

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST SEKSIO
SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANG DELIMA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan
(A.Md.Kep) pada Program Studi DIII Keperawatan Universitas Bhakti Kencana
Bandung

Oleh :

RATNENSIH

NIM : AKX.17.069



PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA BANDUNG

2020

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ratnengsih
NPM : AKX.17.069
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan pada Ibu Post Seksio
Sesarea dengan Nyeri Akut di Ruang Delima
Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Karya tulis tesis 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 ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing dan Masukan Tim Penelaah/Penguji.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah di tulis atau di publikasikan orang lain kecuali secara tertulis dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan di sebutkan 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 berupa pencabutan gelar yang telah di peroleh dalam karya ini, serta sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Bandung, Juni 2020

Yang Membuat



Ratnengsih
AKX.17.069

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST SEKSIO SESAREA
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG DELIMA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
CIAMIS**

**OLEH
RATNENGSIH
AKX.17.069**

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

Menyetujui;

Pembimbing Utama



**Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep
NIK : 02016020178**

Pembimbing Pendamping



**Ice Komalaningsih, SKM
NIK : 10218003**

**Mengetahui,
Prodi DIII Keperawatan
Ketua**



**Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep., M.Kep
NIK : 02001020009**

LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST SEKSIO SESAREA
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG DELIMA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
CIAMIS

OLEH
RATNENGSIH
AKX.17.069

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 Bandung Pada tanggal,

PANITIA PENGUJI

Ketua : Tufi Suprpti, S.Kp.,M.Kep
(Pembimbing Utama)

(.....)

Anggota :

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

(.....)

2. Penguji 2
Hj. Diana Ulfah, S.Kp

(.....)

3. Ice Komalaningsih, SKM
(Pembimbing Pendamping)

(.....)

Mengetahui,
Universitas Bhakti Kencana Bandung
Dekan Fakultas Keperawatan



Ru. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep
NIK : 02007020132

ABSTRAK

Latar belakang : Hasil dari data rekam medik RSUD Ciamis terdapat 1.173 kasus persalinan dengan seksio sesarea sepanjang tahun 2019. Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut ; Masalah fisiologis pada beberapa hari pertama paska seksio sesarea didominasi oleh nyeri. Teknik nonfarmakologi merupakan salah satu intervensi keperawatan secara mandiri untuk mengurangi nyeri. **Metode :** Studi kasus yaitu untuk 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 nyeri akut. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan 2x24 jam, masalah keperawatan nyeri akut pada klien pertama belum teratasi, namun pada klien kedua dapat teratasi. **Diskusi :** Pada kedua klien ditemukan masalah nyeri akut *post* seksio sesarea. Adapun hasil dari intervensi terapi relaksasi nafas dalam pada kedua klien yaitu klien pertama dengan skala nyeri 6 menurun menjadi 4 (0-10) sedangkan pada klien kedua dari skala 5 menjadi 3 (0-10). Penulis menyarankan kepada pihak rumah sakit agar menerapkan terapi nonfarmakologi terapi musik untuk mengontrol nyeri, sehingga klien dapat mengontrol nyerinya secara mandiri tanpa terus-menerus menggunakan terapi farmakologi.

Keyword : Asuhan Keperawatan, Nyeri Akut, Post Seksio Sesarea

Daftar Pustaka : 11 buku (2010-2019), 2 jurnal

ABSTRACT

Background: results of medial records of ciamis Regional Hospital there were 1,173 cases of labor with cesarean section during 2019. Cearean section was a way of giving birth to a fetus by making an incision in the uterine wall through the front wall of the abdomen; Physiological problems in the first new days after cesarean section are dominated by pain. Nonpharmaology technique is one of the nursing interventions independently to reduce pain. **Method :** case study is to explore a problem/phenomenon with detailed limitations, have in dept data retrieval and include various sources of information. This Case study was conducted on two post cesarean section patients with acute pain. Results: After 2x24 hour nursing care, the problem of acute pain nursing in the first client has not been resolved, but the second client can be overcome. **Discussion :** Both clients found acute post-cesarean section pain problems. The results of deep breathing relaxation therapy interventions on both clients, namely the first client with a pain scale of 6 decreased to 4 (0-10) while on the second client of a scale of 5 to 3 (0-10). The author suggests to the hospital to apply non-pharmacological therapy to music therapy to control pain, so that clients can control their pain independently without continuously using pharmacological therapy.

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

Bibliography : 11 books (2010-2019), 2 journals

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANG DELIMA RSUD CIAMIS” dengan sebaik-baiknya.

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

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

1. H. Mulyana, S.H, M.Pd., M.H.Kes. selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat menempuh Pendidikan Keperawatan Anestesi di Universitas Bhakti Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, MH.Kes.,Apt. selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana Bandung
3. Rd. Siti Jundiah, S,Kp.,M.Kep. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
4. Dede Nur Aziz M, S.Kep.,M.Kep. selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
5. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep. selaku pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan, saran serta motivasi yang sangat berguna dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. Ice Komalaningsih, SKM. Selaku pembimbing pendamping yang telah membimbing dan memotivasi penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

7. Staf dosen dan karyawan program studi DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik.
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. Ny. E dan Ny. Y serta kedua keluarga yang telah bekerja sama dengan penulis selama pemberian Asuhan Keperawatan.
10. Ayahanda tercinta Karvi dan ibunda tersayang Mimi , serta untuk kakak Raisa, Agus rahadi (Alm), Agus Aryatha Rahadi, Niazi, dan Dede yang selalu memberikan dukungan, doa yang tulus sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
11. Untuk teman-teman seperjuangan Anestesi Angkatan XIII yang telah motivasi dalam penyusunan karya tulis ilmiah.
12. Terima kasih kepada Zuliyanti, Nur adinda, Dhea, Shova, Illafin, Nola, Hasstika, Reza, Erni, I nyoman sudiarta kusuma, M fauzan, Lalu lukman, yang telah membantu sehingga KTI ini dapat terselesaikan tepat waktu.
13. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang tidak dapat penulis sampaikan satu persatu.

Penulis menyadari dalam penulisan 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, Juni 2020

Penulis

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR BAGAN	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR SINGKATAN	xv
DAFTAR GAMBAR	xvii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan	5
1.4 Manfaat	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Anatomi Sistem Reproduksi	8
2.1.1 Genitalia Interna.....	8
2.2 Konsep Seksio Sesarea.....	9
2.2.1 Definisi Seksio Sesarea	9
2.2.2 Etiologi.....	9
2.2.3 Patofisiologi	10

2.2.4	Klasifikasi	13
2.2.5	Indikasi	14
2.2.6	Komplikasi	15
2.2.7	Pemeriksaan Diagnostik.....	16
2.2.8	Penatalaksanaan medik	16
2.3	Konsep Dasar Nifas.....	17
2.3.1	Definisi Masa Nifas	17
2.3.2	Tahapan masa nifas	17
2.3.3	Adaptasi fisiologis post partum.....	18
2.3.4	Adaptasi psikologis post partum	23
2.4	Konsep Nyeri	24
2.4.1	Definisi.....	24
2.4.2	Fisiologi Nyeri	25
2.4.3	Patofisiologi Nyeri	26
2.4.4	Penilaian Nyeri.....	27
2.4.5	Penatalaksanaan Nyeri	27
2.5	Konsep Asuhan Keperawatan Pada Post Seksio Sesarea	28
2.5.1	Pengkajian	28
2.5.2	Diagnosa Keperawatan	38
2.5.3	Intervensi Keperawatan.....	39
2.5.4	Implementasi Keperawatan.....	61
2.5.5	Evaluasi	61
 BAB III METODE PENELITIAN		
1.1	Desain Penelitian.....	63
1.2	Batasan Istilah	63

1.3 Partisipan/Responden/Subyek Penelitian.....	64
1.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	64
1.5 Pengumpulan Data	64
1.6 Uji Keabsahan Data.....	65
1.7 Analisis Data	66
1.8 Etik Penulisan KTI.....	68

BAB IV PEMBAHASAN

1.1 Hasil	70
1.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	70
1.1.2 Pengkajian	71
1.1.3 Analisa Data	89
1.1.4 Diagnosa Keperawatan.....	94
1.1.5 Perencanaan.....	99
1.1.6 Implementasi	105
1.1.7 Evaluasi Sumatif	111
1.2 Pembahasan	113
1.2.1 Pengkajian	113
1.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	114
1.2.3 Intervensi.....	120
1.2.4 Implementasi	121
1.2.5 Evaluasi	122

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan.....	125
5.1.1 Pengkajian	125
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	126
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	127
5.1.4 Implementasi Keperawatan.....	127

5.1.5 Evaluasi	128
5.2.1 Untuk Rumah Sakit	128
5.2.2 Untuk Pendidikan.....	128

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perubahan Uterus Selama Masa Nifas	18
Tabel 2.1 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas	40
Tabel 2.3 Intervensi Nyeri Akut.....	42
Tabel 2.4 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan ...	44
Tabel 2.5 Intervensi Ketidakefektifan pemberian ASI	46
Tabel 2.6 Intervensi Gangguan Eliminasi	47
Tabel 2.7 Intervensi Gangguan Pola Tidur	48
Tabel 2.8 Intervensi Resiko Infeksi	50
Tabel 2.9 Intervensi Defisit Perawatan Diri.....	51
Tabel 2.10 Intervensi Konstipasi	55
Tabel 2.11 Intervensi Resiko Syok	56
Tabel 2.12 Intervensi Perdarahan.....	58
Tabel 2.13 Intervensi Defisiensi Pengetahuan.....	59
Tabel 4.1 Identitas Klien	71
Tabel 4.2 Identitas Penanggung Jawab	71
Tabel 4.3 Riwayat Kesehatan.....	72
Tabel 4.4 Riwayat Ginekologi dan Obstetri.....	73
Tabel 4.5 Pola Aktivitas Sehari-hari	76
Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik	78
Tabel 4.7 Data psikologis.....	84
Tabel 4.8 Data Sosial	85

Tabel 4.9 Kebutuhan Bounding Attachment	86
Tabel 4.10 Kebutuhan Pemenuhan Seksual	86
Tabel 4.11 Data Spiritual	86
Tabel 4.12 Pengetahuan Tentang Perawatan Diri	87
Tabel 4.13 Hasil pemeriksaan diagnostik	87
Tabel 4.14 Program dan rencana pengobatan	88
Tabel 4.15 Analisa Data	89
Tabel 4.16 Diagnosa Keperawatan	94
Tabel 4.17 Intervensi.....	99
Tabel 4.18 Implementasi.....	105
Tabel 4.19 Evaluasi.....	111

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Patofisiologi Seksio Sesarea	12
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I : Lembar Konsultasi KTI
- Lampiran II : Lembar Observasi
- Lampiran III : Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran IV : Surat Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus
- Lampiran V : Jurnal Terapi Relaksasi Nafas Dalam
- Lampiran VI : Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

APGAR	: <i>Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration</i>
AIDS	: <i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BB	: Berat Badan
b.d	: Berhubungan dengan
°C	: Derajat Celcius
cc	: Cubic Centimeter
CGRP	: Calcitonin gene-related peptide
CPD	: Cephalopelvic disproportion
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
CV	: Conjugata Vera
DM	: Diabetes Melitus
EKG	: Elektrokardiogram
GCS	: Glasgow Coma Scale
gr	: Gram
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
HPL	: Human Placental Lactogen
IV	: Intra Vena
IPPA	: Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi
IU	: <i>International Unit</i>

Jl	: Jalan
KB	: Keluarga Berencana
KTI	: Karya Tulis Ilmiah
Kg	: Kilogram
ml	: Milliliter
mm	: Millimeter
NANDA	: <i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NIC	: Nurisng Intervention Classification
NOC	: Nursing Outcome Classification
Ny	: Nyonya
P ₂ A ₂	: Partus 2 kali, Abortus 2
P ₁ A ₁	: Partus 1 kali, Abortus 1
P	: Provokatif/Paliatif
Q	: Kualitas/Quantitas
R	: Region/Radiasi
RR	: Respirasi
RS	: Rumah Sakit
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
S	: Skala/Severity
SC	: <i>Sectio Caesarea</i>
SGOT	: <i>Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase</i>
SGPT	: <i>Serum Glutamic Pyruvic Transaminase</i>

T	: Timing
TBC	: Tuberculosis
TD	: Tekanan Darah
Tpm	: Tetes per menit
TT	: Tetanus Toxoid
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
VAS	: <i>Visual Analog Scale</i>
WIB	: Waktu Indonesia Barat
WOD	: Wawancara, Observasi, Dokumen

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin atau uri) yang telah cukup bulan atau hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Solehati & Kosasih 2015). Seksio Sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut ; seksio sesarea juga dapat didefinisikan sebagai suatu *histeretomia* untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Amru Sofian 2011).

Indikasi seksio sesarea dapat dilakukan dengan alasan medis antara lain dari faktor ibu : *Distosia*, *Cephalo Pelvic Dispropotion* (CPD), *Preeklamsi* berat dan *eklamsi*, gagal proses persalinan, seksio berulang, plasenta previa, solutio plasenta, tumor jalan lahir yang menimbulkan *obstruksi*, *ruptura uteri*, takut persalinan *pervaginam*, pengalaman buruk melahirkan *pervaginam*, adanya keinginan untuk melahirkan pada hari yang telah ditentukan, *disfungsi uterus*, usia ibu lebih dari 35 tahun, *herpes genetal* aktif, adapun alasan janin yaitu : terjadinya gawat janin, letak janin, kehamilan ganda, adanya bobot badan bayi yang ukurannya lebih dari normal (Solehati & Kosasih et al. 2015).

Menurut *World Health Organization* (WHO) (2015) sekitar 15% persalinan di dunia dilakukan dengan tindakan Seksio sesarea. Masih menurut WHO, untuk Asia tenggara persalinan dengan tindakan Seksio sesarea cukup tinggi yaitu 27%. Berdasarkan hasil RISKESDAS 2018 tahun 2018, angka ibu melahirkan dengan Seksio sesarea di Indonesia 17,6% dengan proporsi tertinggi di Bali 30,2% dan terendah di Papua 6,7%, dan kelahiran metode Seksio sesarea di Jawa Barat 15,5%. Berdasarkan data yang penulis dapatkan dari *medical record* RSUD CIAMIS pada tahun 2019, didapatkan data kasus persalinan dengan tindakan seksio sesarea sebanyak 1.173.

Masalah yang lazim muncul pada Tindakan seksio sesarea yaitu: Ketidakefektifan bersihan jalan nafas, Nyeri akut, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, Ketidakefektifan pemberian ASI, Gangguan eliminasi urine, Gangguan pola tidur, Defisit perawatan diri: mandi,/kebersihan diri, makan, toileting, Konstipasi, Resiko syok (hipovolemik), Resiko perdarahan, Defisiensi pengetahuan : perawatan *post partum* (Nurarif & Kusuma 2015).

Nyeri merupakan bentuk stressor yang dapat menimbulkan beberapa respons seperti tidak mampu bernafas dengan dalam, gangguan mobilitas, menurunkan nafsu makan, dan mengganggu tidur sehingga menghambat proses penyembuhan (Solehati & Kosasih 2015). Nyeri akut didefinisikan sebagai suatu nyeri yang dapat dikenali penyebabnya, waktunya pendek, dan diikuti oleh peningkatan tegangan otot serta kecemasan. (Solehati & Kosasih

2015). Menurut Manuba (2013) persepsi nyeri individu yang berbeda-beda dalam skala dan tingkatannya karena merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, dan sifatnya sangat subjektif.

Masalah fisiologis pada beberapa hari pertama paska seksio sesarea didominasi oleh nyeri. Nyeri terjadi akibat adanya stimulasi ujung saraf oleh bahan kimia yang dilepas pada saat operasi atau karena *iskemi* jaringan akibat gangguan aliran darah ke salah satu bagian jaringan. **Rasa nyeri akan menimbulkan perasaan tidak nyaman, apabila hal ini tidak segera diatasi maka dapat menimbulkan efek membahayakan yang akan mengganggu proses penyembuhan. Hal ini terjadi karena rasa nyeri yang berkepanjangan dapat menimbulkan beberapa gangguan, baik aspek fisik maupun psikis klien.**

Nyeri yang dirasakan dapat mengganggu istirahat tidur klien juga mengganggu aktivitas sehari-hari sehingga pasien membutuhkan bantuan, kesulitan untuk memberikan ASI kepada bayinya, dan dapat menyulitkan ibu untuk merawat bayinya secara mandiri dengan segera. Peran utama perawat sebagai pendidik berperan dalam meningkatkan pemahaman ibu agar mampu menggunakan berbagai teknik pengurangan nyeri.

Nyeri dapat diatasi dengan terapi farmakologi dan non farmakologi. Penatalaksanaan nyeri secara farmakologi yaitu dengan kolaborasi pemberian analgetik dan penatalaksanaan nyeri non farmakologi yaitu dengan cara hipnosis, teknik relaksasi nafas dalam, genggam jari,

acupressure yoga, umpan balik biologis, sentuhan terapeutik, terapi aroma, suatu penggunaan jamu-jamuan atau uap, kompres panas, mendengar musik.

Teknik non farmakologi merupakan salah satu intervensi keperawatan secara mandiri untuk mengurangi nyeri yang dirasakan oleh pasien. Teknik relaksasi memberikan individu kontrol diri ketika nyeri muncul. Perawat berperan besar dalam penanggulangan nyeri non farmakologi yakni melatih teknik relaksasi napas dalam yang merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan. Teknik relaksasi napas dalam paling efektif dilakukan pada klien dengan skala nyeri 4-6 (Widiatie 2017). Tujuan relaksasi nafas dalam yaitu agar individu dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa ketegangan dan stress yang membuat individu merasa dalam kondisi yang tidak nyaman menjadi nyaman.

Saat dilakukan teknik relaksasi nafas dalam, pasien merelaksasikan otot-otot *skelet* yang mengalami *spasme* yang disebabkan oleh peningkatan *prostaglandin* sehingga terjadi *vasodilatasi* pembuluh darah dan akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami *spasme* dan *iskemik*. Kemudian juga mampu merangsang tubuh untuk melepaskan *opioid endogen* yaitu *endorphin* dan *enkefalin*, yang mana *opioid* ini berfungsi sebagai (*analgesik* alami) untuk memblokir reseptor pada sel-sel saraf sehingga mengganggu transmisi sinyal rasa sakit.

Berdasarkan penjelasan diatas penulis tertarik untuk membahas lebih lanjut tentang asuhan keperawatan pada ibu *post* seksio sesarea yang

dituangkan dalam karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Klien *Post* operasi Seksio Sesarea dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di ruang Delima RSUD CIAMIS ”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien *post* seksio sesarea yang mengalami masalah keperawatan nyeri akut di ruang Delima RSUD CIAMIS ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif baik bio-psiko-sosial dan spiritual pada klien *post* seksio sesarea yang mengalami masalah keperawatan nyeri akut di RSUD CIAMIS.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan pada klien *post* seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD CIAMIS
- b. Penulis mampu menetapkan diagnosa keperawatan pada klien yang mengalami *post* seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD CIAMIS.
- c. Penulis mampu menyusun perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami *post* seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD CIAMIS.

- d. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami *post* seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD CIAMIS.
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi pada klien yang mengalami *post* seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD CIAMIS.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Meningkatkan wawasan serta pengetahuan bagi pembaca dalam melaksanakan praktik keperawatan agar dapat mengetahui tentang seksio sesarea dan bagaimana seksio sesarea dapat terjadi. Penulisan kaya tulis ini berfungsi untuk mengetahui antara teori dan kasus nyata yang terjadi dilapangan dengan dilakukan penelitian antara dua responden, diharapkan pembaca dapat mengetahui perbedaan dari dua responden tersebut.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Perawat

Diharapkan untuk menentukan diagnosa keperawatan dengan tepat dan intervensi keperawatan yang akan dilakukan pada pasien dengan *post* seksio sesarea dengan aplikasi non farmakologi teknik relaksasi nafas dalam untuk mengontrol nyeri.

b. Bagi Rumah Sakit

Sebagai acuan dan informasi dalam penanganan pasien *post* seksio sesarea yang mengalami nyeri akut.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Manfaat praktis bagi institusi akademik yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu dalam aplikasi pengelolaan nyeri non farmakologi menggunakan teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan nyeri pada asuhan keperawatan pasien *post* seksio sesarea dengan masalah nyeri akut.

d. Bagi Klien dan Keluarga

Manfaat bagi pasien dan keluarga yaitu supaya pasien dan keluarga dapat menambah pengetahuan atau informasi tentang bagaimana menangani pasien *post* seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut beserta perawatan yang benar bagi pasien agar klien mendapat perawatan yang tepat dalam.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Anatomi sistem reproduksi

2.1.1 Genetalia interna

a. Ovarium

Merupakan jumlah sepasang, bentuk oval dengan panjang 3-4 cm menggantung bertaut melalui mesentrium ke uterus. Merupakan gonad wanita yang berfungsi menghasilkan ovum dan mensekresikan hormon kelamin wanita yaitu estrogen dan progesterone.

b. Tuba fallopi/oviduk (saluran telur)

Jumlah sepasang ujungnya mirip corong berjumbai yang disebut *infundibulum* berfungsi untuk menangkap ovum yang dilepas dari ovarium. Epitelium bagian dalam saluran ini bersilia, gerakan silia akan mendorong ovum untuk bergerak menuju uterus.

c. Uterus/rahim

Jumlah satu buah, berotot polos, tebal berbentuk seperti buah pir bagian bawah mengecil disebut serviks. Uterus merupakan tempat tumbuh dan berkembangnya embrio. Dinding sebelah dalam disebut *endometrium*, banyak menghasilkan lendir dan pembuluh

darah. Endometrium akan menebal menjelang ovulasi dan meluruh pada saat menstruasi.

d. Vagina

Merupakan akhir dari saluran reproduksi wanita. Suatu selaput berpembuluh darah yang disebut *himen* yang menutupi sebagian saluran vagina. Bermuara kelenjar bartholini yang mensekresikan lendir saat terjadi rangsangan seksual.

2.2 Konsep Seksio Caesarea

2.2.1 Definisi seksio searea

Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin yang dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut; seksio sesarea juga dapat didefinisikan sebagai suatu *histerotomia* untuk melahirkan janin dari dalam rahim. (Amru Sofian 2011).

2.2.2 Etiologi

1. Etiologi yang berasal dari ibu

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

2. Etiologi yang berasal dari janin

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

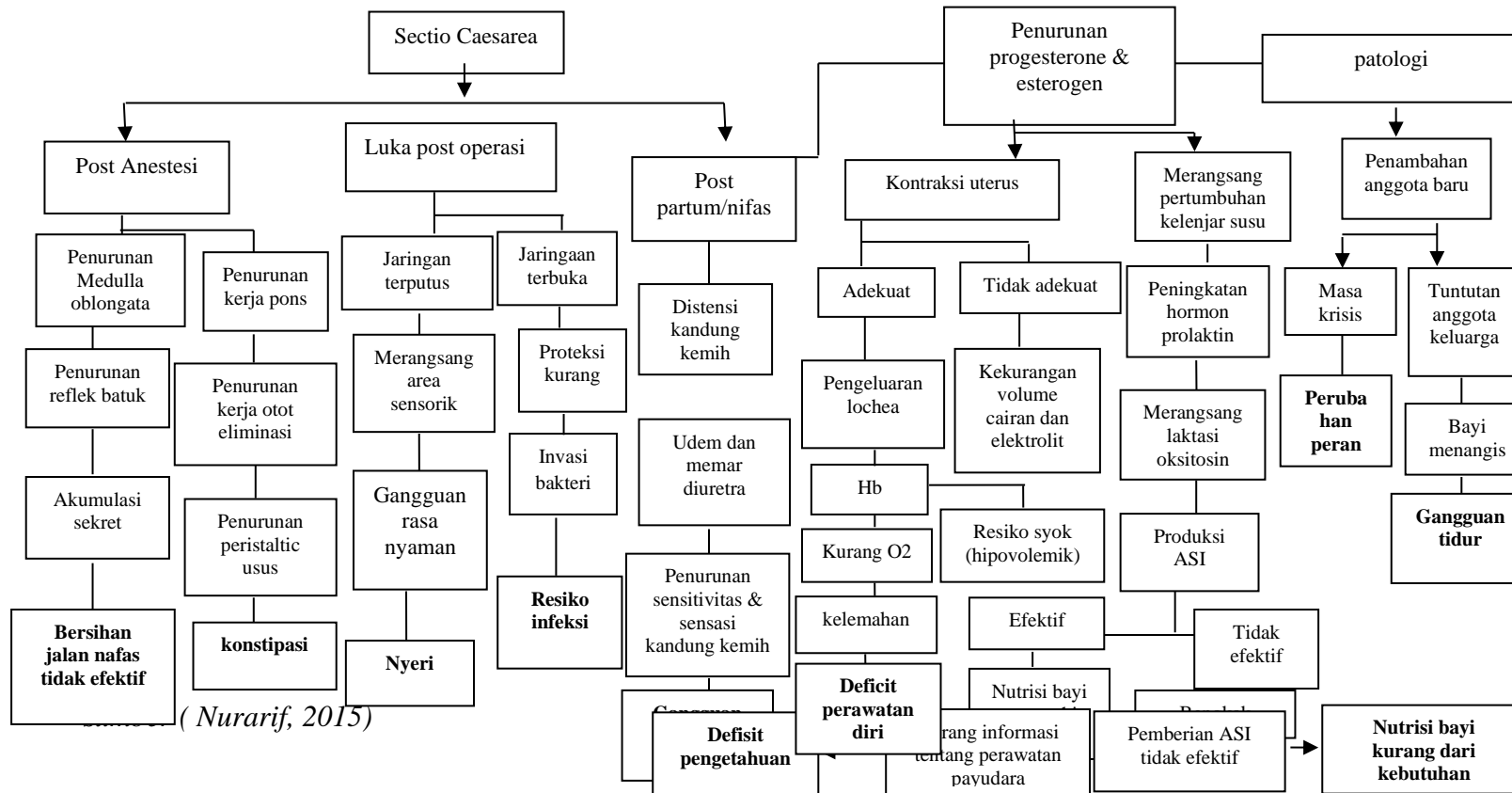
2.2.3 Patofisiologi

Tindakan seksio sesarea dapat menimbulkan masalah yang cukup kompleks bagi klien, dampak fisiologis yang sering muncul pada pasien paska seksio sesarea yaitu adanya nyeri. Rasa nyeri yang sering timbul setelah dilakukan tindakan seksio sesarea terjadi sebagai akibat adanya torehan jaringan yang mengakibatkan kontinuitas jaringan terputus, nyeri juga terjadi akibat adanya stimulasi ujung saraf oleh bahan kimia yang dilepas pada saat operasi atau karena iskemi jaringan akibat gangguan aliran darah ke salah satu bagian jaringan. Setelah proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka *post* operasi yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah risiko infeksi.

Pengaruh terhadap nafas yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif akibat sekret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup. Anestesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus. Seperti yang telah diketahui setelah makanan masuk lambung akan terjadi proses penghancuran dengan bantuan peristaltik usus. Kemudian diserap untuk metabolisme sehingga tubuh memperoleh energi. Akibat dari mortilitas yang menurun maka juga berakibat pada perubahan pola eliminasi yaitu konstipasi.

Selama proses persalinan kandung kemih memiliki trauma yang dapat mengakibatkan tekanan yang berlebihan dan pengosongan yang tidak sempurna dari kandung kemih, biasanya ibu mengalami gangguan eliminasi urine.

Bagan 2.1
Pathway Seksio Sesarea



2.2.4 Klasifikasi

a. Abdomen (Seksio sesarea Abdominalis)

1. Seksio sesarea *transperitonealis* :

- 1) Seksio sesarea klasik atau korporal dengan insisi memanjang pada korpus uteri.
- 2) Seksio sesarea ismika atau profunda atau *low cervical* dengan insisi pada segmen bawah rahim.
- 3) Seksio sesarea *ekstraperitonealis*, yaitu seksio sesarea tanpa membuka peritoneum pariteale ; dengan demikian, tidak membuka kavum abdominalis.

2. Vagina (seksio sesarea vaginalis)

Menurut arah sayatan pada rahim, seksio sesarea dapat dilakukan sebagai berikut :

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

3. Seksio sesarea klasik (korporal)

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

4. Seksio sesarea ismika (Profunda)

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

2.2.5 Indikasi

1. Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior)
2. Panggul sempit

Holmer mengambil batas terendah untuk melahirkan janin via naturalis ialah $CV = 8$ cm. Panggul dengan CV (conjugate vera) < 8 cm dapat dipastikan tidak dapat melahirkan janin secara normal, harus diselesaikan dengan seksio sesarea. Conjugate vera antara 8 dan 10 boleh dilakukan partus percobaan ; baru setelah gagal, dilakukan seksio sesarea sekunder.

3. Disposisi sefalopelvik: yaitu ketidakseimbangan antara ukuran kepala dan ukuran panggul.
4. Rupture uteri mengancam
5. Partus lama (*prolonged labor*)
6. Partus tak maju (*obstructed labo*)
7. Distoria serviks
8. Pre-eklamsi dan hipertensi
9. Malpresentasi janin

- 1.) Letak lintang :

Greenhill dan Eastman sependapat bahwa

- a. Jika panggul terlalu sempit, seksio sesarea adalah cara terbaik dalam semua kasus letak lintang dengan janin hidup dan ukuran normal;

- b. Semua primigravida dengan janin letak lintang harus ditolong dengan seksio sesarea, walaupun tidak ada perkiraan panggul sempit.
- c. Multipra dengan janin letak lintang dapat lebih dulu dicoba ditolong dengan cara-cara lain.

2.) Letak bokong

Seksio sesarea dianjurkan pada letak bokong pada kasus

- a. Panggul sempit
- b. Primigravida,
- c. Janin besar dan berharga

3.) Presentasi dahi dan muka (letak defekasi) jika reposisi dengan cara-cara lain tidak berhasil.

4.) Presentasi rangkap jika reposisi tidak berhasil.

5.) Gemeli ; menurut Eastman, seksio sesarea dianjurkan

- a. Jika janin pertama letak lintang atau presentasi bahu,
- b. Jika terjadi interlock (locking of the twins)
- c. Pada kasus distosia karena tumor,
- d. Pada gawat janin dan sebagainya,

2.2.6 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 intra partum 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. Perdarahan pada *placental bed*
 3. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila Reperitonialisasi terlalu tinggi
 4. Kemungkinan rupture uteri spontan pada kehamilan mendatang (Amru Sofian 2011).

2.2.7 Pemeriksaan diagnostik

Pemantauan janin terhadap kesehatan janin, pemantauan EKG, JDL dengan diferensial, Elektrolit, Hemoglobin/Hematokrit, Golongan darah, Urinalisis, Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi, Ultrasound sesuai pesanan.

2.2.8 Penatalaksanaan Medik atau Implikasi Keperawatan

Penatalaksanaan medik dan implikasi keperawatan pada klien *post seksio sesarea* 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 setelah operasi. Kemudian posisi tidur terlentang dapat diubah menjadi setengah posisi duduk (semi fowler). Selanjutnya pasien dianjurkan belajar duduk, belajar berjalan sendiri pada hari ketiga sampai hari kelima pasca operasi dan kateterisasi (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

2.3 Konsep Dasar Nifas

2.3.1 Definisi masa nifas

Menurut Farrer (dikutip Solehati & Kosasih 2015) Nifas atau *puerperium* adalah periode waktu atau masa ketika organ-organ reproduksi kembali pada keadaan tidak hamil, Masa ini membutuhkan waktu sekitar enam minggu.

2.3.2 Tahapan masa nifas

Masa nifas (*puerperium*) yang dialami oleh seorang wanita terbagi menjadi tiga tahapan, yaitu :

(1) *Puerperium* dini

Puerperium dini merupakan masa kepulihan, pada tahapan ini ibu telah diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.

(2) *Puerperium intermedial*

Puerperium intermedial merupakan masa kepulihan menyeluruh dari organ-organ reproduksi yang lamanya antara 6-8 minggu.

(3) *Remote puerperium*

Remote puerperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi.

2.3.3 Adaptasi fisiologi post partum

a. Perubahan fisiologis masa nifas pada sistem reproduksi

1. Involusi uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil.

Perubahan-perubahan normal pada uterus selama post partum adalah sebagai berikut :

Involusi uteri	tinggi fundus uteri	Berat uterus	Diameter uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari (1 minggu)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 cm
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5cm

2. *Lochea*

1. *Lochea Rubra*

Merupakan *Lochea* yang keluar pada hari pertama sampai dengan hari ketiga. *Lochea Rubra* berwarna merah terang yang terdiri atas darah dengan sejumlah kecil lendir, desidua, debris tropoblast, dan sisa sel dari tempat plasenta.

2. *Lochea Serosa*

Lochea serosa keluar setelah 3-4 hari dan berwarna pucat/merah muda. *Lochea serosa* merupakan darah encer, terjadi seiring dengan perdarahan dari endometrium berkurang, terdiri atas darah tua, serum, leukosit, dan jaringan debris/sisa jaringan. Kondisi ini berangsur sampai dengan 10 hari setelah melahirkan.

3. *Lochea Alba*

Pada hari kesepuluh, *lochea* menjadi cairan putih kekuningan/cokelat keputih-putihan yang lebih encer dan lebih transparan. *Lochea* ini terdiri atas leukosit, desidua, sel-sel epitel, serum dan mucus, *Lochea* ini dapat berlanjut sampai dengan 2-6 minggu.

3. Perubahan pada serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak

berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin.

b. Perubahan fisiologis masa nifas pada sistem Endokrin

Penurunan kadar hormon yang cepat dan setelah plasenta dikeluarkan menimbulkan berbagai perubahan fisiologis dan anatomi pada masa *post partum*. *Human placental lactogen* (HPL) dan kortisol mengalami penurunan. Esterogen turun sampai dengan 10% progesteron juga mengalami penurunan, sedangkan prolaktin dan oksitosin mengalami peningkatan yang dipengaruhi oleh proses menyusui. (Solehati & Kosasih 2015).

c. Perubahan fisiologis masa nifas pada sistem perkemihan

Selama proses melahirkan kandung kemih akan mendapatkan trauma yang mengakibatkan edema dan kehilangan sensitivitas terhadap cairan. Perubahan ini menimbulkan tekanan yang berlebihan dan pengosongan kandung kemih yang tidak sempurna. Biasanya, klien mengalami ketidakmampuan buang air kecil pada dua hari pertama setelah melahirkan. (Solehati & Kosasih 2015).

d. Perubahan fisiologis masa nifas pada sistem Pencernaan

1. Nafsu makan

Setelah pulih dari rasa letih setelah melahirkan dan dari pengaruh analgesia dan anesthesia, banyak ibu paska operasi yang meningkat nafsu makannya dengan pesat dan akan

mengonsumsi makanan dalam porsi besar. Perubahan metabolisme karbohidrat dan pengeluaran energi selama persalinan dapat meningkatkan nafsu makan (Reeder 2011).

2. Eliminasi feses (pengeluaran feses)

Konstipasi merupakan hal yang sering terjadi pada masa *post partum*. Hal ini terjadi karena penurunan tonus usus dan motilitas usus akibat relaksasi otot-otot abdomen dan akibat pengaruh progesteron pada otot polos. Kurangnya asupan makanan dan dehidrasi selama persalinan dan kelahiran berperan dalam terjadinya konstipasi.

e. Perubahan fisiologis masa nifas pada sistem Kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam akan mengalami kehilangan darah sebanyak 300-400cc, sedangkan persalinan dengan seksio sesarea akan mengalami dua kali lipatnya.

1. Suhu badan

Suhu tubuh diantara 36-38 derajat celsius, merupakan perubahan fisiologis yang normal untuk ibu *post partum* pada hari ketiga. Apabila suhu tubuh mencapai 38 derajat Celsius menandakan adanya dehidrasi pada 24 jam pertama setelah persalinan serta terjadi pembentukan ASI, kemungkinan payudara membengkak, infeksi pada endometrium, mastitis, traktus genitalis, ataupun sistem lain dalam dua sampai dengan

Empat hari.

2. Nadi

Pada nadi ibu *post partum* sering terjadi *bradikardi*. *Bradikardi* merupakan perubahan fisiologis normal pada keadaan *post partum* selama 6-10 hari paska melahirkan dengan nadi 40-70x/ menit.

3. Tekanan darah

Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah. Perubahan tekanan darah menjadi rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pada *post partum* merupakan tanda terjadinya *pre-eklamsia post partum*. Namun demikian hal tersebut sangat jarang terjadi.

4. Pernafasan

Pada ibu *post partum* umumnya pernafasan lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat, keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu, nadi tidak normal pernafasan juga akan mengikutinya kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa *post partum* menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

f. Perubahan fisiologis pada sistem Neurologi

Adanya periode mati rasa dan gatal pada jari-jari terjadi pada 5% ibu *post partum*. Ibu *post partum* sering mengalami nyeri kepala yang disebabkan oleh berbagai faktor seperti pregnancy-induced hypertension (PIH), stress, dan akibat pemberian anesthesia. Nyeri kepala ini akan hilang 1-3 hari atau beberapa minggu bergantung pada penyebab dan efektivitas dalam perawatan.

- g. Perubahan fisiologis masa nifas pada sistem Muskuloskeletal
Otot-otot abdomen teregang secara bertahap selama kehamilan, mengakibatkan hilangnya kekenyalan otot, terlihat pada masa *post partum*. Peregangan otot-otot pada dinding perut adalah pada muskulus rektus abdominis. Dinding perut sering lembek dan kendur akan kembali kurang lebih 6 minggu *post partum*.

2.3.4 Adaptasi psikologis post partum

Tahapan Rubin dalam Adapasi Psikologis Ibu

1. Fase *taking in* (fase ketergantungan)

Lamanya 3 hari pertama setelah melahirkan. Fokus pada diri ibu sendiri, tidak pada bayi, ibu membutuhkan waktu untuk tidur dan istirahat. Pasif, ibu mempunyai ketergantungan dan tidak bisa membuat keputusan. Ibu memerlukan bimbingan dalam merawat bayi dan mempunyai perasaan takjub ketika melihat bayinya yang baru lahir.

2. Fase *taking hold* (fase independen)

Akhir hari ke-3 sampai hari ke-10. Aktif, mandiri, dan bisa membuat keputusan. Memulai aktivitas perawatan diri, fokus pada perut, dan kandung kemih. Fokus pada bayi dan menyusui. Merespons intruksi tentang perawatan bayi dan perawatan diri, dapat mengungkapkan kurangnya kepercayaan diri dalam merawat bayi.

3. *Letting go* (fase interdependen)

Terakhir hari ke-10 sampai 6 minggu postpartum. Ibu sudah mrngubah peran barunya. Menyadari bayi merupakan bagian dari dirinya. Ibu sudah dapat menjalankan perannya.

2.4 Nyeri

2.4.1 Definisi nyeri

Definisi nyeri menurut Azis (2009) dalam Solehati & Kosasih (2015) , bahwa nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif. Perasan nyeri pada setiap orang berbeda dalam hal skala ataupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya.

2.4.2 Fisiologi nyeri

Hampir semua jaringan tubuh terdapat ujung-ujung saraf nyeri. Ujung-ujung saraf ini 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 : *bradikinin, serotonin, histamine, ion kalium, dan asam asetat*, sedangkan enzim *proteolitik* dan substansi P akan meningkatkan sensitivitas dari 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. 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. Serabut-serabut tidak bermielin berdiameter 0,5-2 μm . Serabut ini berakhir pada neuron-neuron lamina I.

Impuls-impuls nyeri akan berjalan ke sistem saraf pusat (SSP) melalui *traktus spinotalamikus lateral*, kemudian diteruskan ke girus *post sentral* dari *corteks serebri*, lalu di *corteks serebri* inilah nyeri dipersepsikan (Solehati & Kosasih 2015).

2.4.3 Patofisiologi Nyeri Secara Umum

Rangsangan nyeri diterima oleh nociceptors pada kulit bisa intensitas tinggi maupun rendah seperti perenggangan dan suhu serta oleh lesi jaringan. Sel yang mengalami nekrotik akan merilis K^+ dan protein intraseluler. Peningkatan kadar K^+ ekstraseluler akan menyebabkan depolarisasi nociceptor, sedangkan protein pada beberapa keadaan akan menginfiltrasi mikroorganisme sehingga menyebabkan peradangan atau inflamasi. Akibatnya, mediator nyeri dilepaskan seperti leukotrien, prostaglandin E_2 , dan histamin yang akan merangsang nosiseptor sehingga rangsangan berbahaya dan tidak berbahaya dapat menyebabkan nyeri (hiperalgesia atau allodynia). Selain itu lesi juga mengaktifkan faktor pembekuan darah sehingga bradikinin dan serotonin akan terstimulasi dan merangsang nosiseptor. Jika terjadi oklusi pembuluh darah maka akan terjadi iskemia yang akan menyebabkan akumulasi K^+ ekstraseluler dan H^+ yang selanjutnya mengaktifkan nosiseptor. Histamin, bradikinin, dan prostaglandin E_2 memiliki efek vasodilator dan meningkatkan permeabilitas pembuluh darah. Hal ini menyebabkan edema lokal, tekanan jaringan meningkat dan juga terjadi Perangsangan nosiseptor. Bila nosiseptor terangsang maka mereka melepaskan substansi peptida P (SP) dan kalsitonin gen terkait peptida (CGRP), yang akan merangsang proses inflamasi dan juga menghasilkan vasodilatasi dan meningkatkan permeabilitas pembuluh darah. Vasokonstriksi (oleh serotonin), diikuti oleh

vasodilatasi, mungkin juga bertanggung jawab untuk serangan migrain. Peransangan nosiseptor inilah yang menyebabkan nyeri (Bahrudin 2017).

2.4.4 Penilaian Nyeri

Individu/ klien merupakan penilai terbaik dari nyeri yang dirasakannya. Oleh karena itu, klien harus diminta untuk menggambarkan dan membuat tingkatan dari nyeri yang dirasakannya. Informasi yang diperlukan harus dapat menggambarkan nyeri individual dalam beberapa cara, di antaranya klien diminta untuk membuat tingkatan nyeri pada skala verbal atau *visual analog scale* (VAS). 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. (Solehati & kosasih et al 2015).

2.4.5 Penatalaksanaan nyeri non farmakologi

Perawat berperan besar dalam penanggulangan nyeri non farmakologis yakni melatih teknik relaksasi napas dalam yang merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan (Smeltzer & Bare, 2010). Tujuan relaksasi nafas dalam yaitu agar individu dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa ketegangan dan stress yang membuat individu merasa dalam kondisi yang tidak nyaman menjadi nyaman. Variabel independen dalam penelitian ini adalah relaksasi napas dalam, pelaksanaannya dilakukan selama 5 kali sehari dalam 2 hari. Variabel dependennya adalah intensitas

nyeri yang diukur menggunakan skala nyeri numerik dengan skor terendah 0 dan skor tertinggi 10.

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Post Seksio sesarea

2.5.1 Pengkajian

1) Identitas dan penanggung jawab

Dikaji tentang identitas klien yang meliputi nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, suku bangsa, pendidikan terakhir, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, golongan darah, ruang rawat, nomor medrek, diagnosa medis, dan alamat (Maryunani, 2015).

2) Riwayat kesehatan

a) Keluhan utama saat masuk rumah sakit

Biasanya klien mengeluh nyeri pada abdomen (Maryunani, 2015).

b) Keluhan utama saat dikaji

Keluhan yang diungkapkan saat dilakukan pengkajian, biasanya mengeluh nyeri pada daerah luka operasi (Maryunani, 2015), keluhan ini diuraikan dengan metode PQRST :

- a. Paliatif/Propokatif yaitu segala sesuatu yang memperberat dan memperingan keluhan. Pada post partum dengan SC

biasanya klien mengeluh nyeri dirasakan bertambah apabila pasien banyak bergerak dan dirasakan berkurang apabila klien istirahat.

- b. *Quality/Quantity* yaitu dengan memperhatikan bagaimana rasanya dan kelihatannya. Pada post partum dengan SC biasanya klien mengeluh nyeri pada luka jahitan yang sangat perih seperti diiris-iris.
 - c. *Region/Radiasi* yaitu menunjukkan lokasi nyeri, dan penyebarannya. Pada post partum dengan SC biasanya klien mengeluh nyeri pada daerah luka jahitan pada daerah abdomen biasanya tidak ada penyebaran ke daerah lain.
 - d. *Severity, Skale* yaitu menunjukkan dampak dari keluhan nyeri yang dirasakan klien, dan seberapa besar gangguannya yang diukur dengan skala nyeri 0 – 10.
 - e. *Timing* yaitu menunjukkan waktu terjadinya dan frekuensi kejadian keluhan tersebut. Pada post partum dengan SC biasanya nyeri dirasakan hilang timbul dengan frekuensi tidak menentu tergantung aktifitas yang dilakukan.
- c) Riwayat kesehatan dahulu

Meliputi tentang penyakit yang pernah dialami klien pada masa lalu, seperti riwayat hipertensi, penyakit keturunan seperti diabetes dan asma riwayat alergi dan penyakit menular seperti hepatitis dan TBC, kebiasaan klien seperti merokok, minum

alkohol, minum kopi dan obat-obatan yang sering dipakai (Maryunani, 2015).

d) Riwayat kesehatan keluarga

Meliputi tentang riwayat penyakit keturunan seperti Hipertensi dan Diabetes Melitus, ataupun penyakit menular seperti TBC, HIV dan hepatitis (Maryunani, 2015).

e) Riwayat Ginekologi dan Obstetri (Maryunani, 2015)

1) Riwayat ginekologi

a) Riwayat menstruasi

Siklus haid, lamanya, banyaknya sifat darah (warna, bau, cair gumpalan) *menarche disminorhae*, HPHT dan taksiran persalinan.

b) Riwayat perkawinan (suami istri)

Usia perkawinan, umur klien dan suami saat kawin, pernikahan yang keberapa bagi klien dan suami.

c) Riwayat keluarga berencana

Jenis kontrasepsi yang digunakan klien sebelum hamil, waktu dan lamanya penggunaan kontrasepsi, apakah ada masalah dengan kontrasepsi yang digunakan, jenis kontrasepsi yang akan digunakan setelah persalinan

2) Riwayat obstetri

a) Riwayat kehamilan dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada kehamilan sebelumnya.

b) Riwayat kehamilan sekarang

Usia kehamilan, keluhan selama kehamilan, gerakan anak pertama dirasakan oleh klien, imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam pemeriksaan kehamilannya.

c) Riwayat persalinan dahulu

Meliputi umur kehamilan, tanggal partus, jenis partus, tempat persalinan, berat badan anak waktu lahir, masalah yang terjadi dan keadaan anak.

d) Riwayat persalinan sekarang

Merupakan persalinan yang beberapa bagi klien, tanggal melahirkan, jenis persalinan, lamanya persalinan, banyaknya perdarahan, jenis kelamin anak, berat badan dan APGAR score dalam 1 menit pertama dan 5 menit pertama.

e) Riwayat nifas dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya.

f) Riwayat nifas sekarang

Meliputi tentang adanya perdarahan, jumlah darah biasanya banyak, kontraksi uterus, konsistensi uterus

biasanya keras seperti papan, tinggi fundus uteri setinggi pusat.

f) Pola aktivitas sehari-hari, selama hamil dan selama di rumah sakit

1) Pola nutrisi

Mencangkup makan : frekuensi, jumlah, jenis makanan yang disukai, porsi makan, pantangan, riwayat alergi terhadap makanan dan minuman : jumlah, jenis minuman dan frekuensi. Pada ibu post sektio sesarea akan terjadi peningkatan porsi makan setelah pulih dari anestesi, analgesia serta kelelahan (Lowdermilk, 2013).

2) Pola eliminasi

Mencangkup kebiasaan BAB : frekuensi, warna, konsistensi dan keluhan. BAK : frekuensi, jumlah, warna, dan keluhan. Biasanya terjadi penurunan karena faktor psikologis dari ibu yang masih merasa trauma, dan otot-otot masih berelaksasi. (Maryunani, 2015).

3) Pola istirahat dan tidur

Mencangkup tidur malam : waktu dan lama, tidur siang : waktu, lama dan keluhan. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasa kesakitan dan lemas akibat dari tindakan pembedahan sektio sesarea (Maryunani, 2015).

4) Personal hygiene

Mencangkup frekuensi mandi, gosok gigi, dan mencuci rambut. Kondisi pada ibu setelah melahirkan dengan seksio sesarea yaitu dalam keadaan lemah dan nyeri akibat tindakan operasi, sehingga dalam melakukan perawatan diri masih dibantu (Maryunani, 2015).

5) Aktifitas dan latihan

Kegiatan dalam pekerjaan dan aktivitas klien sehari-hari serta kegiatan waktu luang saat sebelum melahirkan dan saat di rawat di rumah sakit (Maryunani, 2015).

g) Pemeriksaan Fisik

1) Pemeriksaan fisik ibu (Maryunani, 2015)

a) Keadaan umum

Meliputi tingkat kesadaran dan penampilan, berat badan, tinggi badan. Pada klien dengan post partum dengan Seksio sesarea biasanya kesadaran composmentis, dan penampilan tampak baik dan terkadang sedikit pucat.

b) Tanda-tanda vital

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

c) Antropometri

Meliputi tinggi badan, BB sebelum hamil, BB sesudah hamil, dan BB setelah melahirkan.

d) Pemeriksaan fisik ibu

(1) Kepala

Perhatikan bentuk, distribusi rambut, bersih, warna rambut, adanya nyeri tekan dan lesi. Keluhan nyeri kepala *post partum* dapat disebabkan oleh keadaan, termasuk preeklamsi, stress, bocornya cairan serebrospinal keruang epidural saat menyuntikan epidural atau spinal (Lowdermilk, 2013).

(b) Wajah

Penampilan, ekspresi, nyeri tekan, adanya edema pada pipi atau pitting edema pada dahi, dan adanya kloasma gravidarum.

(c) Mata

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

(d) Telinga

Bentuk, kebersihan telinga, fungsi pendengaran, adakah gangguan pada fungsi pendengaran.

(e) Hidung

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

(f) Mulut

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

(g) Leher

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

(h) 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 atau mengendur, adanya luka operasi, adanya 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 pertambahan akibat efek samping obat anestesi ketika post seksio sesarea.

(i) Punggung dan bokong

Bentuk, ada tidaknya lesi, ada tidak kelainan tulang belakang.

(j) Genetalia

Kebersihan, 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.

(k) Anus

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

(l) Ekstremitas

Adaptasi sistem musculoskeletal 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.

2) Pemeriksaan fisik bayi

a) Keadaan umum

Meliputi tampilan, dan kesadaran bayi dilakukan dengan pemeriksaan APGAR Score.

b) Antropometri

Meliputi pengukuran berat badan, panjang badan, lingkar kepala, lingkar dada, dan lingkar lengan atas.

h) Data psikologis

Perubahan psikologis yang terjadi pada wanita post partum dengan *seksio sesarea* yaitu memungkinkan mengalami perasaan yang tidak menentu, depresi, atau kemungkinan mengalami *baby blues* (Maryunani, 2015).

i) Pemeriksaan penunjang (Nurarif, 2015)

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada klien *post seksio sesarea* antara lain: pemantauan janin terhadap kesehatan janin, pemantauan EKG, JDL dengan diferensial, pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, elektrolit, golongan darah, urinalisis, ultrasonografi.

j) Analisa data

Setelah melakukan pengkajian keperawatan, perawat melanjutkan dengan menganalisa data sehingga dapat ditentukan masalah keperawatannya. Disamping mengkaji juga harus memperhatikan kekuatan atau kemampuan ibu *post partum* seksio sesarea untuk melakukan perawatan mandiri secara bertahap dan mengatasi dan mengatasi rasa ketidaknyamanan (Maryunani, 2015).

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) 2015, bahwa diagnosa yang dapat muncul pada ibu *post partum* seksio sesarea adalah : (Nurarif & Kusuma, 2015).

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas b.d obstruksi jalan napas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan napas alergik (respon obat anestesi)
2. Nyeri akut b.d agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan b.d kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi *post partum*
4. Ketidakefektifan pemberian ASI b.d kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui
5. Gangguan eliminasi urine
6. Gangguan pola tidur b.d kelemahan

7. Resiko infeksi b.d faktor risiko : episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan
8. Defisit perawatan diri : mandi / kebersihan diri, makan, toileting b.d kelelahan post partum
9. Konstipasi
10. Resiko syok (hipovolemik)
11. Resiko perdarahan
12. Defisiensi pengetahuan : perawatan post partum b.d kurangnya informasi tentang penanganan post partum.

2.5.3 Intervensi Keperawatan

Menurut NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) 2015 Rencana Keperawatan pada diagnosa yang dapat muncul pada ibu post partum seksio sesarea adalah :

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas b.d obstruksi jalan napas (mokus dalam jumlah berlebih), jalan napas alergik (respon obat anestesi)

Tabel 2.3 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan bersihan jalan napas Definisi : ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan napas. Batasan Karakteristik :	NOC ❖ Respiratory status : Ventilation ❖ Respiratory status : Airway patency Kriteria Hasil : ❖ Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspnea (mampu mengeluarkan sputum,	NIC Airway suction 1. Auskultasi suara napas sebelum dan sesudah suctioning 2. Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning 3. Minta klien napas dalam sebelum suction dilakukan	1. Peninggian kepala tempat tidur memfasilitasi fungsi pernafasan dengan menggunakan gravitasi 2. Memberikan beberapa cara

1. Tidak ada batuk	mampu bernafas	4. Berikan O ₂ dengan	kepada klien
2. Suara napas tambahan	dengan mudah, tidak ada pursed lips)	menggunakan nasal untuk memfasilitasi suksion nasotrakeal	untuk mengatasi dan mengendalikan dipsnea serta mengurangi udara yang terperangkap
3. Perubahan frekwensi napas	❖ Menunjukkan jalan napas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama napas, frekuensi pernapasan dalam rentang normal, tidak ada suara napas abnormal)	5. Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan	3. Batuk dapat persistem, tetapi tidak efektif, terutama jika klien berusia lanjut mengalami sakit akut atau lemah
4. Perubahan irama napas	❖ Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan napas	6. Anjurkan pasien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal	4. Hidrasi membantu mengurangi viskositas sekresi sehingga memfasilitasi ekspektorasi
5. Sianosis		7. Monitor status oksigen pasien	
6. Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara		8. Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suksion	
7. Penurunan bunyi napas		9. Hentikan suksion dan berikan oksigen apabila pasien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi O ₂ , dll	
8. Dipsneu			
9. Sputum dalam jumlah yang berlebihan			
10. Batuk yang tidak efektif			
11. Orthopneu			
12. Gelisah			
13. Mata terbuka lebar			
Faktor-faktor yang berhubungan :			
1. Lingkungan :			
1) Perokok pasif			
2) Mengisap asap			
3) Merokok			
2. Obstruksi jalan napas :			
1) Spasme jalan napas			
2) Mokus dalam jumlah berlebihan			
3) Eksudat dalam jalan alveoli			
4) Materi asing dalam jalan napas			
5) Adanya jalan napas buatan			
6) Sekresi bertahan / sisa sekresi			
7) Sekresi dalam bronkhi			
3. Fisiologis :			
1) Jalan napas alergik			
2) Asma			
3) Penyakit paru obstruktif kronik			
		Airway Management	
		1. Buka jalan napas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu	
		2. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi	
		3. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan napas buatan	
		4. Pasang mayo bila perlu	
		5. Lakukan fisioterapi dada jika perlu	
		6. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction	
		7. Auskultasi suara napas, catat	

4) Hiperplasi dinding bronkial	adanya suara tambahan
5) Infeksi	8. Lakukan suction pada mayo
6) Disfungsi neuromuscular	9. Berikan bronkodilator bila perlu
	10. Berikan pelembab udara kassa basah NaCl lembab
	11. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan
	12. Monitor respirasi dan status O ₂

Sumber : Nurarif & Kusuma 2015 , Doengoes 2018

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

Tabel 2.4 Intervensi Nyeri Akut

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Nyeri akut</p> <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 (Internasional Association for the study of Pain) : awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan.</p> <p>Batasan Karakteristik :</p> <p>1. Perubahan selera makan</p>	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Pain level, ❖ Pain control, ❖ Comfort level <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) ❖ Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri ❖ Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 	<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 nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 4. Kaji kultur yang memengaruhi respon nyeri 5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau 6. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan control nyeri masa lampau 7. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari 	<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-

2. Perubahan tekanan darah	❖ Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	dan menemukan dukungan	satunya indikator jika klien tidak dapat
3. Perubahan frekuensi jantung		8. Kontrol lingkungan yang dapat memengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan	3. Meningkatkan relaksasi dan dapat meningkatkan kemampuan coping klien dengan memfokuskan Kembali perhatian.
4. Perubahan frekuensi pernapasan		9. Kurangi faktor presipitasi nyeri	4. Menurunkan laju metabolik dan iritasi usus dari toksin lokal dan bersirkulasi, yang membantu dalam meredakan nyeri dan meningkatkan penyembuhan, nyeri biasanya hebat dan memerlukan pengendalian nyeri opioid.
5. Laporan isyarat		10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, nonfarmakologi dan inter personal)	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.
6. Diaforesis		11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi	
7. Perilaku distraksi (mis., berjalan mondar-mandir mencari orang ;lain dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang)		12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi	
8. Mengekspresikan perilaku (mis., gelisah, merengek, menangis)		13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri	
9. Masker wajah (mis., mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpecah atau tetap pada satu fokus meringis)		14. Evaluasi keefektifan control nyeri	
10. Sikap melindungi rasa nyeri		15. Tingkatkan istirahat	
11. Fokus menyempit (mis., gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)		16. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil	
12. Indikasi nyeri yang dapat diamati		17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri	
13. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri			
14. Sikap tubuh melindungi			
15. Dilatasi pupil			
16. Melaporkan nyeri secara verbal			

17. Gangguan tidur
Faktor yang berhubungan :

1. Agen cedera (mis., biologis, zat kimia, fisik, psikologis)

Sumber : Nurarif & Kusuma 2015 , Doengoes 2018

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

Tabel 2.5 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakseimbangan nutrisi Definisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik. Batasan Karakteristik : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kram abdomen 2. Nyeri abdomen 3. Menghindari makanan 4. Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal 5. Kerapuhan kapiler 6. Diare 7. Kehilangan rambut berlebihan 8. Bising usus hiperaktif 9. Kurang makanan 10. Kurang informasi 11. Kurang minat pada makanan 	NOC <ul style="list-style-type: none"> ❖ Nutritional Status: ❖ Nutritional Status : Food and Fluid ❖ Nutritional Status : nutrient intake ❖ Weight control Kriteria Hasil ; <ul style="list-style-type: none"> ❖ Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan ❖ Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan ❖ Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi ❖ Tidak ada tanda-tanda malnutrisi ❖ Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dari menelan 	NIC Nutrition Management <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe 4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C 5. Berikan substansi gula 6. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi 7. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi) 8. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian 9. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori 	<ol style="list-style-type: none"> 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 absorbs vitamin dan mineral 3. Penyesuaian diri mungkin dibutuhkan untuk menghadapi penurunan kemampuan dalam memproses protein dan juga menurunkan nilai dan metabolisme dan tingkat aktivitas 4. Penimbangan berat badan untuk memantau status nutrisi dan

<p>12. Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat</p> <p>13. Kesalahan konsepsi</p> <p>14. Kesalahan informasi</p> <p>15. Membrane mukosa pucat</p> <p>16. Ketidakmampuan memakan makanan</p> <p>17. Tonus otot menurun</p> <p>18. Mengeluh gangguan sensasi rasa</p> <p>19. Mengeluh asupan makanan kurang dari RDA (recommended daily allowance)</p> <p>20. Cepat kenyang setelah makan</p> <p>21. Sariawan rongga mulut</p> <p>22. Steatorea</p> <p>23. Kelemahan otot pengunyah</p> <p>24. Kelemahan otot menelan</p> <p>Faktor-faktor yang berhubungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Faktor biologis 2. Faktor ekonomi 3. Ketidakmampuan untuk mencerna makanan 4. Ketidakmampuan menelan makanan 5. Faktor psikologis 	<p>❖ Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti</p>	<p>10. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi</p> <p>11. Kaji kemampuan yang dibutuhkan</p>	<p>efektivitas intervensi</p>
---	---	--	-------------------------------

Sumber : Nurarif & Kusuma 2015 , Doengoes 2018

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

Tabel 2.6 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Ketidakefektifan pemberian ASI</p> <p>Definisi : ketidakpuasan atau kesulitan ibu, bayi, atau anak menjalani proses pemberian ASI</p> <p>Batasan</p> <p>Karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakadekuatan suplai ASI 2. Bayi melengkung menyesuaikan diri dengan payudara 3. Bayi menangis pada payudara 4. Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusu 5. Bayi rewel dalam jam pertama setelah menyusu 6. Ketidakmampuan bayi untuk <i>latch on</i> pada payudara ibu secara tepat 7. Menolak <i>latching on</i> 8. Tidak responsive terhadap kenyamanan lain 9. Ketidakcukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusu 10. Ketidakcukupan kesempatan untuk mengisap payudara 11. Kurang menambah berat badan bayi 12. Tidak tampak tanda pelepasan oksitosin 13. Tampak ketidakadekuatan asupan susu 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Breastfeding ineffective ❖ Breathing pattern ineffective ❖ Breasfeeding interrupted <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Kementapan pemberian ASI : Bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI ❖ Kemantapan pemberian ASI : Ibu : kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusu dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI ❖ Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi / toddler ❖ Penyapihan pemberian ASI ❖ Diskontinuitas progresif pemberian ASI ❖ Pengetahuan pemberian ASI : tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian 	<p>NIC</p> <p>Breastfeeding Assistance</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 reflek <i>rooting</i>, menghisap dan terjaga) 4. Kaji kemampuan bayi untuk <i>latch on</i> dan menghisap secara efektif 5. Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting 6. Pantau integritas kulit puting ibu 7. Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar susu dan mastitis 8. Pantau kemampuan untuk mengurangi kongesti payudara dengan benar 9. Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi <p>Breast Examination</p> <p>Lactation Supresion</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI 2. Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa 	<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 pada dada ibu dan apakah mulut 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 merusak proses menyusui 7. Dapat mengetahui kesenjangan kondisi ibu dalam intervensi 8. Melihat berat badan dan proses eliminasi bayi apakah sudah berespon dengan baik 9. Untuk membantu mempertahankan produksi ASI 10. Menambah wawasan di bidang promosi kesehatan untuk menggalakkan ibu menyusui dan

14. Luka puting yang menetap setelah seminggu pertama menyusui	makan bayi melalui proses pemberian ASI	elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI	teknik memompa ASI
15. Penurunan berat badan bayi terus-menerus	❖ Ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera	3. Ajarkan pengasuh bayi mengenai topik-topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran memberi susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang	11. Untuk meningkatkan informasi dalam pencairan ASI dan menghindari pemberian susu formula
16. Tidak menghisap payudara terus-menerus	❖ Ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI	4. Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan, dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula	
Faktor yang berhubungan :	❖ Ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting	5. Apabila penyapihan diperlukan, informasikan ibu mengenai kembalinya proses ovulasi dan seputar alat kontrasepsi yang sesuai	
1. Defisit pengetahuan	❖ Mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI	Lactation Counseling	
2. Anomaly bayi		1. Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI	
3. Bayi menerima tambahan makanan dengan puting buatan		2. Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu	
4. Diskontinuitas pemberian ASI		3. Diskusikan metode alternative pemberian makanan bayi	
5. Ambivalen ibu			
6. Ansietas ibu			
7. Anomaly payudara ibu			
8. Keluarga tidak mendukung			
9. Pasangan tidak mendukung			
10. Reflek menghisap buruk			
11. Prematuritas			
12. Pembedahan payudara sebelumnya			
13. Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya			

Sumber : Nurarif & Kusuma 2015 , Doengoes 2018

5. Gangguan eliminasi urine

Tabel 2.7 Intervensi Gangguan Eliminasi Urine

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan eliminasi urine Definisi : disfungsi pada eliminasi urine	NOC ❖ Urinary elimination ❖ Urinary continence Kriteria Hasil :	NIC Urinary Retention Care 1. Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia (misalnya,	1. Pola berkemih mengidentifikasi karakteristik fungsi kandung kemih,

Batasan karakteristik :	❖ Kandung kemih kosong secara penuh	output urin, pola berkemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten)	termasuk efektivitas pengosongan kandung kemih, fungsi ginjal dan keseimbangan cairan
1. Disuria	❖ Tidak ada residu urine	2. Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau	2. Perubahan karakteristik urin dapat mengidentifikasi ISK dan meningkatkan risiko sepsis. Diptik mutistrip dapat memberikan penentuan nilai pH, nitrit, leukosit esterase secara cepat yang menunjukkan keberadaan infeksi atau penyakit perkemihan
2. Sering berkemih	❖ Intake cairan dalam rentang normal	3. Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium channel blockers dan antikolinergik	3. Pemindaian kandung kemih bermanfaat dalam menentukan residu setelah berkemih. Selama fase akut, kateter indwelling digunakan untuk mencegah retensi urin dan memantau keluaran urin. Kateterisasi intermiten mungkin di implementasikan untuk mengurangi komplikasi yang berhubungan dengan penggunaan kateter indwelling jangka Panjang.
3. Anyang-anyangan	❖ Tidak ada spasme bladder	4. Menyediakan penghapusan privasi	
4. Inkontinensia	❖ Balance cairan seimbang	5. Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiram toilet	
5. Nokturia		6. Merangsang reflek kandung kemih dengan menerapkan dingin untuk perut, membelai tinggi batin, atau air	
6. Retensi		7. Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit)	
7. Dorongan		8. Gunaan spirit wintergreen di pispot atau urinal	
Faktor yang berhubungan :		9. Menyediakan maneuver crede, yang diperlukan	
1. Obstruksi anatomic		10. Gunakan double-void teknik	
2. Penyebab multiple		11. Masukkan kateter kemih, sesuai	
3. Gangguan sensori motorik		12. Anjurkan pasien / keluarga untuk merekam output urin, sesuai	
4. Infeksi saluran kemih		13. Instruksikan cara-cara untuk menghindari konstipasi atau impaksi tinja	
		14. Memantau asupan dan keluaran	
		15. Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palapasi dan perkusi	
		16. Membantu dengan toilet secara berkala, sesuai	
		17. Memasukkan pipa kedalam lubang tubuh untuk sisa, sesuai	
		18. Menerapkan kateterisasi intermitten, sesuai	
		19. Merujuk ke spesialis kontinensia kemih, sesuai	

6. Gangguan pola tidur b.d kelemahan

Tabel 2.8 Intervensi Gangguan Pola Tidur

Diagnosa Kepeawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Gangguan pola tidur</p> <p>Definisi : gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal</p> <p>Batasan</p> <p>Karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan pola tidur normal 2. Penurunan kemampuan berfungsi 3. Ketidakpuasan tidur 4. Menyatakan sering terjaga 5. Menyatakan tidak mengalami kesulitan tidur 6. Menyatakan tidak merasa cukup istirahat <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kelembaban lingkungan sekitar 2. Suhu lingkungan sekitar 3. Tanggung jawab memberi asuhan 4. Perubahan pejanan terhadap cahaya gelap 5. Gangguan (mis., untuk tujuan terapeutik, pemantauan, pemeriksaan laboratorium) 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Anxiety reduction ❖ Comfort level ❖ Pain level ❖ 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>NIC</p> <p>Sleep Enhancement</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur 2. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat 3. Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca) 4. Ciptakan lingkungan yang nyaman 5. Kolaborasi pemberian obat tidur 6. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien 7. Instruksikan untuk memonitor tidur pasien 8. Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur 9. Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji perlunya dan mengidentifikasi intervensi yang tepat 2. Meningkatkan kenyamanan tidur serta dukungan fisiologis/psikologis 3. Bila rutinitas baru seperti membaca buku mengandung aspek sebanyak kebiasaan lama, stress dan ansietas yang berhubungan dapat berkurang 4. Mungkin diberikan untuk membantu klien istirahat selama periode transisi dari rumah ke lingkungan baru 5. Menurunkan kemungkinan bahwa teman sekamar yang dapat menunda klien untuk terlelap atau menyebabkan terbangun

-
6. Kurang kontrol tidur
 7. Kurang privasi, pencahayaan
 8. Bising, bau gas
 9. Restrain listrik, teman tidur
 10. Tidak familier dengan prabot tidur
-

Sumber : Nurarif & Kusuma 2015 , Doengoes 2018

7. Resiko infeksi b.d faktor risiko : episiotomy, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan

Tabel 2.9 Intervensi Resiko Infeksi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko infeksi Definisi : mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik Faktor-faktor resiko : 1. Penyakit kronis 1) Diabetes melitus 2) Obesitas 2. Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemajanan pathogen 3. Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat 1) Gangguan peristalsis	NOC ❖ Immune status ❖ Knowledge infection control ❖ Risk control Kriteria Hasil : ❖ 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	NIC Infection Control (control infeksi) 1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain 2. Pertahankan teknik isolasi 3. Batasi pengunjung bila perlu 4. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien 5. Gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan 6. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 7. Gunakan baju, sarung tangan	1. Menurunkan resiko kontaminasi 2. Membatasi introduksi ke dalam tubuh, deteksi dini/pengobatan 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

<p>2) Kerusakan integritas kulit (pemasangan kateter intravena, prosedur invasive)</p> <p>3) Perubahan sekresi pH</p> <p>4) Penurunan kerja siliaris</p> <p>5) Pecah ketuban dini</p> <p>6) Pecah ketuban lama</p> <p>7) Merokok</p> <p>8) Stasis cairan tubuh</p> <p>9) Trauma jaringan (mis., trauma destruksi jaringan)</p>	<p>❖ Menunjukkan perilaku hidup sehat</p>	<p>sebagai alat pelindung</p> <p>8. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat</p> <p>9. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum</p> <p>10. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing</p> <p>11. Tingkatkan intake nutrisi</p> <p>12. Berikan terapi antibiotik bila perlu</p> <p>infection protection (proteksi terhadap infeksi)</p> <p>13. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal</p> <p>14. Monitor hitung granulosit, WBC</p> <p>15. Monitor kerentanan terhadap infeksi</p> <p>16. Batasi pengunjung</p> <p>17. Sering pengunjung terhadap penyakit menular</p> <p>18. Pertahankan teknik asepsis pada pasien yang berisiko</p> <p>19. Pertahankan teknik isolasi k/p</p> <p>20. Berikan perawatan kulit pada area epidema</p> <p>21. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase</p> <p>22. Inspeksi kondisi luka/insisi bedah</p> <p>23. Dorong masukan nutrisi yang cukup</p> <p>24. Dorong masukan cairan</p> <p>25. Dorong istirahat</p> <p>26. Instruksikan pasien untuk minum</p>	<p>tanda peningkatan laju metabolic dari proses inflamasi, meskipun sepsis dapat terjadi tanpa respon demam</p>
<p>4. Ketidakadekua- tan pertahanan sekunder</p> <p>1) Penurunan hemoglobin</p> <p>2) Imunosupresi (mis., imunitas didapat tidak adekuat, agen farmaseutikal termasuk imunosupresan, steroid, antibodim onklonal, imunomodulator)</p> <p>3) Supresi respon inflamasi</p>			

5. Vaksinasi tidak adekuat	antibiotik sesuai resep
6. Pemajanan terhadap patogen	27. Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi
7. Lingkungan meningkat	28. Ajarkan cara menghindari infeksi
1) wabah	29. Laporka kecurigaan infeksi
8. Prosedur invasive	30. Laporkan kultur positif
9. Malnutrisi	

Sumber : Nurarif & Kusuma 2015 , Doengoes 2018

8. Defisit perawatan diri : mandi / kebersihan diri, makan, toileting b.d kelelahan post partum

Tabel 2.10 Intervensi Defisit Perawatan Diri

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi 2. Ketidakmampuan mengeringkan tubuh 3. Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi 4. Ketidakmampuan menjangkau sumber air 5. Ketidakmampuan mengatur air mandi 6. Ketidakmampuan membasuh tubuh <p>Faktor yang berhubungan :</p>	<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 otonomi : Tindakan pribadi mempertahankan otonomi untuk eliminasi ❖ Perawatan diri : aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu ❖ Perawatan diri mandi : mampu untuk 	<p>NIC</p> <p>Self-Care Assistance : Bathing/Hygiene</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri 2. Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri 3. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan 4. Tempat handuk, sabun, deodoran, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan di samping tempat tidur atau kamar mandi 5. Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan misalnya, deodoran, sikat gigi, sabun mandi, sampo, lotion dan produk aromaterapi) 6. Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu mengantisipasi dan merencanakan untuk memenuhi kebutuhan individual 2. Klien ini mungkin merasakan ketakutan dan bergantung, serta meskipun bantuan bermanfaat dalam mencegah frustrasi, klien harus melakukan tindakan sebanyak mungkin untuk dirinya sendiri guna mempertahankan diri dan meningkatkan pemulihan 3. Memberikan keamanan ketika klien mampu bergerak mengelilingi ruangan, mengurangi risiko

1. Gangguan kognitif	membersihkan tubuh sendiri	memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal	tersandung akibat terjatuh.
2. Penurunan motivasi	secara mandiri dengan atau	7. Memfasilitasi gigi pasien menyikat, sesuai	
3. Kendala lingkungan	❖ Perawatan diri	8. Memfasilitasi diri mandi pasien, sesuai	
4. Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh	hygiene : mampu untuk mempertahankan	9. Memantau pembersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien	
5. Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial	kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	10. Memantau integritas kulit pasien	
6. Gangguan muskuloskeletal	❖ Perawatan diri	11. Menjaga kebersihan ritual	
7. Gangguan neuromuskular	hygiene oral : mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau alat bantu	12. Memfasilitasi pemeliharaan rutin yang biasa pasien tidur, isyarat sebelum tidur/alat peraga, dan benda-benda asing (misalnya, untuk anak-anak, cerita selimut/mainan, goyang, dot, atau favorit, untuk orang dewasa, sebuah buku untuk membaca atau bantal dari rumah	
8. Nyeri	❖ Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi	13. Mendorong orang tua/keluarga partisipasi dalam kebiasaan tidur biasa	
9. Gangguan persepsi	❖ Membersihkan dan mengeringkan tubuh	14. Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengansumsikan perawatan diri	
10. Ansietas berat	❖ Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral		

Sumber : Nurarif & Kusuma 2015 , Doengoes 2018

9.Konstipasi

Tabel 2.11 Intervensi Konstipasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Konstipasi	NOC	NIC	
Definisi : penurunan pada frekwensi normal defekasi yang disertai oleh kesulitan atau pengeluaran tidak lengkap	❖ Bowel elimination ❖ Hydration Kriteria hasil : ❖ Mempertahankan bentuk feses	Constipation/Impaction Management 1. Monitor tanda dan gejala konstipasi 2. Monitor bising usus	1. Distensi abdomen dan ketiadaan bising usus mengindikasikan

feses/atau pengeluaran feses yang kering, keras, dan banyak	lunak setiap 1-3 hari	3. Monitor feses : frekuensi, konsistensi, dan volume	bahwa usus tidak berfungsi.
Batasan karakteristik :	❖ Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi	4. Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus	Kemungkinan penyebab dapat berupa hilangnya inervasi parasimpatik sistem gastrointestinal secara mendadak
1. Nyeri abdomen	❖ Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi	5. Monitor tanda dan gejala rupture usus/peritonitis	2. Makanan padat tidak dimulai hingga bising usus kembali, flatus keluar dan bahaya pembentukan ileus telah berkurang
2. Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot	❖ Feses lunak dan berbentuk	6. Jelaskan etiologi dan rasionalisasi tindakan terhadap pasien	3. Mungkin diperlukan untuk mengurangi distensi abdomen dan meningkatkan pengembalian kebiasaan usus normal.
3. Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resistensi otot		7. Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi	
4. Anoraksia		8. Dukung intake cairan	
5. Penampilan tidak khas pada lansia (mis., perubahan status mental, inkontinensia urinarius, jatuh yang tidak penyebabnya, peningkatan suhu tubuh)		9. Kolaborasi pemberian laksatif	
6. Borborigimi		10. Pantau tanda-tanda dan gejala konstipasi	
7. Darah merah pada feses		11. Pantau tanda-tanda dan gejala impaksi	
8. Perubahan pada pola defekasi		12. Memantau Gerakan usus, termasuk konsistensi frekuensi, bentuk, volume, dan warna	
9. Penurunan frekwensi		13. Memantau bising usus	
10. Penurunan volume feses		14. Konsultasikan dengan dokter tentang penurunan/kenaikan frekuensi bising usus	
11. Distensi abdomen		15. Pantau tanda-tanda dan gejala pecahnya usus dan/ atau peritonitis	
12. Rasa rektal penuh		16. Jelaskan etiologi masalah dan pemikiran untuk tindakan untuk pasien	
13. Rasa tekanan rektal		17. Menyusun jadwal ke toilet	
14. Keletihan umum		18. Mendorong meningkatkan asupan cairan, kecuali dikontraindikasikan	
15. Feses keras dan berbentuk			
16. Sakit kepala			
17. Bising usus hiperaktif			
18. Bising usus hipoaktif			
19. Peningkatan tekanan abdomen			
20. Tidak dapat makan, mual			
21. Rembesan feses cair			
22. Nyeri pada saat defekasi			

-
23. Massa abdomen yang dapat diraba
 24. Adanya feses lunak, seperti pasta didalam rektum
 25. Perkusi abdomen pekak
 26. Sering flatus
 27. Mengejan pada saat defekasi
 28. Tidak dapat mengeluarkan feses
 29. Muntah
- Faktor yang berhubungan :
1. Fungsional
 - 1) Kelemahan otot abdomen
 - 2) Kebiasaan mengabaikan dorongan defekasi
 - 3) Ketidakadekuatan toileting (mis., Batasan waktu, posisi untuk defekasi, privasi)
 - 4) Kurang aktivitas fisik
 - 5) Kebiasaan defekasi tidak teratur
 - 6) Perubahan lingkungan saat ini
 2. Psikologis
 - 1) Depresi, stress emosi
 - 2) Konfusi mental
 3. Farmakologis
 - 1) Antasida mengandung alumunium
 - 2) Antikolinergik, antikonvulsan
 - 3) Antidepresan
 - 4) Agens antilipemic
 19. Evaluasi profil obat untuk efek samping gastrointestinal
 20. Anjurkan pasien / keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja
 21. Ajarkan pasien / keluarga bagaimana untuk menjaga buku harian makanan
 22. Anjurkan pasien / keluarga untuk diet tinggi serat
 23. Anjurkan pasien / keluarga pada penggunaan yang tepat dari obat pencahar
 24. Anjurkan pasien / keluarga pada hubungan asupan diet, olahraga dan cairan sembelit / impaksi
 25. Menyarankan pasien untuk berkonsultasi dengan dokter jika sembelit atau impaksi terus ada
 26. Menginformasikan pasien prosedur penghapusan manual dari tinja, jika perlu
 27. Lepaskan impaksi tinja secara manual, jika perlu
 28. Timbang pasien secara teratur
 29. Ajarkan pasien atau keluarga tentang proses pencernaan yang normal
 30. Ajarkan pasien / keluarga tentang kerangka waktu untuk resolusi sembelit
-

-
- 5) Garam bismuth
 - 6) Kalsium karbonat
 - 7) Penyekat saluran kalsium
 - 8) Diuretic, garam besi
 - 9) Penyalahgunaan laksatif
 - 10) Agens anti inflamasi non steroid
 - 11) Opiate, fenotiazid, sedative
 - 12) simpatomimetik
4. Mekanis
- 1) Ketidakseimbangan elektrolit
 - 2) Kemoroid
 - 3) Penyakit hirschsprung
 - 4) Gangguan neurologist
 - 5) Obesitas
 - 6) Opstruksi pasca-bedah
 - 7) Kehamilan
 - 8) Pembesaran prostat
 - 9) Abses rektal
 - 10) Fisura anak rektal
 - 11) Striktur anak rektal
 - 12) Prolapse rektal, ulkus rektal
 - 13) Rektokel, tumor
5. Fisiologis
- 1) Perubahan pola makan
 - 2) Perubahan makanan
 - 3) Penurunan motilitas traktus gastrointestinal
 - 4) Dehidrasi
-

-
- 5) Ketidakadekuatan gigi geligi
 - 6) Ketidakadekuatan hygiene oral
 - 7) Asupan serat tidak cukup
 - 8) Asupan cairan tidak cukup
 - 9) Kebiasaan makan buruk
-

Sumber : Nuarif & Kusuma 2015 , Doengoes 2018

10. Resiko syok (hipovolemik)

Tabel 2.12 Intervensi Resiko Syok (Hipovolemik)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko syok Definisi : beresiko terhadap ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa Faktor resiko : 1. Hipotensi 2. Hipovolemi 3. Hipoksemia 4. Hipoksia 5. Infeksi 6. Sepsis 7. Sindrom respons inflamasi sistemik	NOC ❖ Syok prevention ❖ Syok management Kriteria Hasil : ❖ Nadi dalam batas yang diharapkan ❖ Irama jantung dalam batas yang diharapkan ❖ Frekuensi napas dalam batas yang diharapkan ❖ Irama pernapasan dalam batas yang diharapkan ❖ Natrium serum dbn ❖ Kalium serum dbn ❖ Klorida serum dbn ❖ Kalsium serum dbn ❖ Magnesium serum dbn ❖ pH darah serum dbn Hidrasi ❖ indicator : ❖ mata cekung tidak dapat ditemukan ❖ demam tidak ditemukan ❖ TD dbn ❖ Hematokrit dbn	NIC Syok Prevention 1. Monitor status sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme, nadi perifer, dan kapiler refill 2. Monitor tanda inadekuat oksigenasi jaringan 3. Monitor suhu dan pernafasan 4. Monitor input dan output 5. Pantau nilai labor : HB, HT, AGD dan elektrolit 6. Monitor hemodinamik invasi yang sesuai 7. Monitor tanda dan gejala asites 8. Monitor tanda awal syok 9. Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat	1. Vasokonstriksi adalah respon simpatis untuk menurunkan volume sirkulasi dan dapat terjadi sebagai efek samping pemberian 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.

-
10. Lihat dan pelihara kepatenan jalan napas
 11. Berikan cairan IV dan atau oral yang tepat
 12. Berikan vasodilator dengan tepat
 13. Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok
 14. Ajarkan keluarga dan pasien tentang Langkah untuk mengatasi gejala syok

Syok Management

1. Monitor fungsi neurologis
 2. Monitor fungsi renal (e.g BUN dan Cr Level)
 3. Monitor tekanan nadi
 4. Monitor status cairan, input output
 5. Catat gas darah arteri dan oksigen di jaringan
 6. Monitor EKG, sesuai
 7. Memanfaatkan pemantauan jalur arteri untuk meningkatkan akurasi pembacaan tekanan darah, sesuai
 8. Menggambar gas darah arteri dan memonitor jaringan oksigenasi
 9. Memantau tren dalam parameter hemodinamik (misalnya, CVP, MAP, tekanan kapiler pulmonal/arteri)
 10. Memantau faktor penentu pengiriman jaringan oksigen (misalnya, PaO₂ kadar hemoglobin
-

- SaO₂, CO), jika tersedia
11. Memantau tingkat karbondioksida sublingual dan / atau tonometry lambung, sesuai
 12. Memonitor gejala gagal pernafasan (misalnya, rendah PaO₂ peningkatan PaCO₂ tingkat, kelelahan otot pernapasan)
 13. Monitor nilai laboratorium (misalnya, CBC dengan diferensial) koagulasi profil, ABC, tingkat laktat, budaya, dan profil kimia
 14. Masukkan dan memelihara besarnya kobosan akses IV

Sumber : Nuarif & Kusuma 2015 , Doengoes 2018

11. Resiko perdarahan

Tabel 2.13 Intervensi Resiko Perdarahan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko perdarahan Definisi : beresiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan Faktor resiko : 1. Aneurisme 2. Sirkumsisi 3. Defisiensi pengetahuan 4. Koagulapati intravaskuler diseminata 5. Riwayat jatuh 6. Gangguan gastrointestinal (mis., penyakit	NOC ❖ Blood lose severity ❖ Blood koagulation Kriteria hasil : ❖ Tidak ada hematuria dan hematemesis ❖ Kehilangan darah yang terlihat ❖ Tekanan darah dalam batas normal sistole dan diastole ❖ Tidak ada perdarahan pervagina	NIC Bleeding Precautions 1. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan 2. Catat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan 3. Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit 4. Monitor TTV ortostatik 5. Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif 6. Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresh frozen plasma)	1. Tentukan lokasi perdarahan 2. Perubahan tekanan darah dan denyut nadi dapat digunakan untuk menentukan perkiraan kasar kehilangan darah, TD kurang dari 90 mmHg dan denyut nadi lebih dari 100 menandakan penurunan volume 15-30%, atau kira-kira 1.000 ml hipotensial postural mencerminkan

ulkus lambung, polip, varises)	❖ Tidak ada distensi abdominal	7. Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan	penurunan volume sirkulasi
7. Gangguan fungsi hati (mis., sirosis, hepatitis)	❖ Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal	8. Hindari mengukur suhu lewat rektal	3. Membantu menentukan kebutuhan penggantian darah dan memantau efektivitas terapi
8. Koagulapati inheren (mis., trombositopenia)	❖ Plasma, PT, PTT dalam batas normal	9. Hindari pemberian aspirin dan anticoagulant	4. Aktivitas muntah dapat menyebabkan tekanan intra abdomen dan dapat memicu perdarahan lebih lanjut
9. Komplikasi pascapartum (mis., atoni uteri, retensi plasenta)		10. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K	5. Penggantian cairan dengan larutan kristaloid isotonic bergantung pada derajat hipovolemik dan durasi perdarahan.
10. Komplikasi terkait kehamilan (mis., plasenta previa, kehamilan mola, solusio plasenta)		11. Hindari terjadinya konstipasi dengan menganjurkan untuk mempertahankan intake cairan yang adekuat dan pelembut feses	
11. Trauma		Bleeding reduction	
12. Efek samping terkait terapi (mis., pembedahan, pemberian obat, pemberian produk darah defisiensi trombosit, kemoterapi)		1. Identifikasi penyebab perdarahan	
		2. Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonary capillary / artery wedge pressure)	
		3. Monitor status cairan yang meliputi intake dan output	
		4. Monitor penentu pengiriman oksigen ke jaringan (PaO ₂ , SaO ₂ dan level Hb dan cardiac output)	
		5. Pertahankan patensi IV line	
		Bleeding reduction : wound/luka	
		6. Lakukan manual pressure (tekanan) pada area luka	
		7. Tinggikan ekstremitas yang perdarahan	
		8. Monitor ukuran dan karakteristik hematoma	
		9. Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan	
		10. Instruksikan pasien untuk menekan area luka pada saat bersin atau batuk	

11. Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas

Bleeding reduction : gastrointestinal

1. Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh : emesis, feses, urine, residu lambung, dan drainase luka
 2. Monitor complete blood count dan leukosit
 3. Kolaborasi dalam pemberian terapi : lactulose atau vasopressin
 4. Lakukan pemasangan NGT untuk memonitor sekresi dan perdarahan lambung
 5. Lakukan bilas lambung dengan NaCl dingin
 6. Dokumentasikan warna, jumlah dan karakteristik feses
 7. Hindari pH lambung yang ekstrim dengan kolaborasi pemberian antacids atau histamine blocking agent
 8. Kurangi faktor stress
 9. Pertahankan jalan napas
 10. Hindari penggunaan anticoagulant
 11. Monitor status nutrisi pasien
 12. Berikan cairan intra vena
 13. Hindari penggunaan aspirin dan ibuprofen
-

Sumber : Nuarif & Kusuma 2015 , Doengoes 2018

12. Defisiensi pengetahuan : perawatan post partum b.d kurangnya informasi tentang penanganan post partum

Tabel 2.14 Intervensi Defisiensi Pengetahuan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Defisiensi pengetahuan	NOC	NIC Teaching : disease process	

<p>Definisi : ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku hiperbola 2. Ketidakkuratan mengikuti perintah 3. Ketidakkuratan melakukan tes 4. Perilaku tidak tepat (mis., histeria, bermusuhan, agitasi, apatis) 5. Pengungkapan masalah <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keterbatasan kognitif 2. Salah interpretasi informasi 3. Kurang pajanan 4. Kurang minat dalam belajar 5. Kurang dapat mengingat 6. Tidak familier dengan sumber informasi 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Knowledge : disease process ❖ Knowledge ; health behavior <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan ❖ Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar ❖ Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat / tim Kesehatan lainnya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik 2. Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat 3. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat 4. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat 5. Sediakan informasi pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat 6. Hindari jaminan yang kosong 7. Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat 8. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit 9. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan 10. Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau di indikasikan 11. Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan pengetahuan dasar dimana klien dapat membuat pilihan 2. Meningkatkan kompetensi perawatan diri dan meningkatkan kemandirian 3. Mengurangi potensial infeksi yang diperoleh 4. Meningkatkan dukungan untuk klien selama periode penyembuhan dan memberikan evaluasi tambahan pada kebutuhan yang sedang berjalan atau berikan perhatian.
--	--	--	--

-
- dengan cara yang tepat
12. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat
-

Sumber : Nuarif & Kusuma 2015 , Doengoes 2018

2.5.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi atau pelaksanaan menggambarkan kegiatan yang dibuat sesuai kondisi dan permasalahan agar dapat diatasi berdasarkan tujuan yang ingin dicapai. Tindakan dilakukan berdasarkan tingkat ketergantungan klien *post* seksio sesarea (Maryunani, 2015).

2.5.5 Evaluasi Keperawatan

Hasil akhir yang diharapkan pada klien *post* partum dengan tindakan seksio sesarea adalah mampu mempertahankan kebutuhan perawatan diri, mampu mengatasi defisit perawatan diri dan dapat meningkatkan kemandirian. Masalah ketidaknyamanan fisik akibat seksio sesrea dapat teratasi (Maryunani, 2015).