

**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 :**

**AYUNDA MUTHIA PERMATASARI**

**AKX.16.158**



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

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ayunda Muthia Permatasari

NIM : AKX.16.158

Institusi : Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Seksio Sesarea Dengan Nyeri Akut di Ruang Kalimaya Bawah Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan dari pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila 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



Ayunda Muthia P

AKX.161.158

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

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

**OLEH**

**AYUNDA MUTHIA PERMATASARI**

**AKX.16.158**

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

20 Agustus 2019

**Menyetujui**

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping



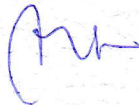
Tuti Suprapti S.Kp., M. Kep  
NIP: 1011603



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

**Mengetahui**

Ketua Prodi DIII Keperawatan



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



**LEMBAR PENGESAHAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

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

**OLEH  
AYUNDA MUTHIA PERMATASARI  
AKX. 16. 158**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan panitia penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Umum STIKes Bhakti Kencana Bandung,  
Pada Tanggal 20 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. Ade Tika Herawati, M.Kep  
(Penguji II)

(.....)

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

(.....)

**Mengetahui,  
STIKes Bhakti Kencana Bandung**

**Ketua**

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

**NIP : 1010706**



## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Seksio Sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Seksio Sesarea memberikan dampak bagi ibu, yaitu nyeri yang hilang timbul akibat pembedahan pada dinding abdomen dan dinding Rahim yang tidak hilang hanya dalam satu hari, sehingga perawat harus melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif meliputi aspek biologi, psikososial, dan spiritual. **Metode:** Metode yang digunakan adalah studi kasus adalah yaitu suatu model yang menekankan pada eksplorasi suatu kasus secara mendetail, disertai pengalihan data secara mendalam dan melibatkan beragam sumber informasi. Studi kasus dilakukan pada dua klien selama dua hari dengan masalah keperawatan yang sama yaitu nyeri akut. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi farmakologi dan non farmakologi (relaksasi nafas dalam) pada klien 1 dan klien 2 dapat teratasi dan penurunan skala nyeri dari nyeri sedang menjadi skala nyeri ringan. **Diskusi:** pada kedua klien ditemukan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan luka operasi, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk – tusuk, nyeri dirasakan saat klien bergerak dan berubah posisi dan berkurang jika tidur terlentang/istirahat. Nyeri pada klien 1 dan 2 sama yaitu skala 6 (0-10).. Penulis menyarankan kepada petugas kesehatan agar lebih memberikan informasi bagaimana melakukan terapi non farmakologi teknik relaksasi nafas dalam dengan baik dan benar sesuai standar operasional prosedur dan kepada pihak institusi pendidikan sebagai bahan dokumentasi dan pembelajaran.

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

**Daftar Pustaka:** 14 Buku (2009-2018), 5 Jurnal (2013, 2015, 2017)

## ABSTRACT

**Background:** Cesarean section is a method of giving birth to a fetus by making an incision in the uterine wall through the abdominal wall of the cesarean section. Caesarean section has an impact on mothers, namely pain that arises due to surgery on the abdominal wall and uterine wall that does not disappear in just one day, so nurses must conduct comprehensive nursing care covering aspects of biology, psychosocial, and spiritual. **Method:** Case study is a model that emphasizes the exploration of a case in detail, accompanied by in-depth data collection and involving various sources of information. The case study was conducted on two clients for two days with the same nursing problem, namely acute pain. **Results:** After nursing care is done by providing pharmacological and non pharmacological interventions (deep breathing relaxation) on client 1 and client 2 can be resolved and the pain scale reduction from moderate pain to mild pain scale. **Discussion:** in both clients found acute pain nursing problems associated with surgical wounds, perceived pain such as pricking, pain felt when the client moved and changed position and reduced if sleeping on his back / rest. Pain in clients 1 and 2 is the same scale, 6 (0-10). The author recommends that health workers provide more information on how to conduct non-pharmacological therapy breathing techniques in breathing properly and correctly according to standard operational procedures and to the educational institution as documentation and learning material.

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

**Bibliography:** 14 Books (2009-2018), 5 Journals (2013, 2015, 2017)

## 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 Seksio Sesarea Dengan Nyeri Akut Di Rsud Dr. Slamet Garut” dengan sebaik-baiknya.

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

Penulis mnegucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah, terutama kepada :

1. H. Mulyana, SH, M, Pd, MH. Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna 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 Suprapti, S, Kp., M. Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Stikes Bhakti Kencana Bandung dan selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penuis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Anggi Jamiyanti, S. Kep., Ners selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Deti Fuji Adianti S. Kep., Ners selaku CI Ruangn Kalimaya Bawah yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSU Dr.Slamet Garut

7. Orang tua tercinta Abi, Umi dan keluarga besar Rahman yang telah memberikan dukungan, motivasi dan do'a yang tiada henti untuk anaknya demi tercapai cita-cita dan keberhasilan.
8. Teman-teman DIII Keperawatan Angkatan Tahun 2016 yang telah saling mendukung.
9. Fadly Bahar yang telah memberi dukungan, do'a dan semangat.
10. Sahabat tersayang Ulfah Khorunisa dan Gina Nuruliani yang tidak bosan-bosannya memberi motivasi dan dukungan untuk terus semangat dan tidak mudah menyerah.

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

Ayunda Muthia Permatasari

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
Lembar Pernyataan .....	i
Lembar Persetujuan .....	ii
Lembar Pengesahan .....	iii
Abstrak .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Daftar Isi .....	vii
Daftar Gambar .....	x
Daftar Tabel .....	xi
Daftar Bagan .....	xiii
Daftar Lampiran .....	xiv
Daftar Singkatan.....	xv
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.2 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan .....	4
1.4 Manfaat .....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>7</b>
2.1 Konsep Penyakit.....	7
2.1.1 Definisi Seksio Sesarea .....	7
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Seksio Sesarea .....	7
2.1.3 Etiologi Seksio Sesarea .....	14
2.1.4 Patofisiologi Seksio Sesarea.....	15
2.1.5 Penatalaksanaan Seksio Sesarea.....	18
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang Seksio Sesarea.....	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 Perubahan Psikologi Pada Masa Nifas .....	26
2.2 Konsep Askep .....	27
2.2.1 Pengkajian .....	27
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	30
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	32
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	51
2.2.5 Evaluasi Keperawatan .....	51
2.3 Konsep Nyeri .....	52



2.3.1 Definisi Nyeri .....	52
2.3.2 Stimulus Nyeri.....	53
2.3.3 Klasifikasi Nyeri .....	53
2.3.4 Reseptor Nyeri.....	54
2.3.5 Kecepatan Sensasi Nyeri .....	55
2.3.6 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri.....	55
2.3.7 Manajemen Nyeri.....	58
2.3.8 Karakteristik Nyeri.....	63
<b>BAB III METODE PENULISAN .....</b>	<b>68</b>
3.1 Desain Penelitian .....	68
3.2 Batasan Istilah .....	68
3.3 Partisipan/Responden/Karakteristik .....	69
3.4 Lokasi Waktu Penelitian .....	70
3.5 Pengumpulan Data .....	70
3.6 Uji Keabsahan Data.....	72
3.7 Analisis Data .....	72
3.8 Etik Penelitian .....	74
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>77</b>
4.1 Hasil .....	77
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	77
4.1.2 Pengkajian .....	78
4.1.3 Analisa Data .....	90
4.1.4 Diagnosis .....	93
4.1.5 Intervensi .....	97
4.1.6 Implementasi .....	101
4.1.7 Evaluasi .....	107
4.2 Pembahasan.....	108
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	
5.1 Kesimpulan .....	127
5.2 Saran.....	129

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN**

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Insisi Ventrikanal dan Insisi Transversal .....	10
Gambar 2.2 Seksio Sesarea Klasik .....	11
Gambar 2.3 Skala Nyeri .....	65
Gambar 2.4 Skala Analog Visual (VAS) .....	66
Gambar 2.5 Skala Deskriptif Verbal (SDV) .....	66
Gambar 2.6 Skala Nyeri Wajah .....	67

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas .....	32
Tabel 2.2 Nyeri Akut.....	34
Tabel 2.3 Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh.....	36
Tabel 2.4 Ketidakefektifan Pemberian ASI .....	38
Tabel 2.5 Hambatan Eliminasi Urine .....	40
Tabel 2.6 Gangguan Pola Tidur .....	41
Tabel 2.7 Resiko Infeksi .....	42
Tabel 2.8 Defisit Perawatan: Mandi .....	44
Tabel 2.9 Konstipasi .....	45
Tabel 2.10 Resiko Syok (Hipovolemik).....	47
Tabel 2.11 Resiko Perdarahan .....	48
Tabel 2.12 Defisiensi Pengetahuan .....	50
Tabel 4.1 Identitas Klien .....	78
Tabel 4.2 Identitas Penanggung Jawab .....	78
Tabel 4.3 Riwayat Kesehatan .....	79
Tabel 4.4 Riwayat Genekologi dan Obstetri .....	80
Tabel 4.5 Riwayat Persalinan .....	81
Tabel 4.6 Riwayat Nifas .....	81
Tabel 4.7 Pola Aktivitas Sehari – hari .....	82
Tabel 4.8 Pemeriksaan Fisik .....	83

Tabel 4.10 Data Psikologi .....	86
Tabel 4.11 Data Sosial .....	87
Tabel 4.12 Kebutuhan <i>Bounding Attachment</i> .....	87
Tabel 4.13 Kebutuhan Pemenuhan Seksual .....	88
Tabel 4.14 Data Spiritual .....	88
Tabel 4.15 Pengetahuan Perawatan Diri .....	88
Tabel 4.16 Data Penunjang .....	89
Tabel 4.17 Program dan Rencana Pengobatan .....	90
Tabel 4.18 Analisa Data .....	90
Tabel 4.19 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas .....	93
Tabel 4.20 Perencanaan .....	97
Tabel 4.21 Implementasi .....	101
Tabel 4.22 Evaluasi .....	107

## DAFTAR BAGAN

2.1 Patofisiologi .....	17
-------------------------	----

## **DAFTAR LAMPIRAN**

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



## DAFTAR SINGKATAN

BB : Berat Badan

Cm : Centimeter

CPD : *Cephalopelvic Disproportion*

CRT : *Capillary Refill Time*

GCS ; *Glasgow Coma Scale*

HPHT ; Hari Pertama Haid Terakhir

IGD : instalansi Gawat Darurat

Kg : Kilogram

mmHg : Milimeter Hidragium

N : Nadi

P : Pernafasan

PB ; Panjang Bayi

S : Suhu

SMRS : Sebelum Masuk Rumah Sakit

TB : Tinggi Badan

TD : Tekanan Darah

TFU : Tinggi Fundus Uteri

TP : Taksiran Persalinan

TTV : Tanda - Tanda Vital

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Saat ini, ilmu pengetahuan teknologi telah meningkat pesat. Kemajuan teknologi dan ilmu dibidang kesehatan membawa manfaat yang besar bagi manusia, termasuk pada penatalaksanaan Seksio Sesarea. Seksio Sesarea merupakan salah satu cara yang digunakan dibidang kesehatan untuk membantu persalinan ketika ada masalah tak terduga terjadi selama persalinan, seperti faktor dari ibu yaitu panggul sempit, faktor dari janin yang letaknya lintang, tidak cukup ruang bagi janin untuk melalui vagina, dan kelainan pada janin seperti berat badan janin 4000 gram (*National Institute Of Health, 2012*).

Tindakan Seksio Sesarea merupakan pilihan utama bagi tenaga medis untuk menyelamatkan ibu dan janin. Ada beberapa indikasi tindakan Seksio Sesarea terdiri dari indikasi pada ibu dan janin. Indikasi pada ibu diantaranya yaitu: *dystosia, fetal distress*, komplikasi pre-eklamsi, masalah plasenta seperti solusio plasenta dan plasenta previa, bayi besar. Sedangkan indikasi pada janin meliputi: gawat janin, prolapses funikuli, kehamilan kembar, kehamilan dengan kelainan kongenital dan anomaly janin misalnya hidrosevalus (Suryani dan Anik, 2015).

*World Health Organization* (WHO) menetapkan standar rata-rata Seksio Sesarea disebuah Negara adalah sekitar 5-15% per 1000 kelahiran di dunia. Rumah Sakit Pemerintah kira-kira 11% sementara Rumah Sakit swasta lebih

dari 30% (Gibbson L. et all, 2010). Menurut WHO peningkatan persalinan dengan Seksio Sesarea di seluruh Negara selama tahun 2007-2008 yaitu 110.000 per kelahiran di seluruh asia (Kounteya, S. 2010)

Menurut Riset Kesehatan Dasar ( Riskesdas, 2013) kelahiran Seksio Sesarea di Indonesia menunjukkan angka sebesar 9,5% dengan proporsi tertinggi yaitu DKI Jakarta sebesar 19,9% dan terendah di Sulawesi Tenggara sebesar 3,3% sedangkan di provinsi Jawa Barat sebesar 7,8%. Secara umum pola persalinan melalui Seksio Sesarea menurut karakteristik menunjukkan angka yang signifikan sebesar 18,9% yang paling banyak melakukan tindakan Seksio Sesarea yaitu yang tinggal di daerah perkotaan sebesar 13,3%. Pekerjaan sebagai pegawai sebanyak 20,9% dan pendidikan tinggi lulus PT sebanyak 25,1% (Syuhada & Pranatha,2017).

Berdasarkan catatan *Medical Record* RSUD Dr. Slamet Garut angka kejadian dari operasi Seksio Sesarea pada bulan Januari – Desember 2018 adalah 1.423 kasus. Operasi Seksio Sesarea di ruang Kalimaya Bawah di bulan Januari – Desember 2018 tercatat sebanyak 886 kasus. (Rekam Medis RSUD Dr. Slamet Garut, 2018).

Masalah keperawatan yang dapat terjadi pada ibu postpartum dengan tindakan Seksio Sesarea diantaranya ketidak efektifan bersihan jalan nafas, nyeri akut, ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, ketidak efektifan pemberian ASI, hambatan eliminasi urine, gangguan pola tidur, resiko infeksi, defisit perawatan diri, konstipasi, resiko syok (hipovolemik), resiko perdarahan dan defisiensi pengetahuan (Nurarif & Kusuma, 2015)

Respon nyeri yang dirasakan oleh pasien merupakan efek samping yang timbul setelah menjalani suatu operasi. Nyeri yang disebabkan oleh operasi biasanya membuat pasien merasa sangat kesakitan. Ketidaknyamanan atau nyeri bagaimanapun keadaannya harus diatasi dengan manajemen nyeri, karena kenyamanan merupakan kebutuhan dasar manusia.

Nyeri merupakan sensasi yang sangat tidak menyenangkan dan bervariasi pada tiap individu. Nyeri dapat mempengaruhi setiap pikiran seseorang, mengatur aktivitasnya, dan mengubah kehidupan orang tersebut. Nyeri merupakan faktor psikososial yang perlu diungkap lewat komunikasi terapeutik, karena seorang perawat perlu mendapatkan data baik secara subjektif maupun objektif untuk menilai seberapa besar pengaruh nyeri tersebut pada pasien (Berman, Snyder, Koziar, & Erb, 2013). Dampak jika nyeri tidak diatasi maka akan mempengaruhi ADL, (*Activity Daily Living*) seperti pola makan, pola tidur, energy dan aktivitas keseharian (Zakiyah, 2015)

Perawat sebagai tenaga kesehatan profesional mempunyai kesempatan yang paling besar untuk memberikan pelayanan kesehatan khususnya asuhan keperawatan yang komprehensif meliputi biologi, psikologi, social, dan spiritual (Cahyu, 2014). Peran perawat sangat penting dalam merawat pasien *post* Seksio Sesarea antara lain sebagai pemberi pelayanan kesehatan, pengorganisasi pelayanan kesehatan yang khususnya adalah sebagai pemberi asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Oleh karena itu diperlukan salah satu cara

mengatasi nyeri *post* Seksio Sesarea dapat melalui tindakan kolaboratif perawat dengan tim kesehatan lain maupun tindakan mandiri perawat salah satunya dengan teknik relaksasi nafas dalam. Dimana perawat mengajarkan kepada pasien bagaimana cara melakukan nafas dalam (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan.

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik untuk melakukan Asuhan Keperawatan Pada klien *post* Seksio Sesarea melalui penyusunan Karya Tulis Ilmiah 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, “Bagaimanakah 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 mengaplikasikan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien *Post* Seksio Sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2019, secara komprehensif meliputi aspek biologi, psikososial, dan spiritual dalam bentuk pendokumentasian.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

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

## 1.4 Manfaat

### 1.4.1 Manfaat Teoritis

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



#### 1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Perawat

Manfaat praktis bagi perawat yaitu perawat dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada klien *Post Seksio Sesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

b. Bagi Rumah Sakit

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

c. Bagi Institusi Pendidikan

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

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Penyakit**

##### **2.1.2 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 sebagai suatu hysterotomia untuk melahirkan janin dalam rahim. (Amru Sofian, 2013). Sedangkan menurut (Sarwono Prawihardjo, 2010) Seksio Sesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram.

Dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa Seksio Sesarea adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada uterus melalui dinding depan perut dan dinding Rahim. Organ – organ produksi akan kembali pada keadaan tidak hamil kurang lebih 6 minggu.

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

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, petugas kesehatan perlu memiliki pengetahuan tentang lapisan dinding perut, yang diuraikan singkat sebagai berikut:

- 1) Kulit
- 2) Jaringan subkutan
- 3) *Fasia scarpa* (membatasi diantara dua jaringan subkutan)
- 4) Otot dinding perut
- 5) M.oblikus internus
- 6) Fasia transversalis
- 7) Jaringan preperitoneal
- 8) Jaringan peritoneum
- 9) Peritoneum parietala (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.

a) Insisi ini harus cukup panjang agar janin dapat lahir tanpa kesulitan.

b) Oleh karenanya, panjang harus sesuai dengan taksiran ukuran janin.

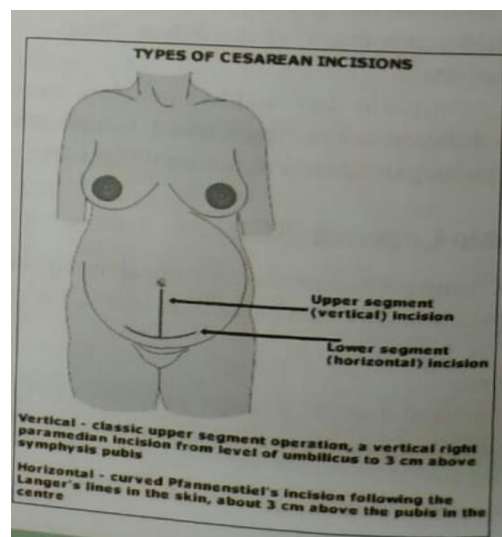
- c) Pembesaran secara tajam dilakukan sampai ke level vagina m.rektus abdominis lamina anterior, yang dibebaskan dari lemak subkutis untuk memperlihatkan sepotong fascia di garis tengah dengan lebar sekitar 2cm.
  - d) Fascia transversalis dan lemak praperitoneum dibebaskan secara hati-hati untuk mencapai peritoneum dibawahnya.
  - e) Peritoneum yang terletak dekat dengan ujung atas insisi dibuka secara hati-hati.
  - f) Beberapa dokter mengangkat peritoneum dengan dua klem hemostat yang dipasang dengan jarak 2cm.
  - g) Lipatan peritoneum yang terangkat di antara kedua klem tersebut kemudian dilihat dan dipalpasi untuk meyakinkan bahwa omentum, usus, atau kandung kemih tidak menempel.
  - h) Pada wanita yang pernah mengalami bedah intra-abdomen, termasuk Seksio Sesarea, omentum, atau usus mungkin melekat ke permukaan bawah peritoneum.
  - i) Peritoneum di insisi superior terhadap kutub atas insisi dan ke arah bawah tepat di atas lipatan peritoneum di atas kandung kemih.
- 2) Insisi transversal/lintang:

Kulit dan subkutan disayat dengan menggunakan insisi transversal rendah sedikit melengkung. Insisi dibuka setinggi garis rambut pubis dan diperluas sedikit melebihi batas lateral otot rektus. Setelah

jaringan subkutis dipindahkan dari fascia dibawahnya 1 cm atau lebih pada kedua sisi, fascia dipotong secara melintang sesuai panjang insisi.

**Gambar 2.1**

**Insisi Ventrikanal dan Insisi Transversal**



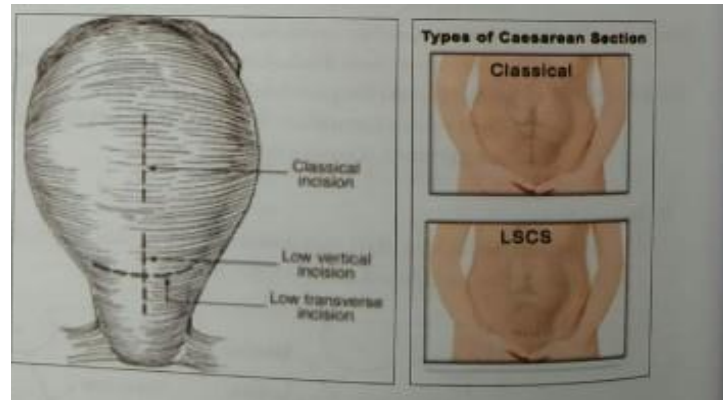
Sumber : maryunani , 2014

c. Seksio Sesarea Klasik

Sebagian besar insisi dibuat segmen bawah uterus secara melintang atau atau yang jarang secara vertikal. Insisi melintang di segmen bawah memiliki keunggulan yaitu hanya memerlukan pemisahan kandung kemih dari myometrium dibawahnya. Apabila insisi kearah lateral, dapat terjadi laserasi pada salah satu atau kedua pembuluh uterus. Insisi vertical dapat diperluas ke atas sehingga pada keadaan-keadaan yang memiliki ruang lebih lapang, insisi dapat dilanjutkan ke korpus uterus.

Untuk menjaga agar insisi vertical tetap lebih luas pada kandung kemih.  
Selain itu, apabila meluas ke bawah, insisi vertical.

**Gambar 2.2**  
**Seksio Sesarea Klasik**



Sumber : Maryunani, 2014

## 2. Insisi uterus

a. Insisi uterus terdiri dari insisi sesarea klasik dan insisi sesarea transversal, yang masing-masing dijelaskan di bawah ini:

### 1) Insisi secara klasik:

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



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

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

sepanjang sekitar 1-2 cm separuh jalan antara kedua arteri uterine

- k) Tindakan ini harus dilakukan secara hati-hati sehingga sayatan memotong seluruh ketebalan dinding uterus tetapi tidak cukup dalam untuk melukai janin dibawahnya
- l) Apabila uterus telah terbuka, insisi dapat diperluas dengan memotong kalateral dan kemudian sedikit ke atas dengan gunting perban
- m) Cara lain apabila segmen bawah uterus tipis, insisi masuk dapat diperluas hanya dengan tekanan ke lateral dan ayas menggunakan kedua jari telunjuk, insisi uterus harus dibuat cukup lebar agar kepala dan badan janin dapat lahir tanpa merobek atau harus memotong arteri dan vena uterine yang berjalan sepanjang batas lateral uterus
- n) Apabila ditemukan plasenta digaris insisi, plasenta tersebut harus dilepaskan atau di insisi. Apabila plasenta tersayat, perdarahan janin dapat parah sehingga, pada kasus semacamini, tali pusar harus secepatnya di klem

### **2.1.3 Etiologi Seksio Sesarea**

1. Etiologi yang berasal dari ibu
  - a. Proses persalinan normal yang lama atau kegagalan proses persalinan normal (*dystosia*)

- b. Detak jantung janin melambat (*fetal distress*)
  - c. Komplikasi pre-eklamsi
  - d. Ibu menderita herpes
  - e. Bayi dalam posisi sungsang, letak lintang
  - f. Bayi besar
  - g. Plasenta previa
2. Etiologi yang berasal dari janin
- a. Gawat janin
  - b. Prolapsus funikuli (tali pusar 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 dan Suryani, 2015)

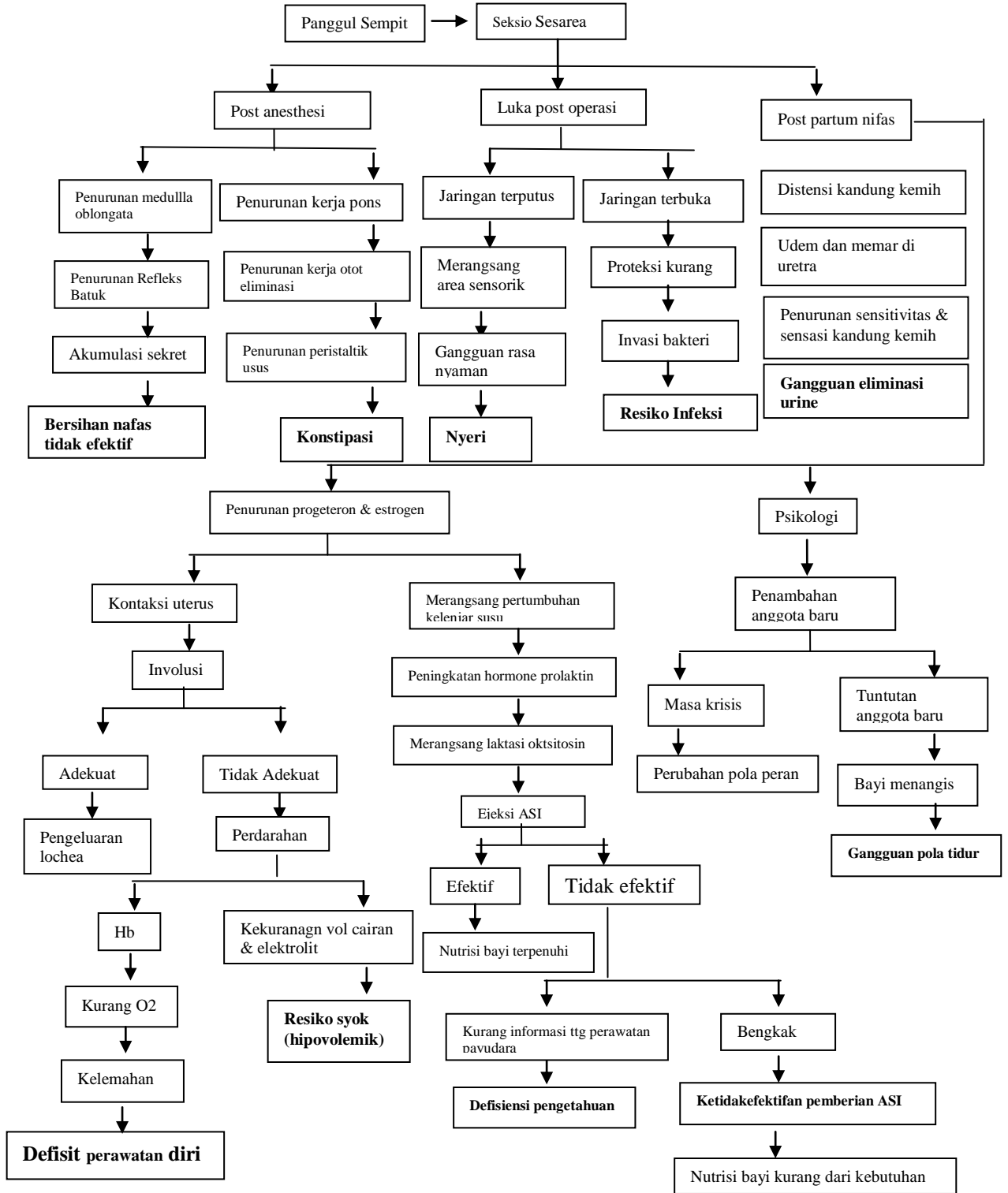
#### **2.1.4 Patofisiologi Seksio Sesarea**

Adanya beberapa kelainan/hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal/spontan, misalnya plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, disporposi sephalo pelvic, ruptur uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, pre-eklampsia, distosia serviks, dan malpresentasi janin.

Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu Seksio Sesarea.

Dalam proses operasinya dilakukan tindakan anestesi yang menyebabkan pasien mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien secara mandiri sehingga timbul masalah defisit perawatan diri.

**Bagan 2.1**  
**Patofisiologi Seksio Sesarea**



(Nurarif & Kusuma, 2015)

### 2.1.5 Penatalaksanaan Seksio Sesarea

Penatalaksanaan menurut (Cunningham, 2001 Maryunani, 2014)

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

### 2.1.6 Pemeriksaan Penunjang Seksio Sesarea

1. Hemoglobin atau hematokrit (HB/Ht) untuk mengkaji perubahan dari kadar pra operasidan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan.2.
2. Leukosit (WBC) mengidentifikasi adanya infeksi3.
3. Tes golongan darah, lama perdarahan, waktu pembekuan darah4.
4. Urinalisis / kultur urine5.

## 5. Pemeriksaan elektrolit . ( Doengoes M. 2010 )

### 2.1.7 Masa Nifas

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

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

### 2.1.8 Tahapan Masa Nifas

Menurut (Saleha, 2009). Tahapan yang terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut:

#### 1. Puerperium Dini

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

#### 2. Puerperium Intermediate

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

#### 3. Remote Pierperium



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

a. Immediate post partum

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

b. Early post partum

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

c. Late post partum

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

#### **2.1.4 Perubahan Fisiologis Masa Nifas**

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

1. Uterus

a) Involusi Uterus (pengeluaran rahim)

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

2. Lokia

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

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

### 3. Endometrium

Perubahan pada endometrium adalah timbulnya trombosis, degenerasi, dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. Pada hari pertama tebal endometrium 2,5 mm mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasn 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, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang sewaktu kehamilan dan persalinan berangsur – angsur kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligamen rotundum mengendur, sehingga uterus jatuh ke belakang. Fasia jaringan penunjang alat genitalia yang mengendur dapat diatasi dengan latihan – latihan tertentu. Mobilitas sendi berkurang dan posisi lordosis kembali secara perlahan – lahan.

#### 10. Sistem endokrin

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

- Oksitosin

Oksitosin 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.

- 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.

- 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.

## 11. Perubahan tanda – tanda vital

- Suhu

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

- Nadi dan pernapasan

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

- Tekanan darah

Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi postpartum akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat penyakit – penyakit lain yang menyertai dalam ½ bulan tanpa pengobatan.

## 12. 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.

### 2.1.10 Perubahan Psikologis Pada Masa Nifas

Ada 3 tahap Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas antara lain (Saleha, 2009):

1) *Fase Taking In*

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

2) *Fase taking hold*

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

3) *Fase letting go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan pernah barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai

menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada *Post* Seksio Sesarea**

### **2.2.1 Pengkajian**

#### 1. Identitas Pasien

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

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

##### a. Keluhan Utama

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

##### b. Riwayat Kesehatan Dahulu

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

##### c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien dengan Seksio Sesarea biasanya disertai penyakit keturunan contohnya hipertensi.



1) Pola aktivitas sehari-hari dirumah dan dirumah sakit (Doengoes dan Moorhouse, 2010) :

a) Pola Nutrisi

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

b) Pola Eliminasi

Kateter urinaris mungkin terpasang, urine mungkin jernih atau pucat.

c) Pola Istirahat Tidur

Mengeluh ketidaknyamanan dari berbagai sumber misalnya karena bedah/ insisi.

d) Personal Hygiene

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

e) Aktivitas dan Latihan

Keterbatasan gerakan pengaruh dari anestesi.

3. Pemeriksaan fisik

1) Tanda-tanda vital

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

2) Kepala

Biasanya pada ibu *post* Seksio Sesarea dibagian kepala terutama mulut mungkin terlihat kering. (Doengoes,2001)

3) Dada

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

(Regina VT Novita, 2011).

4) Perut

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

5) Ektremitas

- Atas

Biasanya ada penurunan gerak atau sensasi karena efek anestesi.

- Bawah

Biasanya ada penurunan gerak atau sensasi karen ada efek anestesi.

6) Genitalia

Biasanya ada pengeluaran lochea dan vulva kotor.

7) Anus

Biasanya penurunan lubrikasi vagina dan lubrikasi anus.

8) Data Penunjang

a) Kadar Hb

b) Hematokrit

c) Kadar leukosit dan golongan darah

4. Analisa Data

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

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

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Suatu diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon manusia terhadap gangguan kesehatan/proses kehidupan, atau kerentanan terhadap respons tersebut dari seorang individu, keluarga,

kelompok, atau komunitas NANDA, (*North American Nursing diagnosis Association*, 2018-2020)

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. Ketidak efektifan bersihan jalan nafas 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. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi postpartum.
4. Ketidak efektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.
5. Hambatan eliminasi urine.
6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan.
7. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko: Episiotomi, laserasi jalan lahir, 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 *post partum* berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan *post partum*.

### **2.2.3 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 NANDA, (*North American Nursing diagnosis Association* 2015). Rencana keperawatan pada diagnosa yang mungkin muncul dengan Seksio Sesarea adalah (Nurarif, 2015, Doengoes, 2014)

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

**Tabel 2.1**  
**Intervensi Ketidak Efektifan Bersihan Jalan Nafas**

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Respiratory status : Ventilation</i></li> <li>2. <i>Respiratory status : Airway patency</i></li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)</li> <li>2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)</li> <li>3. Mampu mengidentifikasi faktor yang dapat menghambat jalan nafas.</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Airway Suction</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning</li> <li>2. Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning.</li> <li>3. Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning</li> <li>4. Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan</li> <li>5. Berikan O<sub>2</sub> dengan memfasilitasi suction nasotrakeal</li> <li>6. Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan</li> <li>7. Anjurkan pasien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal</li> <li>8. Monitor status oksigen pasien</li> <li>9. Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suksion</li> </ol> <p><b>Airway Management</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Buka jalan nafas, gunakan teknik chinlift atau jaw thrust bila perlu</li> <li>2. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</li> <li>3. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hidrasi yang adekuat membantu mempertahankan sekresi tetap encer dan meningkatkan ekspektorasi</li> <li>2. Ronki dan mengindikasikan sekresi dan ketidakmampuan untuk membersihkan jalan nafas.</li> <li>3. Memberi pengertian kepada klien/keluarga tentang terapi yang dilakukan</li> <li>4. Memaksimalkan upaya batuk, ekspansi paru, dan drainase</li> <li>5. Oksigen tambahan diperlukan selama distress pernafasan</li> <li>6. Menjaga keadaan aseptik</li> <li>7. Memaksimalkan upaya batuk, ekspansi paru, dan drainase</li> <li>8. Mengetahui keadaan pernafasan</li> <li>9. Memfasilitasi dalam pemberian terapi</li> <li>1. Untuk mempertahankan jalan nafas</li> <li>2. Mencegah lidah mengobstruksi lidah</li> <li>3. Menentukan jenis alat bantu yang digunakan</li> </ol>

	jalan nafas buatan.	
4.	Pasang mayo bila perlu	4. Mempermudah melakukan penngeluaran sekresi
5.	Lakukan fisioterapi dada jika perlu	5. Meningkatkan ventilasi di semua paru dan membantu drainase sekresi
6.	Keluarkan sekret dengan batuk atau suction	6. Membantu drainase sekresi
7.	Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan.	7. Ronki dan mengi mengindikasikan sekresi dan ketidakmampuan untuk membersihkan jalan nafas
8.	Lakukan suction pada mayo	8. Mempermudah drainase sekresi
9.	Berikan bronkodilator bila perlu	9. Meningkatkan ventilasi dan pengeluaran sekresi
10.	Berikan pelembab udara kassa basah NaCl lembab	10. Menjaga kelemban
11.	Atur intake untuk cairan optimalkan keseimbangan	11. Membantu menaikan 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**

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	
1. <i>pain level</i>		
2. <i>pain control</i>		
3. <i>comport level</i>		
<b>Kriteria Hasil:</b>		
1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi	1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi.	1. Nyeri merupakan pengalaman subjektif . pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektifitas medikasi dan kemajuan penyembuhan. Perubahan pada karakteristik nyeri.
	2. Observasi reaksi nonverbal dari	2. Isyarat non verbal dapat atau tidak dapat

nyeri, mencari bantuan)		ketidak nyamanan	mendukung intensitas nyeri klien, tetatapi mungkin merupakan satu-satunya indikator jika klien tidak dapat menyatakan secara verbal
2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri		3. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri	3. Menentukan kultur pada klien
3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensidan tanda nyeri)		4. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau	4. Dapat membedakan nyeri saat ini dari pola nyeri sebelumnya.
4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang		5. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan	5. Keberadaan perawat dapat mengurangi persaan ketakutan dan ketidakberdayaan.
		6. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan	6. Meredakan ketidaknyamanan dan mengurangi energi sehingga meningkatkan kemampuan coping.
		7. Kurangi faktor presipitriasi nyeri	7. Membantu dalam menegakan diagnosis dan menentukan kebutuhan terapi
		8. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)	8. Meningkatkan istirahat, mengarahkan kembali perhatian dan meningkatkan coping.
		9. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi	9. Mempermudah menentukan perencanaan
		10. Ajarkan tentang teknik non farmakologi	10. Meningkatkan istirahat, mengarahkan kembali perhatian dan meningkatkan coping.
		11. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri	11. Meningkatkan kenyamanan dan memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain.
		12. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri	12. Untuk mengetahui efektifitas pengontrolan nyeri
		13. Tingkatkan istirahat	13. Mengurangi ketidaknyaman pada klien
		14. Kolaborasikan	14. Nyeri hebat yang tidak



---

<p>dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</p>	<p>reda oleh tindakan rutin dapat mengindikasikan perkembangan komplikasi dan kebutuhan intervensi lebih lanjut</p>
<p><b>Analgesic Administration</b></p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan drajat nyeri sebelum pemberian obat.</li> <li>2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi</li> <li>3. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu</li> <li>4. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal</li> <li>5. Pilih rute pemberian secara IV,IM, untuk pengobatan nyeri secara teratur</li> <li>6. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</li> <li>7. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat</li> <li>8. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengevaluasi medikasi dan kemajuan penyembuhan</li> <li>2. Mengevaluasi keefektifan terapi yang diberikan</li> <li>3. Menentukan jenis analgesik yang sesuai</li> <li>4. Menentukan jenis rute untuk memberikan terapi</li> <li>5. Menentukan rute yang sesuai untuk terapi</li> <li>6. Untuk mengetahui perkembangan atau keefektifitasan terapi</li> <li>7. Menurunkan ketidaknyamanan dan memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain.</li> <li>8. Untuk mengetahui efektifitas dari terapi farmakologi</li> </ol>

---

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

3. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum.

**Tabel 2.3**  
**Ketidak Seimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh**

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	
1. Nutritional Status	Nutrition	
2. Nutritional Status: food and fluid	Management	
3. Intake	1. Kaji adanya alergi makanan	1. Pilihan intervensi bergantung pada penyebab yang mendasari
4. Nutritional Status: nutrient intake		
5. Weight control	2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien	2. Metode pemberian makan dan kebutuhan kalori ditentukan berdasarkan situasi individual dan kebutuhan spesifik
<b>Kriteria Hasil:</b>		
1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan	3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe	3. Meningkatkan defisit dan memantau keefektifan terapi nutrisi
2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan	4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C	4. Memaksimalkan asupan zat gizi
3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi	5. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi	5. Pertimbangkan pilihan individual dapat memperbaiki asupan diet
4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi	6. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)	6. Memaksimalkan asupan zat gizi
5. Menunjukkan peningkatan fungsi pencernaan dari menelan	7. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian	7. Mengidentifikasi toleransi makanan dan defisiensi serta kebutuhan nutrisi
6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	8. Memonitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori	8. Mengetahui asupan gizi yang akan diberikan
	9. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi	9. Untuk mengetahui pemahaman nutrisi klien
	10. Kaji	10. Mengetahui nutrisi

---

kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan	yang akan di berikan
--	----------------------

<b>Nutrition Monitoring</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. BB pasien dalam batas normal</li> <li>2. Monitor adanya penurunan berat badan</li> <li>3. Memonitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan</li> <li>4. Monitor lingkungan selama makan</li> <li>5. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan</li> <li>6. Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi</li> <li>7. Monitor turgor kulit</li> <li>8. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva</li> <li>9. Monitor kalori dan intake nutrisi</li> <li>10. Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjaga keseimbangan nutrisi</li> <li>2. Mengetahui adanya ketidakseimbangan nutrisi</li> <li>3. Mengetahui aktivitas yang harus dilakukan atau tidak karena bisa membuang energi</li> <li>4. Lingkungan yang nyaman mempengaruhi selama makan</li> <li>5. Memaksimalkan asupan</li> <li>6. nutrisiAsupan yang kurang mempengaruhi perubahan fisik</li> <li>7. Mengetahui ketidakseimbangan nutrisi</li> <li>8. Asupan yang kurang mempengaruhi perubahan fisik</li> <li>9. Mengukur keefektifan bantuan nutrisi</li> <li>10. Mengetahui adanya kekurangan vitamin B</li> </ol>

---

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

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

**Tabel 2.4**  
**Ketidak Efektifan Pemberian ASI**

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
NOC	NIC	
1. <i>Breastfeeding ineffective</i>	<b>Breastfeeding Assistance</b>	1. Mengetahui perkembangan bayi
2. <i>Breathing pattern ineffective</i>	1. Evaluasi pola menghisap/menelanan bayi.	2. Menentukan rencana selanjutnya
3. <i>Breastfeeding interrupted</i>	2. Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui dari bayi (misalnya reflek rooting, mengisap dan terjaga)	3. Kelembaban dan kelembutan untuk bayi
<b>Kriteria Hasil :</b>	3. Pantau integritas kulit puting ibu	4. Melihat keefektifan pemberian nutrisi dan ASI
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.	4. Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi	
2. Kemantapan pemberian ASI : IBU : kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusu dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI	<b>Breast Examination</b>	
3. Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/todler	<b>Lactation Supresion</b>	1. Membantu mengefektifkan pemberian terapi
4. penyapihan pemberian ASI: Diskontinuitas progresif pemberian ASI	1. Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI	2. Ibu baru mungkin tidak menyadari bahwa tentang pemberian ASI
5. Pengetahuan pemberian ASI tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makan bayi melalui	2. Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI	3. Meemberikan pengetahuan dasar
	3. Ajarkan pengasuh bayi mengenai topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran member susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang	4. Menggantikan ASI untuk nutrisi pada bayi
	4. Ajarkan orangtua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula	
	<b>Lactation conseling</b>	
	1. Sediakan informasi	1. Mendapat dukungan

proses pemberian ASI:	tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI	berhubungan dengan rasio keberhasilan ASI
6. Ibu menganli isyarat lapar dari bayi dengan segera	2. Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu	2. Memberi pengetahuan untuk ibu
7. Ibu mengindikasikan kepuasaan terhadap pemberian ASI	3. Diskusikan metode alternative pemberian makan bayi	3. Menggantikan nutrisi untuk bayi
8. Ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting		
9. Mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI		

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

## 5. Hambatan Eliminasi Urin

**Tabel 2.5**  
**Hambatan eliminasi urine**

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	
1. <i>Urinary elimination</i>	<b>Urinary Retention</b>	
2. <i>Urinary continence</i>	<b>Care</b>	
<b>Kriteria hasil :</b>	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
1. Kandung kemih kosong secara penuh	2. Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau properti alpha agonis	2. Mengetahui obat yang sedang digunakan terapi
2. Tidak ada residu urine >100-200 cc	3. Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit)	3. Pemindaian kandung kemih bermanfaat dalam menentukan residu pasca berkemih
3. Intake cairan dalam rentang normal	4. Masukkan kateter kemih sesuai	4. Untuk mempermudah mengeluarkan urine
4. Bebas dari ISK	5. Anjurkan pasien/keluarga untuk merekam	5. Memantau pengeluaran usin
5. Tidak ada spasme bladder		
6. Balance cairan seimbang		

	output urin sesuai	
6.	Memantau asupan dan keluaran	6. Mengetahui perkembangan dari output dan intake
7.	Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi	7. Disfungsi kandung kemih beragam, tetapi dapat mencakup kehilangan kontraksi kandung kemih dan ketidakmampuan untuk merelaksasi sfingter urine
8.	Menerapkan kateterisasi intermiten, sesuai	8. Untuk mengurangi spastisitas kandung kemih dan gejala perkemihan dan terkait yaitu frekuensi, urgensi, inkontinensia dan nokturia
9.	Merujuk ke spesialis kontinensia, sesuai	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**

<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	
1. <i>Anxiety reduction</i>	<b><i>Sleep Enhancement</i></b>	
2. <i>Comfort level</i>	1. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat	1. Meningkatkan relaksasi dan kesiapan tidur
3. <i>Pain level</i>	2. Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca)	2. Meningkatkan kesiapan untuk tidur
4. <i>Rest : extent and pattern</i>	3. Ciptakan lingkungan yang nyaman	3. Meningkatkan koping klien
5. <i>Sleep : extent and pattern</i>	4. Kolaborasi pemberian obat tidur	4. Medikasi terjadwal dapat meningkatkan istirahat atau tidur
<b>Kriteria hasil :</b>		
1. Jumlah jam tidur dalam		

batas normal 6-8 jam/hari	5. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien	5. Mengatasi dan meningkatkan kesiapan untuk tidur
2. Pola tidur, kualitas dalam batas normal	6. Instruksikan untuk memonitor tidur pasien	6. Klien lebih mudah menoleransi
3. Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat	7. Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur	7. Mengakibatkan klien tidak merasa beristirahat dengan baik
4. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur	8. Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam.	8. Mengetahui dan menoleransi kebutuhan dan kesiapan tidur

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

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

**Tabel 2.7**

**Resiko infeksi**

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	
1. <i>Immune status</i>	<b>Infection Control</b>	
2. <i>Knowledge : infection control</i>	( <i>kontrol infeksi</i> )	
3. <i>Risk control</i>	1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain	1. mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait
<b>Kriteria hasil</b>	2. Batasi pengunjung bila perlu	2. individu telah mengalami gangguan dan beresiko tinggi terpajan infeksi
1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi	3. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien	3. pertahanan lini depan ini adalah untuk klien, pemberi asuhan kesehatan dan masyarakat
2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya	4. Gunakan sabun anti mikroba untuk cuci tangan	4. faktor ini dapat menjadi kunci yang paling sederhana kunci terpenting untuk pencegahan infeksi yang didapat di rumah sakit
3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi	5. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan	5. mengurangi resiko penyebaran infeksi
4. Jumlah leukosit dalam batas normal		
5. Menunjukkan perilaku hidup sehat		

- 
- |   |   |
|---|---|
| 6. Gunakan baju sarung tangan sebagai alat pelindung                                      | 6. faktor ini dapat menjadi kunci yang paling sederhana kunci terpenting untuk pencegahan infeksi yang didapat di rumah sakit               |
| 7. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat                                  | 7. mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait alat  |
| 8. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum       | 8. mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait alat  |
| 9. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkainfeksi kandung kemih                        | 9. mencega 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 negative |
| 12. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal                                   | 12. untk menentukan adanya infeksi  |
| 13. Pertahankan teknik asepsis pada pasien yang berisiko                                  | 13. mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri  |
| 14. Berikan perawatan kulit pada area epiderma  | 14. mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri  |
| 15. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase                 | 15. memberikan deteksi dini perkembangan proses infeksi   |
| 16. Inspeksi kondisi luka dan insisi bedah  | 16. memberikan deteksi dini perkembangan proses infeksi   |
| 17. Dorong masukan nutrisi yang cukup   | 17. membantu memperbaiki resisitansi umum terhadap penyakit dan mengurangi resiko infeksi dari sekresi                                      |
-



18. Dorong masukan cairan	18. membantu memperbaiki resistansi umum terhadap penyakit dan mengurangi resiko infeksi dari 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 negative
20. Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi	20. mendeteksi dini adanya tanda dan gejala infeksi
21. ajarkan cara menghindrai infeksi	21. mendeteksi dini adanya tanda dan gejala infeksi
22. laporkan kultur positif	22. untuk mengidentifikasi pathogen dan antimikroba

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

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

**Tabel 2.8**  
**Defisit Perawatan Diri : Mandi**

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	
1. <i>Activity intolerance</i>	<b>Self – care assistance : Bathing dan Hygine</b>	
2. <i>Mobility physical impaired</i>	1. Pertibangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri	1. Mengetahui apa yang dibutuhkan oleh klien
3. <i>Self care derficit hygine</i>	2. Pertimbangkan usia pasien ketika mempermosikan aktivitas perawatan diri	2. Memberikan informasi untuk membuat rencana
4. <i>Sensori perception auditory disturbed</i>	3. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan	3. Membantu merencanakan untuk memenuhi kebutuhan individual
<b>Kriteria hasil :</b>		
1. Perawatan diri ostonomi :tindakan pribadi		

mempertahankan otonomi untuk eliminasi	4. Tempat handuk, sabun, deodoran, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibuthkan disamping tempat tidur atau dikamar mandi	4. Mempukan klien untuk mengatur diri sendiri
2. Perawatan diri : aktivitas kehidupan sehari-hari ADL mampu untuk melakukan aktivitas 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
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
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
5. Mampu mempertahankan mobilitas yang dip[erlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi	8. Memantau pembersihan kuku menurut kemampuan perawatan diri pasien	8. Mengetahui keadaan kebersihan fisik klien
6. Membersihkan dan mengeringkan tubuh	9. Memantau integritas kulit pasien	9. Melihat perubahan keadaan fisik klien
7. Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral	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**

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	
1. <i>Bowel elimination</i>	<i>Constipation/ impaction management</i>	
2. <i>Hydration</i>	1. Monitor tanda dan gejala konstipasi	1. Mendeteksi dini keadaan konstipasi
<b>Kriteria Hasil:</b>	2. Monitor bising usus	2. Menentukan kesiapan terhadap pemberian makan per oral
1. Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari	3. Monitor feses: frekuensi, konsistensi dan volume	3. Melihat keefektifan terapi
2. Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi	4. Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus	4. Mencegah komplikasi
3. Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi	5. Jelaskan etiologi dan rasionalisasi tindakan terhadap pasien	5. Memberikan pengetahuan dasar
4. Feses lunak dan berbentuk	6. Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi	6. Mendeteksi dini penyebab konstipasi
	7. Dukung intake cairan	7. Merangsang eliminasi dan mencegah konstipasi defekasi
	8. Kolaborasi pemberian laktasif	8. Membantu mengembalikan fungsi usus
	9. Pantau tanda-tanda dan gejala konstipasi	9. Melihat perkembangan gejala konstipasi
	10. frekuensi, bentuk, volume dan warna	10. Melihat adanya perubahan
	11. Memantau bising usus	11. Bising usus biasanya tidak terdengar setelah prosedur pembedahan
	12. Konsultasikan dengan dokter tentang penurunan / kenaikan frekuensi bising usus	12. Melanjutkan rencana selanjutnya
	13. Pantau tanda-tanda dan gejala pecahnya usus dan /atau peritonitis	13. Mengetahui adanya komplikasi lain
	14. Jelaskan etiologi masalah dan pemikiran untuk tindakan untuk pasien	14. Mengetahui penyebab pada pasien
	15. Mendorong meningkatkan asupan cairan, kecuali dikontraindikasikan	15. Melunakan feses dan merangsang peristaltik
	16. Anjurkan pasien / keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja	16. Melihat adanya perubahan

17. Ajarkan pasien / keluarga bagaimana untuk menjaga buku harian makanan	17. Mendukung adanya perubahan pada pasien
18. Anjurkan pasien / keluarga untuk diet tinggi serat	18. Membantu mengembalikan fungsi usus
19. Anjurkan pasien / keluarga pada penggunaan yang tepat dari obat pencahar	19. Untuk mempermudah melunakan feses
20. Anjurkan pasien / keluarga pada hubungan asupan diet, olahraga dan cairan sembelit / impaksi	20. Membantu mengembalikan fungsi usus
21. Menyarankan pasien untuk berkonsultasi dengan dokter jika sembelit atau impaksi terus ada	21. Merencanakan tindakan selanjutnya
22. Menginformasikan pasien prosedur penghapusan manual dari tinja, jika perlu	22. Memberi pengetahuan dasar
23. Ajarkan pasien atau keluarga tentang proses pencernaan yang normal	23. Mendeteksi dini untuk konstipasi
24. Ajarkan pasien / keluarga tentang kerangka waktu untuk resolusi sembelit	24. Memberi pengetahuan dasar tentang pengahan

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

## 10. Resiko Syok (hipovolemik)

**Tabel 2.10**  
**Resiko Syok (hipovolemik)**

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	
1. <i>Syok prevention</i>	<b><i>Syok prevention</i></b>	
2. <i>Syok management</i>	1. Monitor sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme , nadi perifer, dan kapiler refill	1. Mengidentifikasi dan efektifitas serta kebutuhan terapi
<b>Kriteria hasil :</b>		
1. Nadi dalam batas yang diharapkan	2. Monitor tanda inadekuat oksigenasi jaringan	2. Menghindari adanya hipoksemia selama perdarahan
2. Irama jantung	3. Manitor suhu dan	3. Mengetahui tanda dari

dalam batas yang diharapkan	pernafasan	syok hipovolemik
3. Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan	4. Monitor input dan output	4. Mengetahui kasar kehilangan cairan/darah
4. Irama pernafasan dalam batas yang diharapkan	5. Monitor tanda awal syok	5. Mengetahui informasi tanda dari syok
5. Natrium serum dbn	6. Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat	6. Mengurangi pengeluaran herlelahan
6. Kalium serum dbn	7. Berikan cairan IV dan atau oral yang tepat	7. Mengganti dan mempertahankan volume sirkulasi dan perfusi
7. Klorida serum dbn	8. Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok	8. Memberikan pengetahuan dasar untuk tanda gejala syok
8. Kalsium serum dbn	9. Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok	9. Memberikan deteksi dini untuk atasi gejala syok
9. Magnesium serum dbn	<b>Syok management</b>	
10. PH darah serum dbn	1. Monitor tekanan nadi	1. Mengidentifikasi dan efektifitas serta kebutuhan terapi
<b>Hidrasi</b>	2. Monitor status cairan, input output	2. Mengetahui kasar kehilangan cairan/darah
1. Indicator :	3. Catat gas darah arteri dan oksigen di jaringan	3. Mengidentifikasi efektifitas serta kebutuhan terapi
2. Mata cekung tidak ditemukan	4. Monitor EKG, sesuai	4. Digunakan untuk mengontrol perdarahan
3. Demam tidak ditemukan	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
4. TD dbn	6. Masukkan dan memelihara besarnya kebosanan akses IV	6. Mempertahankan volume sirkulasi dan perfusi
5. Hematokrit DBN		

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

## 11. Resiko Pendarahan

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

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	
1. <i>Blood lose severity</i>	<b>Bleeding precautions</b>	
2. <i>Blood koagulation</i>	1. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan	1. Mengetahui tanda resiko perdarahan
<b>Kriteria Hasil :</b>		

1. Tidak ada hematuris dan hematemesis	2. Catat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan	2. Membantu menentukan kebutuhan penggantian darah
2. Kehilangan darah yang terlihat	3. Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif	3. Mengurangi pengeluaran darah berlebih
3. Tekanan dalam batas normal sistol diastole	4. Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan	4. Mengurangi pengeluaran darah berlebihan
4. Tidak ada perdarahan pervagina	5. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K	5. Asupan nutrisi untuk menggantikan output
5. Tidak ada distensi abdormal		
6. Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal		
7. Plasma, PT, PTT dalam batas normal		
<b>Bleeding reduction</b>		
1. Identifikasi penyebab perdarahan	1. Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonary capillary / artery wedge pressure)	1. Mengetahui penyebab perdarahan
2. Monitor status cairan yang meliputi intake dan output		2. Mengetahui keadaan tekanan darah
		3. Mengetahui adanya tanda resiko perdarahan
<b>Bleeding Reduction:wound / luka</b>		
1. Gunakan ice pack pada are perdarahan	1. Lakukan pressure drresing (perban yang menekan) pada area luka	1. Untuk mengurangi pengeluaran perdarahan
2. Tinggikan ekstremitas yang perdarahan	2. Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan	2. Untuk mengurangi pengeluaran perdarahan
3. Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas		3. Membantu aliran darah mengalir lambat
		4. Dapat digunakan untuk menentukan perkiraan kasar kehilangan darah
		5. Mengurangi adanya pengeluaran perdarahan
<b>Bleeding reduction :</b>		

*gastrointestinal*

- |  |  |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh : emesis, feces, urine, residu lambung dan drainase luka</li> <li>2. Monitor complete blood count dan leukosit</li> <li>3. Kurangi faktor stress</li> <li>4. Berikan cairan intravena</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kehilangan atau penggantian faktor pembekuan yang tidak adekuat</li> <li>2. Mengetahui perkiraan kasar kehilangan darah</li> <li>3. Mencegah timbul perdarahan yang berlebihan</li> <li>4. Mengganti kehilangan pada cairan / darah</li> </ol> |
|--|--|

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

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

**Tabel 2.12**

**Defisiensi Pengetahuan**

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Knowledge : disease process</i></li> <li>2. <i>Knowledge : health behavior</i></li> </ol> <p><b>Kriteria hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan</li> <li>2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar</li> </ol> <p>Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim</p>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Teaching : disease Process</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik</li> <li>2. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat</li> <li>3. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat</li> <li>4. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat</li> <li>5. Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal,</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan dasar pengetahuan sehingga klien dapat membuat pilihan terinformasi secara benar</li> <li>2. Menyediakan dasar pengetahuan bagi klien</li> <li>3. Berbagai penyebab berdasarkan situasi individual</li> <li>4. Informasi spesifik secara individual menciptakan dasar pengetahuan</li> <li>5. Memberikan pemantauan yang berkelanjutan</li> </ol>

kesehatan lainnya	dengan cara yang tepat	
	6. Instruksikan pasien mengenali tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat	6. Membantu menetapkan dan meningkatkan pemahaman tentang informasi

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

#### 2.2.4 Implementasi Keperawatan

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

- 1) Metode tindakan kebutuhan lainnya dengan melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhan klien karena keterbatasan klien untuk melakukan perawatan diri dan bayinya.
- 2) Metode pendampingan dengan memberikan petunjuk dan bimbingan pada klien.
- 3) Metode dukungan mental dengan memberikan dukungan fisik dan psikologis serta sosial dan lingkungan.
- 4) Metode pengajaran dengan mengajarkan sesuatu pada ibu untuk mengembangkan pengetahuan dan keterampilan.

#### 2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah hasil akhir yang diharapkan pada ibu *post partum* dengan tindakan Seksio Sesarea adalah mampu mempertahankan kebutuhan perawatan diri, mampu mengatasi defisit



perawatan diri dan meningkatkan kemandirian. Masalah ketidaknyamanan fisik akibat Seksio Sesarea dalam kondisi ini ibu mendapatkan bantuan dari perawat dan keluarga dengan mengajarkan teknik cara mengurangi nyeri. Dengan bantuan yang diberikan diharapkan ibu mampu melakukan perawatan dirinya dan bayinya secara mandiri sehingga ibu terhindar dari bahaya infeksi karena adanya luka operasi Seksio Sesarea serta memperlihatkan rasa nyaman (Anik & Suryani, 2015).

## **2.3 Nyeri**

### **2.3.1 Definisi Nyeri**

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif. Perasaan nyeri pada setiap orang berbeda dalam hal skala ataupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Tetty, 2015). Nyeri adalah sensasi subjektif rasa tidak nyaman yang biasanya berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial. Nyeri dirasakan apabila reseptor nyeri spesifik teraktivasi (Elizabeth Crowin, 2007). Nyeri adalah perasaan yang menimbulkan distress ketika ujung-ujung saraf tertentu (nosiseptor) di rangsang. Secara umum, nyeri diartikan sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari dalam serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis, maupun emosional.

### **2.3.2 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
6. Trauma pada jaringan tubuh, gangguan pada jaringan tubuh, tumor

### **2.3.3 Klasifikasi Nyeri**

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

- a. Nyeri Akut

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

Fungsi nyeri akut ialah memberi peringatan akan cedera atau penyakit yang akan datang. Nyeri akut akhirnya menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang rusak

b. Nyeri Kronis

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

#### **2.3.4 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.

### **2.3.5 Kecepatan Sensasi Nyeri**

- a. *Fast pain* (nyeri cepat) dirasakan selama kurang dari satu detik (biasanya jauh lebih singkat) setelah aplikasi stimulus nyeri (mis, menyentuh kompor panas). Nyeri cepat terlokalisasi dengan baik pada suatu tempat dan sering digambarkan sebagai tusukan atau tajam. Nyeri cepat biasanya dirasakan pada atau dekat dengan permukaan tubuh.
- b. *Slow pain* (nyeri lambat) dirasakan selama satu detik atau lebih setelah aplikasi stimulus nyeri (mis, nyeri yang terus terasa setelah kepala terbentur). Nyeri lambat sering digambarkan sebagai tumpul, berdenyut, atau terbakar. Nyeri ini dapat meningkat dalam beberapa menit dan dapat terjadi di kulit atau semua jaringan dalam tubuh. Nyeri lambat dapat menjadi kronis dan menimbulkan disabilitas yang berat.

### **2.3.6 Faktor –Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri**

#### **1. Usia**

Usia mempengaruhi seseorang bereaksi terhadap nyeri. Sebagai contoh anak-anak kecil yang belum dapat mengucapkan kata-kata mengalami kesulitan dalam mengungkapkan secara verbal dan mengekspresikan rasa nyarinya, sementara lansia

mungkin tidak akan melaporkan nyerinya dengan alasan nyeri merupakan sesuatu yang harus mereka terima (Potter & Perry, 2006).

## 2. Jenis kelamin

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

## 3. Kebudayaan

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

## 4. Perhatian

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

*mesase*, dengan memfokuskan perhatian dan konsentrasi klien pada stimulus yang lain, misalnya pengalihan pada distraksi (Fatmawati, 2011).

5. Ansietas

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

6. Kelemahan

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

7. Pengalaman sebelumnya

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

8. Gaya coping

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

#### 9. Dukungan keluarga dan Sosial

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

#### 10. Makna nyeri

Individu akan berbeda-beda dalam mempersepsikan nyeri apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan hukuman dan tantangan. Misalnya seorang wanita yang bersalin akan mempersepsikan nyeri yang berbeda dengan wanita yang mengalami nyeri cidera kepala akibat dipukul pasangannya. Derajat dan kualitas nyeri yang dipersepsikan klien berhubungan dengan makna nyeri (Potter & Perry, 2006).

### **2.3.7 Manajemen Nyeri**

#### 1. Pendekatan Farmakologi

Teknik farmakologi adalah cara yang paling efektif untuk menghilangkan nyeri dengan pemberian obat-obatan pereda nyeri

terutama untuk nyeri yang sangat hebat yang berlangsung selama berjam-jam atau bahkan sehari-hari. Metode yang paling umum digunakan untuk mengatasi nyeri adalah 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 tidakan tersebut bukan merupakan pengganti obat-obatan.

a. Masase dan Stimulasi Kutaneus

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

b. *Efflurage Massage*

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

c. Distraksi

Distraksi yang memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri dapat menjadi strategi yang sangat berhasil dan

mungkin merupakan mekanisme terhadap teknik kognitif efektif lainnya. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli nyeri yang ditransmisikan ke otak (Smeltzer and Bare, 2002). Menurut Pangabea (2014) salah satu teknik distraksi adalah dengan bercerita dimana teknik distraksi bercerita merupakan salah satu strategi non farmakologi yang dapat menurunkan nyeri.

d. Terapi Musik

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

e. Hidroterapi Rendam Kaki Air Hangat

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

kaki air hangat terhadap 17 pasien post operasi di RS Islam Sultan Agung Semarang terdapat penurunan intensitas nyeri dari sebelum diberikan 4,06 dan setelah diberikan intensitas nyeri menjadi 2,71 dan terdapat pengaruh hidroterapi rendam kaki air hangat terhadap penurunan nyeri pasien post operasi dengan nilai p value 0,003 (p value <0,05).

f. Teknik Relaksasi Nafas Dalam

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

menjadi rileks sehingga berdampak pada keseimbangan tubuh dan pengontrolan tekanan darah.

### 2.3.8 Karakteristik Nyeri

Karakteristik nyeri menurut Prasetyo tahun 2010 yaitu:

#### 1. Faktor Pencetus (P: *Provocate*)

Perawat mengkaji tentang penyebab atau stimulus stimulus nyeri pada klien, dalam hal ini perawat juga dapat melakukan observasi bagian- bagian tubuh yang mengalami cedera. Perawat harus mengeksplere 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 dn 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*)

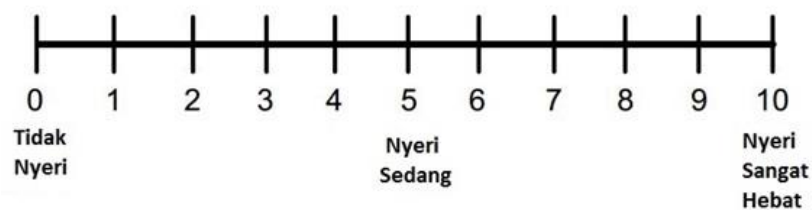
Tingkat keparahan pasien tentang nyeri merupakan karakteristik yang paling subjektif. Pada pengkajian ini klien diminta untuk menggambarkan nyeri yang ia rasakan sebagai nyeri ringan, nyeri sedang atau berat. Namun kualitasnya adalah makna dari istilah – istilah ini berbeda bagi perawat dan klien serta 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 neyri 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)

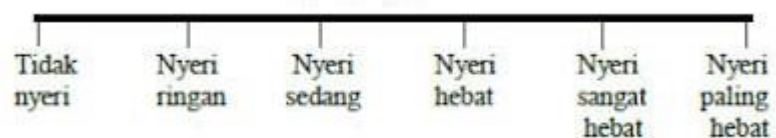


Sumber : Prasetyo, 2010

#### 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

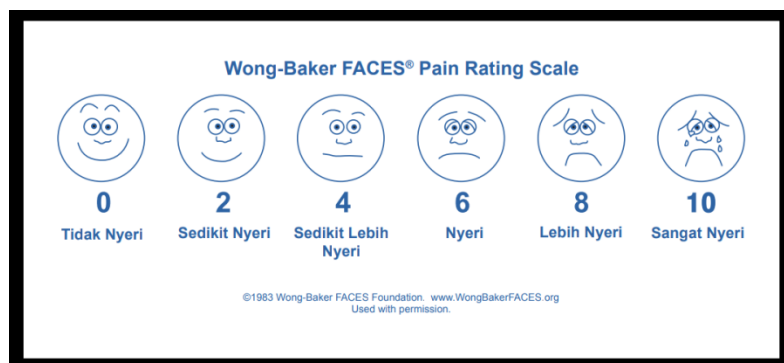
#### d) Skala nyeri wajah

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.