

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST
SECTIO CAESAREA* DENGAN NYERI AKUT
DI RUANG DELIMA RSUD CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh :

**MEIKE ASNIYANTI
AKX.17.049**



**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA
BANDUNG
2020**

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Meike Asniyanti

NPM : AKX.17.049

Fakultas : Keperawatan

Prodi : D3 Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul: Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Sectio Caesarea dengan Nyeri Akut di Ruang Delima RSUD Ciamis

Bebas dari plagiarisme dan bukan hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau sebagian dari penelitian dan karya ilmiah tersebut terdapat indikasi plagiarisme, saya **bersedia menerima sanksi** sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari siapapun juga dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung, September 2020

Yang membuat pernyataan,

Materai Rp. 6.000



Pembimbing I

Vina Vitriawati, SKEP, Ners, MKEP

Pembimbing II

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tanda tangan dibawah ini :

Nama : Meike Asniyanti

NIM : AKX.17.049

Institusi : DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti
Kencana

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi *Sectio Caesarea*
Dengan Nyeri Akut Di Ruang Delima RSUD Ciamis

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Karya tulis ilmiah ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (diploma ataupun sarjana), baik di Universitas Bhakti Kencana maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ilmiah ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan dari tim pembimbing dan masukan tim penelaah/penguji.
3. Dalam karya tulis ilmiah ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini maka saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Bandung, Juni 2020

Yang Membuat Pernyataan


Meike
ENAM RIBU RUPIAH

AKX.17.049

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI

SECTIO CAESAREA DENGAN NYERI AKUT

DI RUANG DELIMA

RSUD CIAMIS

DISUSUN OLEH

MEIKE ASNIYANTI

NIM: AKX.17.049

Karya tulis ilmiah ini telah disetujui oleh panitia penguji pada tanggal

Menyetujui

Pembimbing ketua



**Vina Vitniawati, S.Kep., Ners M.Kep
NIDK: 02004020117**

pembimbing pendamping



**Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners
NIDK: 9904201658**

Mengetahui

Ketua Prodi D III Keperawatan



**Dede Nur Azim Muslim, S.Kep., Ners., M.Kep
NIDN: 02001020009**

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI

SECTIO CAESAREA DENGAN NYERI AKUT

DI RUANG DELIMA

RSUD CIAMIS

MEIKE ASNIYANTI

AKX.17.049

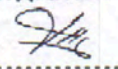
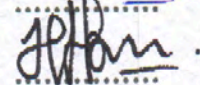
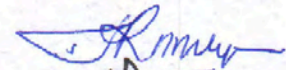
Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana pada tanggal Juni 2020

PANITIA PENGUJI

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

Anggota :

1. Hj. Sri Mulyati R, M.Kep
(Penguji 1)
2. Fikri Mourly., S.Kep., MKM
(Penguji 2)
3. Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners
(Pembimbing Pendamping)



Mengetahui

Universitas Bhakti Kencana Bandung
Dekan Fakultas Keperawatan



Rd. Siti Jundiah, S.Kep., M.Kep
NIK: 101070641

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberikan kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Klien *Post Operasi Sectio Caesarea* dengan Nyeri Akut Di Ruang Delima RSUD Ciamis” dengan sebaik-baiknya.

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

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, terutama :

1. H. Mulyana, SH, M.Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung
2. Dr. Entris Sutrisno, MH.Kes., Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana
3. Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana
4. Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep., Ners., M.Kep selaku Ketua Pogram Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana
5. Vina Vitniawati, S.Kep., Ners., M.Kep selaku Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners selaku Pembimbing Pendamping yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. dr. H. Rizali Sofiyani, MM selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
8. Dedeh, S.ST, selaku CI Ruangan Delima yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis.
9. Seluruh staf dan dosen pengajar di Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi Universitas Bhakti Kencana

10. Teristimewa kepada ayah tercinta Moch. Asroni, ibu tersayang Elvi Yanti, dan adik terkasih Nabilah Dwi, yang telah memberikan dukungan moril, materil, doa, air mata dan keringat penuh cinta kasih sayang, kesabaran, dan keikhlasan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini
11. Teman-teman seperjuangan Anestesi angkatan XIII tahun 2017 bersama-sama berjuang dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
12. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

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

Bandung, September 2020

Penulis

Meike Asniyanti

ABSTRAK

Latar Belakang: *Sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Tindakan *sectio caesarea* akan menimbulkan masalah pada klien baik secara sosial, psikologi dan fisik. Dari masalah keperawatan tersebut nyeri merupakan suatu gangguan yang tidak menyenangkan dan teralokasi yang disebabkan luka insisi. **Metode:** Studi kasus, yaitu studi kasus yang mengeksplorasi suatu masalah / fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua klien *post* seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, masalah keperawatan nyeri akut pada kasus 1 dan kasus 2 dapat teratasi. **Diskusi:** Klien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor. Sehingga perawat harus memberikan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap pasien.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Nyeri Akut, *Sectio Caesarea*
Daftar Pustaka : 10 buku, 2 jurnal, 1 website

ABSTRACT

Background: *Sectio caesarea* is a way of giving birth to a fetus by making an incision in the uterine wall through the front wall of the stomach. Caesarean sectio action will cause problems for clients both socially, psychologically and physically. From the nursing problem, pain is the dominant most felt in post cesarean section clients. **Method:** Case studies, namely case studies that explore a problem / phenomenon with detailed limitations, have in-depth data retrieval and include various sources of information. This case study was conducted on two post cesarean section clients with acute pain nursing problems. **Results:** After nursing was performed by providing nursing interventions for 3x24 hours, the problem of acute pain nursing in case 1 and case 2 can be resolved. **Discussion:** Clients with acute pain nursing problems do not always have the same response. This is influenced by several factors. So nurses must provide comprehensive care to handle nursing problems in each patient.

Keywords: Nursing Care, Acute Pain, Caesarean Sectio
Bibliography: 10 books, 2 journals, 1 website

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Gambar.....	x
Daftar Tabel	xi
Daftar Bagan	xii
Daftar Lampiran.....	xiv
Daftar Singkatan.....	vx
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat.....	5
1.4.1 Teoritis.....	5
1.4.2 Praktis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Dasar Nifas	7
2.1.1 Definisi Masa Nifas	7
2.1.2 Tujuan Masa Nifas.....	7
2.1.3 Perubahan Fisiologi Masa nifas	8
2.2 Konsep Sectio caesarea	26
2.3 Konsep Nyeri	43
2.4 Konsep Asuhan keperawatan pada post section caesarea	52
BAB III METODE PENELITIAN.....	87
3.1 Desain	87
3.2 Batasan Istilah.....	87
3.3 Partisipan.....	88
3.4 Lokasi dan Waktu	88

3.5 Pengumpulan Data	89
3.6 Uji Keabsahan Data	89
3.7 Analisa Data.....	90
3.8 Etik Penulisan	90
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	95
4.1 Hasil	95
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	96
4.1.2 Asuhan Keperawatan.....	96
4.1.2.1 Pengkajian.....	96
4.1.2.2 Analisa Data.....	107
4.1.2.3 Diagnosa Keperawatan	109
4.1.2.4 Intervensi Keperawatan	112
4.1.2.5 Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Formatif.....	115
4.1.2.6 Evaluasi Sumatif.....	129
4.2 Pembahasan.....	121
4.2.1 Pengkajian	121
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	123
4.2.3 Intervensi Keperawatan	125
4.2.4 Implementasi Keperawatan	120
4.2.5 Evaluasi Keperawatan	131
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	132
5.1 Kesimpulan	132
5.2 Saran	134
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 SC Klasik.....	27
Gambar 2.2 Teknik SC Transversal.....	27
Gambar 2.3 Regio Abdomen.....	39

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Perubahan uterus	12
Tabel 2.2	Perbedaan lochea	14
Tabel 3.1	Intervensi nyeri akut.....	64
Tabel 3.2	Intervensi ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.....	68
Tabel 3.3	Intervensi ketidakefektifan pemberian ASI b.d pengetahuan ibu.....	70
Tabel 3.4	Intervensi gangguan eliminasi urin	72
Tabel 3.5	Intervensi gangguan pola tidur.....	73
Tabel 3.6	Intervensi resiko infeksi	75
Tabel 3.7	Intervensi defisit perawatan diri	76
Tabel 3.8	Intervensi konstipasi.....	78
Tabel 3.9	Intervensi resiko syok	79
Tabel 3.10	Intervensi resiko perdarahan	83
Tabel 3.11	Intervensi defisiensi pengetahuan	85
Tabel 4.1	Identitas klien	96
Tabel 4.2	Riwayat kesehatan	97
Tabel 4.3	Riwayat ginekologi dan obstetrik.....	98
Tabel 4.4	Pola aktivitas sehari-hari	100
Tabel 4.5	Pemeriksaan fisik ibu	101
Tabel 4.6	Pemeriksaan fisik bayi	103
Tabel 4.7	Data psikologi	104

Tabel 4.8	Data sosial	105
Tabel 4.9	Kebutuhan <i>bounding attachment</i>	105
Tabel 4.10	Kebutuhan pemenuhan seksual	105
Tabel 4.11	Data spiritual	106
Tabel 4.12	Pengetahuan tentang perawatan diri	106
Tabel 4.13	Pemeriksaan diagnostik	106
Tabel 4.14	Program dan rencana pengobatan	107
Tabel 4.15	Analisa data	109
Tabel 4.16	Diagnosa keperawatan	109
Tabel 4.17	Intervensi keperawatan	112
Tabel 4.18	Implementasi keperawatan	115
Tabel 4.19	Evaluasi keperawatan	119

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway seksio sesarea	36
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	: Lembar Bimbingan
Lampiran II	: Lembar Persetujuan Responden
Lampiran III	: Lembar Observasi
Lampiran IV	: Lembar Justifikasi
Lampiran V	: Jurnal
Lampiran VI	: Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

ADL	: <i>Activity Daily Lifie</i>
APGAR	: <i>Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
CM	: <i>Centimeter</i>
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
ICS	: Interkostalis
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IV	: Intravena
KB	: Keluarga Berencana
MMHG	: Milimeter Merkuri (<i>Hydragyrum</i>)
NIC	: <i>Nursing Intervemions Clasification</i>
NOC	: <i>Nursing Outcomes Classification</i>
POD	: <i>Post Of Day</i>
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar

RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SC	: <i>Sectio Caesarea</i>
TB	: Tinggi Badan
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TT	: <i>Tetanus Toksoid</i>
TTV	: Tanda-anda vital
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta, dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu bersalin, persalinan yang normal terjadi pada usia kehamilan cukup bulan/setelah usia kehamilan 37 minggu atau lebih tanpa penyulit. Pada akhir kehamilan ibu dan janin mempersiapkan diri untuk menghadapi proses persalinan (Fauziah, 2015). Persalinan ada dua cara yaitu persalinan pervaginaan dan persalinan *sectio caesarea*. *Sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut; *sectio caesarea* juga dapat didefinisikan sebagai suatu histeretomia untuk lahirkan janin dari dalam rahim (Sofian, 2011). Alteratif terbaik bagi ibu hamil yang mengalami resiko tinggi dalam proses persalinan yaitu dengan dilakukan *sectio caesarea* proses persalinan manakala persalinan pervagina tidak mungkin dilakukan dengan alasan untuk menjaga keselamatan ibu dan janinnya.

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

Kesehatan Dasar) 2018, menunjukkan bahwa kejadian persalinan dengan tindakan SC di Indonesia mencapai 17,6% dari total 78.736 kelahiran sepanjang tahun 2018 sedangkan di Jawa Barat kejadian *sectio caesarea* sekitar 15,5%. Berdasarkan data yang penulis dapatkan dari *medical record* RSUD Ciamis periode tahun 2017-2018, kasus persalinan dengan *sectio caesarea* didapatkan sebanyak 719 kasus atau sekitar 53,4% dari 1345 kasus persalinan di ruang delima.

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien post *sectio caesarea* adalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas, nyeri akut, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, ketidakefektifan pemberian ASI, gangguan eliminasi urine, gangguan pola tidur, resiko infeksi, defisit perawatan diri, resiko syok (hipovolemik), resiko perdarahan, defisiensi pengetahuan (Nurarif, 2015).

Dampak fisiologis yang sering muncul dan dirasakan oleh klien post *sectio caesarea* ini rasa nyeri. Rasa nyeri timbul akibat adanya sayatan jaringan yang mengakibatkan kontinuitas jaringan terputus. Nyeri juga terjadi akibat adanya stimulasi saraf oleh bahan kimia yang lepas pada saat operasi atau karena iskemi jaringan akibat gangguan aliran darah ke salah satu bagian jaringan. Menurut Solehati dan Kosasih (2015), nyeri yang dirasakan klien post *sectio caesarea* tentulah bervariasi, mulai dari nyeri ringan sampai dengan nyeri berat sekali, bergantung pada faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri karena sifat nyeri tersebut sangatlah subjektif.

Setiap nyeri akan menimbulkan perasaan yang tidak nyaman pada klien. Apabila nyeri tidak segera diatasi secara adekuat akan memberikan efek yang membahayakan, seperti mempengaruhi sistem pulmoner, kardiovaskuler, gastrointestinal, endokrin dan imunologik. Nyeri mempengaruhi kemampuan klien yang bernafas dalam dan bergerak (Solehati & Kosasih, 2015).

Peran perawat penting sebagai pemberi asuhan keperawatan bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif. Intervensi untuk mengatasi nyeri tersebut dapat menggunakan pendekatan farmakologis dan pendekatan non farmakologis. Pendekatan farmakologis berupa pemberian obat analgetik, sedangkan pendekatan nonfarmakologis dengan modulasi psikologis nyeri, seperti relaksasi, hipnoterapi, imajinasi, umpan balik biologis, psikopropilaksis, dan distraksi. Modulasi sensorik nyeri, seperti *message*, terapeutik, akupuntur, akupresur, *transcutaneous electrical nerve stimulations (tens)*, musik, hidroterapi zet, homeopati, modifikasi lingkungan persalinan, pengaturan posisi dan postur, serta ambulasi (Solehati & Kosasih, 2015).

Berdasarkan yang dijelaskan di latar belakang, penulis tertarik untuk membuat studi kasus tentang “Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post Operasi Sectio Caesarea* Dengan Nyeri Akut di Ruang Delima RSUD Ciamis”.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka dapat diambil suatu rumusan masalah penelitian ini adalah “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Ibu *Post Sectio Caesarea* dengan Nyeri Akut di Ruang Delima RSUD Ciamis ?”

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan umum

Tujuan umum penelitian ini adalah melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Ibu *Post Sectio Caesarea* dengan Nyeri Akut di Ruang Delima RSUD Ciamis.

1.3.2. Tujuan Khusus

- 1 Melakukan pengkajian keperawatan pada klien *post* operasi *Sectio Caesarea* dengan nyeri akut di ruangan Delima RSUD Ciamis.
- 2 Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien *post* operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut di ruangan Delima RSUD Ciamis
- 3 Menyusun perencanaan keperawatan pada klien *post* operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut di ruangan Delima RSUD Ciamis.

- 4 Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien *post* operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut di ruangan Delima RSUD Ciamis.
- 5 Melakukan evaluasi pada klien *post* operasi *sectio caesarea* dengan Nyeri Akut di Ruang Delima RSUD Ciamis

1.4. Manfaat

1.4.1. Teoritis

Sebagai bahan masukan atau informasi serta memberikan referensi tambahan dalam kegiatan untuk pembelajaran Asuhan Keperawatan pada Klien *Post Sectio Caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

1.4.2. Praktis

1 Perawat

Dapat meningkatkan pengetahuan perawat dalam menurunkan intensitas nyeri pada klien *post* operasi *sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

2 Rumah Sakit

Dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien *post* operasi *sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut dalam menurunkan intensitas nyeri dengan menggunakan teknik rileksasi tarik nafas dalam dan teknik distraksi pendengaran.

3 Institusi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu keperawatan khususnya keperawatan maternitas pada pasien *sectio caesarea* tentang cara menurunkan intensitas nyeri dengan menggunakan teknik relaksasi napas dalam dan teknik distraksi pendengaran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Nifas

2.1.1 Definisi Masa Nifas

Dalam bahasa latin waktu tertentu setelah melahirkan anak ini disebut *puerperium* yaitu dari kata *puer* yang artinya bayi dan *parous* melahirkan. Jadi, *puerperium* berarti masa setelah melahirkan bayi. (Wulandari & Handayani, 2011). Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra-hamil. Lama masa nifas ini yaitu 6-8 minggu. Batasan waktu nifas yang paling singkat (minimum) tidak ada batas waktunya, bahkan bisa jadi dalam waktu relatif pendek darah sudah keluar, sedangkan batasan maksimumnya adalah 40 hari (Wulandari & Handayani, 2011).

2.1.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Diperkirakan 60% kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama.

Masa neonatus merupakan masa kritis bagi kehidupan bayi, 2/3 kematian bayi terjadi dalam 4 minggu setelah persalinan dan 60% kematian BBL terjadi dalam waktu 7 hari setelah lahir. Dengan pemantauan melekat

dan asuhan pada ibu dan bayi pada masa nifas dapat mencegah beberapa kematian ini.

Nifas dibagi dalam 3 periode :

- a. *Puerperium* dini yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan, dalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari
- b. *Puerperium* intermedial yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genital yang lamanya 6-8 minggu
- c. *Remote puerperium* yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, berbulan-bulan atau tahunan.

(Wulandari & Handayani, 2011)

2.1.3 Perubahan Fisiologi Masa Nifas

A. Perubahan Sistem Reproduksi

1. Involusi

a. Pengertian

Involusi uterus adalah kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil baik dalam bentuk maupun posisi. Selain uterus, vagina, ligament uterus dan otot dasar panggul juga kembali ke keadaan sebelum hamil.

Apabila ligament uterus dan otot dasar panggul tidak kembali ke keadaan sebelum hamil kemungkinan terjadinya prolaps semakin besar.

Selama proses involusi, uterus menipis dan mengeluarkan lochea yang digantikan dengan endometrium baru. Setelah melahirkan bayi dan plasenta lepas, otot uterus berkontraksi sehingga sirkulasi darah yang menuju uterus terhenti dan kejadian ini disebut dengan iskemia. Otot redudant, fibrous dan jaringan elastis bekerja. Fagosit dalam pembuluh darah dipecah menjadi 2 fagositosis. Enzim proteolitik diserap oleh otot fibre yang mana proses ini disebut autolisis. Lisosim dalam sel ikut berperan dalam proses ini. Produk ini dibawa oleh pembuluh darah yang kemudian disaring di ginjal.

Lapisan desidua yang dilepaskan dari dinding uterus disebut dengan lochea. Endometrium baru tumbuh dan berbentuk selama 10 hari post partum dan menjadi sempurna sekitar 6 minggu. Proses involusi berlangsung sekitar 6 minggu. Selama proses involusi uterus berlangsung, berat uterus mengalami penurunan dari 100 gram menjadi 60 gram dan ukuran uterus berubah dari 15 x 11 x 7,5 cm menjadi 7,5 x 5 x 2,5 cm. Setiap minggu berat uterus turun sekitar 500 gram dan serviks menutup hingga selebar 1 jari.

Proses involusi uterus disertai dengan penurunan tinggi fundus uteri (TFU). Pada hari pertama TFU diatas symphysis pubis atau sekitar 12 cm, hal ini terus berlangsung dengan penurunan TFU 1 cm setiap harinya, sehingga pada hari ke 7 TFU berkisar 5 cm dan pada hari ke 10 TFU tidak teraba di symphysis pubis. Mengenai tinggi fundus uterus dan berat uterus menurut masa involusi sebagai berikut

b. Proses Invulsi Uterus Adalah Sebagai Berikut :

1) Autolysis

Autolysis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi didalam otot uterine. Enzim proteolitik akan memendekan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjang nyadari semula dan lima kali lebar dari semula selama kehamilan. Sitoplasma sl yang berlebih akan tercerna sendiri sehingga tertinggal jaringan fibroelastic dalam jumlah renik sebagai bukti kehamilan.

2) Atrofi Jaringan

Jaringan yang berpoliferasi dengan adanya estrogen dalam jumlah besar, kemudian mengalami atrofi sebagai reaksi terhadap penghentian produksi estrogen yang menyertai pelepasan plasenta. Selain perubahan atrofi pada otot-otot uterus, lapisan desidua akan mengalami atrofi dan terlepas dengan meninggalkan lapisan basal yang akan beregenerasi menjadi endometrium yang baru.

3) Efek Oksitosin (Kontraksi)

Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intrauterine yang sangat besar. Hormone oksitosin yang dilepas dari kelenjar hipofisis

memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengompresi pembuluh darah dan membantu proses hemostatis. Kontraksi dan retraksi otot uterin akan mengurangi suplai darah ke uterus. Proses ini akan membantu mengurangi bekas luka tempat implantasi plasenta serta mengurangi pendarahan. Luka bekas perlekatan plasenta memerlukan waktu 8 minggu untuk sembuh total.

Selama 1 sampai 2 jam pertama post partum intensitas kontraksi uterus bisa berkurang dan menjadi teratur. Karena itu penting sekali menjaga dan mempertahankan kontraksi uterus pada masa ini. Suntikan oksitosin biasanya diberikan secara intravena atau intramuskuler segera setelah kepala bayi lahir. Pemberian ASI segera setelah bayi lahir akan merangsang pelepasan oksitosin karena isapan bayi pada payudara.

c. Bagian Bekas Implantasi Plasenta

- 1) Bekas implantasi plasenta segera setelah plasenta lahir seluas 12 x 5 cm, permukaan kasar, dimana pembuluh darah besar bermuara
- 2) Pada pembuluh darah terjadi pembentukan thrombosis disamping pembuluh darah tertutup karena kontraksi otot rahim
- 3) Bekas luka implantasi dengan cepat mengecil, pada minggu ke 2 sebesar 6-8 cm dan pada akhir masa nifas sebesar 2 cm

- 4) Lapisan endometrium dilepaskan dalam bentuk jaringan nekrosis bersama dengan lochea
- 5) Luka bekas implantasi plasenta akan sembuh karena pertumbuhan endometrium yang berasal dari tepi luka dan lapisan basalis endometrium
- 6) Luka sembuh sempurna pada 6-8 minggu post partum

d. Perubahan-Perubahan Normal Pada Uterus

Tabel 2.1
Perubahan Uterus

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta Lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari (minggu 1)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 grm	7,5 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

Sumber: Yanti, 2011

Bila uterus tidak mengalami atau terjadi dalam kegagalan dalam proses involusi disebut dengan subinvolusi. Subinvolusi dapat disebabkan oleh infeksi dan tertinggalnya sisa plasenta / perdarahan lanjut (post partum haemorrhage)

e. *Lochea*

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. *Lochea* mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. *Lochea* mempunyai reaksi basa / alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. *Lochea* mempunyai bau amis / anyir seperti darah menstruasi, meskipun tidak terlalu menyengat dan

volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochea mempunyai perubahan karena proses involusi.

Proses keluarnya darah nifas atau lochea terdiri atas 4 tahapan :

1. *Lochea Rubra* / Merah (Kruenta)

Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo(rambut bayi) dan mekonium.

2. *Lochea Sanguinolenta*

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan lendir. berlangsung dari hari ke 4 sampai hari ke 7 postpartum

3. *Lochea Serosa*

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan / laserasi plasenta. muncul pada hari ke 7 sampai hari ke 14 post partum

4. *Lochea Alba* / Putih

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

Lochea rubra yang menetap pada awal periode postpartum menunjukkan adanya perdarahan postpartum sekunder yang mungkin disebabkan tertinggal sisa / selaput plasenta. Lochea serosa atau alba yang berlanjut bisa menandakan adanya endometriosis, terutama jika

disertai demam, rasa sakit atau nyeri tekan pada abdomen. Bila terjadi infeksi, keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan lochea purulenta. Pengeluaran lochea yang tidak lancar disebut dengan lochea statis.

Tabel 2.2
Perbedaan Lochea

Lochia	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekoneum dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lender
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	>14 hari	Putih	Me mengandung leukosit, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber: Yanti, 2011

f. Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi / perlukaan kecil. Kaerena robelan kecil yang terjadi selama dilatasi, servik tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil.

Bentuknya seperti corong karena disebabkan oleh korpus uteri yang mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga pada perbatasan antara korpus uteri dan serviks berbentuk cincin. Muara serviks yang berdilatasi 10 cm pada waktu persalinan, menutup secara bertahap. Setelah bayi lahir, tangan

masih bisa masuk ke rongga rahim, setelah 2 jam dapat dimasuki 2-3 jari, pada minggu ke 6 post partum servik menutup.

g. Ovarium dan Tuba falopi

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

h. Vulva dan Vagina

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

B. Perubahan Sistem Pencernaan

Setelah kelahiran plasenta, maka terjadi pula penurunan produksi progesterone. Sehingga hal ini dapat menyebabkan heartburn dan konstipasi terutama dalam beberapa hari pertama. Kemungkinan terjadi hal demikian karena inaktifitas motilitas usus karena kurangnya keseimbangan cairan selama persalinan dan adanya reflek hambatan defekasi dikarenakan adanya rasa nyeri pada perineum karena adanya luka episiotomy, pengeluaran cairan yang berlebihan waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, haemorroid. Supaya

buang air besar kembali teratur dapat diberikan diit atau makanan yang mengandung serta dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2 atau 3 hari dapat ditolong dengan pemberian huknah atau gliserin spuit atau diberikan obat laksan yang lain.

C. Perubahan Sistem Perkemihan

Diuresis dapat terjadi setelah 2-3 hari post partum. Hal ini merupakan salah satu pengaruh selama kehamilan dimana saluran urinaria mengalami dilatasi. Kondisi ini akan kembali normal setelah 4 minggu post partum. Pada awal post partum kandung kemih mengalami oedema, kongesti dan hipotonik, hal ini disebabkan karena adanya overdistensi pada saat kala II persalinan dan pengeluaran urin yang tertahan selama proses kehamilan. Sumbatan pada uretra disebabkan karena adanya trauma saat saat persalinan berlangsung dan trauma ini dapat berkurang setelah 24 jam post partum. Kadang-kadang oedema dari trigonum menimbulkan obstruksi dari uretra sehingga kering dan terjadi retensio urine. Kandung kemih dalam puerperium sangat kurang sensitive dan kapasitas nya bertambah, sehingga kandung kemih penuh atau sesudah buang air kecil masih tertinggal urineresidual (normal 15 cc). Sisa urine dan trauma pada kandung kencing waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi. Dilatasi reter dan pyelum normal kembali dalam waktu 2 minggu. Urine biasanya berlebihan (poliurie) antara hari kedua dan ke lima, hal ini disebabkan karena berlebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan. Kadang-kadang hematuri akibat proses katalik involusi. Acetonurie

terutama setelah partus yang sulit dan lama yang disebabkan pemecahan karbohidrat yang banyak, karena kegiatan otot-otot rahim dan karena kelaparan. Proteinurine akibat dari autolysis sel-sel otot.

D. Perubahan Sistem Endokrin

Saat plasenta terlepas dari dinding uterus, kadar HCG, HPL, secara berangsur menurun dan normal setelah 7 hari post partum. HCG tidak terdapat dalam urine ibu setelah 2 hari post partum. HPL tidak lagi terdapat dalam plasma.

1) Hormon Plasenta

Selama periode pasca partum terjadi perubahan hormon yang besar. Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan signifikan hormon-hormon yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan.

Penurunan hormon human placental enzyme lactogen (HPL), estrogen dan progesteron serta plasental enzyme insulinase membalik efek diabetogenik kehamilan, sehingga kadar gula darah menurun secara bermakna pada nifas. Ibu diabetik biasanya membutuhkan insulin dalam jumlah yang jauh lebih kecil selama beberapa hari. Karena perubahan hormon normal ini membuat masa nifas menjadi suatu periode transisi untuk metabolisme karbohidrat, interpretasi tes toleransi glukosa lebih sulit pada saat ini.

Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke 7 post partum dan sebagai onset pemenuhan *mamae* pada hari ke 3 post partum.

2) *Hormon Pituitary*

Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke 3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

3) Hormon Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan dari kelenjar bawah otak bagian belakang (posterior), bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap tiga persalinan, oksitosin menyebabkan pemisahan plasenta. Kemudian seterusnya bertindak atas otot yang menahan kontraksi, mengurangi tempat plasenta dan mencegah pendarahan. Pada wanita yang memilih bayinya, isapan sang bayi merangsang keluarnya oksitosin lagi dan ini membantu uterus kembali ke bentuk normal dan pengeluaran air susu.

4) Hormon Pituitary Ovarium

Untuk wanita yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi. Seringkali menstruasi pertama itu bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesteron. Diantara wanita laktasi sekitar 15% memperoleh menstruasi selama 6 minggu dan 45% setelah 12 minggu. Diantara wanita yang tidak laktasi 40% menstruasi setelah 6 minggu, 65% setelah 12 minggu dan 90% setelah 24 minggu. Untuk wanita laktasi 80% menstruasi pertama anovulasi dan untuk wanita yang tidak laktasi 50% siklus pertama anovulasi.

E. Perubahan-Perubahan Tanda-Tanda Vital

1. Suhu Badan

24 jam post partum suhu badan akan naik sedikit (37,5 C – 38 C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan, apabila keadaan normal suhu badan akan biasa lagi. Pada hari ketiga suhu badan akan naik lagi karena ada pembantukan ASI, buah dada menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium, mastitis, traktus urogenitalis atau system lain. Kita anggap nifas terganggu kalau ada demam lebih dari 38 C pada 2 hari berturut-turut pada 10 hari yang pertama post partum, kecuali hari pertama dan suhu harus diambil sekurang-kurangnya 4x sehari.

2. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali permenit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 adalah abnormal dan hal hal ini mungkin disebabkan oleh infeksi atau perdarahan post partum yang tertunda. Sebagian wanita mungkin saja memiliki apa yang disebut bradikardi nifas (puerperal bradycardia). Hal ini terjadi segera setelah kelahiran dan bisa berlanjut sampai beberapa jam setelah kelahiran anak. Wanita semacam ini memiliki angka denyut jantung serendah 40-50 detak per menit. Sudah banyak alasan-alasan yang diberikan sebagai kemungkinan penyebab, tetapi belum satupun yang sudah terbukti. Bradycardia semacam itu bukanlah satu alamat atau indikasi adanya penyakit, akan tetapi sebagai satu tanda keadaan kesehatan.

3. Tekanan Darah

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

4. Pernafasan

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

F. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Cardiac output meningkat selama persalinan dan berlangsung sampai kala III ketika volume darah uterus dikeluarkan. Penurunan terjadi pada beberapa hari pertama post partum dan akan kembali normal pada akhir minggu ke 3 post partum. Bila kelahiran melalui sectio caesarea kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah dan haemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu. Setelah melahirkan shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung dan akan menimbulkan dekomposisi kondisi pada penderita vitium cordia. Untuk keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sedia kala. Umumnya hal ini terjadi pada hari ke 3 sampai ke 5 post partum.

G. Perubahan Sistem Hematologi

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

H. Perubahan Sistem Musculoskeletal

ligament, fasia dan diafragma pelvis yang merenggang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligament retundum menjadi kendur. Stabilitas secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusannya serat-serat elastis kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Pemulihan dibantu dengan latihan.

2.1.4 Adaptasi Psikologi Ibu Dalam Masa Nifas

a. Instinct Keibuan

Instinct adalah perasaan-perasaan dan dorongan-dorongan dari dalam untuk melakukan sesuatu yang dibawa sejak manusia itu dilahirkan. Instinct keibuan adalah perasaan-perasaan dan dorongan-dorongan dari dalam untuk bertindak sebagai seorang ibu yang selalu memberi kasih sayang kepada anaknya. Dapat diperhatikan pada tiap wanita, sejak masa kanak-kanak sampai menjadi dewasa, menikah, mempunyai anak atau tidak, pada umumnya anak-anak dan para wanita akan menyukai anak kecil, bayi. Sikap ini berbeda dengan sikap anak pria, pria dewasa walaupun mereka menyukai anak-anak atau bayi tetapi pendekatannya berbeda dengan wanita.

Instinct keibuan ini dapat dilihat dalam kehidupan sehari-hari, walaupun para wanita tadi tidak berpendidikan dan berpengalaman dalam merawat anak, tetapi apabila terjadi yang dirasakan tidak enak bagi anak maka wanita tadi segera bertindak, misalnya mengangkat anak, menggendongnya, membelai, menghibur, bila anak sakit panas dipeluknya, diberikan rasa aman, bila anak kedinginan, diberinya rasa hangat, bila anak muntah dan sebagainya selalu timbul perasaan untuk menolongnya, selalu ada akal apa yang akan dibuatnya. Ini semua dilakukan oleh para wanita berdasarkan perasaan kasih sayang kepada anak, di mana perasaan-perasaan tersebut sudah dibawa sejak mereka dilahirkan.

Pada waktu melahirkan anak, lebih-lebih pada kelahiran anak yang pertama kali instinct keibuan dari wanita akan bertambah besar dan kuat, ditambah perasaan bangga bahwa ia betul-betul wanita yang dapat melaksanakan kewajibannya untuk menurunkan keturunan, anak yang dilahirkan adalah darah dagingnya, bagian dari tubuhnya.

Dengan perasaan demikian instinct keibuan akan bertambah kuat, kasih sayang wanita kepada anak akan bertambah besar, demi kasih sayangnya kepada anak, wanita sanggup mengorbankan apa saja yang ia miliki, sekalipun berkorban raga dan jiwanya. ini dapat dibuktikan apabila anaknya sedang sakit ia korbakan materi yang dimiliki untuk kesembuhan anaknya, ia korbakan raganya untuk tidak merasa capek walaupun siang malam terus menerus merawat anaknya, ia korbakan jiwanya, walaupun menempuh bahaya ia tidak mundur apabila yang ia capai itu diperlukan untuk keselamatan anaknya.

Demikianlah gambaran instinct keibuan secara umum, tentu besar kecilnya instinct tersebut bersifat relatif bagi setiap manusia. Untuk wanita yang baru melahirkan hendaknya diberi kesempatan untuk mengembangkan instinct keibuannya, dengan cara lebih mendekati, merawat dan memelihara anaknya, dengan menyusui dan sebagainya. Perkembangan instinct keibuan ini hendaknya jangan sampai terganggu dengan adanya berita-berita yang mencemaskan seperti, bayinya tidak mau minum, panas, buang air encer, timbangan turun dan sebagainya. Apabila keadaan memaksa harus

memberitahukan, sebaiknya suaminya yang diajak bicara terlebih dahulu, dengan bantuannya nanti berita tadi secara bijaksana dapat disampaikan.

Sikap bidan atau perawat yang melayani ibu yang melahirkan perlu diperhatikan, bahwa harus menunjukkan pengertian yang dalam akan perubahan sikap ibu, akan ekspresi instinct keibuan terhadap anaknya, menunjukkan kesediannya untuk memberi bantuan. Apabila ibu sedang menyusui anaknya, sedang mencurahkan kasih sayangnya, janganlah dipotong begitu saja, misalnya karena waktu menyusui sudah habis, karena akan ada tamu, karena akan diperiksa dan sebagainya. Dalam hal ini bidan atau perawat harus bijaksana dengan cara luwes dan tidak kaku, dengan kata-kata yang manis, sikap turut menyayangi anaknya, dengan kata-kata yang dapat dipahami, bidan atau perawat tersebut mengangkat bayi yang berarti memisahkan dari ibunya walaupun hanya sementara.

Ibu-ibu yang melahirkan tadi hendaknya diberi kesempatan memberanikan diri untuk memandikan anaknya, mengganti popok dan lain sebagainya, agar ibu percaya bahwa dirinya akan mapu memelihara anaknya dirumah. Untuk ini penting pula menciptakan suasana dirumah sakit tempat ibu tinggal beristirahat setelah melahirkan itu mendekati suasana dirumah, ibu dapat bebas bergerak, memilih tempat duduk dimana ia mau, bentuk kamar, warna dinding, pakaian ibu, alat-alat dalam kamar sedapat mungkin mendekati keadaan dirumah. Hal ini diperlukan pula untuk membantu perkembangan instinct keibuan, perasaan segar dan pulih kembali dari kelelahan dan kesakitan setelah melahirkan. Penderitaan nifas

biasa sebetulnya bukan orang sakit, mereka tinggal dirumah sakit untuk dapat beristirahat dan mengembalikan kekuatannya.

3 tahap adaptasi psikologi ibu masa nifas antara lain:

1. *Fase Taking In*

Fase merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada hari itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Kelelahan membuat ibu cukup beristirahat 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. Pada fase ini perlu diperhatikan pemberian ekstra makanan untuk proses pemulihannya. Disamping nafsu makan ibu memang meningkat.

2. *Fase Taking Hold*

Fase ini berlangsung 3-10 hari setelah melahirkan pada fase taking hold, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan 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 merawat diri dan bayinya hingga 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.

b. *Rooming In*

Yang dimaksud dengan *rooming in plan* adalah rencana perawatan ibu dan bayi merupakan perawatan bersama. Artinya ibu dirawat bersama-sama dengan bayinya didalam satu kamar, jadi tempat tidur anak tidak akan terdapat disamping tempat tidur ibu, agar anak tinggal disamping ibunya dan ibunya dapat melihat anaknya setiap saat yang ia kehendaki.

2.2 **Konsep *Sectio Caeara***

2.2.1 **Definisi *Sectio Caesarea***

Sectio Caesarea adalah suatu persalinan buatan yaitu janin dilahirkan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan pesyaratan bahwa rahim dalam keadaan utuh dan bobot janin diatas 500 gram (Solehati & Kosasih, 2015). *Sectio Caesarea* adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus (Sarwono, 2015)

Dapat disimpulkan *sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan dengan cara pembedahan dengan membuka dinding perut dan dinding uterus dengan tujuan melahirkan janin.

2.2.2 Anatomi Abdomen

a. Anatomi *Sectio Caesarea*

Dilakukan insisi (irisan/sayatan) pada korpus uteri (tubuh rahim) sepanjang 10-12 cm, sehingga sayatan yang terbentuk adalah garis vertikal.



Gambar 2.1 SC Klasik (David TY, 2010)

Pembedahan ini paling banyak dilakukan. Melakukan insisi pada segmen bawah rahim yakni melintang selebar 10 cm dengan ujung kanan dan kiri agak melengkung keatas untuk menghindari terbukanya cabang-cabang pembuluh darah. Sehingga garis yang terbentuk adalah horizontal.



Gambar 2.2 Teknik SC Transversal (David T.Y., 2010)

b. Regio Abdomen Pelvis

Regio abdomen pelvis adalah sebuah daerah atau regio atau region dalam bahasa Inggris yang berada di daerah perut (abdomen) dan panggul (pelvis). Penandaan regio-regio ini digunakan sebagai patokan atau rujukan tempat organ-organ dalam tubuh berada.

Regio abdomen pelvis ini terdiri atas sembilan daerah yaitu:

1. Regio Umbilikus / *Umbilical Region*

Daerah tengah pusar (tempat melekatnya tali pusar / *umbilical cord*) berada.

2. Regio Epigastrium / *Epigastric Region*

Berada di sisi superior dari regio umbilikus. Bagian tengah atas, tempat organ hati dan sedikit bagian dari lambung.

3. Regio Hipogastrium / *Hypogastric Region*

Berada di sisi inferior dari regio umbilikus. Bagian tengah bawah, tempat bagian akhir usus besar berada dan organ rektum pencernaan.

4. Regio Lumbar Kanan dan Kiri / *Right and Left Lumbar Region*

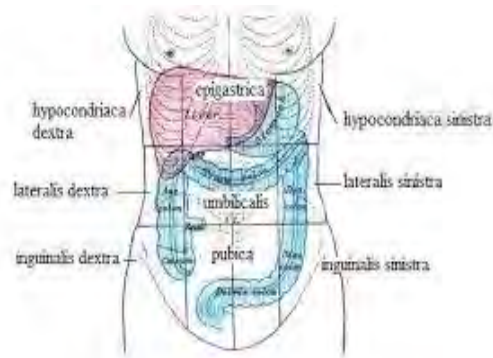
Berada di sisi lateral dari regio umbilikus. Sisi kanan dan kiri dari regio umbilikus, tempat usus besar berada dan juga usus kecil

5. Regio Hipochondrium Kanan dan Kiri / *Right and Left Hypochondriac*

Berada di sisi lateral dari regio epigastrium. Bagian kanan dan kiri dari regio epigastrium, regio hipochondrium kanan berisi organ hepar,

sedangkan regio hypochondrium kiri berisi organ pencernaan lambung

6. Regio Inguinalis Kanan dan Kiri / *Right and Left Inguinal / Ilac*



Gambar 2.3

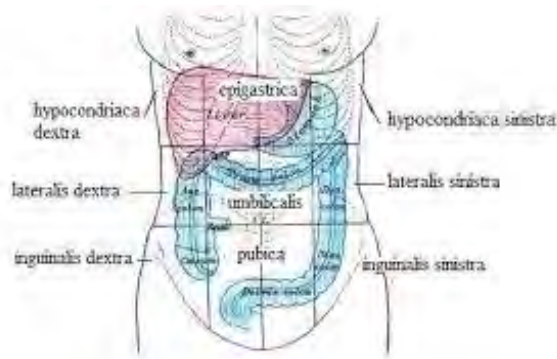
Regio abdomen (Kuntoadi, 2019)

c. Kuadran Abdomen Pelvis

Selain 9 regio abdomen pelvis diatas, perut dan panggul dapat pula dibagi menjadi beberapa kuadran yang sering disebut sebagai kuadran abdomen pelvis (*abdomen pelvic quadrant*) yang terdiri atas 4 kuadran besar, yaitu:

1. Right upper quadrant (RUQ), kuadran kanan atas abdomen berisi organ hati dan usus besar
2. Right lower quadrant (RLQ), kuadran kanan bawah abdomen , berisi organ usus besar, usus kecil, sekum dan umbal cacing
3. Left upper quadrant (LUQ), kuadran kiri atas abdomen berisi lambung dan usus besar
4. Left lower quadrant (LLQ), kuadran kiri bawah abdomen, berisi organ usus besar, usus kecil

(Kuntoadi, 2019)



Gambar 2.3
Regio Abdomen (Kuntoadi, 2019)

d. Dinding Abdomen

Tersusun dari superfisial ke profunda: kulit, jaringan subkutan, otot dan fascia, jaringan ekstrapéritoneum, dan peritoneum

1) Kulit

Langer lines menggambarkan arah serabut dermis pada kulit. Pada dinding ventral abdomen, langer lines tersusun secara transversal. Hal ini menyebabkan insisi kulit vertikal pada abdomen akan menopang lebih besar tegangan kulit dari lateral sehingga membentuk scar yang lebih lebar

2) Jaringan Subkutan

Lapisan ini dibagi menjadi: jaringan lemak superfisial (fasia camper) dan lapisan membranous di bawahnya (fasia scarpa).

3) Otot dan Fasia

a) Otot-otot dinding ventral abdomen

(1) m. Rektus abdominalis

(2) m. Piramidalis

- b) Otot-otot dinding lateral abdomen
 - (1) m. Obliquus abdominis eksternus
 - (2) m. Transversum abdominis
 - (3) m. Obliquus abdominis internus

4) Jaringan Peritoneum

Peritoneum merupakan suatu selaput tipis dan menkilap yang melapisi dinding kavum abdomen dari sebelah dalam.

5) Vaskularisasi

Vaskularisasi dinding ventral abdomen

- a) Jaringan subkutan
 - (1) a. epigastrika superfisial
 - (2) a. pudenda eksterna superfisial
 - (3) a. iliaka sirkumfleksa superfisial
- b) Otot dan aponeurosis
 - (1) a. epigastrika inferior
 - (2) a. epigastrika superior
 - (3) a. sikufleksa profunda

2.2.3 Etiologi

1. Indikasi yang berasal dari ibu (etiologi)

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disporsisi sefalo pelvik (disporsisi janin /panggul) ada, sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat

kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsia-eklamsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung – DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya)

2. Indikasi Yang Berasal Dari Janin

Fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi. (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010)

2.2.4 Patofisiologi

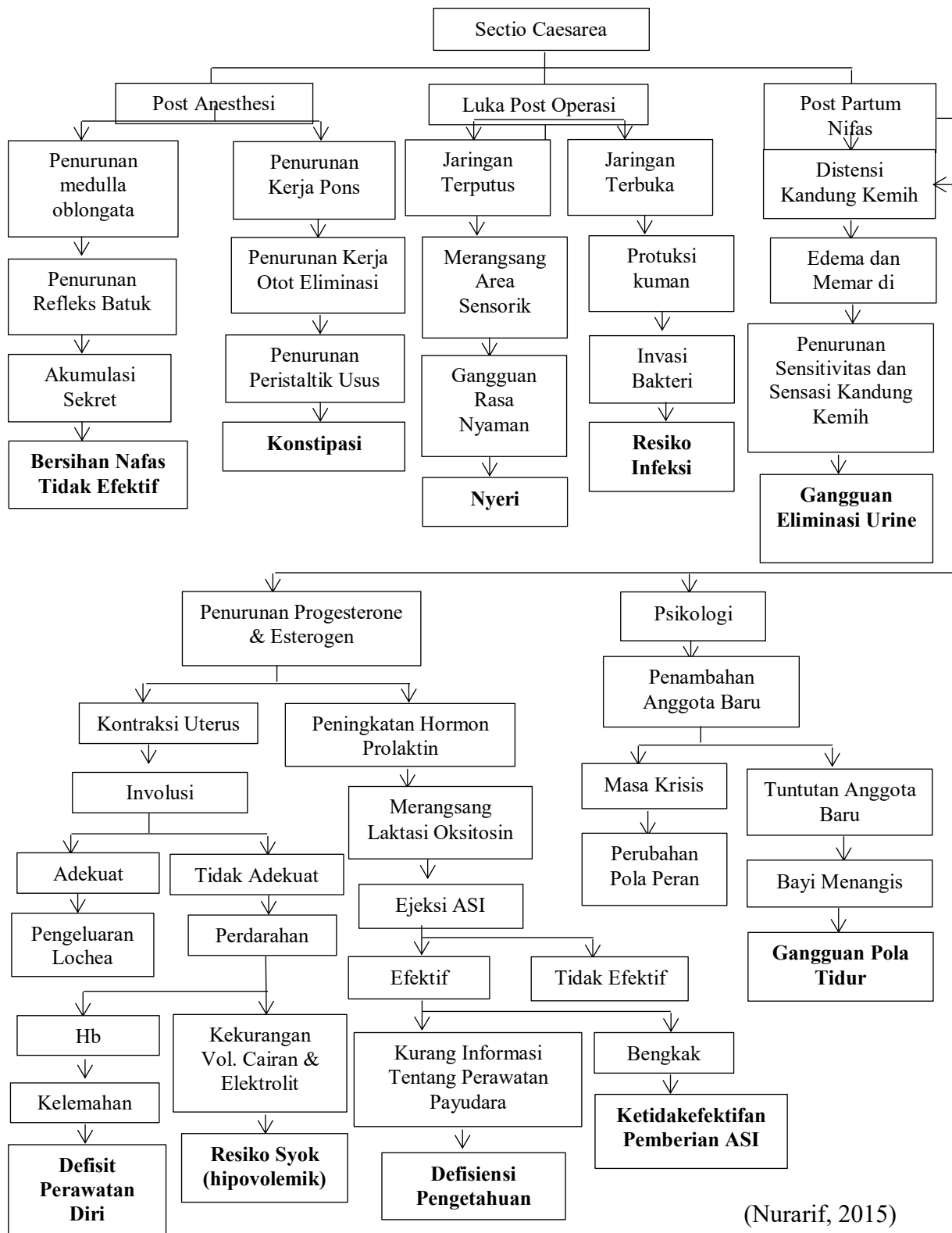
Adanya beberapa penyebab kelainan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara spontan atau normal, misalnya partus lama, partum tidak maju, pre-eklamsia, distosia serviks, cephalopelvik disproportion, plasenta previa, panggul sempit. Kondisi tersebut mengharuskan adanya tindakan *sectio caesarea*. Dalam operasinya dilakukan tindakan anestesi regional ataupun umum, hal ini dapat berpengaruh pada bayi dan pada klien terhadap jalan nafas tidak efektif akibat secret yang berlebihan dan penurunan kerja otot eliminasi yang mengakibatkan penurunan peristaltik usus yaitu konstipasi.

Setelah dilakukan *sectio caesarea* klien akan mengalami adaptasi post partum dari segi kognitif yaitu kurangnya pengetahuan, akibat kurangnya pengetahuan dan dari segi fisiologi yaitu produksi oksitosin dan prolaksin

yang tidak maksimal dapat berakibat ketidakefektifan pemberian ASI. Luka dari insisi saat operasi pintu masuk keluarnya bakteri dapat menyebabkan resiko infeksi. Oleh karena itu itu perlunya diberikan perawatan luka yang bersifat steril. Luka post *sectio caesarea* dapat menyebabkan nyeri akibat adanya terputusnya jaringan dan menyebabkan gangguan rasa nyaman. Banyak dijumpai klien dengan distensi kandung kemih yang terdapat udem dan memar di uretra bisa mengganggu eliminasi urin.

Post partum nifas dari aspek psikologi klien akan mengalami gangguan pola tidur karena tuntutan anggota baru yaitu seorang bayi yang biasanya menangis, dan penurunan progesteron dan esterogen apabila involusi uterus adekuat akan mengeluarkan lochea dalam jumlah normal, dan jika involusi uterus tidak adekuat akan berakibat pada pendarahan yang mengakibatkan kelelahan dan mengalami penurunan dalam defisit perawatan diri, jika perdarahan hebat tidak segera diatasi dapat menyebabkan klien kekurangan volume cairan dan elektrolit dan menyebabkan syok hipovolemik. (Nurarif, 2015)

Bagan 2.1 Pathway *Sectio Caesarea*



(Nurarif, 2015)

2.2.5 Klasifikasi

a. Abdomen (*Sectio caesarea abdominalis*)

1. *Sectio caesarea* transperitonealis :

- a. *Sectio caesarea* klasik atau korporal dengan insisi memanjang pada korpus uteri.
- b. *Sectio caesarea* ismika atau profunda atau *low cervical* dengan insisi pada segmen bawah rahim.
- c. *Sectio caesarea* ekstraperitonealis, yaitu *Sectio caesarea* tanpa membuka peritonium parietale, dengan demikian tidak membuka kavum abdominalis.

b. Vagina (*Sectio Caesarea Vaginalis*)

Menurut arah sayatan pada rahim, *Sectio caesarea* dapat dilakukan sebagai berikut:

1. Sayatan memanjang (longitudinal) menurut kronig
2. Sayatan melintang (transversal) menurut kerr
3. Sayatan huruf T (T-incision)

c. *Sectio Caesarea* Klasik (Korporal)

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm.

Kelebihan :

1. Pengeluaran janin lebih cepat
2. Tidak mengakibatkan komplikasi tertariknya kandung kemih

3. Sayatan dapat diperpanjang ke proksimal atau distal

Kekurangan :

1. Infeksi mudah menyebar secara intraabdominal karena tidak ada reperitonealisasi yang baik
2. Pada persalinan berikutnya, lebih mudah terjadi ruptur uteri spontan.

Saat ini tehnik tersebut sudah jarang udah jarang dipergunakan karena banyak kekurangannya namun pada kasus-kasus tertentu, seperti pada kasus operasi berulang, yang memiliki banyak perlengketan organ, *Sectio caesarea* klasik ini dapat dipertimbangkan.

d. *Sectio Caesarea* Ismika (Profunda)

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim (*low cervical transversal*) kira-kira sepanjang 10 cm.

Kelebihan :

1. Penjahitan luka lebih mudah
2. Penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik
3. Tumpang tindih *peritoneal flap* sangat baik untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritoneum
4. Perdarahan kurang
5. Dibandingkan dengan cara klasik, kemungkinan ruptur uteri spontan lebih kecil

Kekurangan :

1. Luka dapat melebar ke kiri, kanan, dan bawah sehingga dapat menyebabkan putusnya. Uterina yang mengakibatkan pendarahan dalam jumlah banyak
2. Tingginya keluhan pada kandung kemih setelah pembedahan

(Sofian, 2011)

2.2.6 Indikasi

1. Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior)
2. Panggul sempit Holmer mengambil batas terendah untuk melahirkan janin *vias naturalis* ialah $CV = 8$ cm. Panggul dengan CV (conjugata vera) < 8 cm dapat dipastikan tidak dapat melahirkan janin sexara normal, harus diselesaikan dengan *sectio caesarea*. Conjugata vera antara 8 dan 10 cm boleh dilakukan partus percobaan; baru setelah gagal, dilakukan *sectio caesarea* sekunder.
3. Disproporsi sefalopelvik: yaitu ketidakseimbangan antara ukuran kepala dan ukuran panggul
4. Ruptura uteri mengancam
5. Partus lama (*prolonged labor*)
6. Partus takmaju (*obstructed labor*)
7. Distosia serviks
8. Pre-eklamsi dan hipertensi

9. Malpresentasi janin :

a. Letak lintang: Grenhill dan Eastman sependapat bahwa

- 1) Jika panggul terlalu sempit, *sectio caesarea* adalah cara terbaik dalam semua kasus letak lintang dengan janin hidup dan ukuran normal
- 2) Semua primigravida dengan janin letak lintang harus ditolong dengan *sectio caesarea*, walaupun tidak ada perkiraan panggul sempit
- 3) Multipara dengan janin letak lintang dapat lebih dulu dicoba ditolong dengan cara-cara lain

b. Letak bokong

Sectio caesarea dianjurkan pada letak bokong pada kasus

- 1) Panggul sempit
- 2) Primigravida
- 3) Janin besar dan berharga

c. Presentasi dahi dan muka (letak defleksi) jika reposisi dan cara-cara lain tidak berhasil.

d. Presentasi rangkap jika reposisi tidak berhasil

e. Gemeli; menurut Eastman, *sectio caesarea* dianjurkan

- 1) Jika janin pertama letak lintang atau presentasi baru
- 2) Jika terjadi interlok (*locking of the twins*)
- 3) Pada kasus distosia karena tumor
- 4) Pada gawat janin, dan sebagainya

Dahulu, *sectio caesarea* dilakukan atas indikasi yang terbatas pada panggul sempit dan plasenta previa. Seperti telah diterangkan sebelumnya, meningkatnya angka kejadian *sectio caesarea* pada zaman sekarang ini antara lain disebabkan oleh berkembangnya indikasi dan makin kecilnya resiko dan mortalitas pada *sectio caesarea*. Kedua hal tersebut tercapai berkat kemajuan teknik operasi dan anestesi, serta ampuhnya antibiotik dan kemotrapi.

Sectio caesarea post mortem adalah *sectio caesarea* segera pada ibu hamil cukup bulan yang meninggal tiba-tiba, sedangkan janin masih hidup.

2.2.7 **Komplikasi**

1. Infeksi Puerperal (Nifas)
 - a. Ringan; dengan kenaikan suhu beberapa hari saja
 - b. Sedang; dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung
 - c. Berat; dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik. Infeksi berat sering kita jumpai pada partus terlantar; sebelum timbul infeksi nifas, telah terjadi infeksi intrapartum karena ketuban yang telah pecah terlalu lama. Penanganannya adalah dengan pemberian cairan , elektrolit dan antibiotik yang adekuat dan tepat.

2. Perdarahan karena
 - a. Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka
 - b. Atonia uteri
 - c. Perdarahan pada *placental bed*.
 3. Luka kandung kemih , emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi
 4. Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang
- (Sofian, 2011)

2.2.8 Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Amin Huda (2015) pemeriksaan diagnostik pada *sectio caesarea* yaitu :

- a. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- b. Pemantauan EKG
- c. JDL dengan diferensial
- d. Elektrolit
- e. Hemoglobin / hematokrit
- f. Golongan darah
- g. Urinalisis
- h. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- i. Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi
- j. Ultrasound sesuai pesanan

2.2.9 Penatalaksanaan Medik Atau Implikasi Keperawatan

Penatalaksanaan medik dan implikasi keperawatan pada ibu post *sectio caesarea* yaitu: pemberian cairan, karena 24 jam pertama penderita pasca operasi, maka pemberian cairan intravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi ,atau komplikasi pada organ tubuh lainnya: diet, pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6-10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh: mobilisasi, dilakukan secara bertahap meliputi miring kanan dan kiri

dapat dimulai sejak 6-10 jam pasca operasi. Kemudian posisi tidur terlentang dapat diubah menjadi setengah posisi duduk (semi fowler), selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke 3 sampai hari ke 5 pasca operasi, kateterisasi, kateter biasanya terpasang 24-48 jam/lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan kesadaran penderita (jitowiyono&kristiyanasari, 2010).

Juga diberikan beberapa jenis obat-obatan seperti antibiotik, analgetik, caboransia seperti neurobian 1 vit C dilakukan juga perawatan luka, kondisi balutan luka dilihat pada hari 1 post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti. Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi, pernafasan (jitowiyono & kristiyanasari, 2010).

2.3. Konsep Nyeri

2.3.1 Definisi

Menurut Solehati & Kosasih (2015), bahwa 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.

Nyeri adalah suatu ketidaknyaman, bersifat subjektif, sensori, dan pengalaman emosional yang dihubungkan dengan actual dan potensial untuk merusak jaringan atau digambarkan sebagai sesuatu yang merugikan (Solehati & Kosasih, 2015)

Menurut Reeder, Martin, dan Griffin (1997) dalam Solehati & Kosasih (2015) mengatakan, bahwa nyeri bersifat personal, pengalaman yang subjektif, berbeda dari satu orang dengan yang lainnya, dan bervariasi pada orang yang sama dari waktu ke waktu.

2.3.2 Etiologi Nyeri

Menurut Solehati & Kosasih (2015) nyeri terjadi karena adanya stimulus nyeri, antara lain :

- a. Fisik (termal, mekanik elektrik); dan
- b. Kimia.

Apabila ada kerusakan pada jaringan akibat adanya kontinuitas jaringan yang putus, maka histamin, bradykinin, serotonin,

dan prostaglandin akan diproduksi oleh tubuh. Zat-zat kimia ini akan menimbulkan rasa nyeri. Rasa nyeri ini diteruskan ke *Central Nerve System* (CNS) untuk kemudian ditransmisikan pada serabut tipe C yang menghasilkan sensasi seperti terbakar pada serabut tipe A yang menghasilkan nyeri, seperti tertusuk.

2.3.3 Fisiologi Nyeri

Menurut Solehati & Kosasih (2015), reseptor nyeri terletak pada semua saraf bebas yang terletak pada kulit, tulang, persendian, dinding arteri, membrane yang mengelilingi otak, dan usus. Nyeri bermacam-macam, seperti: terbakar, terpotong, tertusuk, dan tikaman. Menurut Solehati & Kosasih (2015), hampir semua jaringan tubuh terdapat ujung-ujung saraf nyeri. Ujung-ujung saraf nyeri merupakan ujung saraf yang bebas dan reseptornya adalah *nociceptor*. *Nociceptor* ini akan aktif bila dirangsang oleh rangsangan kimia, mekanik dan suhu. Zat-zat kimia yang merangsang rasa nyeri antara lain: bradykinin, serotonin, histamin, ion kalium, dan asam asetat, dan ujung saraf nyeri. Semua zat kimia ini berasal dari dalam sel. Bila sel-sel tersebut mengalami kerusakan maka zat-zat tersebut akan keluar merangsang reseptor nyeri, sedangkan pada mekanik umumnya karena spasme otot dan kontraksi otot. Spasme otot akan menyebabkan penekanan pada pembuluh darah sehingga terjadi iskemia pada jaringan, sedangkan pada kontraksi otot terjadi ketidakseimbangan antara kebutuhan nutrisi

dan suplai nutrisi sehingga jaringan kekurangan nutrisi dan oksitosin yang mengakibatkan terjadinya mekanisme anaerob dan menghasilkan zat besi sisa, yaitu asam laktat yang berlebihan. Kemudian, asam laktat tersebut akan merangsang serabut rasa nyeri.

Impuls rasa nyeri dari organ yang terkena akan dihantarkan ke SSP melalui dua mekanisme, yaitu sebagai berikut.

- a. Pertama, serabut-serabut *A delta* bermielin halus dengan garis tengah 2-5 μm akan menghantarkan impuls dengan kecepatan 12-30 m/s. Serabut ini berakhir pada neuron-neuron pada lamina IV-V.
- b. Kedua, serabut-serabut tidak bermielin berdiameter 0,5-2 μm . Serabut ini berakhir pada neuron-neuron lamina I.

Impuls nyeri akan berjalan ke sistem saraf pusat (SSP) melalui *fraktus spinatalakamus* lateral, kemudian diteruskan ke girus *post sentral* dari korteks serebri, lalu di *corteks serebri* inilah nyeri dipersepsikan.

2.3.4 Klasifikasi

Menurut Solehati & Kosasih (2015), nyeri diklasifikasikan menjadi nyeri akut dan nyeri kronis.

a. Nyeri Akut

Nyeri akut didefinisikan sebagai suatu nyeri yang dapat dikenali penyebabnya, waktunya pendek, dan diikuti oleh

peningkatan tegangan otot, serta kecemasan. Ketegangan otot dan kecemasan tersebut dapat meningkatkan persepsi nyeri. Contohnya, adanya luka karena cedera atau operasi.

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronis didefinisikan sebagai suatu nyeri yang tidak dapat dikenali dengan jelas penyebabnya. Nyeri ini kerap kali berpengaruh pada gaya hidup klien. Nyeri kronis biasanya terjadi pada rentang waktu 3-6 bulan.

2.3.5 Intensitas Nyeri

Menurut Pasero dan McCaffery (2005) dalam Solehati & Kosasih (2015), umumnya untuk mengukur intensitas nyeri digunakan skala rentang 0-10, dimana : 0 = tidak ada nyeri, 1-2 = nyeri ringan, 3-4 = nyeri sedang, 5-6 = nyeri berat, 7-8 = nyeri sangat berat, 9-10 = nyeri buruk sampai tidak tertahankan.

2.3.6 Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Banyak faktor yang memengaruhi persepsi dan reaksi nyeri, diantaranya : faktor lingkungan, keadaan umum, endorphen, faktor situasional, jenis kelamin, pengalaman masa lalu dan status emosional, *anxietas* dan kepribadian, budaya dan sosial, arti nyeri, usia, fungsi kognitif, dan kepercayaan individu (Solehati & Kosasih, 2015).

a. Faktor Lingkungan

Menurut Solehati & Kosasih (2015), lingkungan akan memengaruhi persepsi nyeri. Lingkungan yang rebut dan terang dapat meningkatkan intensitas nyeri.

b. Keadaan Umum

Menurut Solehati & Kosasih (2015), kondisi fisik yang menurun, misalnya kelelahan dan kurangnya asupan nutrisi dapat meningkatkan intensitas nyeri yang dirasakan klien. Begitu juga rasa haus, dehidrasi, dan lapar akan meningkatkan persepsi nyeri.

c. Endorfin

Menurut Solehati & Kosasih (2015), tingkatan endorfin berbeda-beda antara satu orang dan yang lainnya. Hal inilah yang sering menyebabkan rasa nyeri yang dirasakan oleh seseorang berbeda dengan yang lainnya.

d. Faktor Situasional

Pengalaman nyeri klien pada situasi formal akan terasa lebih besar daripada pada saat sendirian. Persepsi nyeri juga dipengaruhi oleh trauma jaringan (Solehati & Kosasih, 2015).

e. Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan faktor penting dalam merespon adanya nyeri. Dalam studi dilaporkan, bahwa laki-laki kurang merasakan nyeri dibandingkan dengan wanita berdasarkan etnis tertentu (Solehati & Kosasih, 2015).

f. Status Emosi

Status emosional sangat memegang peranan penting dalam persepsi rasa nyeri karena akan meningkatkan persepsi dan membuat impuls rasa nyeri lebih cepat disampaikan. Adapun status emosi yang sangat memengaruhi persepsi rasa nyeri pada individu antara lain ; kecemasan, ketakutan, dan kekhawatiran (Solehati & Kosasih, 2015).

g. Pengalaman yang Lalu

Adanya pengalaman nyeri sebelumnya akan memengaruhi respon nyeri pada klien. Contohnya, pada wanita yang mengalami kesulitan, kecemasan, dan nyeri pada persalinan sebelumnya akan meningkatkan respons nyeri (Solehati & Kosasih, 2015).

h. Reaksi Terhadap Nyeri

Menurut Solehati & Kosasih (2015), reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respons seseorang terhadap nyeri, seperti rasa ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan menjerit. Semua ini merupakan bentuk respons nyeri yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti arti nyeri, tingkat persepsi nyeri, pengalaman masa lalu, nilai budaya, harapan sosial, kesehatan fisik dan mental, rasa takut, cemas, usia, dan lain-lain.

i. Ansietas dan Kepribadian

Ansietas mempunyai efek yang sangat besar, baik pada kualitas maupun intensitas pengalaman nyeri. Klien yang gelisah

lebih sensitif terhadap nyeri dan mengeluh nyeri lebih sering dibandingkan dengan klien lain.

Faktor lingkungan, keadaan umum, endorfin, situasional, jenis kelamin, pengalaman masa lalu dan status emosional, *anxietas* dan kepribadian, budaya, dan sosial, arti nyeri, usia, fungsi kognitif, dan kepercayaan individu biasanya terjadi dan saling memengaruhi satu sama lain (Solehati & Kosasih, 2015).

j. Budaya dan Sosial

Budaya memiliki peran dalam mentoleransi nyeri. Aspek ini sangat berpengaruh besar terhadap psikologis seseorang dalam mempersepsikan nyeri.

Sebuah penelitian oleh Melzack tahun 1973 dalam Niven (2002), memberikan bukti tentang bagaimana budaya dapat memengaruhi pengalaman nyeri seseorang, yaitu klien yang berbangsa Yahudi lebih sering mengeluh nyeri dibandingkan dengan klien yang berbangsa Spanyol. Menurut Zborowski (1969) dalam Niven (2002) melaporkan, bahwa ekspresi perilaku nyeri berbeda antara satu kelompok etnik klien dan kelompok lain di suatu lingkungan rumah sakit. Perbedaan tersebut terjadi akibat sikap dan nilai yang dianut oleh suatu kelompok dalam suatu budaya.

k. Usia

Menurut Solehati & Kosasih (2015), persepsi nyeri dipengaruhi oleh usia, yaitu semakin bertambah usia maka semakin mentoleransi rasa nyeri yang timbul. Kemampuan untuk memahami dan mengontrol nyeri kerap kali berkembang dengan bertambahnya usia.

l. Arti Nyeri

Menurut Solehati & Kosasih (2015), nyeri memiliki arti yang beda bagi setiap orang. Nyeri memiliki fungsi proteksi yang penting dengan memberikan peringatan, bahwa ada kerusakan yang sedang terjadi. Arti nyeri meliputi : kerusakan, komplikasi, penyakit baru, berulangnya penyakit, penyakit fatal, meningkatnya ketidakmampuan, dan kehilangan mobilitas.

m. Fungsi Kognitif

Sebuah penelitian oleh Lander tahun 1992 dalam Solehati & Kosasih (2015), ditemukan bahwa ingatan akan nyeri tidak selalu akurat. Setiap klien mempunyai strategi koping (penyelesaian masalah) yang berbeda-beda untuk mengatasi pengalaman yang menyakitkan.

n. Kepercayaan

Kepercayaan terhadap agama dapat memengaruhi individu dalam mengatasi nyeri yang timbul. Kemungkinan, individu

mempercayai bahwa nyeri sebagai hukuman dan dapat mengurangi kesalahan yang dilakukannya (Solehati & Kosasih, 2015).

2.3.7 Manifestasi Klinis

Setiap nyeri akan menimbulkan perasaan yang tidak nyaman pada klien, selain itu tanpa melihat pola, sifat, atau penyebab nyeri. Apabila nyeri tidak segera diatasi secara adekuat akan memberikan efek yang membahayakan, seperti memengaruhi sistem pulmoner, kardiovaskuler, gastrointestinal, endokrin, dan immunologic (Solehati & Kosasih, 2015)

2.3.8 Penatalaksanaan

Menurut Solehati & Kosasih (2015), strategi pelaksanaan nyeri dibagi menjadi dua, yaitu dengan pendekatan farmakologis dan nonfarmakologis. Kedua pendekatan ini diseleksi dan disesuaikan dengan kebutuhan individu atau dapat juga digunakan secara bersamaan.

a. Pendekatan Farmakologis

Pendekatan ini merupakan tindakan yang dilakukan melalui kolaborasi dengan dokter. Intervensi farmakologis yang sering diberikan berupa pemberian obat analgetik, antara lain : obat sedative, narkotika, hipnotika yang diberikan secara sistemik, tranquilizer, short acting barbiturate, skopolamin, nitrous oxide.

Umumnya, secara medis cara menghilangkan rasa nyeri persalinan dengan tindakan *sectio caesarea* adalah dengan pemberian obat-obatan analgesia yang disuntikkan melalui infus intravena, supositoria/anal, inhalasi saluran pernapasan atau dengan memblokir saraf yang menghantarkan rasa sakit, cemas, dan tegang (Solehati & Kosasih, 2015).

b. Pendekatan Nonfarmakologis

Menurut Solehati & Kosasih (2015), pendekatan nonfarmakologis yang biasa dilakukan oleh perawat meliputi :

- a. Pendekatan dengan modulasi psikologis nyeri, seperti : relaksasi, hipnoterapi, imajinasi, umpan balik biologis, psikopropilaksis, dan distraksi.
- c. Modulasi sensorik nyeri, seperti message, terapeutik, akupuntur, akupresur, *transcutaneous electrical nerve stimulation* (tens), musik, hidroterapi zet, homeopati, modifikasi lingkungan persalinan, pengaturan posisi dan postur, serta ambulasi.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan pada *Post Sectio Caesarea*

2.4.1 Pengkajian

1. Identitas Pasien

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomor medical record, diagnosa medik, yang mengirim, cara masuk, alasan masuk, keadaan umum, tanda vital (Jitowiyono & Kritiyanasari, 2010).

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

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Menguraikan mengenai keluhan yang pertama kali dirasakan, penanganan yang pernah dilakukan sampai klien

dibawa ke rumah sakit dan penanganan pertama yang dilakukan saat di rumah sakit.

b. Keluhan Utama Masuk Rumah Sakit

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah klien operasi. Umumnya klien akan mengeluh nyeri pada luka operasi.

c. Keluhan Utama Saat Dikaji

Keluhan utama saat dikaji diuraikan dalam bentuk PQRST:

P : Paliatif / Propokatif

Yaitu segala yang memperberat dan memperingan keluhan.

Pada *post partum* dengan *sectio caesarea* biasanya klien mengeluh nyeri dirasakan bertambah apabila pasien banyak bergerak dan dirasakan berkurang apabila klien istirahat.

Q: *Quality / Quantity*

Yaitu dengan memperhatikan bagaimana rasanya dan kelihatannya. Pada *post partum* dengan *sectio caesarea* biasanya klien mengeluh pada luka jahitan yang sangat perih seperti di iris-iris.

R: *Region / Radiasi*

Yaitu menunjukkan lokasi nyeri, dan penyebarannya. Pada *post partum* dengan *sectio caesarea* biasanya klien

mengeluh nyeri pada luka jahitan pada daerah abdomen biasanya tidak ada penyebaran ke daerah lain.

S : Severity / Scale

Yaitu menunjukkan dampak dari keluhan nyeri yang dirasakan klien, dan seberapa besar gangguannya yang diukur dengan skala nyeri 0-10.

T : *Timing*

Yaitu menunjukkan waktu terjadinya dan frekuensi kejadian keluhan tersebut. Pada *post partum* dengan *sectio caesarea* biasanya nyeri dirasakan hilang timbul dengan frekuensi tidak menentu tergantung aktivitas yang dilakukan.

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Meliputi penyakit yang lain dapat memengaruhi penyakit sekarang, maksudnya apakah pasien pernah mengalami penyakit yang sama.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi penyakit yang diderita pasien dan apakah keluarga pasien ada juga mempunyai riwayat persalinan *sectio caesarea*.

3. Riwayat Ginekologi dan Obstetri

1) Riwayat Ginekologi

a) Riwayat Menstruasi

Menurut Icemi Sukarni (2013), menarche merupakan menstruasi pertama yang biasa terjadi dalam rentang usia 10-16 tahun atau pada masa awal remaja di tengah masa pubertas sebelum memasuki masa reproduksi. Siklus menstruasi normal berkisar 28-30 hari. Lama menstruasi setiap wanita bervariasi, yaitu sekitar 4-7 hari. Dikaji pula keluhan saat menstruasi, dan hari pertama haid terakhir (HPHT) untuk menghitung usia kehamilan ibu dan tanggal perkiraan partus.

b) Riwayat Perkawinan

Mengidentifikasi usia ayah dan ibu menikah, lama perkawinan dan jumlah anak hasil perkawinan.

c) Riwayat Keluarga Berencana

Mengidentifikasi jenis kontrasepsi yang digunakan, masalah selama menggunakan kontrasepsi, rencana menggunakan kontrasepsi berikutnya dan alasannya.

2) Riwayat Obstetri

a) Riwayat Kehamilan Dahulu

Riwayat kehamilan yang pernah dialami klien, apakah kehamilan dengan penyulit, kontrol teratur, usia kehamilan saat melahirkan,

keluhan selama hamil, imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan.

b) Riwayat Kehamilan Sekarang

Mengkaji pemeriksaan kehamilan setiap bulan, Riwayat pemeriksaan kehamilan, tempat klien memeriksakan kehamilannya, riwayat pemakaian obat selama hamil dan keluhan.

3) Riwayat Persalinan

a) Riwayat Persalinan Dahulu

Kaji Riwayat kehamilan sebelumnya, persalinan dan nifas yang lalu, tahun persalinan, umur kehamilan, jenis kelamin anak, BB anak, pernah *sectio caesarea* atau tidak sebelumnya.

b) Riwayat Persalinan Sekarang

Menjelaskan indikasi dilakukan *sectio caesarea*, kaji jam, tanggal, jenis kelamin bayi, BB, APGAR score dalam 1 dan 5 menit pertama.

c) Riwayat Nifas Dahulu

Mengidentifikasi riwayat nifas dan keluhan pada masa nifas sebelumnya.

d) Riwayat Nifas Sekarang

Mengkaji Riwayat nifas yang sedang terjadi meliputi jenis lochea, warna, bau, jumlah, dan disertai dengan tinggi fundus uteri.

4) Pola Aktivitas Sehari-hari

a. Pola Nutrisi

Mencakup makan : frekuensi, jumlah, jenis makanan yang disukai, porsi makan dan minuman : jumlah, jenis minuman dan frekuensi.

b. Pola Eliminasi

Mencakup kebiasaan BAB : frekuensi, warna, konsistensi dan keluhan. BAK : frekuensi, jumlah, warna, keluhan. Faktor psikologis juga turut mempengaruhi. Defekasi atau BAB normalnya harus terjadi dalam 3 hari post partum.

c. Pola Istirahat dan Tidur

Mencakup tidur malam : waktu dan lama. Tidur siang : waktu, lama, keluhan.

d. Personal Hygiene

Mencakup frekuensi mandi, gosok gigi, mencuci rambut, ganti pakaian.

e. Aktifitas dan Latihan

Kegiatan dalam pekerjaan dan aktivitas klien sehari-hari saat sebelum melahirkan dan saat dirawat di rumah sakit.

5) Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Meliputi tingkat kesadaran dan penampilan, berat badan, tinggi badan.

2) Tanda-tanda Vital

Mengkaji tekanan darah, pernapasan, suhu tubuh dan denyut nadi klien. Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan, sedangkan tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya pre eklamsia post partum. Bila pernapasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok. Selain itu, suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,5 derajat celcius dari keadaan normal, kenaikan suhu badan ini akibat dari kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan maupun kelelahan. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi lebih dari 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum (Damai & Dian, 2011).

3) Antropometri

Mengkaji tinggi badan klien, berat badan sebelum hamil, berat badan ketika hamil dan berat badan setelah melahirkan.

4) Pemeriksaan Fisik *Head to Toe*

Menurut Damai & Dian (2011) pemeriksaan fisik pada klien post *sectio caesarea* adalah :

a) Mata

Warna konjungtiva, bentuk, pergerakan bola mata, reflek pupil terhadap cahaya, gangguan pada sistem penglihatan.

b) Telinga

Kaji bentuk telinga, kebersihan telinga, fungsi pendengaran, adakah gangguan pada sistem pendengaran.

c) Hidung

Bentuk hidung, kebersihan, pernafasan uping hidung, ada tidak nyeri tekan, warna, mukosa, dan fungsi penciuman.

d) Mulut

Keadaan mulut, mukosa bibir, keadaan gigi, jumlah gigi, pembesaran tonsil, dan nyeri pada saat menelan.

e) Leher

Ada tidaknya pembesaran tyroid dan kelenjar limfe, nyeri saat menelan, ada tidaknya peningkatan vena jugularis, dan ada tidak kaku kuduk.

f) Dada

Terdiri dari jantung, paru-paru, dan payudara. Selama 24 jam pertama setelah melahirkan, terjadi sedikit perubahan di jaringan payudara. Kolostrum, cairan kuning jernih, keluar dari payudara. Payudara akan terasa hangat, keras dan agak nyeri. Beberapa ibu akan mengalami pembengkakan, kondisi ini bersifat sementara, biasanya 24 jam sampai 48 jam setelah melahirkan (Lowdermilk, 2013).

g) Abdomen

Abdomen menegang atau mengendur, apakah ada nyeri abdomen, apakah adanya luka operasi, ada atau tidak striae dan linea gravidarum, TFU pada saat bayi lahir setinggi pusat, 2 hari setelah melahirkan TFU 2 jari di bawah pusat, 1 minggu setelah melahirkan TFU pertengahan symphysis, 6 minggu setelah melahirkan bertambah kecil dan setelah 8 minggu TFU kembali dalam keadaan normal dengan berat 30 gram, kontraksi uterus keras seperti papan, bising usus biasanya mengalami penambahan akibat efek samping obat anestesi ketika *post sectio caesarea*.

h) Punggung dan Bokong

Kaji bentuk, ada tidaknya lesi, dan ada tidaknya kelainan tulang belakang.

i) Genitalia

Kebersihan daerah genitalia, ada tidaknya edema pada vulva, pengeluaran lochea rubra pada hari pertama dengan jumlah sedang dan sampai lochea serosa pada hari ketiga dengan jumlah sedang berbau amis atau kadang tidak berbau.

j) Anus

Hemoroid (varises anus) umum ditemui. Hemoroid interna dapat terbuka saat ibu mengejan ketika melahirkan.

k) Ekstremitas

Adaptasi sistem muskuloskeletal ibu yang terjadi saat hamil akan kembali pada masa nifas. Adaptasi ini termasuk relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat gravitasi ibu sebagai respon terhadap uterus yang membesar, serta adanya perubahan ukuran pada kaki.

6) Data Psikologis

- a. Pasien biasanya dalam keadaan labil
- b. Pasien biasanya cemas akan keadaan seksualitasnya
- c. Harga diri pasien terganggu (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010)

7) Data Sosial

Kaji hubungan dan pola interaksi klien dengan keluarga, perawat dan lingkungan sekitarnya.

8) Kebutuhan Bounding Attachment

Kaji interaksi emosi sensorik fisik antara ibu dan bayi segera setelah lahir (Andina, 2019).

9) Kebutuhan Pemenuhan Seksual

Kaji pemenuhan kebutuhan seksual klien pada masa post *sectio caesarea*.

10) Data Spiritual

Mengidentifikasi keyakinan spiritual klien, apakah ada gangguan dalam melaksanakan ibadah.

11) Pengetahuan Tentang Perawatan Diri

Kaji pengetahuan klien tentang perawatan payudara, cara-cara perawatan payudara dan cara merawat luka operasi.

12) Data Penunjang

Berupa ultrasonografi, pemeriksaan hemoglobin dan pemeriksaan hematokrit (Jitowiyono & Kristyanasari, 2010).

13) Terapi

Terapi merupakan data obat yang dikonsumsi atau diberikan kepada klien.

14) Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan kognitif perawat dalam pengembangan daya berpikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh katar belakang ilmu pengetahuan, pengalaman, pengertian tentang substansi ilmu keperawatan, dan proses penyakit (Nadia Evania, 2013).

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu post partum seksio sesarea yaitu: (Nurarif & Kusmana, 2015).

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

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan b.d kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum
3. Ketidakefektifan pemberian ASI b.d kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui
4. Gangguan eliminasi urine
5. Gangguan pola tidur b.d kelemahan
6. Resiko infeksi b.d faktor risiko : episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan
7. Defisit perawatan diri : mandi / kebersihan diri, makan, toileting b.d kelelahan post partum
8. Konstipasi
9. Resiko syok (hipovolemik)
10. Resiko perdarahan
11. Defisiensi pengetahuan : perawatan post partum b.d kurangnya informasi tentang penanganan post partum.

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015) rencana keperawatan yang mungkin muncul dengan seksio sesarea adalah :

1. Nyeri Akut Berhubungan Dengan Nyeri Akut

Tabel 3.1

Intervensi Nyeri Akut

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	Intervensi	Rasional
<p>Definisi : Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the study of Pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dan intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan.</p> <p>Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan selera makan • Perubahan tekanan darah • Perubahan frekwensi jantung • Perubahan frekwensi pernapasan • Laporan isyarat • Diaforesis • Perilaku distraksi (mis,berjalan 	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pain level 2. Pain control 3. Comfort level <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan teknik manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skal, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<p>NIC</p> <p>Pain management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien 4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri merupakan subjektif. Pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektivitas modifikasi dan kemajuan penyembuhan, perubahan karakteristik nyeri dapat mengindikasikan pembentukan abses atau peritonitis memerlukan evaluasi dan intervensi medis yang tepat dan cepat. 2. Isyarat non verbal dapat atau tidak dapat mendukung intensitas nyeri klien, tetapi mungkin merupakan satu-satunya indikator jika klien tidak dapat menyatakannya secara verbal. 3. Meningkatkan relaksasi dan dapat meningkatkan kemampuan coping klien dengan memfokuskan kembali perhatian 4. menurunkan laju metabolik dan iritasi usus dari toksin lokal dan bersirkulasi, yang membantu dalam meredakan nyeri dan meningkatkan

<p>mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang)</p>	<p>penyembuhan, nyeri biasanya hebat dan memerlukan pengendalian nyeri opioid.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Mengekspresikan perilaku (mis, gelisah, merengek, menangis) • Masker wajah (mis, mata kurang bercahaya, tampak 	<p>5. perubahan pada lokasi atau intensitas bukan tidak lazim terjadi, tetapi dapat mencerminkan perkembangan komplikasi. Nyeri cenderung menjadi konstan dan berdifusi ke seluruh abdomen seiring percepatan proses inflamasi, nyeri dapat terlokalisasi jika abses terbentuk.</p>
<p>kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus meringis)</p>	<p>6. penurunan ansietas / takut meningkatkan relaksasi kenyamanan</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Sikap melindungi area nyeri • Fokus menyempit (mis, gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan 	<p>7. penggunaan persepsi sendiri / perilaku untuk menghilangkan nyeri dapat membantu klien mengatasinya lebih efektif.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Indikasi nyeri yang dapat diamati 	<p>8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Perubahan posisi untuk menghindari nyeri 	<p>9. Kurangi faktor presipitasi nyeri.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Sikap tubuh melindungi 	<p>10. Ada dua cara penanganan nyeri yaitu</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Dilatasi pupil 	
<ul style="list-style-type: none"> • Melaporkan nyeri secara verbal 	
<ul style="list-style-type: none"> • Gangguan tidur 	
<p>Faktor yang Berhubungan :</p>	
<p>Agen cedera (mis, biologis, zat kimia, fisik, psikologis)</p>	

- menggunakan farmakologi
11. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi dan interpersonal)
11. Nyeri insisi bermakna pada fase pasca operasi awal. Di perberat oleh gerakan, batuk, distensi abdomen, mual. membiarkan klien rentang ketidaknyamanan
Sendiri membantu mengidentifikasi intervensi yang tepat dan mengevaluasi ketidakefektifan analgesia.
12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi
12. Manajemen nyeri non farmakologis lebih aman digunakan karena tidak menimbulkan efek samping.
13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
13. Mengontrol / mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerjasama dengan aturan terapeutik
14. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri.
14. penurunan ansietas / takut meningkatkan relaksasi
15. Tingkatkan istirahat.
15. Mengontrol / mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerjasama dengan aturan terapeutik
16. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil.
16. Mengontrol / mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerjasama dengan aturan terapeutik
17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri.
17. penurunan ansietas / takut meningkatkan relaksasi
-

Analgesic Adminitrasi	kenyamanan
18.Tentukan lokasi, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat.	18.Dosis adalah banyaknya suatu obat yang dapat dipergunakan atau diberikan kepada seorang penderita
19.Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi.	19.Kolaborasi penanganan nyeri untuk mencapai kriteria hasil yang diinginkan
20.Cek riwayat alergi	20.Alergi adalah respon abnormal sistem kekebalan tubuh
21.Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu	21.Kolaborasi penanganan nyeri untuk mencapai kriteria hasil yang diinginkan
22.Tentukan pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal	22.Pertimbangan pemilihan guna mencapai kriteria hasil yang diinginkan
23.Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk mengobati nyeri secara teratur.	23.Rute pemberian obat terutama ditentukan oleh sifat dan tujuan dari penggunaan obat sehingga dapat memberikan efek terapi yang tepat
24.Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali	24.Respons autonomic meliputi perubahan pada tekanan darah, nadi, dan pernafasan, yang berhubungan dengan keluhan / penghilangan nyeri. Abnormalitas tanda vital terus menerus memerlukan evaluasi lanjut
25.Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat	25.Pemberian obat yang terlalu cepat atau terlalu lambat dapat berakibat serius
26.Evaluasi efektivitas	26.Mengontrol /

analgesik, tanda dan gejala. mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerja sama dengan aturanaeraupeutik

sumber : Nurarif, 2015 ; Herdman, 2018 ; Deonges 2018

2. Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh
b.d. Kurangnya Pengetahuan tentang Kebutuhan Nutrisi Postpartum.

Tabel 3.2

Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	intervensi	Rasional
Ketidakseimbangan kurang dari kebutuhan tubuh Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik Batasan karakteristik : <ul style="list-style-type: none"> • Kram abdomen • Nyeri abdomen • Menghindari makanan • Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal • Kerapuhan kapiler • Diare • Kehilangan rambut berlebihan • Bising usus hiperaktif • Kurang makanan • Kurang informasi 	NOC ❖ Nutritional Status : ❖ Nutritional Status : food and Fluid Intake ❖ Nutritional Status: nutrient Intake ❖ Weight control Kriteria Hasil: ❖ Adanya peningkatan berat badan sesuai	NIC Nutrition Management 1 Kaji adanya alergi makanan 2 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk 3 menentukan jumlah kalori dan	1.Mengidentifikasi defisien dan kebutuhan untuk membantu dalam pilihan intervensi. 2. Bermanfaat dalam, mengkaji kebutuhan nutrisi klien akibat perubahan pada fungsi pencernaan dan usus, termasuk absorpsi vitamin dan mineral 3.Penyesuaian diri mungkin dibutuhkan untuk menghadapi penurunan kemampuan

<ul style="list-style-type: none"> • Kurang minat pada makanan dengan tujuan • Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat ❖ Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan • Kesalahan konsepsi ❖ Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi • Kesalahan informasi ❖ Tidak ada tanda-tanda malnutrisi • Mambran mukosa pucat ❖ Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan • Ketidakmampuan memakan makanan ❖ Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti • Tonus otot menurun • Mengeluh gangguan sensasi rasa • Mengeluh asupan makanan kurang dan RDA (recommended daily allowance) fungsi pengecap dan menelan • Sariawan rongga mulut ❖ Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti • Steatorea • Kelemahan otot pengunyah • Kelemahan otot untuk menelan • Faktor Yang Berhubungan: • Faktor biologis • Faktor ekonomi • Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrien • Ketidakmampuan untuk mencerna makanan • Ketidakmampuan menelan makanan • Faktor psikologis 	<p>4 nutrisi yang dibutuhkan pasien.</p> <p>5 Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe</p> <p>6 Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C</p> <p>7 Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p>	<p>dalam memproses protein dan juga menurunkan nilai dan metabolisme dan tingkat aktivitas.</p> <p>4. Penimbangan BB untuk memantau status nutrisi dan efektivitas intervensi.</p> <p>5. untuk memastikan nutrisi pada pasien terpenuhi</p> <p>6. untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pada pasien</p> <p>7. untuk memperlancar pencernaan dan untuk mencegah konstipasi</p>
--	--	--

3. Ketidakefektifan Pemberian ASI b.d. Kurangnya Pengetahuan Ibu, Terhentinya Proses Menyusui.

Tabel 3.3

Intervensi Ketidakefektifan Pembersihan ASI

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Ketidakefektifan pemberian ASI Definisi: ketidakpuasan atau kesulitan ibu, bayi, atau anak menjalani proses pemberian ASI Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakadekuatan suplai ASI • Bayi melengkung menyesuaikan diri dengan payudara • Bayi menangis pada payudara • Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusui • Bayi rewel dalam jam pertama setelah menyusui • Ketidakmampuan bayi untuk latch-on pada payudara ibu secara tepat • Menolak latching on • Tidak responsive terhadap kenyamanan lain 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Breastfeeding ineffective ❖ Breathing Pattern Ineffective ❖ Breastfeeding interrupted <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Kemandapan pemberian ASI : Bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI ❖ Kemandapan Pemberian ASI : IBU : kemandapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dan payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 	<p>NIC</p> <p>Breastfeeding asistence</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Evaluasi pola menghisap / menelan bayi 2 Tentukan Keinginan Dan Motivasi Ibu untuk menyusui 3 Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (misalnya reflex rooting, menghisap dan terjaga) 4 Kaji kemampuan bayi untuk latch-on dan menghisap secara efektif 5 Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting 6 Pantau integritas kulit puting ibu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Upaya peningkatan produksi ASI, nutrisi, peningkatan frekuensi menyusui. 2. Untuk mengetahui gambaran dan motivasi ibu menyusui. 3. Dapat mengetahui kesenjangan proses pemberian ASI. 4. Monitor apakah bayi dapat menghisap dengan baik, monitor apakah posisi bayi sudah berada tepat pada puting ibu. 5. Untuk mengetahui kemampuan teknik menyusui yang dilakukan oleh ibu nifas. 6. identifikasi atau intervensi dini dapat mencegah/ membatasi terjadinya luka dan pecah puting, yang dapat

<ul style="list-style-type: none"> • Ketidakcukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui • Ketidakcukupan kesempatan untuk mengisap payudara • Kurang menambah berat badan bayi • Tidak tampak tanda pelepasan ositosin • Tampak ketidakadekuatan asupan susu • Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui • Penurunan berat badan bayi • Tidak mengisap payudara terus-menerus 	<p>minggu pertama pemberian ASI</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/todler ❖ Diskontinuitas progresif pemberian ASI ❖ Pengetahuan Pemberian ASI : tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera ibu mengindikasikan kepuasan terhadap ASI ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting mengenali tanda-tanda penurunan suplay ASI 	<p>merusak proses menyusui.</p> <p>7 Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi</p> <p>Breast Examination Lactation Supresion</p> <p>8 Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI</p> <p>9 Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI</p> <p>10 Ajarkan pengasuh bayi mengenai topik-topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran memberi susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang</p> <p>11 Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula</p> <p>Lactation Counseling</p> <p>12 Sediakan informasi tentang keuntungan dan</p>	<p>7. Dapat mengetahui kesenjangan kondisi ibu dalam intervensi.</p> <p>8. Melihat berat badan dan proses eliminasi bayi apakah sudah berespon dengan baik.</p> <p>9. untuk membantu mempertahankan pemberian ASI</p> <p>10. Menambah wawasan di bidang promosi kesehatan untuk menggalakkan ibu menyusui dan teknik memompa ASI</p> <p>11. Untuk meningkatkan informasi dalam pencairan ASI dan menghindari pemberian susu formula. (deonges, 2018)</p> <p>12. ASI mengandung</p>
---	---	--	--

kerugian pemberian ASI
antibodi dalam jumlah besar yang berasal dari tubuh seorang ibu

13 Diskusikan metode alternative pemberian makan bayi
13. Makanan pendamping ASI atau disebut MPASI mulai diberikan pada usia 6 bulan karena proses pencernaan bayi yang sudah mulaisempurna.

sumber : Nurarif. 2015 ; Herdman, 2018 ; Deonges 2018

4. Gangguan Eliminasi Urine

Tabel 3.4

Intervensi Gangguan Eliminasi Urine

Daignosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	Intervensi	rasional
Diagnosa Keperawatan Gangguan Eliminasi Urine Definisi : Disfungsi eliminasi urine Batasan Karakteristik: <ul style="list-style-type: none"> • Disuria • Sering berkemih • Anyang-anyangan • Inkontinensia • Nokturia • Retensi • Dorongan Faktor Yang Berhubungan : <ul style="list-style-type: none"> • Obstruksi anatomic • Penyebab multiple • Gangguan sensori motorik • Infeksi saluran kemih 	NOC <ul style="list-style-type: none"> ❖ Urinary elimination ❖ Urinary Continence Kriteria Hasil: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Kandung kemih kosong secara penuh ❖ Tidak ada residu urine > 100-200 cc ❖ Intake cairan dalam rentang normal ❖ Bebas dari ISK ❖ Tidak ada spasme bladder ❖ Balance cairan seimbang 	NIC Urinary Retention Care 1 Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia (misalnya, output urine, pola berkemih kemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten) 2 Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau properti alpha agonis	1. Pola berkemih mengidentifikasi karakteristik fungsi kandung kemih, termasuk efektivitas pengosongan kandung kemih, fungsi ginjal dan keseimbangan cairan. 2. perubahan karakteristik urine dapat mengidentifikasi ISK dan meningkatkan risiko sepsis. Driptik multistrip dapat memberikan penentuan nilai pH, nitrit, leukosit estrase secara cepat yang menunjukkan keberadaan infeksi

- atau penyakit perkemihan
3. Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium channel blockers dan antikolinergik
3. pemindaian kandung kemih bermanfaat dalam menentukan residu pasca berkemih. Selama fase akut, kateter indwelling digunakan untuk mencegah retensi urine dan memantau keluaran urine. Kateterisasi intermitten mungkin di implementasikan untuk mengurangi komplikasi yang berhubungan dengan penggunaan kateter indwelling jangka panjang (Deonges, 2018)
- 4 Menyediakan penghapusan privasi
- 5 Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiram toilet
- 6 Merangsang refleks kandung kemih dengan menerapkan dingin untuk perut, membelai tinggi batin, atau air

sumber : Nurarif. 2015 ; Herdman, 2018 ; Deonges 2018

5. Gangguan Pola Tidur b.d. Kelemahan

Tabel 3.5

Intervensi Gangguan Pola Tidur

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	Intervensi	rasional
Gangguan pola tidur Definisi: Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal	NOC ❖ Anxiety reduction ❖ Comfort level ❖ Pain level	NIC Sleep Enhancement 1 Determinasi efek-efek medikasi	1. Mengkaji perlunya dan mengidentifikasi intervensi yang tepat.

<p>Batasan Karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan pola tidur normal • Penurunan kemampuan berfungsi • Ketidakpuasan tidur • Menyatakan sering terjaga • Meyatakan tidak mengalami kesulitan tidur • Menyatakan tidak merasa cukup istirahat Faktor Yang Berhubungan • Kelembaban lingkungan sekitar • Suhu lingkungan sekitar • Tanggung jawab memberi asuhan • Perubahan pejanan terhadap cahaya gelap • Gangguan(mis.,untuk tujuan terapeutik, pemantauan, pemeriksaan laboratorium) • Kurang kontrol tidur • Kurang privasi, Pencahayaan • Bising, Bau gas • Restrain fisik, Teman tidur • Tidak familier dengan prabot tidur 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Rest : Extent and Pattern ❖ Sleep : Extent and Pattern <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari ❖ Pola tidur, kualitas dalam batas normal ❖ Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat ❖ Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur 	<p>terhadap pola tidur</p> <p>2Jelaskan pentingnya tidur yang Adekuat</p> <p>3Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca)</p> <p>4 Ciptakan lingkungan yang nyaman</p> <p>5 Kolaborasikan pemberian obat tidur</p> <p>6 Instruksikan untuk memonitor tidurpasien</p> <p>7 Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur</p> <p>8 Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam</p>	<p>2. Meningkatkan kenyamanan tidur serta dukungan fisiologis/psikologis.</p> <p>3. Bila rutinitas baru seperti membaca buku mengandung aspek sebanyak kebiasaan lama, stress dan ansietas yang berhubungan dapat berkurang.</p> <p>4. Mungkin di berikan untuk membantu klien istirahat selama periode transisi dari rumah ke lingkungan baru.</p> <p>5. Menurunkan kemungkinan bahwa teman sekamar yang dapat menunda klien untuk terlelap atau menyebabkan terbangun</p> <p>6.monitoring tidur dapat memastikan apakah pola tidur masih mengalamigangguan</p> <p>7.Manusia membutuhkan waktu 8-10 jam dalam sehari untuktidur</p>
---	---	---	--

sumber : Nurarif. 2015 ; Herdman, 2018 ; Deonges 2018

6. Resiko Infeksi b.d. Faktor Resiko : Episiotomi, Laserasi Jalan Lahir, Bantuan Pertolongan Persalinan.

Tabel 3.6

Intervensi Resiko Infeksi

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	intervensi	rasional
Risiko Infeksi Definisi : Mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik Faktor Resiko : <ul style="list-style-type: none"> • Penyakit kronis. • Diabetes melitus • Obesitas • Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pamanjanan patogen. • Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat. • Gangguan peritalsis • Kerusakan integritas kulit (pemasangan kateter intravena, prosedur invasif) <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan sekresi pH • Penurunan kerja siliaris • Pecah ketuban dini • Pecah ketuban lama • Merokok • Stasis cairan tubuh • Trauma jaringan (mis, trauma destruksi jaringan) • Ketidakadekuatan pertahanan sekunder <ul style="list-style-type: none"> • Penurunan hemoglobin • Imunosupresi (mis, imunitas didapat tidak adekuat, agen farmaseutikal termasuk imunosupresan, steroid, antibodi monoklonal, imunomodulator) 	NOC <ul style="list-style-type: none"> ❖ Immune Status ❖ Knowledge : Infection control ❖ Risk control <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi ❖ Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya ❖ Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi ❖ Jumlah leukosit dalam batas normal ❖ Menunjukkan perilaku hidup sehat 	NIC Infection Control (Kontrol infeksi) <ol style="list-style-type: none"> 1 Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain 2Pertahankan teknik isolasi 3 Batasi pengunjung bila perlu 4 Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan Pasien 5 Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan 6 Cuci tangan setiap sebelum dansesudah tindakan keperawatan 7 Gunakan baju, sarung tangan Sebagai alat pelindung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menurunkan resiko kontaminasi 2. Membatasi introduksi ke dalam tubuh, deteksi dini/ pengobatan terjadinya infeksi dan dapat mencegah sepsis. 3. Menurunkan kolonisasi bakteri dan resiko ISK asenden. 4. Memastikan infeksi dan identifikasi organisme khusus, membantu pemulihan pengobatan infeksi paling efektif. 5. Demam dan peningkatan nadi dan pernapasan adalah tanda peningkytan laju metabolik dari proses inflamasi, meskipun sepsis dapat terjadi tanpa respons demam 6. antiseptik adalah suatu bahan kimia yang bertujuan untuk membunuhkuman 7. Infeksi dapat terjadi melalui penularan dari pasien kepada petugas, dari pasien ke pasien lain dan dari pasien kepada

<ul style="list-style-type: none"> • Supresi respon inflamasi • Vaksinasi tidak adekuat • Pemajanan terhadap patogen lingkungan • Meningkat Wabah • Prosedur invasif • Malnutrisi 	8 Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat	Pengunjung 8. Infeksi dapat terjadi melalui penularan dari pasien kepada petugas, dari pasien ke pasien lain dan dari pasien kepada pengunjung
---	---	--

sumber : Nurarif. 2015 ; Herdman, 2018 ; Deonges 2018

7. Defisit Perawatan Diri : Mandi/Kebersihan Diri, Makan, Toileting b.d. Kelelahan Post Partum

Tabel 3.7

Intervensi Defisit Perawatan Diri

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	intervensi	rasional
<p>Defisit perawatan diri mandi</p> <p>Definisi : hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi / aktivitas perawatan diri untuk diri sendiri.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi • Ketidakmampuan meringankan tubuh • Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Activity Intolerance ❖ Mobility: physical Impaired ❖ Self Care Deficit Hygiene ❖ Sensory perception, Auditory disturbed. <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Perawatan diri ostomi : tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi ❖ Perawatan diri : Aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan 	<p>NIC</p> <p>Self-Care Assistance: Bathing / Hygiene</p> <p>1</p> <p>Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri.</p> <p>2</p> <p>Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri</p> <p>3 Menentukan jumlah dan jenis</p>	<p>1. Membantu mengatisipasi dan merencanakan untuk memenuhi kebutuhan individual.</p> <p>2. klien ini mungkin merasakan ketakutan dan bergantung, serta bantuan bermanfaat dalam mencegah frustrasi, klien harus melakukan tindakan sebanyak mungkin untuk dirinya sendiri guna mempertahankan diri dan meningkatkan pemulihan.</p> <p>3. Memberikan keamanan ketika klien mampu bergerak mengelilingi ruangan, mengurangi</p>

• Ketidakmampuan menjangkau sumber air	pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu	bantuan yang dibutuhkan	risiko tersandung akibat terjatuh.
• Ketidakmampuan mengatur air mandi	❖ Perawatan diri Mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	4 Tempat handuk, sabun, deodoran, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan di samping tempat tidur atau di kamar mandi	4.Barang-barang yang mudah di jangkauan akan memudahkan prosedur tindakan
• Ketidakmampuan membasuh tubuh	❖ Perawatan diri hygiene : mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	5 Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal	5.Lingkungan terapeutik adalah lingkungan yang dipusatkan untuk kesembuhan pasien
Faktor Yang Berhubungan :			
• Gangguan kognitif		6Memfasilitasi gigi pasien menyikat	6.Saat menyikat gigi anda habiskanlah waktu 12-13 detik per gigi hingga gigi anda benar-benar bersih.
• Penurunan motivasi			Rongga mulut anda sebaiknya anda bersihkan dengan baik.
• Kendala lingkungan	❖ Perawatan diri Hygiene oral : mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	7Memfasilitasi diri mandi pasien, sesuai	7.mandimembuat tubuh atau badan Anda sendiri kembali segar
• Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh	❖ Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi	8Memantau pembersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien	8.Membersihkan kuku hakekatnya adalah untuk menjaga kesehatan tubuh
• Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial			kuku hakekatnya adalah untuk menjaga kesehatan tubuh
• Gangguan muskuloskeletal			9. Kepercayaan diri terhadap kemampuan sangat penting untuk kesembuhan
• Gangguan neuro muskular	❖ Membersihkan dan mengeringkan tubuh		
• Nyeri			
• Gangguan persepsi	❖ Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral	9 Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri.	
• Ansietas berat			

sumber : Nurarif, 2015 ; Herdman, 2018 ; Deonges 2018

8. Konstipasi b.d. Penurunan Tonus Otot

Tabel 3.8

Intervensi Konstipasi

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	Intervensi	rasional
<p>Konstipasi Definisi: Penurunan pada frekuensi normal pada defekasi yang disertai oleh kesulitan atau pengeuaran tidak lengkap feses atau pengeluaran feses yang kering, keras dan banyak.</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri abdomen • Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot • Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resistensi otot • Anoreksia • Penampilan tidak khas pada lansia (misal: perubahan pada status mental, inkontinensia urinarius, jatuh yang tidak penyebabnya, peningkatan suhu) • Borborigmi • Darah merah pada feses • Perubahan pada pola defekasi • Penurunan frekuensi • Penurunan volume feses 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ elamination Bowel ❖ Hidration <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari. ❖ Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi ❖ Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi ❖ Feses lunak dan berbentuk. 	<p>NIC</p> <p>Constipation/impaction management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Monitor tanda dan gejala konstipasi 2 Monitor bising usus 3 Monitor feses :frekuensi, konsistensi dan volume 4 Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus 5 Monitor tanda dan gejala ruptur usus/peritonitis 6 Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi 7 Dukung intake cairan 8 Pantau tanda dan gejala konstipasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Distensi abdomen dan ketiadaan bising usus mengindikasikan bahwa usus tidak berfungsi. Kemungkinan penyebab dapat berupa hilangnya inervasi parasimpatik sistem gasreointestinal secara mendadak. 2. Makanan padat tidak dimulai hingga bising usus kembali, flatus keluar dan bahaya pembentukan ileus telah berkurang 3. Mungkin diperlukan untuk mengurangi distensi abdomen dan meningkatkan pengembalian kebiasaan usus normal.

- Distensi abdomen
 - Rasa rektal penuh
 - Rasa tekanan rektal
 - Keletihan umum
 - Feses keras dan berbentuk
 - Sakit kepala
 - Bising usus hiperaktif
 - Bising usus hipoaktif
 - Peningkatan tekanan abdomen
 - Tidak dapat makan, mual
 - Rembesan feses cair
 - Nyeri pada saat defekasi
 - Massa abdomen yang dapat diraba
- 9 Pantau tanda tanda dan gejala impaksi
 - 10 Memantau gerakan usus, termasuk konsistensi, frekuensi, bentuk, volume, dan warna.
 - 11 Memantau bising usus
 - 12 Anjurkan pasien atau keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses.
 - 13 Anjurkan pasien atau keluarga untuk diet tinggi serat
 - 14 Timbang pasien secara teratur
 - 15 Timbang pasien secara teratur.
 - 16 Ajarkan pasien dan keluarga tentang proses pencernaan yang normal.
 - 17 Ajaran pasien/keluarga tentang kerangka waktu Untuk revolusi sembelit

sumber : Nurarif. 2015 ; Herdman, 2018 ; Deonges 2018

9. Resiko Syok (Hipovolemik)

Tabel 3.9

Intervensi Resiko Syok (Hipovolemik)

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	Intervensi	rasional
Resiko syok	NOC	NIC	
Syok prevention			

Definisi : Beresiko terhadap ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa

Faktor Resiko :

- Hipotensi
- Hipovolemi
- Hipoksemia
- Hipoksia
- Infeksi
- Sepsis
- Sindrom respons inflamasi sistemik

❖ Syok prevention

❖ Syok management

Kriteria Hasil:

❖ Nadi dalam batas yang diharapkan

❖ Irama jantung dalam batas yang diharapkan

❖ Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan

❖ Irama pernapasan dalam batas yang diharapkan

❖ Natrium serum dalam batas normal

❖ Kalium serum dalam batas normal

❖ Klorida serum dalam batas normal

❖ Kalsium serum dalam batas normal

❖ Magnesium serum dalam batas normal

❖ PH darah serum dalam batas normal
Hidrasi

❖ Indicator :

❖ Mata cekung tidak ditemukan

❖ Demam tidak ditemukan

1. Monitor status sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme, nadi perifer, dan kapiler refill.

2. Monitor suhu dan pernafasan

3. Monitor input dan output

4. Pantau nilai labor : HB, HT, AGD dan elektrolit

5. Monitor hemodinamik invasi yng sesuai

6. Monitor tanda dan gejala asites

• Monitor tanda awal syok

• Tempatkan pasien pada posisi supine,

• kaki elevasi untuk peningkatan

• preload dengan tepat

• Lihat dan pelihara kepatenan jalan

• Nafas

• Berikan cairan IV dan atau oral yang

• Tepat

1. Vasokontriksi adalah respon simpatis untuk menurunkan volume sirkulasi dan dapat terjadi sebagai efek samping pemebrian vasoprepsis.

2. Disritmia dan perubahan iskemik dapat terjadi hipotensi, hipoksia, asidosis, ketidakseimbangan elektrolit, atau pendinginan dekat jantung lavase salin dingin digunakan untuk mengontrol perdarahan.

3. Mengidentifikasi hipoksemia dan efektivitas serta kebutuhan terapi.

- ❖ Tekanan darah dalam batas normal
 - ❖ Hematokrit dalam batas normal
- Berikan vasodilator yang tepat
 - Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok
 - Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok
 - Syok management
 - Monitor fungsi neurologis
 - Monitor fungsi renal (e.g BUN dan Cr : Level)
 - Monitor tekanan nadi
 - Monitor status cairan, input, output
 - Catat gas darah arteri dan oksigen
 - Dijaringan
 - Monitor EKG, sesuai
 - Memanfaatkan pemantauan jalur arteri untuk meningkatkan akurasi
 - pembacaan tekanan darah, sesuai
 - Menggambar gas darah arteri dan memonitor jaringan oksigenasi
 - Memantau tren dalam parameter
 - hemodinamik (misalnya, CVP, MAP,
-

- tekanan kapiler pulmonal / arteri)
- Memantau faktor penentu pengiriman jaringan oksigen (misalnya, PaO₂ kadar hemoglobin SaO₂, CO), jika tersedia
- Memantau tingkat karbon dioksida
- sublingual dan / atau tonometry
- lambung, sesuai
- Memonitor gejala gagal pernafasan
- (misalnya, rendah PaO₂ peningkatan
- PaCO₂ tingkat, kelelahan otot
- pernafasan)
- Monitor nilai laboratorium (misalnya,
- CBC dengan diferensial) koagulasi
- profil,ABC, tingkat laktat, budaya,
- dan profil kimia)
- Masukkan dan memelihara besarnya
- kobosanan akses IV

sumber : Nurarif. 2015 ; Herdman, 2018 ; Deonges 2018

10. Resiko Pendarahan

Tabel 3.10

Intervensi Resiko Pendarahan

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	intervensi	Rasional
Resiko perdarahan	NOC	NIC	
Definisi : Beresiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan.	❖ Blood lose severity	Bleeding precautions	
Faktor Resiko :	❖ Blood koagulation	1 Monitor ketat tanda-tanda perdarahan	1. Tentukan lokasi perdarahan.
• Aneurisme	Kriteria Hasil:	2 Catat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan	2. Perubahan TD dan denut nadi dapat digunakan untuk menentukan perkiraan kasar kehilangan darah, TD kurang dari 90 mmHg dan denyut nadi lebih dari 10 menandakan penurunan volume 15-30%, atau kira kira 1.000 mL hipotensial postural mencerminkan penurunan volume sirkulasi.
• Sirkumsisi	❖ Tidak ada hematuria dan hematemesis		
• Defisiensi pengetahuan	❖ Kehilangan darah yang terlihat		
• Koagulopati intravaskuler diseminata	❖ Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastole		
• Riwayat jatuh	❖ Tidak ada perdarahan pervagina	3 Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit	3. Membantu menentukan kebutuhan penggantian darah dan memantau efektivitas terapi.
• Gangguan gastrointestinal	❖ Tidak ada distensi abdominal		
• (mis., penyakit ulkus lambung, polip, varises)	❖ Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal	4 Monitor TTV ortostatik	4. Aktivitas muntah dapat menyebabkan tekanan intra abdomen dan dapat memicu perdarahan lebih lanjut.
• Gangguan fungsi hati (mis, sirosis, hepatitis)	❖ Plasma, PT, PTT dalam batas normal		
• Koagulopati inheren (mis, trombositopenia)			
• Komplikasi pascapartum (mis, atoni uteri, retensi plasenta)		5 Pertahankan bed rest selama	5. Penggantian cairan dengan larutan kristaloid isotonik

- Komplikasi terkait kehamilan (mis, plasenta previa, kehamilan mola, solusio plasenta)
 - Trauma
 - Efek samping terkait terapi (mis, pembedahan, pemberian obat, pemberian produk darah defisiensi trombosit, kemoterapi)
- perdarahan aktif bergantung pada derajat hipovolemik dan durasi perdarahan.
- 6 Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresh frozen plasma)

6. Tujuan dalam memberikan tindakan transfusi darah adalah Meningkatkan kemampuan darah dalam mengangkut oksigen
 - 7 Hindari pemberian aspirin dan antikoagulan

7. Antikoagulan adalah obat yang bekerja untuk mencegah penggumpalan darah
 - 8 Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K

8. fungsi vitamin K ini untuk membantu proses pembekuan darah saat terjadi luka pada bagian tubuh
 - 9 Monitor status cairan yang meliputi intake dan output

9. keseimbangan intake output penting dalam perdarahan
 - 10 Pertahankan patensi IV line

10. cara pemberian obat ada beberapa macam diantaranya adalah melewati jalur intravena

11. Defisiensi Pengetahuan : Perawatan Post Partum b.d
Kurangnya Informasi Tentang Penanganan Post Partum.

Tabel 3.11

Intervensi Defisiensi Pengetahuan

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	intervensi	rasional
Definisi : Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.	NOC ❖ Knowledge : disease proses ❖ Knowledge : health behavior Kriteria Hasil: ❖ Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, program pengobatan.	NIC Treching : disease proces 1 Berikan penilaia tentang tingkat 2 pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik	1. sediakan pengetahuan dasar dimana klien dapat membuat pilihan. 2. Meningkatkan kompetensi perawatan diri dan meningkatkan kemandirian. 3. Mengurangi potensial infeksi yang diperoleh.
Batasan Karakteristik: 11 Perilaku hiperbola 12 Ketidakakuratan mengikuti perintah 13 Ketidakakuratan mengikutites(m is., • hysteria, bermusuhan, agitasi, apatis) • Pengukuran masalah Faktor yang berhubungan: • Keterbatasan kognitif • Salah intepretasi informasi • Kurang pajaran • Kurang minat dalam belajar	❖ Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar. ❖ Pasien dan keluarga mamu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya.	3 Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat. 4 Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat 5 Sediakan informasi pada pasien tentang	4. Meningkatkan dukungan untuk klien selama periode penyembuhan dan memberikan evaluasi tambahan pada kebutuhan yang sedang berjalan atau berikan perhatian. 5. pengetahuan tentang proses penyakit dapat meningkatkan pemahaman tentang proses penyembuhan 6. Gaya hidup adalah pola hidup seseorang di dunia yang diekspresikan dalam aktivitas, minat, dan opininya

- Kurang dapat mengingat
 - Tidak familiar dengan sumber informasi
- kondisi dengan cara yang tepat
- 6 Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit
- 7 Diskusikan pilihan terapi atau penanganan
- 7.Tanda(sign) adalah temuan objektif yang diobservasi oleh dokter sedang gejala(symptom) adalah pengalaman subjektif yang digambarkan oleh pasien