

Ketua

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

NIK : 10107064



KATA PENGANTAR

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

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

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak pernah berdiri sendiri, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah turut serta membantu proses hingga terwujudnya harapan dan tujuan penulis dengan baik, ucapan terima kasih ini penulis sampaikan yang besar-besarnya kepada :

1. H.Mulyana, S.H., M.Pd., M.H.Kes. selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat menempuh pendidikan Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep. selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. dr. H. Maskut Farid MM. selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum dr.Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
4. Tuti Suprpti, S.Kp., M.Kep. selaku Ketua Program Diploma III Keperawatan Stikes Bhakti Kencana Bandung dan selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan Proposal Penelitian.

5. Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners, selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan Proposal Penelitian.
6. Deti Fuji Adianti, S.Kep., Ners, selaku CI Ruangannya bawah yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr. Slamet Garut.
7. Untuk kedua orang tua tercinta yaitu Ibu tercinta Yeyen Yenaliah dan Bapak Nana Setiana, adik Hadi Toto, Septiliani, Siti Nur Aeni, Khaira, serta keluarga besar yang telah memberikan dukungan, memberikan motivasi dan mendoakan secara tulus, demi keberhasilan penulis.
8. Rifa, Ricka, Milla dan Astuti yang telah memberikan semangat dan do'a.
9. Imam Firmasyah dan Aditia Bilal yang telah memberikan dukungan, semangat, serta motivasi yang tiada henti kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Untuk teman-teman seperjuangan DIII Keperawatan angkatan 2016-2019 yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus.
11. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu

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

Bandung, Agustus 2019

Penulis

ABSTRAK

Latar Belakang: Seksio Sesarea adalah operasi bedah yang paling umum dilakukan di dunia saat ini, sebagai salah satu cara untuk membantu proses kelahiran janin melalui insisi pada dinding abdomen (*laparomi*) dan dinding rahim (*histerektomi*). Di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut periode januari sampai desember 2018 berjumlah 886 orang. Tindakan operasi Seksio Sesarea akan mengakibatkan nyeri ketika nyeri tidak diatasi mengakibatkan mobilisasi ibu terbatas karena adanya peningkatan intensitas nyeri apabila pasien bergerak. **Tujuan:** Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien *Post* Seksio Sesarea Dengan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut. **Metode:** Studi kasus adalah suatu model yang menekankan pada eksplorasi suatu kasus secara mendetail, disertai pengalihan data secara mendalam yang melibatkan beragam sumber informasi. Studi kasus dilakukan pada dua klien selama tiga hari dengan masalah keperawatan yang sama yaitu nyeri akut. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi farmakologi dan non farmakologi (relaksasi nafas dalam) pada klien 1 dan klien 2 dapat teratasi dan ada penurunan skala nyeri dari nyeri sedang menjadi skala nyeri ringan. **Diskusi:** Pada kedua klien ditemukan masalah nyeri akut berhubungan dengan pembedahan dikarenakan dari data hasil pengkajian yang terjadi pada klien yaitu nyeri pada bagian luka operasi, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk - tusuk, nyeri dirasakan saat klien banyak bergerak nyeri berkurang pada saat terlentang skala nyeri pada klien 1 5(0-10) dan pada klien 2 6(0-10). Menerapkan teknik relaksasi nafas dalam pemberian asuhan keperawatan khususnya pada pasien *Post* Seksio Sesarea dengan masalah nyeri akut.

Keyword : *Asuhan Keperawatan, Nyeri Akut, Post Seksio Sesarea.*

Daftar pustaka : 14 buku (2009 - 2019) 9 jurnal (2012 – 2017), 3 Website

ABSTRACT

Background: *Caesarean section is the most common surgical operation performed in the world today, as one of the ways to assist the process of fetal birth through incisions in the abdominal wall (laparomy) and uterine wall (hysterectomy). In the Kalimaya Room below Dr. Slamet Garut from January to December 2018 amounted to 886 people. The Caesarean section surgery will cause pain when the pain is not treated resulting in limited maternal mobilization due to an increase in pain intensity when the patient moves. Objective:* *Being able to carry out nursing care to clients Post Section of Caesarean With acute pain in the Kalimaya Room below Dr. Slamet Garut. Method:* *Case study is a model that emphasizes the exploration of a case in detail, accompanied by deep data retrieval which involves various sources of information. Case studies were conducted on two clients for three days with the same nursing problem, namely acute pain. Results:* *After nursing care by providing pharmacological and non-pharmacological interventions (deep breathing relaxation) on client 1 and client 2 can be overcome and there is a decrease in pain scale from moderate pain to mild pain scale. Discussion:* *In both clients there were acute pain problems related to surgery because of the results of assessment data that occurred on the client, namely pain in the surgical wound, pain that felt like being pricked, pain felt when the client moved a lot, pain decreased when the pain scale was supine clients 1 5 (0-10) and on clients 2 6 (0-10). Applying breathing relaxation techniques in the provision of nursing care, especially in patients with Post Caesarean section with acute pain problems*

Keyword: *Nursing care, acute pain, post cesarean section.*

References: *14 books (2009 - 2019) 9 journals (2012 - 2017), 3 Websites*

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vi
Daftar Isi	viii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel	xii
Daftar Bagan	xiv
Daftar Lampiran	xv
Daftar Singkatan	xvi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Penyakit	7
2.1.1 Definisi Seksio Sesare	7
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Seksio Sesarea	8
2.1.3 Etiologi Seksio Sesarea	14
2.1.4 Patofisiologi Seksio Sesarea	15
2.1.5 Penatalaksanaan Seksio Sesarae	18
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang SeksioSesarea	18
2.1.7 Masa Nifas	19

2.1.8 Tahapan Masa Nifas	19
2.1.9 Perubahan Fisiologis Masa Nifas	20
2.1.10 Adaptasi Psikologis pada Masa Nifas	26
2.2 Konsep Nyeri	27
2.2.1 Definisi Nyeri	27
2.2.2 Klasifikasi Nyeri	28
2.2.3 Fisiologi Nyeri	29
2.2.4 Reseptor Nyeri	30
2.2.5 Stimulus Nyeri	31
2.2.6 Manajemen Nyeri	31
2.2.7 Manajemen Nyeri	32
2.2.8 Karakteristik Nyeri	35
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan	40
2.3.1 Pengkajian	40
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	48
2.3.3 Intervensi	50
2.3.4 Implementasi	76
2.3.5 Evaluasi	77

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian	78
3.2 Batasan Istilah	78
3.3 Partisipan/Responden/Subyek Penelitian	79
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	79
3.5 Pengumpulan Data	79
3.6 Uji Keabsahan Data	81
3.7 Analisa Data	81
3.8 Etik Penelitian	82

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil	86
-----------------	----

4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data	86
4.1.2	Pengkajian	87
4.1.3	Analisa Data	100
4.1.4	Diagnosa Keperawatan	103
4.1.5	Perencanaan	107
4.1.6	Implementasi	112
4.1.7	Evaluasi	121
4.2	Pembahasan	121
4.2.1	Pengkajian	121
4.2.2	Diagnosa Keperawatan	124
4.2.3	Perencanaan	127
4.2.4	Impementasi	133
4.2.5	Evaluasi	135

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1	Kesimpulan	136
5.2	Saran	139

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Insisi Ventrikanal dan Insisi Transversal	13
Gambar 2.2 Seksio Sesarea Klasik	14
Gambar 2.3 Skala Nyeri	37
Gambar 2.4 Skala Analog Visual (VAS)	38
Gambar 2.5 Skala Deskriptif Verbal	38
Gambar 2.5 Skala Nyeri Wajah	39

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas	50
Tabel 2.2 Nyeri Akut.....	53
Tabel 2.3 Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh.....	56
Tabel 2.4 Ketidakefektifan Pemberian ASI	58
Tabel 2.5 Hambatan Eliminasi Urine	60
Tabel 2.6 Gangguan Pola Tidur	62
Tabel 2.7 Resiko Infeksi	63
Tabel 2.8 Defisit Perawatan: Mandi	66
Tabel 2.9 Konstipasi	68
Tabel 2.10 Resiko Syok (Hipovolemik).....	71
Tabel 2.11 Resiko Perdarahan	73
Tabel 2.12 Defisiensi Pengetahuan	75
Tabel 4.1 Identitas Klien	87
Tabel 4.2 Identitas Penanggung Jawab	87
Tabel 4.3 Riwayat Penyakit	88
Tabel 4.4 Riwayat Genekologi dan Obstetri	89
Tabel 4.5 Riwayat Persalinan Dahulu	91
Tabeel 4.6 Riwayat Persalinan Sekarang	91
Tabel 4.7 Riwayat Nifas	92
Tabel 4.8 Pola Aktivitas Sehari – hari	92
Tabel 4.9 Pemeriksaan Fisik	94
Tabel 4.10 Data Psikologi	97
Tabel 4.11 Data Sosial	97
Tabel 4.12 Kebutuhan <i>Bounding Attachment</i>	98
Tabel 4.13 Kebutuhan Pemenuhan Seksual	98
Tabel 4.14 Data Spiritual	98

Tabel 4.15 Pengetahuan Perawatan Diri	99
Tabel 4.16 Data Penunjang	99
Tabel 4.17 Program dan Rencana Pengobatan	100
Tabel 4.18 Analisa Data	100
Tabel 4.19 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas	103
Tabel 4.20 Perencanaan	107
Tabel 4.21 Implementasi	112
Tabel 4.22 Evaluasi	120

DAFTAR BAGAN

2.1 Patofisiologi	17
4.1 Genogram Klien 1	89

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I : Lembar Persetujuan Responden

Lampiran II : Lembar Observasi

Lampiran III : Jurnal

Lampiran IV : Lembar Konsultasi KTI

Lampiran V : Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran VII : Leaflet

Lampiran VIII : Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

a/i	: Atas Indikasi
APGAR	: Appearance Pulse Grimace Activity Respiraton
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BB	: Berat Badan
C	: Celcius
Cm	: Centimeter
CRT	: Capillary Refill Time
GCS	: Glasglow Coma Scale
gr	: gram
Hb	: Hemoglobin
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HPHT	: Hari Pertama Hari Terakhir
Kg	: Kilogram
mg	: Mili Gram
ml	: Mili Liter
mmHg	: Mili Meter
PB	: Panjang Badan
TT	: Tetanus Toksoid
TTV	: Tanda – Tanda Vi

kembar, kehamilan dengan kelainan kongenital, anomia jannin misalnya hidrosefalus (Suryani dan Anik 2015).

Data Survei Global Kesehatan oleh *World Health Organization* (WHO, 2013) yang dituliskan dalam statistik kesehatan dunia menyebutkan bahwa angka kejadian Seksio Sesarea terbesar terdapat pada wilayah Western Pasifik (24%) dan wilayah Eropa (23%). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Osterman et all mengenai perubahan jumlah rata-rata kelahiran melalui Seksio Sesarea di Amerika Serikat sejak tahun 1996 (19,7%) menjadi 32,2% pada tahun 2011. Data statistik WHO (2013) menyebutkan bahwa negara tertinggi dengan kejadian Seksio Sesarea terdapat pada negara Brazil (52%),Cyprus (51%),Mexico (39%) (Apriansyah et al 2015).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas tahun 2013) menunjukkan kelahiran dengan metode operasi sesar sebesar 9,8% total 49.603 kelahiran sepanjang tahun 2010 sampai dengan 2013, dengan proporsi tertinggi di DKI Jakarta (19,9%) dan terendah di Sulawesi Tenggara (3,3%). Secara umum pola persalinan melauai operasi sesar menurut karakteristik menunjukkan proporsi tertinggi pada kuintil indeks kepemilikan teratas (18,9%), tinggal diperkotaan (13,8%), pekerjaan sebagai pegawai (20,9%) dan pendidikan tinggi/lulus PT(25,1%) (Sihombing, 2017).

Berdasarkan catatan *Medical Record* RSUD dr.Slamet Garut angka kejadian dari operasi Seksio Sesarea pada bulan Januari-Desember 2018 adalah 1.423 kasus dan persalinan normal tercatat sebanyak 4.041. Operasi

Seksio Sesarea di ruang Kalimaya Bawah di bulan Januari-Desember 2018 tercatat sebanyak 886 kasus dan persalinan normal tercatat sebanyak 1.464 kasus (Rekam Medis RSUD dr.Slamet Garut, 2018).

Masalah keperawatan yang dapat terjadi pada ibu *post partum* dengan tindakan Seksio Sesarea 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 bedah dapat mengakibatkan kerusakan jaringan tubuh yang menimbulkan rasa nyeri pada pasien paska operasi Seksio Sesarea. Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang actual dan potensial. Nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan banyak orang dibanding suatu penyakit manapun (Smeltzer, 2010). Ketika nyeri tidak diatasi akan mengakibatkan mobilisasi ibu terbatas, ADL (*Activity Of Daily Living*) terganggu, *bonding attachment* (ikatan kasih sayang). Insiasi Menyusui Dini (IMD) tidak terpenuhi karena adanya peningkatan intensitas nyeri apabila pasien bergerak (Haniyah et all, 2016).

Peran perawat sangat penting dalam pasien *post* Seksio Sesarea dengan melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif yang terdiri dari biologis, psikologi, sosial, dan spiritual. Dengan melakukan proses

keperawatan yaitu pengkajian, merumukan masalah yang muncul, menyusun rencana penatalaksanaan dan mengevaluasinya (Dermawan, 2012).

Berdasarkan fenomena diatas, penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien *Post* Seksio Sesarea melalui penyusunan proposal penelitian yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANG KALIMAYA BAWAH RSUD DR.SLAMET GARUT TAHUN 2019”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, bagaimana asuhan keperawatan pada klien *Post* Seksio Sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr.Slamet Garut Tahun 2019.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Klien *Post* Seksio Sesarea dengan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr.Slamet Garut tahun 2019.

1.3.1 Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien *Post* Seksio Sesarea dengan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr.Slamet Garut Tahun 2019

- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien *Post Seksio Sesarea* dengan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr.Slamet Garut Tahun 2019
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien *Post Seksio Sesarea* dengan nyeri akut di Ruag Kalimaya Bawah RSUD Dr.Slamet Garut Tahun 2019.
- d. Malaksanakan tindakan keperawatan pada klien *Post Seksio Sesarea* dengan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr.Slamet Garut Tahun 2019.
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klien *Post Seksio Sesarea* dengan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr.Slmaet Garut Tahun 2019.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat dijadikan tambahan referensi dan masukan ilmu keperawatan terkait Asuhan Keperawatan pada klien *Post Seksio Sesarea* dengan nyeri akut di RSUD Dr.Slamet Garut.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Bagi Perawat

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah bagi perawat yaitu perawat dapat menentukan diagnosa dan intervensi

keperawatan yang tepat pada klien pada klien *Post Seksio Sesarea* dengan nyeri akut.

b. Bagi Rumah Sakit

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah bagi Rumah Sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu dan pelayanan bagi pasien khususnya pada klien *Post Seksio Sesarea* dengan 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 Seksio Sesarea* dengan nyeri akut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi Seksio Sesarea

Seksio Sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Seksio Sesarea juga dapat didefinisikan suatu histerotomia untuk melahirkan janin dalam rahim (Sofian, 2013).

Ibu paska Seksio Sesarea adalah ibu yang melahirkan janin dengan cara pembedahan dengan membuka dinding perut dan dinding uterus dalam waktu sekitar kurang lebih 6 minggu organ - organ produksi akan kembali pada keadaan tidak hamil (Cunningham, 2015 dalam Anik & Suryani, 2015).

Seksio Sesarea adalah melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Organ - organ produksi akan kembali pada keadaan tidak hamil kurang lebih 6 minggu.

2.1.2 Anatomi dan Fisiologis Seksio Sesarea

Anatomi

Bagian abdomen

1. Kulit

Kulit dapat dibedakan menjadi dua lapisan utama yaitu kulit ari (epidermis) dan kulit jangat (dermis / kutis). Kedua lapisan ini berhubungan dengan lapisan yang ada dibawahnya dengan perantaraan jaringan ikat bawah kulit (hipodermis/subkutis).

a. Lapisan Epidermis

Kulit ari atau epidermis adalah lapisan paling luar yang terdiri dari lapisan epitel gepeng unsur utamanya adalah sel-sel tanduk (keratinosit) dan sel melanosit. Lapisan epidermis tumbuh terus karena lapisan sel induk yang berada di lapisan bawah bermiosis terus, lapisan paling luar epidermis akan terkelupas atau gugur. Epidermis tersusun oleh sel - sel epidermis terutama serat-serat kolagen dan sedikit serat elastis. Kulit ari (epidermis) terdiri dari beberapa sel (Syarifuddin, 2016).

b. Lapisan Dermis

Batas dermis (kulit jangat) ketebalannya 0,5-3 mm. Beberapa kali lebih tebal dari epidermis dibentuk dari komponen jaringan pengikat. Kulit dermis terdiri dari serat-serat kolagen, serabut-serabut elastis dan serabut retikulin,

serat-serat ini bersama pembuluh darah dan pembuluh darah getah bening membentuk anyaman - anyaman yang memberikan perdarahan untuk kulit (Syaifuddin, 2016).

c. Lapisan Hipodermis

Lapisan bawah kulit (fasia superfisialis) terdiri dari jaringan pengikat longgar. Pada lapisan adiposa terdapat susunan lapisan kulit subkutan yang menentukan mobilitas kulit di atasnya. Bila terdapat lobulus lemak yang merata di hipodermis membentuk bantalan lemak yang disebut *panikulus adiposu*. Pada daerah perut, lapisan ini dapat mencapai ketebalan 3 cm. (Syaifuddin, 2016).

2. Otot Abdomen

a. *Musculus Oblique External Abdominal*

Otot ini terbesar dan paling superfisial dari tiga otot *abdominal anterolateral*. Otot ini berada di belakang tulang rusuk bagian bawah dan melintas menuju panggul. Otot ini berfungsi untuk menunjang pergerakan tulang belakang dan menjaga kestabilan tulang belakang saat melakukan latihan yang membuat tubuh menekuk kesamping (Hariawati, 2013 dalam jurnal Laksono, 2016).

b. *Musculus Oblique Internal Abdomina*

Otot ini berfungsi menekan dan menopang *viscera abdominal*, memfleksikan dan merotasi batang tubuh. Otot ini berada di bawah *musculus oblique abdominal* (Hariawati, 2013 dalam jurnal Laksono, 2016).

c. *Musculus Transverse Abdominal*

Otot ini berada paling dalam di antara ke tiga otot yang lain, *transverse abdominal* berperan dalam menstabilkan punggung bagian bawah. Para ahli menyatakan bahwa saat melakukan aktivitas seperti berjalan, berlari dan sebagainya, otot ini adalah yang peratama kali aktif bergerak (Hariawati, 2013 dalam jurnal Laksono, 2016).

d. *Musculus Rectus Abdominal*

Musculus Rectus Abdominal adalah suatu otot mirip ambin, lebar dan panjang. Otot ini merupakan otot vertikal utama pada dinding *abdomen anterior* (Hariawati, 2013 dalam jurnal Laksono, 2016).

Fisiologi

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

1. Insisi Abdomen

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

- 1) Kulit
- 2) Jaringan subkutan
- 3) Fasia scarpa (membatasi diantara dua jaringan subkutan)
- 4) Otot dinding perut: m:oblikus eksternu
- 5) M.oblikus internus
- 6) Fasia transversalis
- 7) Jaringan pretoneum
- 8) Peritoneum
- 9) Peritoneum parietale (De Jong, 2005 dalam Maryunani & Anik, 2014).

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

- 1) Insisi Vertikal

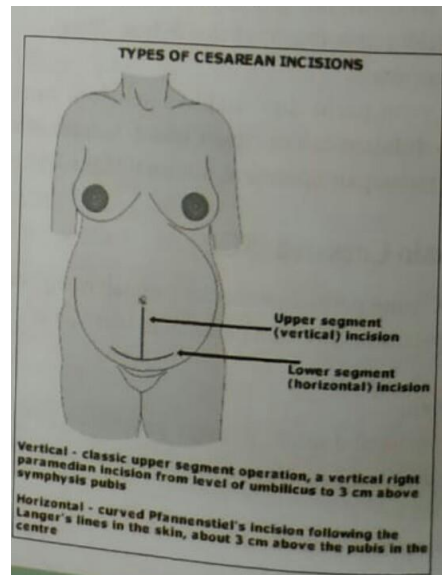
Insisi vertikal garis tengah infraumbilikus adalah insisi yang paling cepat dibuat. Insisi ini harus cukup panjang agar janin dapat lahir tanpa kesulitan. Oleh karenanya, panjang harus sesuai dengan taksiran ukuran janin.

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

2) Insisi transversal /lintang

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

Gambar 2.1
Insisi Vertikal dan Insisi Transversal



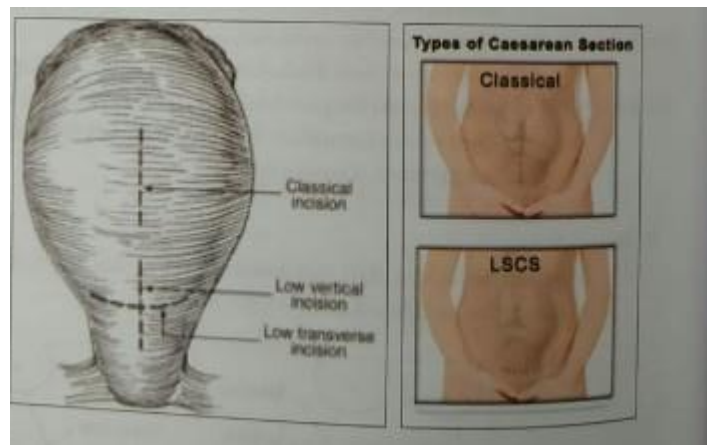
Sumber : Maryunani 2014

c. Seksio Sesarea Klasik

Sebagian besar insisi dibuat segmen bawah uterus secara melintang atau yang jarang secara vertikal. Insisi melintang disegmen bawah memiliki keunggulan yaitu hanya memerlukan sedikit pemisahan kandung kemih dari miometrium dibawahnya. Apabila insisi kearah lateral, dapat terjadi laserasi pada salah satu atau kedua pemuluh uterus. Insisi vertikal dapat diperluas ke atas sehingga pada keadaan-keadaan yang memiliki ruang lebih lapang, insisi dapat dilanjutkan ke korpus uterus. Untuk menjaga agar insisi vertikal tetap lebih luas pada kandung kemih. Selain itu, apabila meluas kebawah, insisi

vertikal dapat menembus serviks lalu ke vagina dan mungkin mengenai kandung kemih.

Gambar 2.2
Seksio Sesarea Klasik



Sumber: Mayunani, 2014

2.1.8 Etiologi Seksio Sesarea

1. Etiologi yang berasal dari ibu
 - a. Proses persalinan normal yang lama kegagalan proses persalinan normal (*dystosia*).
 - b. Detak jantung janin melambat (*fetal distress*).
 - c. Komplikasi pre-eklamsi
 - d. Ibu menderita herpes
 - e. Bayi dalam posisi sungsng, letak lintang
 - f. Bayi besar
 - g. Plasenta previa

2. Etiologi yang berasal dari janin

- a. Gawat janin
- b. Prolapsus funikuli (tali pusat penumpang)
- c. Primigravida tua
- d. Kehamilan dengan diabetes mellitus
- e. Infeksi intra partum
- f. Kehamilan kembar
- g. Kehamilan dengan kelainan *congenital*
- h. Anomali janin misalnya hidrosefalus (Anik & Suryani, 2015)

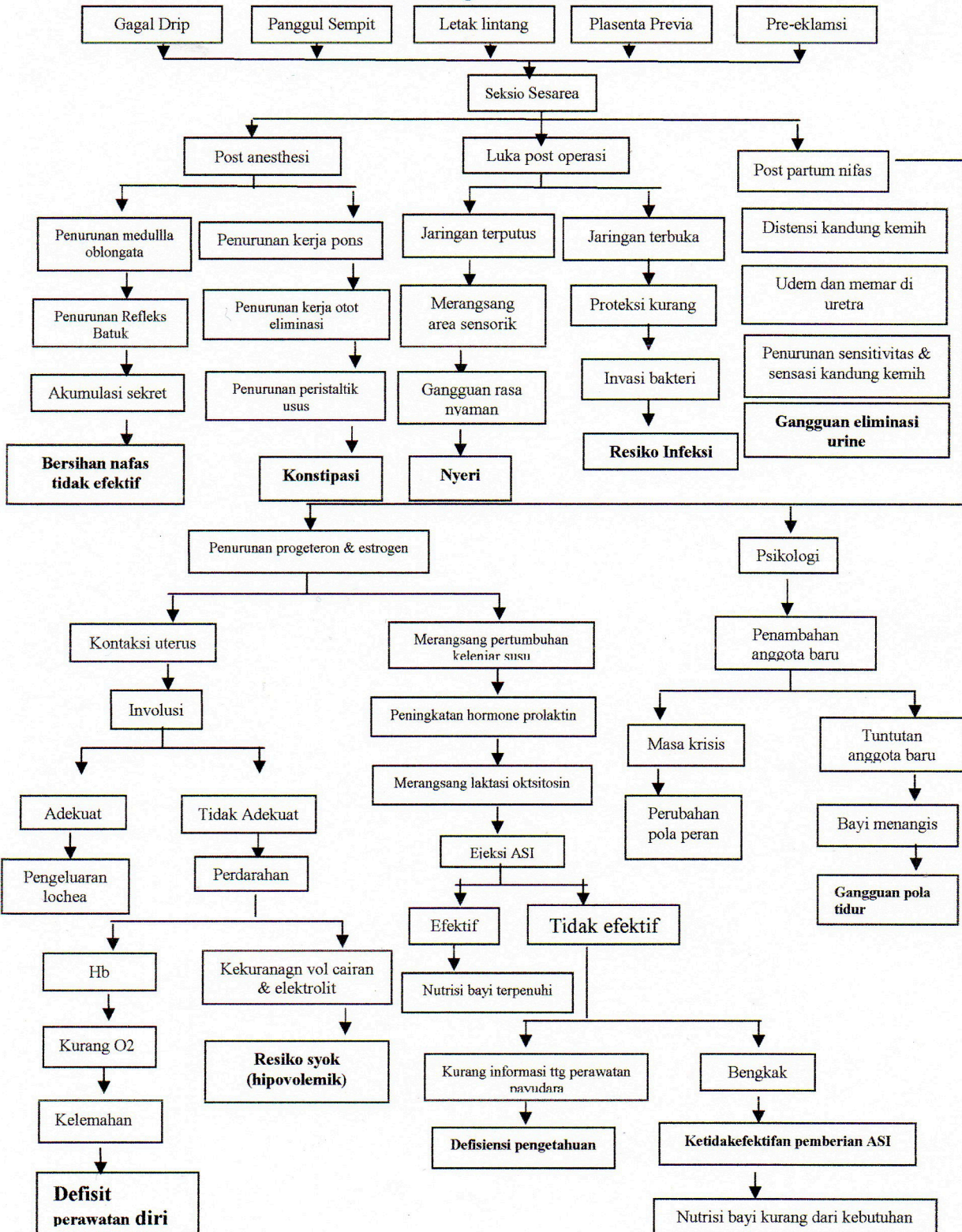
2.1.4 Patofisiologi Seksio Sesarea

Adanya beberapa kelainan/hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal/spontan, misalnya plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, disproporsi sephalo pelvic, ruptur uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, pre-eklamsia, distosia serviks, dan malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu Seksio Sesarea. Adanya kelainan dalam proses persalinan, sehingga harus dilakukan tindakan induksi yang hasilnya tidak selalu berhasil induksi persalinan yang gagal harus dilakukan tindakan Seksio Sesarea.

Tindakan Seksio Sesarea dalam proses operasinya dilakukan tindakan anestesi yang akan menyebabkan pasien mengalami

imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah defisit perawatan diri.

Bagan 2.1 Patofisiologi Seksio Sesarea



2.1.5 Penatalaksanaan Seksio Sesarea

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

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang Seksio Sesarea

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

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

2.1.7 Masa Nifas

Masa setelah melahirkan selama 6 minggu atau 40 hari menurut hitungan awal merupakan masa nifas. Masa ini penting sekali untuk terus dipantau. Nifas merupakan masa pembersihan rahim, selama halnya seperti masa haid (Saleha, 2012).

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 (Saleha, 2012).

Masa nifas yaitu masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat - alat kandungan kembali seperti sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama 6 minggu/ 40 hari. Masa nifas sangat penting untuk terus di pantau karna ini adalah masa pembersihan rahim sama halnya seperti haid.

2.1.8 Tahapan Masa Nifas

Tahap masa nifas menurut (Saleha, 2009) yaitu :

1. Periode immediate postpartum

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam.

Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya pendarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lokia , tekanan darah dan suhu.

2. Periode early postpartum (24 jam-1 minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3. Periode late postpartum (1 minggu-5 minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB.

2.1.9 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Perubahan fisiologis pada masa nifas menurut (Saleha, 2009), yaitu :

1. Uterus

1) Involusi Uterus (pengeluaran rahim)

Involusi Uterus 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 rubrasanguienta dan lokia serosa atau alba. Berikut ini adalah beberapa jenis lokia yang terdapat pada wanita pada masa nifas:

- 1) 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.
 - 2) Lokia sanguilenta berwarna merah kuning berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke-3 sampai ke-7 paska persalinan.
 - 3) Lokia serosa adalah lokia berikutnya. Dimulai dengan versi yang lebih pucat dari lokia rubra. Lokia ini berbetuk serum dan berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berdarah lagi pada hari ke-7 samapai hari ke-14 paska persalinan. Lokia alba mengandung terutama cairan serum, jaringan desidua, leukimia, dan eritrosit
 - 4) 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 wanita yang 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.

c. 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.

d. Perubahan tanda-tanda vital

Suhu badan

Satu hari (24 jam) postpartum suhu badan akan naik sedikit (37.5°C - 38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan (dehidrasi) dan kelelahan karena adanya bendungan vaskuler dan limfatik. Apabila keadaan normal suhu badan menjadi biasa.

Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa antara 60-80 kali per menit atau 60-70 kali per menit. Sesudah melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan postpartum.

Tekanan darah

Tekanan darah meningkat pada persalinan 15 mmHg sistole dan 10 mmHg diastole. Biasanya setelah bersalin tidak berubah (normal) , kemungkinan tekanan darah akan rendah pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsi pada masa postpartum.

Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya. Bila pernafasan pada postpartum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

e. Sistem hematologi dan kardiovaskular

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

2.2.9 Adaptasi Psikologis Pada Masa Nifas

Perubahan psikologis pada masa nifas menurut buku (Saleha, 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 dialamai, 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 sepenuhnya

terhadap 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.

2.1 Konsep Nyeri

2.2.1 Definisi Nyeri

Nyeri merupakan suatu kondisi perasaan yang tidak nyaman disebabkan oleh stimulus tertentu. Stimulus nyeri dapat berupa stimulus yang berupa fisik, maupun mental. Nyeri berupa subjektif, sehingga respon setiap orang tidak sama saat merasakan nyeri. Nyeri tidak dapat diukur secara objektif, misalnya dengan menggunakan pemeriksaan darah orang yang merasakan nyeri yang dapat mengukur tingkatan nyeri yang dialaminya (Potter & Perry, 2006 dalam jurnal Erina, 2016). Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang actual dan potensial. Nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan banyak orang dibanding suatu penyakit manapun (Smeltzer, 2010 dalam Jurnal Nurhayati, 2015).

2.2.2 Klasifikasi Nyeri

1. Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang muncul secara mendadak, biasanya membuat diri menjadi terbatas dan terlokalisasi. Nyeri akut biasanya mendadak, paling sering terjadi akibat cedera jaringan karena trauma, pembedahan atau inflamasi. Nyeri biasanya tajam dan terlokalisasi, meskipun dapat menjalar. Penyembuhan jaringan mengurangi nyeri. (LeMone, 2016). Sedangkan menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2. Nyeri Kronis

Nyeri kronis juga disebut nyeri neuropatik yang didefinisikan sebagai ketidaknyamanan yang berlangsung dalam periode waktu lama (6 bulan atau lebih). Sering kali, nyeri kronis mengganggu fungsi normal seseorang. Nyeri kronis sebenarnya dapat terjadi akibat kesalahan sistem saraf dalam memproses input (asupan) sensori (Rosdahl, 2016).

2.2.3 Fisiologi Nyeri

Nyeri berdasarkan mekanismenya melibatkan persepsi dan respon terhadap nyeri tersebut. Mekanisme timbulnya nyeri melibatkan empat proses, yaitu :

1. Transduksi

Transduksi adalah proses dari stimulus nyeri dikonversi ke bentuk yang dapat diakses oleh otak. Proses transduksi dimulai ketika *nociceptor* yaitu reseptor yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri teraktivasi. Aktivitas ini (*nociceptors*) merupakan sebagai bentuk respon terhadap stimulus yang datang seperti kerusakan jaringan.

2. Transmisi

Transmisi adalah serangkaian kejadian – kejadian *neural* yang membawa impuls listrik melalui sistem saraf ke area otak. Proses transmisi melibatkan saraf eferen yang terbentuk dari serat saraf berdiameter kecil ke sedang serta yang berdiameter besar. Saraf aferen akan ber-*axon* pada *dorsal horn* di spinalis. Selanjutnya transmisi ini dilanjutkan melalui sistem *contralateral spinalthalamic* melalui *ventral lateral* dari thalamus menuju *cortex serebral*.

3. Modulasi

Proses modulasi mengacu kepada aktivitas *neural* dalam upaya mengontrol jalur transmisi *nociceptor* tersebut. Proses

modulasi melibatkan sistem *neural* yang kompleks. Ketika impuls nyeri sampai di pusat saraf, transmisi impuls nyeri ini akan dikontrol oleh system saraf seperti bagian *cortex*. Selanjutnya impuls nyeri ini akan ditransmisikan melalui saraf – saraf *descend* ke tulang belakang untuk memodulasi efektor.

4. Persepsi

Persepsi adalah proses yang subjektiv. Proses persepsi ini tidak hanya berkaitan dengan proses fisiologis atau proses anatomis saja, akan tetapi juga meliputi pengenalan dan mengingat. Oleh karena itu, faktor psikologis, emosional dan perilaku juga muncul sebagai respon dalam mempersepsikan pengalaman nyeri tersebut. Proses persepsi ini yang menjadikan nyeri tersebut suatu fenomena yang melibatkan multidimensional.

2.2.4 Reseptor Nyeri

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

2.2.5 Stimulus Nyeri

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

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

2.2.6 Manajemen Nyeri

1. Pendekatan Farmakologi

Teknik farmakologi adalah cara yang paling efektif untuk menghilangkan nyeri dengan pemberian obat-obatan pereda nyeri terutama untuk nyeri yang sangat hebat yang berlangsung selama berjam-jam atau bahkan berhari - hari. Metode yang paling umum digunakan untuk mengatasi nyeri adalah analgesic (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 control 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 aktifitas keperawatan nonfarmakologi yang dapat membantu

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

a. Distraksi

Distraksi yang memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri dapat menjadi strategi yang sangat berhasil dan mungkin merupakan mekanisme terhadap teknik kognitif efektif lainnya. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli nyeri yang ditransmisikan ke otak (Smeltzer and Bare, 2002). Menurut Pangabean (2014) salah satu teknik distraksi adalah dengan bercerita dimana teknik distraksi bercerita merupakan salah satu strategi non farmakologi yang dapat menurunkan nyeri.

b. Terapi Musik

Terapi musik menggunakan musik dan hubungan terapeutik untuk mengurangi nyeri, ansietas dan depresi. Musik memberikan kesamaan stimulasi sensori yang dapat memicu respon yang baik, seperti relaksasi otot dan penurunan frekuensi jantung serta tekanan darah. Studi tentang efisiensi terapi musik untuk mengurangi persepsi nyeri dalam tatanan layanan akut telah dikombinasikan, bagaimanapun, pasien, menilai terapi musik sebagai pengalaman positif bahkan ketika

efeknya terhadap nyeri secara statistik tidak signifikan (LeMone, 2016).

c. 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). Prosedur teknik relaksasi nafas dalam yaitu ciptakan lingkungan yang tenang, usahakan pasien berkonsentrasi, minta pasien menarik nafas melalui hidung secara perlahan – lahan sambil menghitung dalam hati “hirup, dua, tiga”, lalu minta pasien menghembuskan udara melalui mulut dan menghitung dalam hati “hembuskan, dua, tiga”, minta pasien untuk mengulangi lagi sama seperti prosedur sebelumnya sebanyak 3 kali selama 5 menit (Patasik, 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.

2.2.7 Karakteristik Nyeri

Karakteristik nyeri menurut Prasetyo tahun 2010 yaitu:

1. Faktor Pencetus (P: *Provocate*)

Perawat mengkaji tentang penyebab atau stimulus nyeri pada klien, dalam hal ini perawat juga dapat melakukan observasi bagian - bagian tubuh yang mengalami cedera. Perawat harus mengeksplorasi perasaan klien dan menanyakan perasaan – perasaan apa yang dapat mencetuskan nyeri

2. Kualitas (Q: *Quality*)

Kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subjektif yang diungkapkan oleh klien, seringkali klien mendeskripsikan nyeri dengan kalimat: tajam, tumpul, berdenyut, berpindah-pindah, seperti tertindih, perih, tertusuk dan lain – lain dimana tiap – tiap klien mungkin berbeda – beda dalam melaporkan kualitas nyeri yang dirasakan

3. Lokasi (R: *Region*)

Untuk mengkaji lokasi nyeri maka perawat meminta klien untuk menunjukan semua bagian / daerah yang dirasakan tidak nyaman oleh klien. Untuk melokalisasi nyeri lebih spesifik, maka perawat dapat meminta klien untuk melacak daerah nyeri dari titik yang paling nyeri, kemungkinan hal ini akan sulit apabila nyeri yang dirasakan bersifat difus (menyebar).

4. Keparahan (S: *Severe*)

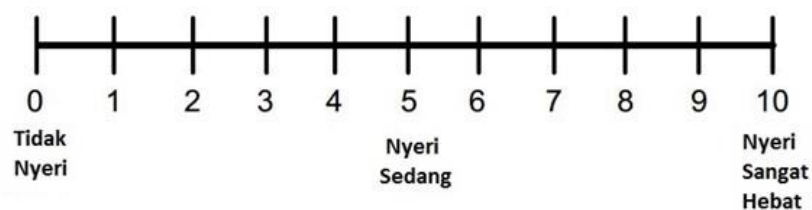
Tingkat keparahan pasien tentang nyeri merupakan karakteristik yang paling subjektif. Pada pengkajian ini klien diminta untuk menggambarkan nyeri yang ia rasakan sebagai nyeri ringan, nyeri sedang atau berat. Namun kualitasnya adalah makna dari istilah – istilah ini berbeda bagi perawat dan klien serta tidak adanya batasan – batasan khusus yang membedakan antara nyeri ringan, sedang dan berat. Hal ini juga dapat disebabkan karena memang pengalaman nyeri pada masing – masing individu berbeda – beda

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

Skala numerik (*Numerical Rating Scale, NRS*) digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini pasien meninalai nyeri dengan skala 0 sampai 10 angka 0 diartikan kondisi klien tidak merasakan nyeri, angka 10 mengidentifikasi nyeri yang sangat hebat yang

dirasakan klien. Skala ini efektif digunakan untuk mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik. Sebagai contoh: pada hari pertama operasi klien mengatakan skala nyeri yang ia rasakan pada angka 8, kemudian hari kedua post operasi saat dilakukan pengkajian klien melaporkan adanya penurunan nyeri yang ia rasakan pada angka 4.

Gambar 2.3
Skala nyeri



Sumber : Prasetyo, 2010

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

Skala Analog Visual (*Visual Analog Scale*, VAS) merupakan suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsian verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberikan kebebasan penuh pada pasien untuk mengidentifikasi kebebasan penuh pada pasien untuk mengidentifikasikan tingkat keparahan nyeri yang ia rasakan. Skala Analog Visual merupakan pengukur keparahan nyeri yang lebih sensitif karena pasien

dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian dari pada dipaksa memilih satu kata atau satu angka (McGuire, 1984 dalam Prasetyo, 2010).

Gambar 2.4

Skala Analog Visual (VAS)



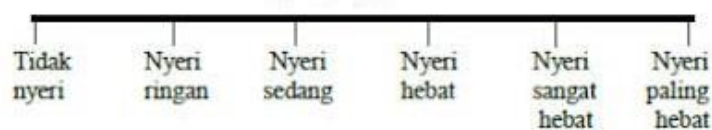
Sumber : Prasetyo, 2010

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

Skala Deskriptif Verbal merupakan salah satu alat ukur tingkat keparahan yang lebih bersifat objektif. Skala Deskriptif Verbal ini merupakan sebuah garis yang terdiri dari beberapa kalimat pendeskripsi yang tersusun dalam jarak yang sama sepanjang garis. Kalimat pendeskripsian ini diranking dari tidak ada nyeri sampai nyeri paling hebat. Perawat menunjukkan skala tersebut untuk menunjukkan intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan.

Gambar 2.5

Skala Deskriptif Verbal



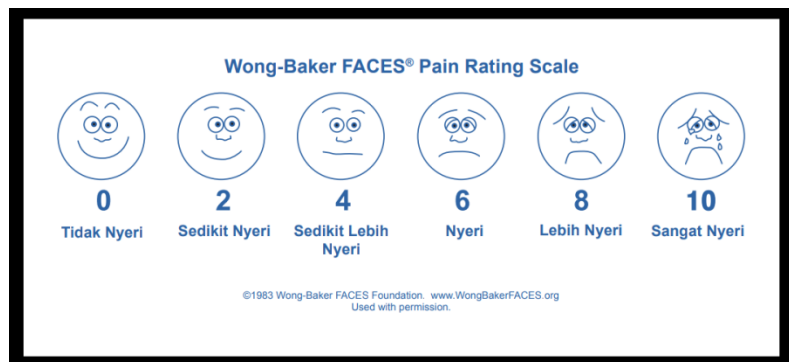
Sumber : Prasetyo, 2010

d) Skala nyeri wajah

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

Gambar 2.6

Skala nyeri wajah



Sumber : Wong & Baker 1988 dalam Prasetyo, 2010

5. Durasi (T: Time)

Perawat menanyakan pada pasien untuk menentukan durasi nyeri. Perawat dapat menanyakan”kapan nyeri mulai dirasakan?” atau dengan kata – kata lain yang semakna.

6. Faktor yang memperberat/ memperingan nyeri.

Perawat perlu mengkaji skala faktor – faktor yang dapat memperberat nyeri pasien, misalnya peningkatan aktivitas, perubahan suhu, stress dan yang lainnya.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

1. Identitas Pasien

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

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

a. Keluhan Utama

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

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

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

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

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

d. Riwayat Genekologi Dan Obstetri

1) Riwayat Genekologi

a) Riwayat Menstruasi

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

b) Riwayat Perkawinan

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

c) Riwayat Keluarga Berencana

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

2) Riwayat Obstetri

Riwayat obstetri adalah riwayat yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan, dan keadaan nifas saat ini, baik keadaan normal maupun abnormal.

a) Riwayat Kehamilan Dahulu

Meliputi beberapa jumlah kehamilan, jumlah persalinan, dan jumlah abortus, serta berapa kali dilakukan pemeriksaan ANC. Hasil laboratorium mencakup pemeriksaan USG, darah, dan urin. Selain itu dikaji pula keluhan selama kehamilan termasuk kondisi emosional dan upaya mengatasi keluhan, tindakan, dan pengobatan yang diperoleh (Nurbaeti et all, 2013).

b) Riwayat Kehamilan Sekarang

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

c) Riwayat Persalinan Dahulu

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

d) Riwayat Persalinan Sekarang

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

e) Riwayat Nifas Dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya (Nurbaeti et all, 2013).

f) Riwayat Nifas Sekarang

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

e. Pola Aktivitas Sehari-hari

1) Pola Nutrisi

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

2) Pola Eliminasi

Biasanya pasien yang melahirkan dengan operasi Seksio Sesarea akan terpasang kateter urine (Nurbaeti et all, 2013).

3) Pola Personal Hygine

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

4) Pola Aktivitas

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

f. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

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

2) 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).

3) Antropometri

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

4) Pemeriksaan Fisik Ibu

a) Kepala

Bagian mulut mungkin terlihat kering (Doenges, 2001).

b) Wajah

Ekspresi meringis, nyeri tekan dan adanya kloasma gravidarum (Suryani & Anik, 2015)

c) Mata

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

d) Telingga

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

e) Hidung

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

f) Leher

Ada tidak pembesaran tiroid dan limfe, nyeri saat menelan, ada tidak peningkatan vena jugularis, ada tidak kaku kuduk (Suryani & Anik, 2015).

g) Dada

Terdiri dari jantung, paru-paru dan payudara. Selama 24 jam pertama setelah melahirkan, terjadi sedikit perubahan di jaringan payudara. Kolostrum, cairan kuning jernih, keluar dari payudara. Payudara akan terasa hangat, keras dan agak nyeri. Beberapa ibu akan mengalami pembengkakan pada payudara, kondisi ini bersifat sementara (Suryani & Anik, 2015).

h) Abdomen

Teraba lembut, tekstur kenyal, perhatikan linea nigra masih terlihat, serta ada tidaknya hematoma dan infeksi di sekitar luka. Tinggi fundus uterus, konsistensi, lokasi, kontraksi uterus, nyeri, perabaan distensi blas dan terdapat luka insisi (Suryani & Anik, 2015).

i) Punggung Dan Bokong

Bentuk, ada tidaknya lesi, ada tidak kelainan tulang belakang (Suryani & Anik, 2015).

j) Genetalia

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

k) Ekstremitas (doenges, 2001)

- Atas

Biasanya ada penurunan gerak atau sensasi karena efek anestesi.

- Bawah

Biasanya ada pengeluaran gerak atau sensasi karena efek anestesi

5) Analisa Data

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

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

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

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

Menurut Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA (*North American Nursing diagnosis Association*) 2015

bahwa diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu *post partum* maturus dengan Seksio Sesarea adalah (Nurarif, 2015):

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (*mocus* dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anastesi).
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi).
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi postpartum.
4. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.
5. Hambatan eliminasi urine.
6. Gangguan pola tidur berungan dengan kelemahan.
7. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko: Episiotomi, laserasi jalan lair, bantuan pertolongan persalinan.
8. Defisit perawatan diri: Mandi / kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan postpartum.
9. Konstipasi.
10. Resiko syok (hipovolemik).
11. Resiko pendarahan.
12. Defisiensi pengetahuan: Perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.

2.3.3 Intervensi Dan Rasionalisasi Keperawatan

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

Menurut *North American Nursing diagnosis Association 2015* Rencana keperawatan pada diagnosa yang mungkin muncul dengan Seksio Sesarea adalah (Nurarif, 2015, Doenges, 2015)

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obstruksi jalan napas (*mucus* dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anastesi)

Tabel 2.1

Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan bersihan jalan napas. Definisi : Ketidak mampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas. Batasan Karakteristik: 1. Tidak ada batuk	NOC 1. <i>Respiratory status</i> : <i>Ventilation</i> 2. <i>Respiratory status</i> : <i>Airway patency</i> Kriteria Hasil: 1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu	NIC Airway Suction 1. Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning 2. Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning. 3. Informasikan pada klien dan keluarga tentang	1. Hidrasi yang adekuat membantu mempertahankan sekresi tetap encer dan meningkatkan ekspektorasi 2. Ronki dan mengidentifikasi sekresi dan ketidakmampuan untuk membersihkan jalan nafas 3. Memberi pengertian kepada klien/keluarga

2. Suara napas tambahan	bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)	suctioning	tentang terapi yang dilakukan
3. Perubahan irama napas	2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasannya dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)	4. Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan	4. Memaksimalkan upaya batuk, ekspansi paru, dan drainase
4. Sianosis			
5. Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara		5. Berikan O ₂ dengan memfasilitasi suction nasotrakeal	5. Oksigen tambahan diperlukan selama distress pernafasan
6. Penurunan bunyi napas			
7. Dipsneu			
8. Sputum dalam jumlah yang berlebihan	3. Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas.	6. Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan	6. Menjaga keadaan aseptik
9. Batuk yang tidak efektif		7. Anjurkan pasien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal	7. Memaksimalkan upaya batuk, ekspansi paru, dan drainase
10. Orthopneu			
11. Gelisah		8. Monitor status oksigen pasien	8. Mengetahui keadaan pernafasan
12. Mata terbuka lebar		9. Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suction	9. Memfasilitasi dalam pemberian terapi
Faktor-faktor yang berhubungan			
1. Lingkungan:			
a) Perokok pasif			
b) Mengisap asap			
c) Merokok			
2. Obstruksi jalan nafas:			
a) Spasme jalan nafas			
b) <i>Mucus</i> dalam jumlah berlebihan			
c) Eksudat dalam jalan alveoli			
d) Materi asing dalam jalan napas			
e) Adanya jalan napas buatan			
f) Sekresi bertahan/sisa sekresi			
Airway Management			
		1. Buka jalan nafas, gunakan teknik chinlift atau jaw thrust bila perlu	1. Untuk mempertahankan jalan nafas
		2. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi	2. Mencegah lidah mengobstruksi lidah
		3. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan.	3. Menentukan jenis alat bantu yang digunakan
		4. Pasang mayo bila perlu	4. Mempermudah melakukan

g) Sekresi dalam bronki		pengeluaran sekresi
3. Fisiologis:		
a) Jalan nafas alergik	5. Lakukan fisioterapi dada jika perlu	5. Meningkatkan ventilasi di semua paru dan membantu drainase sekresi
b) Asma		
c) Penyakit paru obstruktif kronik	6. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction	6. Membantu drainase sekresi
d) Hiperplasi dinding bronkial		
e) Infeksi	7. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan.	7. Ronki dan mengidentifikasi sekresi dan ketidakmampuan untuk membersihkan jalan nafas
f) Disfungsi neuromuskular	8. Lakukan suction pada mayo	8. Mempermudah drainase sekresi
	9. Berikan bronkodilator bila perlu	9. Meningkatkan ventilasi dan pengeluaran sekresi
	10. Berikan pelembab udara kasa basah NaCl lembab	10. Menjaga kelembaban
	11. Atur intake untuk cairan optimalkan keseimbangan	11. Membantu menairkan sekresi sehingga meningkatkan ekspektorasi

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

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

Tabel 2.2
Nyeri Akut

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Nyeri akut	NOC	NIC	
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 <6 bulan	<ol style="list-style-type: none"> <i>pain level</i> <i>pain control</i> <i>comport level</i> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<p>Pain Management</p> <ol style="list-style-type: none"> Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan 	<ol style="list-style-type: none"> Nyeri merupakan pengalaman subjektif . pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektifitas medikasi dan kemajuan penyembuhan. Perubahan pada karakteristik nyeri. Isyarat non verbal dapat atau tidak dapat mendukung intensitas nyeri klien, tetapi mungkin merupakan satu-satunya indikator jika klien tidak dapat menyatakan secara verbal. Menentukan kultur pada klien Dapat membedakan nyeri saat ini dari pola nyeri sebelumnya. Keberadaan perawat dapat mengurangi perasaan ketakutan dan ketidakberdayaan.
Batasan Karakteristik:			
<ol style="list-style-type: none"> Perubahan selera makan Perubahan tekanan darah Perubahan frekuensi jantung Perubahan frekuensi pernafasan Laporan 			

isyarat		
6. Diaforesis	6. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan	6. Meredakan ketidaknyamanan dan mengurangi energi sehingga meningkatkan kemampuan koping.
7. Perilaku distraksi (mis, berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang)	7. Kurangi faktor presipitasi nyeri	7. Membantu dalam menegakan diagnosis dan menentukan kebutuhan tepi
8. Mengekspresikan perilaku (mis, gelisah, merengek, menangis)	8. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)	8. Meningkatkan istirahat, mengarahkan kembali perhatian dan meningkatkan koping.
9. Masker wajah (mis, mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus meringis)	9. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi	9. Mempermudah menentukan perencanaan
10. Sikap melindungi area nyeri	10. Ajarkan tentang teknik non farmakologi	10. Meningkatkan istirahat, mengarahkan kembali perhatian dan meningkatkan koping
11. Fokus menyempit (mis, gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)	11. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri	11. Meningkatkan kenyamanan dan memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain.
12. Indikasi nyeri yang dapat diamati	12. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri	12. Untuk mengetahui efektifitas pengontrolan nyeri
13. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri	13. Tingkatkan istirahat	13. Mengurangi ketidaknyamanan pada klien
14. Sikap tubuh melindungi	14. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil	14. Nyeri hebat yang tidak reda oleh tindakan rutin dapat mengindikasikan perkembangan komplikasi dan
15. Dilatasi pupil		
16. Melaporkan		

<p>nyeri secara verbal</p> <p>17. Gangguan tidur</p>	<p>kebutuhan intervensi lebih lanjut</p>																
<p>Faktor yang berhubungan:</p>	<p>Analgesic Administration</p>																
<p>1. Agen cedera (mis, biologis, zat kimia, fisik, psikologis)</p>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="810 495 1070 640"> <p>1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan drajat nyeri sebelum pemberian obat.</p> </td> <td data-bbox="1098 495 1353 640"> <p>1. Untuk mengevaluasi medikasi dan kemajuan penyembuhan</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="810 674 1070 792"> <p>2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi</p> </td> <td data-bbox="1098 674 1353 792"> <p>2. Mengevaluasi keefektifan terapi yang diberikan</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="810 826 1070 1005"> <p>3. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu</p> </td> <td data-bbox="1098 826 1353 1005"> <p>3. Menentukan jenis analgesik yang sesuai</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="810 1039 1070 1158"> <p>4. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal</p> </td> <td data-bbox="1098 1039 1353 1158"> <p>4. Menentukan jenis rute untuk memberikan terapi</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="810 1191 1070 1346"> <p>5. Pilih rute pemberian secara IV, IM, untuk pengobatan nyeri secara teratur</p> </td> <td data-bbox="1098 1191 1353 1346"> <p>5. Menentukan rute yang sesuai untuk terapi</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="810 1379 1070 1534"> <p>6. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</p> </td> <td data-bbox="1098 1379 1353 1534"> <p>6. Untuk mengetahui perkembangan atau ketidakefektifan terapi</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="810 1568 1070 1686"> <p>7. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat</p> </td> <td data-bbox="1098 1568 1353 1744"> <p>7. Menurunkan ketidaknyaman dan memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain.</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="810 1778 1070 1890"> <p>8. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala.</p> </td> <td data-bbox="1098 1778 1353 1890"> <p>8. Untuk mengetahui efektivitas dari terapi farmakologi</p> </td> </tr> </table>	<p>1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan drajat nyeri sebelum pemberian obat.</p>	<p>1. Untuk mengevaluasi medikasi dan kemajuan penyembuhan</p>	<p>2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi</p>	<p>2. Mengevaluasi keefektifan terapi yang diberikan</p>	<p>3. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu</p>	<p>3. Menentukan jenis analgesik yang sesuai</p>	<p>4. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal</p>	<p>4. Menentukan jenis rute untuk memberikan terapi</p>	<p>5. Pilih rute pemberian secara IV, IM, untuk pengobatan nyeri secara teratur</p>	<p>5. Menentukan rute yang sesuai untuk terapi</p>	<p>6. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</p>	<p>6. Untuk mengetahui perkembangan atau ketidakefektifan terapi</p>	<p>7. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat</p>	<p>7. Menurunkan ketidaknyaman dan memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain.</p>	<p>8. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala.</p>	<p>8. Untuk mengetahui efektivitas dari terapi farmakologi</p>
<p>1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan drajat nyeri sebelum pemberian obat.</p>	<p>1. Untuk mengevaluasi medikasi dan kemajuan penyembuhan</p>																
<p>2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi</p>	<p>2. Mengevaluasi keefektifan terapi yang diberikan</p>																
<p>3. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu</p>	<p>3. Menentukan jenis analgesik yang sesuai</p>																
<p>4. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal</p>	<p>4. Menentukan jenis rute untuk memberikan terapi</p>																
<p>5. Pilih rute pemberian secara IV, IM, untuk pengobatan nyeri secara teratur</p>	<p>5. Menentukan rute yang sesuai untuk terapi</p>																
<p>6. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</p>	<p>6. Untuk mengetahui perkembangan atau ketidakefektifan terapi</p>																
<p>7. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat</p>	<p>7. Menurunkan ketidaknyaman dan memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain.</p>																
<p>8. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala.</p>	<p>8. Untuk mengetahui efektivitas dari terapi farmakologi</p>																

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

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi postpartum.

Tabel 2.3

Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh Definisi : Asuhan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik	NOC 1. <i>Nutritional Status</i> 2. <i>Nutritional Status: food and fluid</i> 3. <i>Intake</i> 4. <i>Nutritional Status: nutrient intake</i> 5. <i>Weight control</i>	NIC Nutrition Management 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien	1. Pilihan intervensi bergantung pada penyebab yang mendasari 2. Metode pemberian makan dan kebutuhan kalori ditentukan berdasarkan situasi individual dan kebutuhan spesifik
Batasan Karakteristik: 1. Kram abdomen 2. Nyeri abdomen 3. Gangguan sensasi rasa 4. Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal 5. Kerapuhan kapiler 6. Diare 7. Kehilangan rambut berlebihan 8. Enggan makan 9. Asupan makanan kurang dari recommended daily allowance (RDA) f. Bising usus hiperaktif g. Kurang	Kriteria Hasil: 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi 5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan 6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe 4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C 5. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi 6. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi) 7. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan	3. Meningkatkan defisit dan memantau keefektifan terapi nutrisi 4. Memaksimalkan asupan zat gizi 5. Pertimbangkan pilihan individual dapat memperbaiki asupan diet 6. Memaksimalkan asupan zat gizi

minat pada makanan	makanan harian	difisiensi serta kebutuhan nutrisi
h. Tonus otot menurun	8. Memonitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori	8. Mengetahui asupan gizi yang akan diberikan
i. Kesalahan informasi	9. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi	9. Untuk mengetahui pemahaman nutrisi klien
j. Kesalahan persepsi	10. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan	10. Mengetahui nutrisi yang akan di berikan
k. Membran mukosa pucat		
l. Ketidakmampuan memakan makanan		
m. Cepat kenyang setelah makan		
n. Sariawan rongga mulut		
o. Kelemahan otot pengunyah		
p. Kelemahan otot untuk menelan		
q. Penurunan berat badan dengan asupan adekuat		
Faktor-faktor yang berhubungan		
1. Asupan diet yang kurang		
Populasi beresiko		
1. Faktor biologis		
2. Kesulitan ekonomi		
Kondisi terkait		
1. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien		
2. Ketidakmampuan		
	Nutrition Monitoring	
	1. BB pasien dalam batas normal	1. Menjaga keseimbangan nutrisi
	2. Monitor adanya penurunan berat badan	2. Mengetahui adanya ketidakseimbangan nutrisi
	3. Memonitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan	3. Mengetahui aktivitas yang harus dilakukan atau tidak karena bisa membuang energi
	4. Monitor lingkungan selama makan	4. Lingkungan yang nyaman mempengaruhi selama makan
	5. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan	5. Memaksimalkan asupan
	6. Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi	6. NutrisiAsupan yang kurang mempengaruhi perubahan fisik
	7. Monitor turgor kulit	7. Mengetahui ketidakseimbangan nutrisi

menerima makanan	8. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva	8. Asupan yang kurang mempengaruhi perubahan fisik
3. Ketidakmampuan makan	9. Monitor kalori dan intake nutrisi	9. Mengukur keefektifan bantuan nutrisi
4. Gangguan psikososial	10. Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet	10. Mengetahui adanya kekurangan vitamin B

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

4. Ketidakefektifan Pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui

Tabel 2.4

Ketidakefektifan Pemberian ASI

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan pemberian ASI Definisi: ketidakpuasan atau kesulitan ibu, bayi, atau anak menjalani proses pemberian ASI Batasan Karakteristik <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakadekuatan suplai ASI 2. Bayi melengkung menyesuaikan diri dengan payudara 3. Bayi menangis pada payudara 4. Bayi menangis dalam jam pertama 	NOC <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Breastfeeding ineffective</i> 2. <i>Breathing pattern ineffective</i> 3. <i>Breastfeeding interrupted</i> Kriteria Hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemantapan pemberian ASI: bayi perletakan bayi yang sesuai pada dan proses mengisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI. 2. Kemantapan pemberian ASI : IBU : kemantapan ibu untuk membuat 	NIC Breastfeeding Assistance <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi pola menghisap/menelanan bayi. 2. Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui dari bayi (misalnya reflek rooting, mengisap dan terjaga) 3. Pantau integritas kulit puting ibu 4. Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi Breast Examination Lactation Supresion	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui perkembangan bayi 2. Menentukan rencana selanjutnya 3. Kelembaban dan kelembutan untuk bayi 4. Melihat keefektifan pemberian nutrisi dan ASI

setelah menyusui	bayi melekat dengan tepat dan menyusui dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama	1. Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI	1. Membantu mengefektifkan pemberian terapi
5. Bayi rewel dalam jam pertama setelah menyusui	3. Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/todler	2. Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI	2. Ibu baru mungkin tidak menyadari bahwa tentang pemberian ASI
6. Ketidakmampuan bayi untuk latchon pada payudara ibu secara tepat	4. penyapihan pemberian ASI: Diskontinuitas progresif pemberian ASI	3. Ajarkan pengasuh bayi mengenai topik, seperti penyimpanan dan penghindaran member susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang	3. Memberikan pengetahuan dasar
7. Menolak latchng on	5. Pengetahuan pemberian ASI tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI:	4. Ajarkan orangtua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula	4. Menggantikan ASI untuk nutrisi pada bayi
8. Tidak responsive terhadap kenyamanan lain	6. Ibu menganli isyarat lapar dari bayi dengan segera		
9. Ketidakcukupan pengosongan setiap payudara menyusui	7. Ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI	Lactation conseling	
10. Ketidakcukupan kesempatan untuk mengisap payudara	8. Ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting	1. Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI	1. Mendapat dukungan berhubungan dengan rasio keberhasilan ASI
11. Kurang menambah berat badan bayi	9. Mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI	2. Demontrasikan latihan menghisap, jika perlu	2. Memberi pengetahuan untuk ibu
12. Tidak tampak tanda pelepasan ositosin		3. Diskusikan metode alternative pemberian makan bayi	3. Menggantikan nutrisi untuk bayi
13. Tampak ketidakadekuatan asupan susu			
14. Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui			
15. Penurunan berat badan bayi terus menerus			
16. Tidak			

mengisap
payudara
terus menerus

Faktor yang berhubungan

1. Deficit pengetahuan
2. Anomly bayi
3. Bayi menerima makanan tambahan dengan puting buatan
4. Diskontinuitas pemberian ASI

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

5. Hambatan Eliminasi Urine

Tabel 2.5

Hambatan Eliminasi Urine

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Hambatan eliminasi urin	NOC 1. <i>Urinary elimination</i> 2. <i>Urinary continence</i>	NIC <i>Urinary Retention Care</i> 1. Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinuitas (misalnya, output urin, pola berkemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten)	1. Pola berkemih mengidentifikasi karakteristik kandung kemih
Definisi disfungsi eliminasi urine	Kriteria hasil : 1. Kandung kemih kosong secara penuh 2. Tidak ada residu urine >100-200 cc 3. Intake cairan dalam rentang normal 4. Bebas dari ISK 5. Tidak ada spasme bladder 6. Balance cairan seimbang	2. Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau properti alpha agonis	2. Mengetahui obat yang sedang digunakan terapi
Batasan karakteristik 1. Disuria 2. Sering berkemih 3. Anyang-anyangan 4. Nokturia 5. Inkontinensia urine 6. Retensi urine 7. Retensi urine 8. Dorongan berkemih		3. Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10	3. Pemindaian kandung kemih bermanfaat dalam
Faktor yang berhubungan 1. Penyebab			

<p>multipel</p> <p>Kondisi terkait</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Obstruksi anatomik 2. Gangguan sensorik motorik 3. Infeksi saluran kemih 	<p>menit)</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Masukkan kateter kemih sesuai 5. Anjurkan pasien/keluarga untuk merekam output urin sesuai 6. Memantau asupan dan keluaran 7. Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi 8. Menerapkan kateterisasi intermiten, sesuai 9. Merujuk ke spesialis kontinensia, sesuai 	<p>menentukan residu pasca berkemih</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Untuk mempermudah mengeluarkan urin 5. Memantau pengeluaran urin 6. Mengetahui perkembangan dari output dan intake 7. Disfungsi kandung kemih beragam, tetapi dapat mencakup kehilangan kontraksi kandung kemih dan ketidakmampuan untuk merelaksasi sfingter urine 8. Untuk mengurangi spastisitas kandung kemih dan gejala perkemihan dan terkait yaitu frekuensi, urgensi, inkontinensia dan nokturia. 9. Spesialis kontinensia membantu membuat rencana asuhan individual untuk memenuhi kebutuhan spesifik klien dengan menggunakan
---	--	--

teknik dan produk kontinensia terbaru.

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

6. Gangguan Pola Tidur Berhubungan Dengan Kelemahan

Tabel 2.6

Gangguan Pola Tidur

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan pola tidur	NOC	NIC	
Definisi : interupsi jumlah waktu dan kualitas tidur akibat faktor eksternal	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Anxiety reduction</i> 2. <i>Comfort level</i> 3. <i>Pain level</i> 4. <i>Rest : extent and pattern</i> 5. <i>Sleep : extent and pattern</i> 	<i>Sleep Enhancement</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat 2. Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca) 3. Ciptakan lingkungan yang nyaman 4. Kolaborasi pemberian obat tidur 5. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien 6. Instruksikan untuk memonitor tidur pasien 7. Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan relaksasi dan kesiapan tidur 2. Meningkatkan kesiapan untuk tidur 3. Meningkatkan koping klien 4. Medikasi terjadwal dapat meningkatkan istirahat atau tidur 5. Mengatasi dan meningkatkan kesiapan untuk tidur 6. Klien lebih mudah menoleransi 7. Mengakibatkan klien tidak merasa
Batasan karakteristik	Kriteria hasil :		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Kesulitan berfungsi sehari –hari 2. Kesulitan memulai tertidur 3. Kesulitan mempertahankan tetap tidur 4. Ketidakpuasan tidur 5. Tidak merasa cukup istirahat 6. Terjaga tanpa jelas penyebabnya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari 2. Pola tidur, kualitas dalam batas normal 3. Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat 4. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur 		
Faktor yang berhubungan			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan karena cara 			

tidur pasangan tidur		beristirahat dengan baik
2. Kendala lingkungan	8. Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam.	8. Mengetahui dan menoleransi kebutuhan dan kesiapan tidur
3. Kurang privasi		
4. Pola tidur tidak menyehatkan		

Kondisi terkait

1. Imobilisasi

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

7. Resiko Infeksi Berhubungan Dengan Faktor Resiko: Episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.

Tabel 2.7**Resiko Infeksi**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko infeksi	NOC	NIC	
Definisi : Rentan mengalami invasi dan multipikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Immune status</i> 2. <i>Knowledge infection control</i> 3. <i>Risk control</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain 2. Batasi pengunjung bila perlu 3. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien 4. Gunakan sabun anti mikroba untuk cuci 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait 2. Individu telah mengalami gangguan dan berisiko tinggi terpajan infeksi 3. Pertahanan lini depan ini adalah untuk klien, pemberi asuhan kesehatan dan masyarakat 4. Faktor ini dapat menjadi kunci
Faktor resiko	Kriteria hasil		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan peristalsis 2. Gangguan integritas kulit 3. Vaksinasi tidak adekuat 4. Kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan patogen 5. Malnutrisi 6. Obesitas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya 3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi 4. Jumlah leukosit dalam batas normal 5. Menunjukkan 		

7. Merokok	prilaku	hidup	tangan	yang paling sederhana tetapi merupakan kunci terpenting untuk pencegahan infeksi yang didapat di rumah sakit
8. Stasis cairan tubuh	sehat			
Populasi berisiko				
1. Terpajan pada wabah				
Kondisi terkait				
1. Perubahan pH sekresi			5. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan	5. Mengurangi resiko penyebaran infeksi
2. Penyakit kronis				
3. Penurunan kerja siliaris				
4. Penurunan hemoglobin			6. Gunakan baju sarung tangan sebagai alat pelindung	6. Faktor ini dapat menjadi kunci yang paling sederhana tetapi merupakan kunci terpenting untuk pencegahan infeksi yang didapat di rumah sakit
5. Imunosupresi				
6. Prosedur invasif				
7. Leukopenia				
8. Pecah ketuban dini				
9. Pecah ketuban lambat				
10. Supresi respon inflamasi			7. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat	7. Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait alat
			8. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum	8. Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait alat
			9. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kemih	9. Mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri dalam saluran perkemihan
			10. Tingkatkan intake nutrisi	10. Fungsi imun dipengaruhi oleh asupan nutrisi

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

		dri sekresi yang statis
19. Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep	19. Terapi bersifat sistemik dan diarahkan pada organisme teridentifikasi tertentu seperti bakteri anaerob, jamur, dan basili gram negatif	
20. Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi	20. Mendeteksi dini adanya tanda dan gejala infeksi	
21. Ajarkan cara menghindari infeksi	21. Mendeteksi dini adanya tanda dan gejala infeksi	
22. laporkan kultur positif	22. Untuk mengidentifikasi patogen dan antimikroba	

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

8. Defisit Perawatan Diri : Mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan postpartum

Tabel 2.8

Defisit Perawatan Diri : Mandi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Defisit perawatan diri	NOC 1. <i>Activity intolerance</i> 2. <i>Mobility physical impaired</i> 3. <i>Self care derficia hygiene</i> 4. <i>Sensori perception auditory disturbed</i>	NIC Self – care assistance : Bathing dan Hygine 1. Pertibangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri 2. Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan	1. Mengetahui apa yang dibutuhkan oleh klien 2. Memberikan informasi untuk membuat
Batasan karakteristik 1. Ketidak	Kriteria hasil :		

mampuan mengakses kamar mandi	1. Perawatan diri otonomi :tindakan pribadi	aktivitas perawatan diri	rencana
2. Ketidakmampuan menjangkau sumber air	1. Perawatan diri :tindakan pribadi mempertahankan otonomi untuk eliminasi	3. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan	3. Membantu merencanakan untuk memenuhi kebutuhan individual
3. Ketidakmampuan mengeringkan tubuh	2. Perawatan diri : aktivitas kehidupan sehari-hari ADL mampu untuk melakukan aktivitas	4. Tempat handuk, sabun, deodoran, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan disamping tempat tidur atau dikamar mandi	4. Mempukan klien untuk mengatur diri sendiri
4. Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi	perawatan fisik dan pribadi secara mandiri dnegan atau tanpa alat bantu	5. Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya: deodoran, sikat gig, sabun mandi, sampo, lotion dan produk aromaterapi)	5. Meningkatkan partisipasi dalam asuhan
5. Ketidakmapuan mengatur air ,mandi	3. Perawatan diri hygiene : mampu untuk membersihkan tubuh secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	6. Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal	6. Meredakan ketidaknyamanan dan menjaga privasi klien
6. Ketidakmampuan membasuh tubuh	4. Perawatan diri hygiene oral : mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	7. Memfasilitasi diri mandi pasien, sesuai	7. Partisipasi klien dalam perawatan diri dapat meringankan atas persepsi kehilangan kemandirian
Faktor yang berhubungan	5. Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi	8. Memantau pembersihan kuku menurut kemampuan perawatan diri pasien	8. Mengetahui keadaan kebersihan fisik klien
Kondisi terkait	6. Membersihkan dan mengeringkan tubuh		
1. Gangguan fungsi kognitif	7. Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral		
2. Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh			
3. Ketidakmampuan merasakan hubungan spesial			
4. Ganggaun muskuloskeletal			
5. Gangguan neuromudkular			
6. Gangguan persepsi			

9. Memantau integritas kulit pasien	9. Melihat perubahan keadaan fisik klien
10. Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri.	10. Partisipasi klien dalam perawatan diri dapat meringankan atas persepsi kehilangan kemandirian.

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

9. Konstipasi

Tabel 2.9

Konstipasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Konstipasi Definisi : penurunan frekuensi normal defekasi yang disertai kesulitan atau pengeluaran feses tidak tuntas dan/feses yang keras, kering, dan banyak. Batasan karakteristik 1. Nyeri abdomen 2. Nyeri tekan abdomen dengan teraba retensi otot 3. Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resitensi otot 4. Anoreksia	NOC 1. <i>Bowel elimination</i> 2. <i>Hydration</i> Kriteria Hasil: 1. Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari 2. Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi 3. Mengidentifikasi indicator untuk mencegah konstipasi 4. Feses lunak dan berbentuk	NIC Constipation/ impaction management 1. Monitor tanda dan gejala konstipasi 2. Monitor bising usus 3. Monitor feses : frekuensi , konsistensi dan volume 4. Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus 5. Jelaskan etiologi dan rasionalisasi	1. Mendeteksi dini keadaan konstipasi 2. Menentukan kesiapan terhadap pemberian makan per oral 3. Melihat keefektifan terapi 4. Mencegah komplikasi 5. Memberikan pengetahuan

5. Penampilan tidak khas pada lansia	tindakan terhadap pasien	dasar
6. Borborigmi	6. Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi	6. Mendeteksi dini penyebab konstipasi
7. Darah merah pada feses		
8. Perubahan pada pola defekasi	7. Dukung intake cairan	7. Merangsang eliminasi dan mencegah konstipasi defekasi
9. Penurunan frekuensi defekasi		
10. Penurunan volume feses		
11. Distensi abdomen	8. Kolaborasi pemberian laktasif	8. Membantu mengembalikan fungsi usus
12. Keletihan		
13. Feses keras dan berbentuk	9. Pantau tanda-tanda dan gejala konstipasi	9. Melihat perkembangan gejala konstipasi
14. Sakit kepala		
15. Bising usus hiperaktif		
16. Bising usus hipoaktif	10. frekuensi, bentuk, volume dan warna	10. Melihat adanya perubahan
17. Tidak dapat defekasi		
18. Peningkatan tekanan abdomen	11. Memantau bising usus	11. Bising usus biasanya tidak terdengar setelah prosedur pembedahan
19. Tidak dapat makan		
20. Feses cair		
21. Nyeri pada saat defekasi	12. Konsultasikan dengan dokter tentang penurunan / kenaikan frekuensi bising usus	12. Melanjutkan rencana selanjutnya
22. Massa abdomen yang dapat diraba		
23. Massa rektal yang dapat diraba	13. Pantau tanda-tanda dan gejala pecahnya usus dan /atau peritonitis	13. Mengetahui adanya komplikasi lain
24. Perkusi abdomen pekak		
25. Rasa penuh rektal	14. Jelaskan etiologi masalah dan pemikiran untuk tindakan untuk pasien	14. Mengetahui penyebab pada pasien
26. Rasa tekanan rektal		
27. Sering flatus		
28. Adanya feses lunak, seperti pasta di dalam rektum	15. Mendorong meningkatkan asupan cairan, kecuali dikontraindikasikan	15. Melunakan feses dan merangsang peristaltik
29. Mengejan pada saat		

defekasi	16. Anjurkan pasien / keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja	16. Melihat adanya perubahan
30. Muntah	17. Ajarkan pasien / keluarga bagaimana untuk menjaga buku harian makanan	17. Mendukung adanya perubahan pada pasien
Faktor yang berhubungan	18. Anjurkan pasien / keluarga untuk diet tinggi serat	18. Membantu mengembalikan fungsi usus
1. Kelemahan otot abdomen	19. Anjurkan pasien / keluarga pada penggunaan yang tepat dari obat pencahar	19. Untuk mempermudah melunakan feses
2. Rata-rata aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan menurut gender dan usia	20. Anjurkan pasien / keluarga pada hubungan asupan diet, olahraga dan cairan sembelit / impaksi	20. Membantu mengembalikan fungsi usus
3. Konfusi	21. Menyarankan pasien untuk berkonsultasi dengan dokter jika sembelit atau implikasi terus ada	21. Merencanakan tindakan selanjutnya
4. Penurunan motilitas traktus	22. Menginformasikan pasien prosedur penghapusan manual dari tinja, jika perlu	22. Memberi pengetahuan dasar
5. Gastrointestinal	23. Ajarkan pasien atau keluarga tentang proses pencernaan yang normal	23. Mendeteksi dini untuk konstipasi
6. Dehidrasi	24. Ajarkan pasien / keluarga tentang kerangka waktu untuk resolusi sembelit	24. Memberi pengetahuan dasar tentang pengahan
7. Depresi		
8. Perubahan kebiasaan makan		
9. Ganggaun emosi		
10. Kebiasaan menekan dorongan defekasi		
11. Kebiasaan makan buruk		
12. Higiene oral tidak adekuat		
13. Kebiasaan tilleting tidak adekuat		
14. Asupan serat kurang		
15. Asupan cairan kurang		
16. Kebiasaan defekasi tidak teratur		
17. Penyalahgunaan laktasif		
18. Obesitas		
19. Perubahan lingkungan baru		
Kondisi terkait		
1. Ketidakseimb		

-
- angan elektrolit
 - 2. Hemoroid
 - 3. Penyakit hirshprung
 - 4. Ketidakadekuatan gigi geligi
 - 5. Gram besi
 - 6. Gangguan neurologis
 - 7. Obstruksi usus pasca-bedah
 - 8. Kehamilan
 - 9. Pembesaran protat
 - 10. Abses rektal
 - 11. Fisura anal rektal
 - 12. Striktur anal rektal
 - 13. Prolaps rektal
 - 14. Ulkus rektal
 - 15. Rektokel
 - 16. Tumor
-

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

10. Resiko Syok (hipovolemik)

Tabel 2.10

Resiko Syok (hipovolemik)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko syok	NOC	NIC	
Definisi : rentan mengalami ketidakukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa, yang dapat mengganggu kesehatan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Syok prevention</i> 2. <i>Syok management</i> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nadi dalam batas yang diharapkan 2. Irama jantung dalam batas yang diharapkan 3. Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan 4. Irama pernafasan dalam batas yang diharapkan 5. Natrium serum dbn 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Syok prevention</i> 1. Monitor sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme , nadi perifer, dan kapiler refill 2. Monitor tanda inadekuat oksigenasi jaringan 3. Manitor suhu dan pernafasan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi dan efektifitas serta kebutuhan terapi 2. Menghindari adanya hipoksemia selama perdarahan 3. Mengetahui tanda dari syok hivopolemik
Faktor resiko			
1. Akan dikembangka			

n	6. Kalium dbn serum		
Kondisi terkait	7. Klorida dbn serum	4. Monitor input dan output	4. Mengetahui kasar kehilangan cairan/darah
1. Hipotensi	8. Kalsium dbn serum		
2. Hipovolemia	9. Magnesium serum dbn	5. Monitor tanda awal syok	5. Mengetahui informasi tanda dari syok
3. Hipoksemia	10. PH darah dbn serum		
4. Hipoksia	Hidrasi	6. Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat	6. Mengurangi pengeluaran berlebihan
5. Infeksi	1. Indicator :		
6. Sepsis	2. Mata cekung tidak ditemukan	7. Berikan cairan IV dan atau oral yang tepat	7. Mengganti dan mempertahankan volume sirkulasi dan perfusi
7. Sindrom respons inflamasi sistemik (systemic inflammatory response syndrome)	3. Demam tidak ditemukan		
	4. TD dbn	8. Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok	8. Memberikan pengetahuan dasar untuk tanda gejala syok
	5. Hematokrit DBN	9. Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok	9. Memberikan deteksi dini untuk atasi gejala syok
		Syok management	
		1. Monitor tekanan nadi	1. Mengidentifikasi dan efektifitas serta kebutuhan terapi
		2. Monitor status cairan, input output	2. Mengetahui kasar kehilangan cairan/darah
		3. Catat gas darah arteri dan oksigen jaringan	3. Mengidentifikasi efektifitas serta kebutuhan terapi
		4. Monitor EKG, sesuai	4. Digunakan untuk mengontrol

			perdarahan
5.	Monitor nilai laboratorium (misalnya, CBC dengan diferensial) koagulasi profil,ABC, tingkat laktat, budaya, dan profil kimia)		5. Mengetahui perkembangan dan Mengetahui efektifitas serta kebutuhan terapi
6.	Masukan dan memelihara besarnya kebosanan akses IV		6. Mempertahankan volume sirkulasi dan perfusi

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

11. Resiko Pendarahan

Tabel 2.11

Resiko Perdarahan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko perdarahan Definisi : rentan mengalami penurunan volume darah, yang dapat mengganggu kesehatan Faktor resiko : 1. Kurang pengetahuan tentang kewaspadaan perdarahan Populasi berisiko 1. Riwayat jatuh Kondisi terkait 1. Aneurisme 2. Sirkumsisi 3. Koagulapati intravaskuler diseminata 4. Gangguan gastrointestina	NOC 1. <i>Blood severity</i> 2. <i>Blood koagulation</i> Kriteria Hasil : 1. Tidak ada hematuria dan hematemesis 2. Kehilangan darah yang terlihat 3. Tekanan dalam batas normal sistol diastole 4. Tidak ada perdarahan pervagina 5. Tidak ada distensi abdormal 6. Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal 7. Plasma, PT, PTT dalam batas normal	NIC Bleeding precautions 1. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan 2. Catat nila Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan 3. Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif 4. Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan 5. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K	1. Mengetahui tanda resiko perdarahan 2. Membantu menentukan kebutuhan penggantian darah 3. Mengurangi pengeluaran darah berlebih 4. Mengurangi pengeluaran darah berlebih 5. Asupan nutrisi untuk menggantikan output

<p>1</p> <p>5. Gangguan fungsi hati</p> <p>6. Kuagulapati inheren</p> <p>7. Komplikasi pascapartum</p> <p>8. Komplikasi kehamilan</p> <p>9. Trauma Program pengobatan</p>	<p>Bleeding reduction</p> <p>1. Identifikasi penyebab perdarahan</p> <p>2. Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonary capillary / artery wedge pressure)</p> <p>3. Monitor status cairan yang meliputi intake dan output</p> <p>Bleeding Reduction:wound / luka</p> <p>1. Gunakan ice pack pada are perdarahan</p> <p>2. Lakukan pressure drresing (perban yang menekan) pada area luka</p> <p>3. Tinggikan ekstremitas yang perdarahan</p> <p>4. Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan</p> <p>5. Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas</p>	<p>1. Mengetahui penyebab pendarahan</p> <p>2. Mengetahui keadaan tekanan darah</p> <p>3. Mengetahui adanya tanda resiko perdarahan</p> <p>1. Untuk mengurangi pengeluaran perdarahan</p> <p>2. Untuk mengurangi pengeluaran perdarahan</p> <p>3. Membantu aliran darah mengalir lambat</p> <p>4. Dapat digunakan untuk menentukan perkiraan kasar kehilangan darah</p> <p>5. Mengurangi adanya pengeluaran perdarahan</p>
---	--	--

Bleeding reduction : gastrointestinal

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

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

12. Defisiensi Pengetahuan: Perawatan Postpartum Berhubungan Dengan Kurangnya Informasi Tentang Penanganan Postpartum

Tabel 2.12

Defisiensi Pengetahuan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Defisiensi pengetahuan	NOC 1. <i>Knowledge disease process</i> 2. <i>Knowledge health behavior</i>	NIC Teaching : disease Process 1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik	1. Memberikan dasar pengetahuan sehingga klien dapat membuat pilihan terinformasi secara benar
Definisi : keadaan atau defisien informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu, atau kemahiran.	Kriteria hasil : 1. pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara	2. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat 3. Identifikasi kemungkinan	2. Menyediakan dasar pengetahuan bagi klien 3. Berbagai penyebab
Batasan karakteristik : 1. Ketidakakuratan mengikuti perintah 2. Ketidakakuratan melakukan tes			

3. Prilaku tidak tepat	3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya	penyebab, dengan cara yang tepat	berdasarkan situasi individual
4. Kurang pengetahuan		4. Sedikan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat	4. Informasi spesifik secara individual menciptakan dasar pengetahuan
Faktor pengetahuan			
1. Kurang informasi			
2. Kurang minat untuk belajar		5. Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal, dengan cara yang tepat	5. Memberikan pemantauan yang berkelanjutan
3. Kurang sumber pengetahuan			
4. Keterangan yang salah dari orang lain		6. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat	6. Membantu menetapkan dan meningkatkan pemahaman tentang informasi
Kondisi terkait			
1. Gangguan fungsi kognitif			
2. Gangguan memori			

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

2.4.3 Implimentasi

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

2.4.4. Evaluasi

Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya (Nurbaeti, 2013).