

**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 :

DHEA NOVIANTY

NIM : AKX.17.019



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA BANDUNG
2020**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dhea Novianty
NPM : AKX.17.019
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, 17 Juni 2020

Yang Membuat Pernyataan



Dhea Novianty
AKX.17.019

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

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

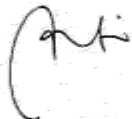
**OLEH
DHEA NOVIANTY
AKX.17.019**

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

Bandung, 18 Juni 2020

Menyetujui,

Pembimbing Utama



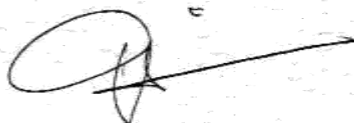
**Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep
NIK : 02016020178**

Pembimbing Pendamping



**Ice Komalaningsih, SKM
NIK : 10218003**

**Mengetahui,
Prodi DIII Keperawatan
Ketua**



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

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

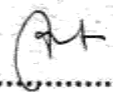
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST SEKSIO SESAREA
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG DELIMA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
CIAMIS**

**OLEH
DHEA NOVIANTY
AKX.17.019**

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, 18 Juni 2020

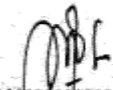
PANITIA PENGUJI

**Ketua : Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep
(Pembimbing Utama)**

(.....)

Anggota :

**1. Penguji 1
Ade Tika Herawati, M.Kep**

(.....)

**2. Penguji 2
Irisanna Tambunan, MM**

(.....)

**3. (Pembimbing Pendamping)
Ice Komalaningsih, SKM**

(.....)

**Mengetahui,
Universitas Bhakti Kencana Bandung
Dekan Fakultas Keperawatan**



**Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep
NIK : 02007020132**

ABSTRAK

Latar belakang : Berdasarkan data rekam medik RSUD Ciamis terdapat 1.173 kasus persalinan dengan seksio sesarea sepanjang tahun 2019. Persalinan ada dua acara yaitu persalinan pervaginam dan persalinan seksio sesarea. Dampak fisiologis yang sering muncul dan dirasakan oleh klien post seksio sesarea ini rasa nyeri. Apabila nyeri tidak segera diatasi akan memberikan efek yang membahayakan. **Metode** : Studi kasus merupakan penelitian dengan karakteristik rendah yang berkaitan dengan latar belakang dan kondisi saat ini dari banyak yang diteliti, interaksinya dengan lingkungan. Studi kasus ini dilakukan pada dua klien yaitu Ny. L dan Ny. E post seksio sesarea dengan nyeri akut. **Hasil** : Setelah dilakukan asuhan keperawatan 2x24 jam, masalah keperawatan nyeri akut pada kedua klien dapat teratasi. **Diskusi** : Pada kedua klien ditemukan masalah nyeri akut post seksio sesarea. Adapun hasil dari intervensi terapi musik pada kedua klien yaitu klien pertama dengan skala nyeri 6 menurun menjadi 2(0-10) sedangkan pada klien kedua dari skala 4 menjadi 1 (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 : 12 buku (2010-2019), 1 jurnal

ABSTRACT

Background : Based on medical records from Ciamis Regional Hospital there were 1,173 cases of childbirth with cesarean section during 2019. There were two births, namely vaginal delivery and cesarean section. The physiological impact that often arises and is felt by post-caesarean seksion clients is pain.. If the pain is not treated immediately it will have harm full effects. **Method** : Case studies are research with low characteristics related to the background and current conditions of many studied, their interaction with the environment. This case study was conducted on two clients namely Mrs. L and Ny. E post caesarean section with acute pain. **Results** : After 2x24 hour nursing care, the problem acute pain nursing on the both clients was resolved. **Discussion** : Both clients found acute post-caesarean section pain problem. The result of music therapy intervention on the two clients, namely the first client with a pain scale of 6 decreased to 2 (0-10) while on the second client from scale 4 to 1 (0-10). The author suggest to the hospital to apply non-pharmacological therapy to music to control pain, so that clients can control their pain independently without continuously using pharmacological therapy.

Keyword : Nursing Care, Acute Pain, Post Caesarean Seksion

Bibliography : 12 books (2010-2019), 1 journal

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. L dan Ny. E serta kedua keluarga yang telah bekerja sama dengan penulis selama pemberian Asuhan Keperawatan.
10. Ayahanda tercinta Sawid dan ibunda tersayang Ade Rasih, adik Cahya Apriansyah dan Dimas Rizki Darmawan 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 Ayes Nuralam, kak Uli, Dinda, Asih, Sova, Illafin, Nola, Hasstika, Reza yang selalu memberi dukungan 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, 17 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	xviii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan.....	4
1.4 Manfaat.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Anatomi Sistem Reproduksi.....	6
2.1.1 Genitalia Interna.....	6
2.2 Konsep Seksio Sesarea.....	9
2.2.1 Definisi Seksio Sesarea	9
2.2.2 Etiologi	10
2.2.3 Patofisiologi	10
2.2.4 Klasifikasi	14
2.2.5 Indikasi	15
2.2.6 Komplikasi.....	16

2.2.7 Pemeriksaan Diagnostik	17
2.3 Konsep Dasar Nifas	18
2.3.1 Definisi Masa Nifas	18
2.3.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas.....	18
2.3.3 Tahapan Masa Nifas	19
2.3.4 Perubahan Fisiologis Masa Nifas	19
2.3.5 Adaptasi Psikologis Ibu Dalam Masa Nifas	26
2.4 Konsep Nyeri	28
2.4.1 Definisi	28
2.4.2 Etiologi Nyeri.....	28
2.4.3 Fisiologi Nyeri	29
2.4.4 Klasifikasi Nyeri	30
2.4.5 Intensitas Nyeri	31
2.4.6 Faktor yang Mempengaruhi Nyeri	31
2.4.7 Manifestasi Klinis.....	35
2.4.8 Penatalaksanaan	36
2.4.9 Hasil Jurnal Manajemen Nyeri Menggunakan Terapi Musik Pada Pasien Post Seksio Sesarea di RSUD Pasar Rebo	37
2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Post Seksio Sesarea	38
2.5.1 Pengkajian.....	38
2.5.2 Diagnosa Keperawatan	47
2.5.3 Intervensi Keperawatan	48
2.5.4 Implementasi Keperawatan.....	70
2.5.5 Evaluasi.....	71
 BAB III METODE PENELITIAN	
1.1 Desain Penelitian	73
1.2 Batasan Istilah.....	73
1.3 Partisipan/Responden/Subyek Penelitian	74

1.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	74
1.5 Pengumpulan Data	74
1.6 Uji Keabsahan Data	75
1.7 Analisis Data.....	76
1.8 Etik Penulisan KTI.....	72

BAB IV PEMBAHASAN

1.1 Hasil	80
1.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	80
1.1.2 Pengkajian.....	80
1.1.3 Analisa Data	92
1.1.4 Diagnosa Keperawatan	94
1.1.5 Perencanaan	97
1.1.6 Implementasi	101
1.1.7 Evaluasi Sumatif.....	105
1.2 Pembahasan.....	106
1.2.1 Pengkajian.....	107
1.2.2 Diagnosa Keperawatan	108
1.2.3 Intervensi.....	115
1.2.4 Implementasi	115
1.2.5 Evaluasi.....	120

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan.....	121
5.1.1 Pengkajian.....	121
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	122
5.1.3 Intervensi Keperawatan	122
5.1.4 Implementasi Keperawatan.....	122
5.1.5 Evaluasi	122

5.2 Saran.....	123
5.2.1 Untuk Rumah Sakit	123
5.2.2 Untuk Pendidikan.....	123

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perubahan Uterus Selama Masa Nifas	20
Tabel 2.2 Perubahan Lochia	21
Tabel 2.3 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas	48
Tabel 2.4 Intervensi Nyeri Akut	50
Tabel 2.5 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan ...	52
Tabel 2.6 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI	53
Tabel 2.7 Intervensi Gangguan Eliminasi Urine	55
Tabel 2.8 Intervensi Gangguan Pola Tidur	56
Tabel 2.9 Intervensi Resiko Infeksi	58
Tabel 2.10 Intervensi Defisit Perawatan Diri	60
Tabel 2.11 Intervensi Konstipasi	61
Tabel 2.12 Intervensi Resiko Syok (Hipovolemik)	65
Tabel 2.13 Intervensi Resiko Perdarahan.....	67
Tabel 2.14 Intervensi Defisiensi Pengetahuan	69
Tabel 4.1 Identitas Klien	81
Tabel 4.2 Identitas Penanggung Jawab	81
Tabel 4.3 Riwayat Kesehatan	82
Tabel 4.4 Riwayat Ginekologi.....	83
Tabel 4.5 Riwayat Obstetri.....	83
Tabel 4.6 Pola Aktivitas Sehari-hari.....	84
Tbael 4.7 Pemeriksaan Fisik	85
Tabel 4.8 Data Psikologi	89

Tabel 4.9 Data Sosial	89
Tabel 4.10 Kebutuhan Bounding Attachment	90
Tabel 4.11 Pemenuhan Kebutuhan Seksual	90
Tabel 4.12 Data Spiritual	90
Tabel 4.13 Pengetahuan Tentang Perawatan Diri	90
Tabel 4.14 Data Penunjang	91
Tabel 4.15 Program dan Rencana Pengobatan	91
Tabel 4.16 Analisa Data	92
Tabel 4.17 Diagnosa Keperawatan	94
Tabel 4.18 Intervensi	97
Tabel 4.19 Impelementasi	101
Tabel 4.20 Evaluasi Sumatif	105

DAFTAR BAGAN

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

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I : Lembar Konsultasi KTI
- Lampiran II : Catatan Revisi
- Lampiran III : Berita Acara Perbaikan Hasil Sidang Akhir KTI
- Lampiran III : Lembar Observasi
- Lampiran IV : Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran V : Surat Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus
- Lampiran VI : Jurnal Terapi Musik
- Lampiran VII : Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

APGAR	: <i>Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BB	: Berat Badan
b.d	: Berhubungan dengan
°C	: Derajat Celcius
cc	: Cubic Centimeter
CNS	: <i>Central Nervous System</i>
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
CV	: Conjugata Vera
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DM	: Diabetes Melitus
EKG	: Elektrokardiogram
GCS	: Glasgow Coma Scale
gr	: Gram
HBsAg	: Hepatitis B Surface Antigen
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IV	: Intra Vena
IU	: <i>International Unit</i>
Jl	: Jalan
KB	: Keluarga Berencana
KTI	: Karya Tulis Ilmiah
Kg	: Kilogram

ml	: Milliliter
mm	: Millimeter
MOW	: Metode Operatif Wanita
NANDA	: <i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NIC	: Nurisng Intervention Classification
NOC	: Nursing Outcome Classification
Ny	: Nyonya
P ₁ A ₀	: Partus 1 kali, Abortus 0
P ₃ A ₀	: Partus 3 kali, Abortus 0
P	: Provokatif/Paliatif
Q	: Kualitas/Quantitas
R	: Region/Radiasi
RR	: Respirasi
RS	: Rumah Sakit
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
TD	: Tekanan Darah
Tpm	: Tetes per menit
TT	: Tetanus Toxoid

VK : Verlos Kamer
WHO : World Health Organization
WIB : Waktu Indonesia Barat
WOD : Wawancara, Observasi, Dokumen

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Uterus.....	8
------------------------	---

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan, lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, dan siap hidup di luar kandungan. Persalinan ada dua acara yaitu persalinan pervaginam dan persalinan seksio sesarea (Solehati & Kosasih, 2015). Menurut Amru Sofian (2011), indikasi dilakukan seksio sesarea ada indikasi dari ibu dan indikasi dari janin.

Data WHO (*World Health Organization*) 2015, angka kejadian seksio sesarea meningkat di negara-negara berkembang, WHO menetapkan indikator persalinan seksio sesarea 5-15% untuk setiap negara. Di Indonesia berdasarkan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2018 menunjukkan prevalensi tindakan seksio sesarea pada persalinan adalah 17,6%, tertinggi di wilayah DKI Jakarta (31,3%) dan terendah di Papua (6,7%). Angka persalinan seksio sesarea di Jawa Barat adalah sekitar 8,7%. Sedangkan berdasarkan data rekam medik RSUD Ciamis terdapat 1.173 kasus persalinan dengan seksio sesarea sepanjang tahun 2019.

Masalah yang lazim muncul pada pasien post seksio sesarea adalah ketidakefektifan bersihan jalan napas, nyeri akut, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, ketidakefektifan pemberian ASI, gangguan eliminasi urine, gangguan pola tidur, resiko infeksi, defisit perawatan diri,

resiko syok (hipovolemik), resiko perdarahan, defisiensi pengetahuan (Nurarif & Kusuma, 2015).

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

Setiap nyeri akan menimbulkan perasaan yang tidak nyaman pada klien. Apabila nyeri tidak segera diatasi secara adekuat akan memberikan efek yang membahayakan, seperti mempengaruhi sistem pulmoner, kardiovaskuler, gastrointestinal, endokrin, dan imunologik. Nyeri yang hebat dapat menyebabkan komplikasi seperti tromboemboli atau pneumonia. Nyeri memengaruhi kemampuan klien untuk bernapas dalam dan bergerak (Solehati & Kosasih, 2015).

Untuk mengatasi nyeri tersebut dapat menggunakan pendekatan farmakologis dan pendekatan non farmakologis. Pendekatan farmakologis berupa pemberian obat analgetik, sedangkan pendekatan nonfarmakologis dengan modulasi psikologis nyeri, seperti relaksasi, hipnoterapi, imajinasi, umpan balik biologis, psikopropilaksis, dan distraksi. Modulasi sensorik nyeri,

seperti masage, terapeutik, akupuntur, akupresur, *transcutaneous electrical nerve stimulations* (tens), musik, hidroterapi zet, homeopati, modifikasi lingkungan persalinan, pengaturan posisi dan postur, serta ambulasi (Solehati & Kosasih, 2015).

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea melalui penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di Ruang Delima RSUD Ciamis “.

1.2 Rumusan Masalah

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

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan Umum penelitian ini adalah melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Ibu Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di Ruang Delima RSUD Ciamis.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian keperawatan pada Ibu Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di Ruang Delima RSUD Ciamis.
- 2) Merumuskan diagnosa keperawatan pada Ibu Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di Ruang Delima RSUD Ciamis

- 3) Menyusun perencanaan keperawatan pada Ibu Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di Ruang Delima RSUD Ciamis.
- 4) Melaksanakan tindakan keperawatan pada Ibu Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di Ruang Delima RSUD Ciamis.
- 5) Melakukan evaluasi pada Ibu Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di Ruang Delima RSUD Ciamis.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Sebagai bahan masukan atau informasi serta memberikan referensi tambahan dalam kegiatan untuk pembelajaran asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut.

1.4.2 Manfaat Praktis

1) Bagi perawat

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan perawat tentang pengaruh terapi non farmakologi terhadap ibu post seksio sesarea dengan masalah nyeri akut.

2) Bagi rumah sakit

Penelitian ini diharapkan memberikan manfaat dalam pengelolaan masalah nyeri di rumah sakit.

3) Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat digunakan sebagai referensi bagi mahasiswa untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada

klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Anatomi sistem reproduksi

2.1.1 Genitalia Interna

a. Liang Senggama (vagina)

Adalah liang yang menghubungkan vulva dengan rahim. Ukuran panjang dinding depan 8 cm dan dinding belakang 10 cm. bentuk dinding dalamnya berlipat-lipat disebut rugae. Fungsi vagina adalah :

1. Saluran keluar untuk mengalirkan darah haid dan sekret lain dari rahim
2. Alat untuk bersenggama
3. Jalan lahir pada waktu bersalin (Eniyati & Sholihah, 2013).

b. Rahim (uterus)

Adalah suatu struktur otot yang terlalu kuat, bagian luarnya ditutupi oleh peritoneum sedangkan rongga dalamnya dilapisi oleh mukosa rahim. Bentuk rahim seperti bola lampu pijar, mempunyai rongga yang terdiri dari tiga bagian besar, yaitu :

1. Badan rahim (korpus uteri) berbentuk segitiga
2. Leher rahim (serviks uteri) berbentuk silinder
3. Rongga rahim (kavum uteri)

Bagian rahim antara kedua pangkal tuba disebut fundus uteri. Besarnya rahim berbeda-beda, tergantung pada usia dan pernah melahirkan anak atau belum.

1) Pada nullipara

Ukurannya 5,5-8 cm x 3,5-4 cm dan beratnya 40-50 gram.

2) Pada multipara

Ukurannya 9-9,5 cm x 5,5-6 cm x 3-3,5 cm dan beratnya 60-70 gram.

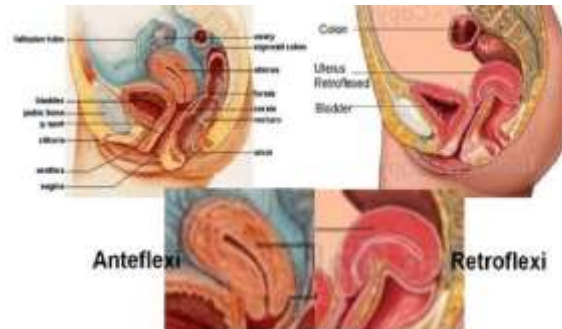
Dinding rahim secara histologik terdiri dari 3 lapisan :

1. Lapisan serosa (lapisan peritoneum), lapisan luar yaitu peritoneum viserale
2. Lapisan otot (lapisan miometrium), lapisan tengah.
3. Lapisan mukosa (endometrium), lapisan dalam.

Endometrium terdiri atas epitel kubik, kelenjar-kelenjar dengan jaringan banyak pembuluh-pembuluh darah yang berkeluk-keluk.

Letak rahim fisiologis adalah anteversiofleksi. Letak-letak yang lain yaitu ;

- 1) Antefleksi (tengadah ke depan)
- 2) Retrofleksi (tengadah ke belakang)
- 3) Anteversi (terdorong ke depan)
- 4) Retroversi (terdorong ke belakang).

Gambar 2.1**Uterus**

Sumber : Eniyati & Sholihah, 2013

Fungsi utama rahim :

1. Setiap bulan berfungsi dalam siklus haid
2. Tempat janin tumbuh dan berkembang
3. Berkontraksi terutama sewaktu bersalin dan sesudah bersalin (Eniyati & Sholihah, 2013).

c. Saluran telur (tuba fallopi)

Adalah saluran yang keluar dari kornu rahim kanan dan kiri, panjangnya 12-13 cm dengan diameter 3-8 mm. Bagian luar diliputi oleh peritoneum viserale, yang merupakan bagian dari ligamentum latum. Bagian dalam saluran dilapisi silia, yang berfungsi untuk menyalurkan telur dan hasil konsepsi.

Fungsi utama saluran telur :

1. Sebagai saluran telur.
2. Tempat terjadinya pembuahan (Eniyati & Sholihah, 2013).

d. Indung telur (ovarium)

Terdapat dua indung telur, masing-masing di kanan dan di kiri rahim. Dilapisi mesovarium dan tergantung di belakang lig. Latum. Bentuknya seperti almond, sebesar ibu jari. Indung telur posisinya ditunjang oleh mesovarium, ligamentum ovarika dan ligamentum infundibulopelvikum.

Fungsi indung telur :

1. Menghasilkan sel telur (ovum)
2. Menghasilkan hormon-hormon (progesterone dan estrogen)
3. Ikut serta mengatur haid (Eniyati & Sholihah, 2013).

2.2 Konsep Seksio Sesarea

2.2.1 Definisi seksio sesarea

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

Seksio sesarea adalah suatu persalinan buatan, yaitu janin dilahirkan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan persyaratan, bahwa rahim dalam keadaan utuh serta bobot janin di atas 500 gram. Seksio sesarea adalah cara melahirkan bayi melalui insisi transabdominal uterus (Solehati & Kosasih, 2015).

2.2.2 Etiologi

1. Indikasi yang berasal dari ibu (etiologi)

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

2. Indikasi yang berasal dari janin

Fetal distress / gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi (Amru Sofian,2011).

2.2.3 Patofisiologi

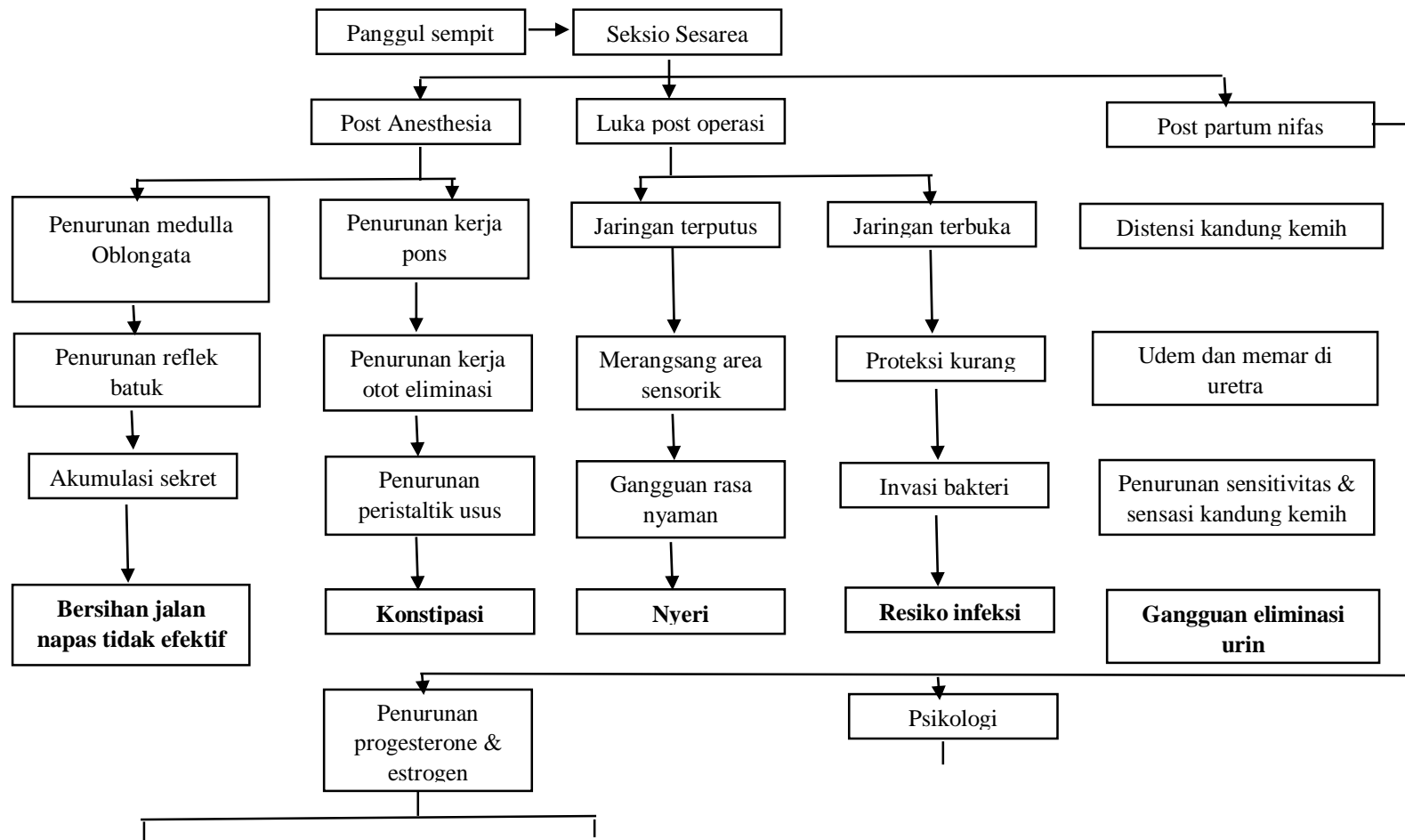
Adanya hambatan dalam proses persalinan sehingga bayi tidak dapat lahir secara spontan. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan seksio sesarea. Dalam proses operasinya dilakukan tindakan anestesi yang akan menyebabkan pasien mengalami kelumpuhan dan kelemahan fisik, pasien tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri pasien secara mandiri

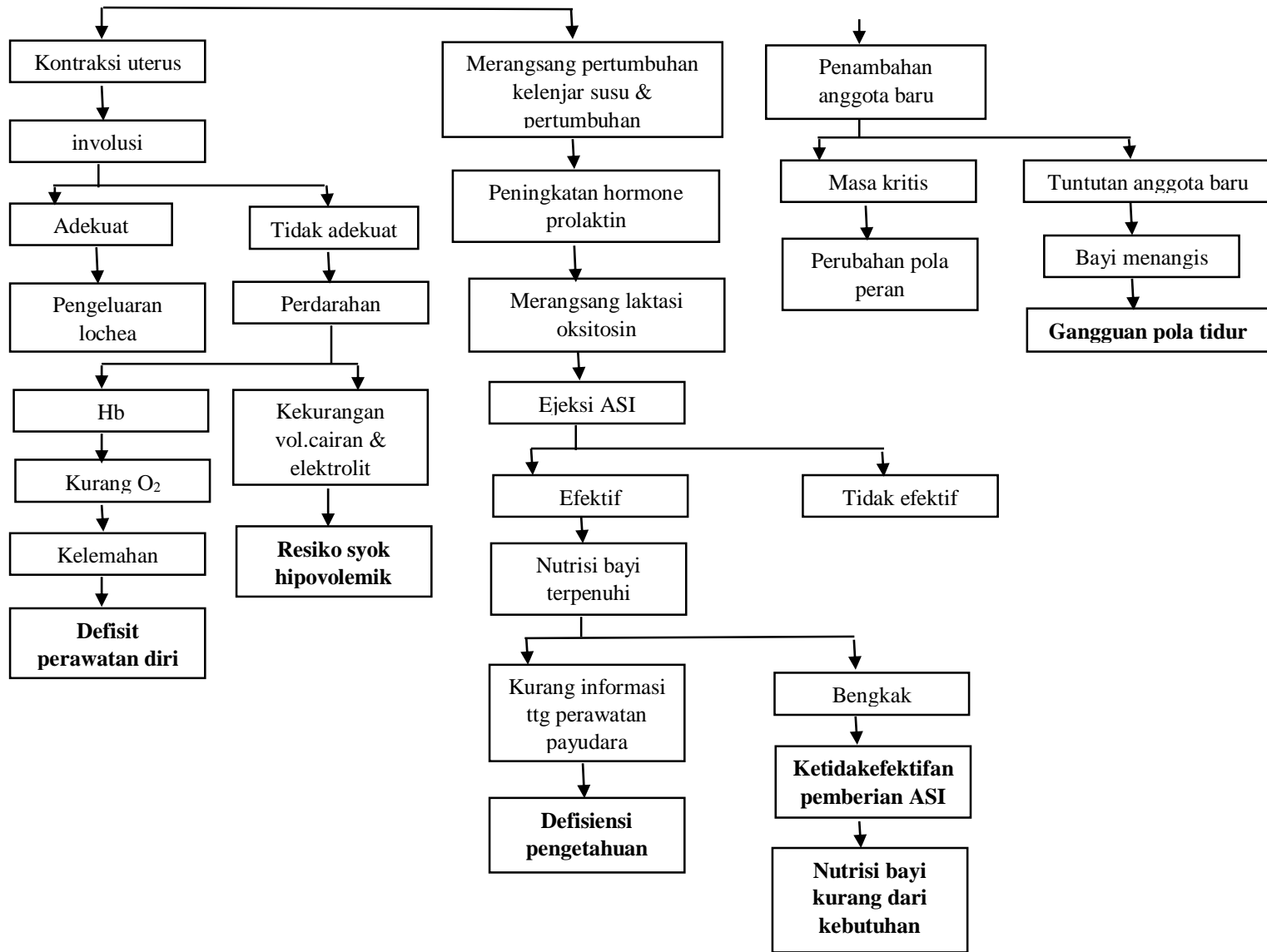
sehingga timbul masalah defisit perawatan diri, penurunan kerja otot dan penurunan peristaltik usus sehingga terjadi konstipasi, penurunan sensitivitas dan sensasi kandung kemih menyebabkan gangguan eliminasi urin. Bersihan jalan napas tidak efektif akibat adanya penurunan reflek batuk dan terjadi akumulasi sekret.

Selain itu, dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi dinding abdomen menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan, pembuluh darah dan saraf sekitar daerah insisi, hal ini yang akan menimbulkan nyeri akut. Setelah proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post operasi, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi. Kurangnya informasi mengenai proses perawatan post operasi akan menimbulkan masalah defisiensi pengetahuan. Pada masa post partum apabila kontraksi uterus tidak adekuat dapat terjadi perdarahan sehingga resiko syok hipovolemik. Adanya peningkatan hormon prolaktin dapat merangsang laktasi oksitosin, namun apabila ibu tidak mengetahui informasi perawatan payudara menimbulkan ketidakefektifan pemberian ASI.

Bagan 2.1

Patofisiologi Seksio Sesarea (Nurarif & Kusuma, 2015)





2.2.4 Klasifikasi

a. Abdomen (Seksio Sesarea Abdominalis)

1. Seksio sesarea transperitonealis

- 1) Seksio sesarea klasik atau corporal 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 parietale; dengan demikian, tidak membuka kavum abdominis.

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 *vias naturalis* ialah CV = 8 cm. panggul dengan CV (conjugata vera) < 8 cm dapat dipastikan tidak dapat melahirkan janin secara normal, harus diselesaikan dengan seksio sesarea. Conjugata vera antara 8 dan 10 cm boleh dilakukan partus percobaan; baru setelah gagal, dilakukan seksio sesarea sekunder.

3. Disproporsi sefalovepik : yaitu ketidakseimbangan antara ukuran kepala dan ukuran panggul.
4. Ruptura uteri mengancam
5. Partus lama (*prolonged labor*)
6. Partus tak maju (*obstructed labor*)
7. Distosia 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. Multipara 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 defleksi) jika reposisi dan 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 (Amru Sofian, 2011).

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 ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang (Amru Sofian, 2011).

2.2.7 Pemeriksaan Diagnostik

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

10. Ultrasound sesuai pesanan (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.3 Konsep Dasar Nifas

2.3.1 Definisi Masa Nifas

Secara etimologis nifas berarti kelahiran bayi saat seorang wanita melahirkan. Wanita tersebut dinamakan *nafasa* dan *nafs* berarti darah. Tsa'lab berkata '*Nufasa*' adalah wanita yang melahirkan, wanita yang hamil atau wanita yang haid. Dikatakan demikian karena dia diambil dari meluapnya darah pada rahim (*tanffus ar-rahm bi ad ad-dam*) atau dari keluarnya *nafs* yaitu darah atau anak (Ummu Kultsum, 2012).

Masa nifas (puerperium) adalah masa dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan seperti semula sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau ± 40 hari (Andina, 2019)

2.3.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan dari pemberian asuhan pada masa nifas untuk :

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
2. Melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi.
3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari (Damai & Dian, 2011).

2.3.3 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 (Ummu Kultsum, 2012).

2.3.4 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Menurut Damai & Dian (2011) perubahan fisiologis pada masa nifas sebagai berikut :

1. Perubahan Fisiologi Masa Nifas pada Sistem Reproduksi

- a. Involusi uterus

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

Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1 Perubahan Uterus Selama Masa Nifas

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

Sumber : Damai & Dian, 2011

Dilihat dibawah ini perubahan tinggi fundus uteri pada masa nifas:

b. Involusi Tempat plasenta

Segera setelah plasenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali.. Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi plasenta sekitar 6 minggu.

c. Perubahan ligament

Perubahan ligament yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain : ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi; ligament, fasia, jaringan penunjang alat dan genitalia menjadi agak kendur.

d. 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.

e. Lochia

Lochia adalah ekskresi cairan rahim selama nifas dan mempunyai reaksi basa / alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochia mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Perbedaan masing-masing lochia dapat dilihat sebagai berikut ;

Tabel 2.2 Perubahan Lochia

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

Sumber : Damai & Dian, 2011

2. Perubahan Fisiologis Masa Nifas Pada Sistem Pencernaan

Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain :

1) Nafsu makan

Pasca melahirkan, biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan. Pemulihan nafsu

makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal.

2) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anestesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

3) Pengosongan usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan.

3. Perubahan Fisiologis Masa Nifas pada Sistem Perkemihan

Setelah melahirkan kadar steroid menurun sehingga dapat menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan.

Bila wanita setelah persalinan tidak dapat berkemih dalam waktu 4 jam setelah persalinan mungkin ada masalah dan sebaiknya segera dipasang dower kateter selama 24 jam. Bila kemudian keluhan tak dapat berkemih dalam waktu 4 jam, lakukan kateterisasi dan bila jumlah residu > 200 ml maka kemungkinan ada gangguan proses urinasinya.

4. Perubahan Fisiologis Masa Nifas pada Sistem Muskuloskeletal

Adaptasi sistem muskuloskeletal pada masa nifas, meliputi :

1) Dinding perut dan peritoneum

Dinding perut akan longgar pasca persalinan. Keadaan ini akan pulih kembali dalam 6 minggu.

2) Kulit abdomen

Selama masa kehamilan, kulit abdomen akan melebar, melonggar dan mengendur hingga berbulan-bulan.

3) Striae

Striae adalah suatu perubahan warna seperti jaringan parut pada dinding abdomen.

4) Perubahan ligamen

Setelah janin lahir, ligamen-ligamen, diafragma pelvis dan fascia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala.

5) Simpisis pubis

Pemisahan simpisis pubis jarang terjadi. Namun demikian, hal ini dapat menyebabkan morbiditas maternal. Gejala dari pemisahan simpisis pubis antara lain : nyeri tekan pada pubis disertai peningkatan nyeri saat bergerak ditempat tidur ataupun waktu berjalan.

5. Perubahan Fisiologis Masa Nifas pada Tanda-tanda Vital

Pada masa nifas, tanda-tanda vital yang harus dikaji antara lain :

1) Suhu badan

Setelah melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,5 derajat celcius dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini akibat dari kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan maupun kelelahan. Kurang lebih pada hari ke-4 post partum, suhu badan akan naik lagi. Hal ini diakibatkan ada pembentukan ASI. Apabila kenaikan suhu di atas 38 derajat celcius, waspada terhadap infeksi post partum.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi bradikardi ataupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.

3) Tekanan darah

Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah. Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya pre eklamsia post partum.

4) Pernafasan

Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal. 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.

6. Perubahan Fisiologis pada Sistem Kardiovaskuler

Kehilangan darah pada persalinan per vaginam sekitar 300-400 cc, sedangkan kehilangan darah dengan persalinan seksio sesarea menjadi dua kali lipat. Perubahan yang terjadi terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi.

7. Perubahan Fisiologis Masa Nifas pada Sistem Hematologi

Jika hematokrit pada hari pertama atau kedua lebih rendah dari titik 2 persen atau lebih tinggi dari pada saat memasuki persalinan awal, maka pasien dianggap telah kehilangan darah yang cukup banyak. Titik 2 persen kurang lebih sama dengan kehilangan darah 500 ml darah. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 post partum dan akan normal dalam 4-5 minggu post partum.

2.3.5 Adaptasi Psikologis Ibu Dalam Masa Nifas

a. Adaptasi psikologis ibu dalam masa nifas

Hal-hal yang dapat membantu ibu dalam beradaptasi pada masa nifas adalah sebagai berikut :

1. Fungsi menjadi orang tua.
2. Respon dan dukungan dari keluarga.
3. Riwayat dan pengalaman kehamilan serta persalinan.
4. Harapan, keinginan dan aspirasi saat hamil dan melahirkan.

Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain :

1. Fase *taking in*

Merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua setelah melahirkan. Ibu berfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi.

Gangguan psikologis yang dapat dialami oleh ibu pada fase ini adalah :

- 1) Kekecewaan pada bayinya.
- 2) Ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami.
- 3) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.

- 4) Kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya.

2. Fase *taking hold*

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan/pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya.

3. Fase *letting go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya.

Hal-hal yang harus dipenuhi selama nifas adalah sebagai berikut:

- 1) Fisik. Istirahat, asupan gizi, lingkungan bersih.
- 2) Psikologi. Dukungan dari keluarga sangat diperlukan.
- 3) Sosial. Perhatian, rasa kasih sayang, menghibur ibu saat sedih dan menemani ibu saat sedih dan menemani saat ibu kesepian.
- 4) Psikososial (Damai & Dian, 2011).

2.4 Konsep Nyeri

2.4.1 Definisi

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

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

2.4.2 Etiologi Nyeri

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

1. Fisik (termal, mekanik elektrik); dan
2. Kimia.

Apabila ada kerusakan pada jaringan akibat adanya kontinuitas jaringan yang putus, maka histamin, bradykinin, serotonin, dan prostaglandin akan diproduksi oleh tubuh. Zat-zat kimia ini akan menimbulkan rasa nyeri. Rasa nyeri ini diteruskan ke *Central Nerve System* (CNS) untuk kemudian ditransmisikan pada serabut tipe C yang menghasilkan sensasi seperti terbakar pada serabut tipe A yang menghasilkan nyeri, seperti tertusuk.

2.4.3 Fisiologi Nyeri

Menurut Solehati & Kosasih (2015), reseptor nyeri terletak pada semua saraf bebas yang terletak pada kulit, tulang, persendian, dinding arteri, membran yang mengelilingi otak, dan usus. Nyeri bermacam-macam, seperti : terbakar, terpotong, tertusuk, dan tikaman.

Menurut Solehati & Kosasih (2015), hampir semua jaringan tubuh terdapat ujung-ujung saraf nyeri. Ujung-ujung saraf nyeri merupakan ujung saraf yang bebas dan reseptornya adalah *nociceptor*. *Nociceptor* ini akan aktif bila dirangsang oleh rangsangan kimia, mekanik dan suhu. Zat-zat kimia yang merangsang rasa nyeri antara lain : bradykinin, serotonin, histamin, ion kalium, dan asam asetat, dan ujung saraf nyeri. Semua zat kimia ini berasal dari dalam sel.

Bila sel-sel tersebut mengalami kerusakan maka zat-zat tersebut akan keluar merangsang reseptor nyeri, sedangkan pada mekanik umumnya karena spasme otot dan kontraksi otot. Spasme otot akan menyebabkan penekanan pada pembuluh darah sehingga terjadi iskemia pada jaringan, sedangkan pada kontraksi otot terjadi ketidakseimbangan antara kebutuhan nutrisi dan suplai nutrisi sehingga jaringan kekurangan nutrisi dan oksitosin yang mengakibatkan terjadinya mekanisme anaerob dan menghasilkan zat besi sisa, yaitu asam laktat yang berlebihan. Kemudian, asam laktat tersebut akan merangsang serabut rasa nyeri.

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

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

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

2.4.4 Klasifikasi

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

1. Nyeri Akut

Nyeri akut didefinisikan sebagai suatu nyeri yang dapat dikenali penyebabnya, waktunya pendek, dan diikuti oleh peningkatan tegangan otot, serta kecemasan. Ketegangan otot dan kecemasan tersebut dapat meningkatkan persepsi nyeri. Contohnya, adanya luka karena cedera atau operasi.

2. Nyeri Kronis

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

2.4.5 Intensitas Nyeri

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

2.4.6 Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

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

1. Faktor lingkungan

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

2. Keadaan umum

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

3. Endorfin

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

4. Faktor Situasional

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

5. Jenis Kelamin

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

6. Status Emosi

Status emosional sangat memegang peranan penting dalam persepsi rasa nyeri karena akan meningkatkan persepsi dan membuat impuls rasa nyeri lebih cepat disampaikan. Adapun status

emosi yang sangat memengaruhi persepsi rasa nyeri pada individu antara lain ; kecemasan, ketakutan, dan kekhawatiran (Solehati & Kosasih, 2015).

7. Pengalaman yang Lalu

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

8. Reaksi terhadap Nyeri

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

9. Ansietas dan Kepribadian

Ansietas mempunyai efek yang sangat besar, baik pada kualitas maupun intensitas pengalaman nyeri. Klien yang gelisah lebih sensitif terhadap nyeri dan mengeluh nyeri lebih sering dibandingkan dengan klien lain.

Faktor lingkungan, keadaan umum, endorfin, situasional, jenis kelamin, pengalaman masa lalu dan status emosional, *ansietas*

dan kepribadian, budaya, dan sosial, arti nyeri, usia, fungsi kognitif, dan kepercayaan individu biasanya terjadi dan saling memengaruhi satu sama lain (Solehati & Kosasih, 2015).

10. Budaya dan Sosial

Budaya memiliki peran dalam mentoleransi nyeri. Aspek ini sangat berpengaruh besar terhadap psikologis seseorang dalam mempersepsikan nyeri. Sebuah penelitian oleh Melzack tahun 1973 dalam Niven (2002), memberikan bukti tentang bagaimana budaya dapat memengaruhi pengalaman nyeri seseorang, yaitu klien yang berbangsa Yahudi lebih sering mengeluh nyeri dibandingkan dengan klien yang berbangsa Spanyol.

Menurut Zborowski (1969) dalam Niven (2002) melaporkan, bahwa ekspresi perilaku nyeri berbeda antara satu kelompok etnik klien dan kelompok lain di suatu lingkungan rumah sakit. Perbedaan tersebut terjadi akibat sikap dan nilai yang dianut oleh suatu kelompok dalam suatu budaya.

11. Usia

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

12. Arti Nyeri

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

13. Fungsi Kognitif

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

14. Kepercayaan

Kepercayaan terhadap agama dapat memengaruhi individu dalam mengatasi nyeri yang timbul. Kemungkinan, individu mempercayai bahwa nyeri sebagai hukuman dan dapat mengurangi kesalahan yang dilakukannya (Solehati & Kosasih, 2015).

2.4.7 Manifestasi Klinis

Setiap nyeri akan menimbulkan perasaan yang tidak nyaman pada klien, selain itu tanpa melihat pola, sifat, atau penyebab nyeri. Apabila nyeri tidak segera diatasi secara adekuat akan memberikan efek yang membahayakan, seperti memengaruhi sistem pulmoner, kardiovaskuler,

gastrointestinal, endokrin, dan immunologic (Solehati & Kosasih, 2015).

2.4.8 Penatalaksanaan

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

1. Pendekatan Farmakologis

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

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

2. Pendekatan Nonfarmakologis

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

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

2.4.9 Hasil Jurnal Manajemen Nyeri Menggunakan Terapi Musik Pada Pasien Post Seksio Sesarea di RSUD Pasar Rebo

Jenis terapi musik yang digunakan adalah musik yang nondramatis, dinamikanya bisa diprediksi, memiliki nada yang lembut, harmonis dan tidak ber lirik. Waktu pelaksanaan terapi musik dalam penelitian ini selama 30 menit yang mana pasien telah berada di ruang perawatan.

Berdasarkan hasil penelitian, nilai rata-rata tingkat nyeri responden sebelum dan sesudah diberikan terapi standar pada kelompok mengalami penurunan. Nilai rata-rata tingkat nyeri sebelum prosedur sebesar 8,00 dan menurun sebanyak 4,00. Hasil uji T sampel dependen didapat *P value* 0,000 (*P value*<0,05) yang artinya ada perbedaan yang signifikan tingkat nyeri sebelum dan setelah diberikan terapi musik pada pasien post seksio sesarea di ruang delima RSUD Pasar Rebo.

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Post Seksio Sesarea

2.5.1 Pengkajian

1. Identitas Pasien

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

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

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah pasien operasi.

a) Keluhan Utama Masuk Rumah Sakit

Menguraikan mengenai keluhan yang pertama kali dirasakan, penanganan yang pernah dilakukan sampai klien dibawa ke rumah sakit dan penanganan pertama yang dilakukan saat di rumah sakit.

b) Keluhan Utama Saat Dikaji

Keluhan utama saat dikaji diuraikan dalam bentuk PQRST :

P : Paliatif / Propokatif

Yaitu segala yang memperberat dan memperingan keluhan. Pada post partum dengan seksio sesarea biasanya klien mengeluh nyeri dirasakan bertambah apabila pasien

banyak bergerak dan dirasakan berkurang apabila klien istirahat.

Q : Quality / Quantity

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

R : Region / Radiasi

Yaitu menunjukkan lokasi nyeri, dan penyebarannya. Pada post partum dengan seksio sesarea biasanya klien mengeluh nyeri pada luka jahitan pada daerah abdomen biasanya tidak ada penyebaran ke daerah lain.

S : Severity, Skale

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

T : Timing

Yaitu menunjukkan waktu terjadinya dan frekuensi kejadian keluhan tersebut. Pada post partum dengan seksio sesarea biasanya nyeri dirasakan hilang timbul dengan frekuensi tidak menentu tergantung aktifitas yang dilakukan.

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

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

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi penyakit yang diderita pasien dan apakah keluarga pasien ada juga mempunyai riwayat persalinan seksio sesarea.

3. Riwayat Ginekologi dan Obstetri

1) Riwayat Ginekologi

a) Riwayat Menstruasi

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

b) Riwayat perkawinan

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

c) Riwayat keluarga berencana

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

2) Riwayat Obstetri

a. Riwayat Kehamilan

a) Riwayat Kehamilan Dahulu

Riwayat kehamilan yang pernah dialami klien, apakah kehamilan dengan penyulit, kontrol teratur, usia kehamilan saat melahirkan, keluhan selama hamil, imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan.

b) Riwayat Kehamilan Sekarang

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

b. Riwayat Persalinan

a) Riwayat Persalinan Dahulu

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

b) Riwayat Persalinan Sekarang

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

c. Riwayat Nifas

a) Riwayat Nifas Dahulu

Mengidentifikasi riwayat nifas dan keluhan pada masa nifas sebelumnya.

b) Riwayat Nifas Sekarang

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

4 Pola Aktivitas Sehari-hari

a. Pola nutrisi

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

b. Pola eliminasi

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

c. Pola istirahat dan tidur

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

d. Personal hygiene

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

e. Aktifitas dan Latihan

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

5) Pemeriksaan fisik

1) Keadaan Umum

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

2) Tanda-tanda Vital

Mengkaji tekanan darah, pernapasan, suhu tubuh dan denyut nadi klien. Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan, sedangkan tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya pre eklamsia post partum. Bila pernapasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok. Selain itu, suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,5 derajat celsius dari keadaan normal, kenaikan suhu badan ini akibat dari kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan maupun

kelelahan. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi lebih dari 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum (Damai & Dian, 2011).

3) Antropometri

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

4) Pemeriksaan fisik *head to toe*

Menurut Damai & Dian (2011) pemeriksaan fisik pada klien post seksio sesarea adalah :

a) Mata

Kaji warna sklera, warna konjungtiva dan fungsi penglihatan.

b) Telinga

Kaji bentuk, kebersihan dan fungsi telinga.

c) Hidung

Kaji bentuk, kebersihan, pernafasan cuping hidung, nyeri tekan dan fungsi penciuman.

d) Mulut

Kaji kesimetrisan, warna, kelembaban, kebersihan gigi dan mulut.

e) Leher

Kaji bentuk, adanya pembesaran kelenjar getah bening, kelenjar tyroid, dan vena jugularis pressure.

f) Dada

Kaji kesimetrisan bentuk dan gerak pernapasan, warna kulit dada, retraksi, jaringan parut, palpasi gerakan dinding dada, taktil vremitus secara sistematis, perkusi batas-batas paru secara sistematis, auskultasi bagian anterior. Kaji bunyi jantung. Kaji payudara kiri dan kanan catat adanya massa, benjolan yang membesar, pembengkakan atau abses.

g) Abdomen

Kaji bekas luka operasi, palpasi untuk mengetahui tinggi fundus uterus, kontraksi dan konsistensi.

h) Punggung dan bokong

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

i) Genitalia

Kaji warna, konsistensi dan bau dari lochea.

j) Anus

Kaji kebersihan, ada tidaknya haemorhoid.

k) Ekstremitas

Kaji bentuk, ada tidaknya varises, edema.

6) Data psikologis

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

7) Data Sosial

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

8) Kebutuhan Bounding Attachment

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

9) Kebutuhan Pemenuhan Seksual

Kaji pemenuhan kebutuhan seksual klien pada masa post seksio sesarea.

10) Data Spiritual

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

11) Pengetahuan Tentang Perawatan Diri

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

12) Data Penunjang

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

13) Terapi

Terapi merupakan data obat yang dikonsumsi atau diberikan kepada klien.

14) Analisa Data

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

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) 2015, bahwa diagnosa yang dapat muncul pada ibu post partum 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 dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas	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 4. Berikan O ₂ dengan menggunakan nasal	1. Peninggian kepala tempat tidur memfasilitasi fungsi pernafasan dengan menggunakan gravitasi 2. Memberikan beberapa cara

1. Tidak ada batuk	dengan mudah, tidak ada pursed lips)	untuk memfasilitasi suksion nasotrakeal	kepada klien untuk mengatasi dan mengendalikan
2. Suara napas tambahan	❖ 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	dipsnea serta mengurangi udara yang terperangkap
3. Perubahan frekwensi napas		6. Anjurkan pasien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal	3. Batuk dapat persistem, tetapi tidak efektif, terutama jika klien berusia lanjut
4. Perubahan irama napas		7. Monitor status oksigen pasien	mengalami sakit akut atau lemah
5. Sianosis		8. Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suksion	4. Hidrasi membantu mengurangi viskositas sekresi sehingga memfasilitasi ekspektorasi
6. Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara	❖ Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan napas	9. Hentikan suksion dan berikan oksigen apabila pasien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi O ₂ , dll	
7. Penurunan bunyi napas			
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 :		Airway Management	
1) Perokok pasif		1. Buka jalan napas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu	
2) Mengisap asap		2. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi	
3) Merokok		3. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan napas buatan	
2. Obstruksi jalan napas :		4. Pasang mayo bila perlu	
1) Spasme jalan napas		5. Lakukan fisioterapi dada jika perlu	
2) Mokus dalam jumlah berlebihan		6. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction	
3) Eksudat dalam jalan alveoli		7. Auskultasi suara napas, catat adanya suara tambahan	
4) Materi asing dalam jalan napas		8. Lakukan suction pada mayo	
5) Adanya jalan napas buatan		9. Berikan bronkodilator bila perlu	
6) Sekresi bertahan / sisa sekresi			
7) Sekresi dalam bronkhi			
3. Fisiologis :			
1) Jalan napas alergik			
2) Asma			
3) Penyakit paru obstruktif kronik			
4) Hiperplasi dinding bronkial			
5) Infeksi			

6) Disfungsi neuromuscular	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 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. Batasan Karakteristik : 1. Perubahan selera makan 2. Perubahan tekanan darah 3. Perubahan frekuensi jantung 4. Perubahan frekuensi pernapasan 5. Laporan isyarat 6. Diaforesis</p>	<p>NOC ❖ Pain level, ❖ Pain control, ❖ Comfort level Kriteria Hasil : ❖ 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) ❖ Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p>	<p>NIC Pain Management 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Gunakan tehnik 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 dan menemukan dukungan 8. Konrol lingkungan yang dapat memengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p>	<p>1. Nyeri merupakan subjektif. Pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektivitas modifikasi dan kemajuan penyembuhan, perubahan karakteristik nyeri dapat mengindikasikan pembentukan abses atau peritonitis memerlukan evaluasi dan intervensi medis yang tepat dan cepat 2. Isyarat non verbal dapat atau tidak dapat mendukung intensitas nyeri klien, tetapi mungkin merupakan satu-satunya indikator jika klien tidak dapat menyatakannya. 3. Meningkatkan relaksasi dan dapat meningkatkan kemampuan coping klien dengan</p>

<p>7. Perilaku distraksi (mis., berjalan mondar-mandir mencari orang ;lain dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang)</p> <p>8. Mengekspresikan perilaku (mis., gelisah, merengek, menangis)</p> <p>9. Masker wajah (mis., mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus meringis)</p> <p>10. Sikap melindungi rasa nyeri</p> <p>11. Fokus menyempit (mis., gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)</p> <p>12. Indikasi nyeri yang dapat diamati</p> <p>13. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri</p> <p>14. Sikap tubuh melindungi</p> <p>15. Dilatasi pupil</p> <p>16. Melaporkan nyeri secara verbal</p> <p>17. Gangguan tidur</p> <p>Faktor yang berhubungan :</p> <p>1. Agen cedera (mis., biologis, zat kimia, fisik, psikologis)</p>	<p>9. Kurangi faktor presipitasi nyeri</p> <p>10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, nonfarmakologi dan interpersonal)</p> <p>11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</p> <p>12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi</p> <p>13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</p> <p>14. Evaluasi keefektifan control nyeri</p> <p>15. Tingkatkan istirahat</p> <p>16. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</p> <p>17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri</p>	<p>memfokuskan Kembali perhatian.</p> <p>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.</p> <p>5. Perubahan pada lokasi atau intensitas bukan tidak lazim terjadi, tetapi dapat mencerminkan perkembangan komplikasi. Nyeri cenderung menjadi konstan dan berdifusi ke seluruh abdomen seiring percepatan proses inflamasi, nyeri dapat terlokalisasi jika abses terbentuk.</p>
---	--	---

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 : 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 pada makanan 11. Kurang minat pada makanan 12. Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat 13. Kesalahan konsepsi 14. Kesalahan informasi 15. Membrane mukosa pucat 16. Ketidakmampuan memakan makanan 17. Tonus otot menurun	NOC ❖ Nutritional Status: ❖ Nutritional Status : Food and Fluid ❖ Nutritional Status : nutrient intake ❖ Weight control Kriteria Hasil ; ❖ 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 ❖ Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	NIC Nutrition Management 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 10. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi 11. Kaji kemampuan nutrisi yang dibutuhkan	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 kemampuan dalam memproses protein dan juga menurunkan nilai dan metabolisme dan tingkat aktivitas 4. Penimbangan berat badan untuk memantau status nutrisi dan efektivitas intervensi

-
18. Mengeluh gangguan sensasi rasa
 19. Mengeluh asupan makanan kurang dari RDA (recommended daily allowance)
 20. Cepat kenyang setelah makan
 21. Sariawan rongga mulut
 22. Steatorea
 23. Kelemahan otot pengunyah
 24. Kelemahan otot menelan

Faktor-faktor yang berhubungan :

1. Faktor biologis
 2. Faktor ekonomi
 3. Ketidakmampuan untuk mencerna makanan
 4. Ketidakmampuan menelan makanan
 5. Faktor psikologis
-

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
Ketidakefektifan pemberian ASI Definisi : ketidakpuasan atau kesulitan ibu, bayi, atau anak menjalani proses pemberian ASI Batasan Karakteristik : <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakadekuatan suplai ASI 2. Bayi melengkung menyesuaikan diri dengan payudara 3. Bayi menangis pada payudara 	NOC ❖ Breastfeding ineffective ❖ Breathing pattern ineffective ❖ Breasfeeding interrupted Kriteria Hasil : ❖ Kementapan pemberian ASI : Bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi	NIC Breastfeeding Assistance 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)	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

4. Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusu	selama 3 minggu pertama pemberian ASI	4. Kaji kemampuan bayi untuk <i>latch on</i> dan menghisap secara efektif	apakah posisi bayi pada dada ibu dan apakah mulut bayi sudah berada tepat pada puting ibu
5. Bayi rewel dalam jam pertama setelah menyusu	❖ 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	5. Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting	5. Untuk mengetahui kemampuan teknik menyusui yang dilakukan oleh ibu nifas
6. Ketidakmampuan bayi untuk <i>latch on</i> pada payudara ibu secara tepat		6. Pantau integritas kulit puting ibu	6. Identifikasi atau intervensi dini dapat mencegah/membatasi terjadinya luka dan pecah puting, yang dapat merusak proses menyusui
7. Menolak <i>latching on</i>		7. Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar susu dan mastitis	7. Dapat mengetahui kesenjangan kondisi ibu dalam intervensi
8. Tidak responsive terhadap kenyamanan lain		8. Pantau kemampuan untuk mengurangi kongesti payudara dengan benar	8. Melihat berat badan dan proses eliminasi bayi apakah sudah berespon dengan baik
9. Ketidacukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui	❖ Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi / toddler	9. Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi	9. Untuk membantu mempertahankan produksi ASI
10. Ketidacukupan kesempatan untuk mengisap payudara		Breast Examination Lactation Supresion	10. Menambah wawasan di bidang promosi kesehatan untuk menggalakkan ibu menyusui dan teknik memompa ASI
11. Kurang menambah berat badan bayi	❖ Penyapihan pemberian ASI	1. Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI	11. Untuk meningkatkan informasi dalam pencairan ASI dan menghindari pemberian susu formula
12. Tidak tampak tanda pelepasan oksitosin	❖ Diskontinuitas progresif pemberian ASI	2. Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI	
13. Tampak ketidakadekuatan asupan susu	❖ Pengetahuan pemberian ASI : tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI	3. Ajarkan pengasuh bayi mengenai topik-topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran memberi susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang	
14. Luka puting yang menetap setelah seminggu pertama menyusui	❖ Ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera	4. Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan, dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula	
15. Penurunan berat badan bayi terus-menerus	❖ Ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI		
16. Tidak menghisap payudara terus-menerus	❖ Ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting		
Faktor yang berhubungan :	❖ Mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI		
1. Defisit pengetahuan			
2. Anomali bayi			
3. Bayi menerima tambahan makanan dengan puting buatan			
4. Diskontinuitas pemberian ASI			
5. Ambivalen ibu			
6. Ansietas ibu			

7. Anomaly payudara ibu	5. Apabila penyapihan diperlukan, informasikan ibu mengenai kembalinya proses ovulasi dan seputar alat kontrasepsi yang sesuai
8. Keluarga tidak mendukung	
9. Pasangan tidak mendukung	
10. Reflek menghisap buruk	
11. Prematuritas	Lactation Counseling
12. Pembedahan payudara sebelumnya	1. Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI
13. Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya	2. Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu
	3. Diskusikan metode alternative pemberian makanan bayi

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	NOC	NIC	
Definisi : disfungsi pada eliminasi urine	❖ Urinary elimination	Urinary Retention Care	
Batasan karakteristik :	❖ Urinary continence	1. Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia (misalnya, output urin, pola berkemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten)	1. Pola berkemih mengidentifikasi karakteristik fungsi kandung kemih, termasuk efektivitas pengosongan kandung kemih, fungsi ginjal dan keseimbangan cairan
1. Disuria	Kriteria Hasil :	2. Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau property alpha agonis	2. Perubahan karakteristik urin dapat mengidentifikasi ISK dan meningkatkan risiko sepsis. Daptik mutistrip dapat memberikan penentuan nilai pH, nitrit, leukosit esterese secara cepat yang menunjukkan keberadaan infeksi atau penyakit perkemihan
2. Sering berkemih	❖ Kandung kemih kosong secara penuh	3. Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium channel blockers dan antikolinergik	
3. Anyang-anyangan	❖ Tidak ada residu urine >100-200cc	4. Menyediakan penghapusan privasi	
4. Inkontinensia	❖ Intake cairan dalam rentang normal	5. Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiram toilet	
5. Nokturia	❖ Tidak ada spasme bladder	6. Merangsang reflek kandung kemih dengan menerapkan dingin untuk perut,	
6. Retensi	❖ Balance cairan seimbang		
7. Dorongan			
Faktor yang berhubungan :			
1. Obstruksi anatomic			
2. Penyebab multiple			
3. Gangguan sensori motorik			
4. Infeksi saluran kemih			

-
- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 7. Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit) 8. Gunaan spirit wintergreen di pispot atau urinal 9. Menyediakan maneuver crede, yang diperlukan 10. Gunakan double-void teknik 11. Masukkan kateter kemih, sesuai 12. Anjurkan pasien / keluarga untuk merekam output urin, sesuai 13. Instruksikan cara-cara untuk menghindari konstipasi atau impaksi tinja 14. Memantau asupan dan keluaran 15. Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi 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 | <ol style="list-style-type: none"> 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. |
|--|--|
-

Sumber : Nurarif & Kusuma 2015 , Doengoes 2018

6. Gangguan pola tidur b.d kelemahan

Tabel 2.8 Intervensi Gangguan Pola Tidur

Diagnosa Kepeawatan	Tujuan dan Kriterion Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan pola tidur Definisi : gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal Batasan Karakteristik : 1. Perubahan pola tidur normal	NOC ❖ Anxiety reduction ❖ Comfort level ❖ Pain level ❖ Rest : extent and pattern ❖ Sleep : extent and pattern Kriteria Hasil : ❖ Jumlah jam tidur dalam batas	NIC Sleep Enhancement 1. Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur 2. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat 3. Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca)	1. Mengkaji perlunya dan mengidentifikasi intervensi yang tepat 2. Meningkatkan kenyamanan tidur serta dukungan fisiologis/psikologis 3. Bila rutinitas baru seperti membaca buku mengandung

2. Penurunan kemampuan berfungsi	❖ normal jam/hari	6-8	4. Ciptakan lingkungan yang nyaman	aspek sebanyak kebiasaan lama, stress dan ansietas yang berhubungan dapat berkurang
3. Ketidakpuasan tidur	❖ Pola tidur, kualitas dalam batas normal		5. Kolaborasi pemberian obat tidur	4. Mungkin diberikan untuk membantu klien istirahat selama periode transisi dari rumah ke lingkungan baru
4. Menyatakan sering terjaga	❖ Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat		6. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien	5. Menurunkan kemungkinan bahwa teman sekamar yang dapat menunda klien untuk terlelap atau menyebabkan terbangun
5. Menyatakan tidak mengalami kesulitan tidur	❖ Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur		7. Instruksikan untuk memonitor tidur pasien	
6. Menyatakan tidak merasa cukup istirahat			8. Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur	
			9. Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam	

Faktor yang berhubungan :

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)
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 2) Kerusakan integritas kulit (pemasangan kateter intravena, prosedur invasive) 3) Perubahan sekresi pH 4) Penurunan kerja siliaris 5) Pecah ketuban dini 6) Pecah ketuban lama 7) Merokok	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 ❖ Menunjukkan perilaku hidup sehat	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 sebagai alat pelindung 8. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat 9. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum 10. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing 11. Tingkatkan intake nutrisi 12. Berikan terapi antibiotik bila perlu infection protection (proteksi terhadap infeksi)	1. Menurunkan resiko kontaminasi 2. Membatasi introduksi ke dalam tubuh, deteksi dini/pengobatan terjadinya infeksi dan dapat mencegah sepsis 3. Menurunkan kolonisasi bakteri dan resiko ISK asenden 4. Memastikan infeksi dan identifikasi organisme khusus, membantu pemulihan pengobatan infeksi paling efektif 5. Demam dan peningkatan nadi dan pernapasan adalah tanda peningkatan laju metabolic dari proses inflamasi, meskipun sepsis dapat terjadi tanpa respon demam

-
- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 8) Stasis cairan tubuh 9) Trauma jaringan (mis., trauma destruksi jaringan) 4. Ketidakadekuatan pertahanan sekunder <ul style="list-style-type: none"> 1) Penurunan hemoglobin 2) Imunosupresi (mis., imunitas didapat tidak adekuat, agen farmaseutikal termasuk imunosupresan, steroid, antibodimoklonal, imunomodulator) 3) Supresi respon inflamasi 5. Vaksinasi tidak adekuat 6. Pemajanan terhadap patogen 7. Lingkungan meningkat <ul style="list-style-type: none"> 1) wabah 8. Prosedur invasive 9. Malnutrisi | <ul style="list-style-type: none"> 13. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal 14. Monitor hitung granulosit, WBC 15. Monitor kerentanan terhadap infeksi 16. Batasi pengunjung 17. Sering pengunjung terhadap penyakit menular 18. Pertahankan teknik aseptis pada pasien yang berisiko 19. Pertahankan teknik isolasi k/p 20. Berikan perawatan kulit pada area epidema 21. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase 22. Inspeksi kondisi luka/insisi bedah 23. Dorong masukan nutrisi yang cukup 24. Dorong masukan cairan 25. Dorong istirahat 26. Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep 27. Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi 28. Ajarkan cara menghindari infeksi 29. Laporka kecurigaan infeksi 30. Laporkan kultur positif |
|--|--|
-

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 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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan kognitif 2. Penurunan motivasi 3. Kendala lingkungan 4. Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh 5. Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial 6. Gangguan muskuloskeletal 	<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 membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu ❖ Perawatan diri hygiene : mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu 	<p>NIC 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 memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal 7. Memfasilitasi gigi pasien menyikat, sesuai 8. Memfasilitasi diri mandi pasien, sesuai 9. Memantau pembersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien 	<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 emingkatkan pemulihan 3. Memberikan keamanan ketika klien mampu bergerak mengelilingi ruangan, mengurangi risiko tersandung akibat terjatuh.

7. Gangguan neuromuskular	❖ Perawatan diri hygiene oral :	10. Memantau integritas kulit pasien
8. Nyeri	❖ Mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau alat bantu	11. Menjaga kebersihan ritual
9. Gangguan persepsi	❖ Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi	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
10. Ansietas berat	❖ Membersihkan dan mengeringkan tubuh	13. Mendorong orang tua/keluarga partisipasi dalam kebiasaan tidur biasa
	❖ Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral	14. Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengansumsikan perawatan diri

Sumber : Nurarif & Kusuma 2015 , Doengoes 2018

9. Konstipasi

Tabel 2.11 Intervensi Konstipasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Konstipasi Definisi : penurunan pada frekwensi normal defekasi yang disertai oleh kesulitan atau pengeluaran tidak lengkap feses/atau pengeluaran feses yang kering, keras, dan banyak Batasan karakteristik : 1. Nyeri abdomen 2. Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot	NOC ❖ Bowel elimination ❖ Hydration Kriteria hasil : ❖ Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari ❖ Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi ❖ Mengidentifikasi indicator untuk mencegah konstipasi ❖ Feses lunak dan berbentuk	NIC Constipation/Impaction Management 1. Monitor tanda dan gejala konstipasi 2. Monitor bising usus 3. Monitor feses : frekuensi, konsistensi, dan volume 4. Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus 5. Monitor tanda dan gejala rupture usus/peritonitis	1. Distensi abdomen dan ketiadaan bising usus mengindikasikan bahwa usus tidak berfungsi. Kemungkinan penyebab dapat berupa hilangnya inervasi parasimpatik sistem gastrointestinal secara mendadak 2. Makanan padat tidak dimulai hingga bising usus kembali,

3. Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resistensi otot	6. Jelaskan etiologi dan rasionalisasi tindakan terhadap pasien	flatus keluar dan bahaya pembentukan ileus telah berkurang
4. Anoraksia	7. Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi	3. Mungkin diperlukan untuk mengurangi distensi abdomen dan meningkatkan pengembalian kebiasaan usus normal.
5. Penampilan tidak khas pada lansia (mis., perubahan status mental, inkontinensia urinarius, jatuh yang tidak penyebabnya, peningkatan suhu tubuh)	8. Dukung intake cairan	
6. Borborigimi	9. Kolaborasikan pemberian laksatif	
7. Darah merah pada feses	10. Pantau tanda-tanda dan gejala konstipasi	
8. Perubahan pada pola defekasi	11. Pantau tanda-tanda dan gejala impaksi	
9. Penurunan frekwensi	12. Memantau Gerakan usus, termasuk konsistensi frekuensi, bentuk, volume, dan warna	
10. Penurunan volume feses	13. Memantau bising usus	
11. Distensi abdomen	14. Konsultasikan dengan dokter tentang penurunan/kenaikan frekuensi bising usus	
12. Rasa rektal penuh	15. Pantau tanda-tanda dan gejala pecahnya usus dan/ atau peritonitis	
13. Rasa tekanan rektal	16. Jelaskan etiologi masalah dan pemikiran untuk tindakan untuk pasien	
14. Keletihan umum	17. Menyusun jadwal ke toilet	
15. Feses keras dan berbentuk	18. Mendorong meningkatkan asupan cairan, kecuali dikontraindikasikan	
16. Sakit kepala	19. Evaluasi profil obat untuk efek samping gastrointestinal	
17. Bising usus hiperaktif	20. Anjurkan pasien / keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja	
18. Bising usus hipoaktif	21. Ajarkan pasien / keluarga bagaimana untuk menjaga buku harian makanan	
19. Peningkatan tekanan abdomen	22. Anjurkan pasien / keluarga untuk diet tinggi serat	
20. Tidak dapat makan, mual	23. Anjurkan pasien / keluarga pada penggunaan yang tepat dari obat pencahar	
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) Ketidakadekuaan 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
 - 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) simpatomime mik
 4. Mekanis
 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
-

-
- 1) Ketidakseimbangan elektrolit
 - 2) Hemoroid
 - 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

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 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. 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.

-
1. Monitor fungsi neurologis
 2. Monitor fungsi renal (e.g BUN dan Cr Lavel)
 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 (misalnua, 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	NOC	NIC	
Definisi : beresiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan	❖ Blood lose severity	Bleeding Precautions	
Faktor resiko :	❖ Blood koagulation	1. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan	1. Tentukan lokasi perdarahan
1. Aneurisme	Kriteria hasil :	2. Catat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya 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 penurunan volume sirkulasi
2. Sirkumsisi	❖ Tidak ada hematuria dan hematemesis	3. Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit	3. Membantu menentukan kebutuhan penggantian darah dan memantau efektivitas terapi
3. Defisiensi pengetahuan	❖ Kehilangan darah yang terlihat	4. Monitor TTV ortostatik	4. Aktivitas muntah dapat menyebabkan tekanan intra abdomen dan dapat memicu perdarahan lebih lanjut
4. Koagulapati intravaskuler diseminata	❖ Tekanan darah dalam batas normal sistole dan diastole	5. Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif	5. Penggantian cairan dengan larutan kristaloid isotonic bergantung pada derajat hipovolemik
5. Riwayat jatuh	❖ Tidak ada perdarahan pervagina	6. Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresh frozen plasma)	
6. Gangguan gastrointestinal (mis., penyakit ulkus lambung, polip, varises)	❖ Tidak ada distensi abdominal	7. Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan	
7. Gangguan fungsi hati (mis., sirosis, hepatitis)	❖ Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal	8. Hindari mengukur suhu lewat rektal	
8. Koagulapati inheren (mis., trombositopenia)	❖ Plasma, PT, PTT dalam batas normal	9. Hindari pemberian aspirin dan anticoagulant	
9. Komplikasi pascapartum (mis., atoni uteri, retensi plasenta)		10. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K	
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.,		1. Identifikasi penyebab perdarahan	

<p>pembedahan, pemberian obat, pemberian produk darah defisiensi trombosit, kemoterapi)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 (PaO₂, SaO₂ 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 	<p>dan durasi perdarahan.</p>
	<p>Bleeding reduction : gastrointestinal</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 Definisi : ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu Batasan karakteristik : 1. Perilaku hiperbola 2. Ketidakkuratan mengikuti perintah 3. Ketidakkuratan melakukan tes 4. Perilaku tidak tepat (mis., histeria, bermusuhan, agitasi, apatis) 5. Pengungkapan masalah Faktor yang berhubungan : 1. Keterbatasan kognitif 2. Salah interpretasi informasi 3. Kurang pajaran	NOC ❖ Knowledge : disease process ❖ Knowledge ; health behavior Kriteria hasil : ❖ Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan ❖ Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar ❖ Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat	NIC Teaching : disease process 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	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.

-
- | | | |
|--|-------------------------|---|
| <p>4. Kurang minat dalam belajar</p> <p>5. Kurang dapat mengingat</p> <p>6. Tidak familier dengan sumber informasi</p> | / tim Kesehatan lainnya | <p>6. Hindari jaminan yang kosong</p> <p>7. Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat</p> <p>8. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit</p> <p>9. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan</p> <p>10. Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau di indikasikan</p> <p>11. Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal, dengan cara yang tepat</p> <p>12. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat</p> |
|--|-------------------------|---|
-

Sumber : Nuarif & Kusuma 2015 , Doengoes 2018

2.5.4 Implementasi Keperawatan

Selama tahap implementasi perawat melaksanakan rencana asuhan keperawatan. Instruksi keperawatan diimplementasikan untuk memenuhi kriteria hasil.

Komponen tahap implementasi terdiri dari :

- 1) Tindakan keperawatan mandiri
- 2) Tindakan keperawatan mandiri dilakukan tanpa pesanan dokter

- 3) Tindakan keperawatan mandiri ini ditetapkan dengan standar praktek *American Nurse Association*; undang-undang praktik keperawatan negara bagian; dan kebijakan institusi perawatan kesehatan
- 4) Tindakan keperawatan kolaboratif
- 5) Tindakan keperawatan kolaboratif diimplementasikan bila perawat bekerja dengan anggota tim perawatan kesehatan yang lain dalam membuat keputusan bersama yang bertujuan untuk mengatasi masalah-masalah klien
- 6) Dokumentasi tindakan keperawatan dan respons klien terhadap asuhan keperawatan
- 7) Frekuensi dokumentasi tergantung pada kondisi klien dan terapi yang diberikan. Di rumah sakit, catatan perawat ditulis minimal setiap shift dan diagnosa keperawatan dicatat di rencana asuhan keperawatan. Setiap klien harus dikaji dan dikaji ulang sesuai dengan kebijakan institusi perawatan kesehatan (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

2.5.5 Evaluasi

Tahap evaluasi adalah perbandingan hasil-hasil yang diamati dengan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Klien keluar dari siklus program keperawatan apabila kriteria hasil telah dicapai. Klien akan masuk kembali ke dalam siklus apabila kriteria hasil belum dicapai.

Komponen tahap evaluasi terdiri dari pencapaian kriteria hasil, keefektifan tahap-tahap program keperawatan dan revisi atau terminasi rencana asuhan keperawatan.

Pada evaluasi klien dengan post seksio sesarea, kriteria hasil evaluasi adalah sebagai berikut :

- 1) Pasien akan mengungkapkan rasional untuk melahirkan sesar dan bekerjasama dalam persiapan prabedah
- 2) Nyeri diminimalkan / dikontrol dan pasien mengungkapkan bahwa ia nyaman
- 3) Pasien tidak mengalami kongesti pernapasan dan menunjukkan tidak ada tanda atau gejala emboli pulmonal atau thrombosis vena dalam selama perawatan di rumah sakit
- 4) Berkemih secara spontan tanpa ketidaknyamanan dan mengalami defekasi dalam 3 sampai 4 hari setelah pembedahan insisi bedah dan kering, tanpa tanda atau gejala infeksi, involusi uterus berlanjut secara normal
- 5) Klien mengungkapkan pemahaman tentang perawatan melahirkan sesar (Jitowiyono & Kristiyanasasri, 2010).