

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA
ATAS INDIKASI PLASENTA PREVIA DENGAN NYERI AKUT
DIRUANG KALIMAYA BAWAH RSU DR. SLAMET GARUT
2020**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di
Program Studi DIII Keperawatan UNIVERSITAS Bhakti Kencana

Oleh:

RIZKI AULIA

AKX. 17. 078



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

2020

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : RIZKI AULIA

NIM : AKX.17.078

Prodi : DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Seksio Sesarea Atas Indikasi Plasenta Previa Dengan Nyeri Akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD dr.Slamet Garut

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 di kemudian 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 April 2020

Ya MI TERAI itaan

Yai IIMPEL

6000

ENAM RIBU RUPAH

Rizki Aulia

AKX.17.078

**LEMBAR
PERSETUJUAN
KARYA TULIS
ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN SEKSIO SESAREA
ATAS INDIKASI PLASENTA PREVIA DENGAN NYERI
AKUT DI RUANG KALIMAYA BAWAH
RSU DR. SLAMET GARUT**

OLEH

RIZKI AULIA

AKX.17.078

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

Menyetujui

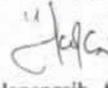
Pembimbing Utama



Inggrid Dirgantayu, S. Kp., M.KM

NIP. 10104019

Pembimbing pendamping

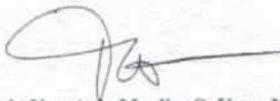


Ice Komalanengsih, AMK, SKM

NIP. 102.18.003

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Dede Nur Aziz Muslim S, Kep., Ners., M.kep

NIP. 02001020009

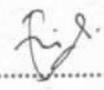
LEMBAR
PENGESAHAN
KARYA TULIS
ILMIAH

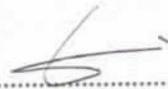
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN SEKSIO SESAREA
ATAS INDIKASI PLASENTA PREVIA DENGAN NYERI
AKUT DI RUANG KALIMAYA BAWAH
RSU DR. SLAMET GARUT
OLEH

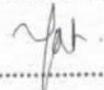
RIZKI AULIA
AKX.17.078

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 13 Juni 2020

PANITIA PENGUJI

Ketua: Ingrid Dirgahayu, S. Kp., M.KM (.....) 

Anggota:
1. Djubaedah, S. Pd., MM (.....) 

(Penguji I)
2. Yati Nurhayati, S. kep (.....) 

(Penguji II)
3. Ice Komalanengsih, AMK, SKM (.....) 

(pembimbing pendamping)

Mengetahui,
Fakultas Keperawatan
Ketua

Rd. Siti Jundiah, S, Kp., MKep
NIK 1010706

ABSTRAK

Latar belakang: Seksio sesarea adalah proses dilakukan tindakan pembedahan berupa irisan di perut ibu (laparatomi) dan rahim (histerektomi) untuk mengeluarkan bayi (Abasi, 2015 dalam Utami 2016). Tindakan operasi menyebabkan terjadinya perubahan kontinuitas jaringan tubuh. Pada proses operasi digunakan anestesi agar pasien tidak merasakan nyeri, namun setelah operasi selesai dan pasien mulai sadar akan merasakan nyeri pada bagian tubuh yang mengalami pembedahan. Seksio sesarea bisa dilakukan apabila terjadi indikasi Plasenta previa sentralis dan leteralis (posterior), Panggul sempit, Disproporsi sefalovik, Rupture uteri mengancam, Partus lama (prolonged labor), Partus tak maju, Distosia serviks, Pre-eklamsia pada ibu, malpresentasi janin, letak lintang, letak bokong dan presentasi dahi dan muka (Nurarif & Kusuma 2015). **Metode:** studi kasus yaitu mengeksplorasi suatu masalah / fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang pasien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut menggunakan teknik mencium aromaterapi lavender. **Hasil:** Setelah di lakukan asuhan keperawatan, masalah keperawatan nyeri akut pada klien 1 mengalami penurunan skala nyeri dari 5 menjadi 1 sedangkan pada klien 2 terjadi penurunan skala nyeri dari 6 menjadi 1 kedua kasus ini dapat teratasi pada hari ke 3. **Diskusi:** klien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap klien post seksio sesarea hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya. Sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien.

Kata kunci : *Sectio caesarea, Nyeri akut, Asuhan keperawatan*

Daftar pustaka : 6 Buku, 6 Jurnal (2010-2018), 26 Tabel, 3 Gambar

Background: *Caesarean section is a surgical process performed in the form of incisions in the abdomen of the mother (laparatomi) and uterus (hysterectomy) to remove the baby (Abasi, 2015 in Utami 2016). Surgery causes changes in the continuity of body tissue. Anesthetics are used in the operation process so that the patient does not feel pain, but after the operation is finished and the patient begins to realize that he will feel pain in the body part that is undergoing surgery. Caesarean section can be performed if there are indications of central and lethal placenta previa (posterior), narrow pelvis, cephalovic disproportion, threatening uterine rupture, prolonged labor, prolonged labor, cervical dystocia, maternal pre-eclampsia, fetal malpresentation, location latitude, buttock location and forehead and face presentation (Nurarif & Kusuma 2015). Method: a case study that is exploring a problem / phenomenon with detailed limitations, having in-depth data retrieval and including various sources of information. This case study was conducted in two post-caesarean patients with acute pain nursing using lavender aromatherapy kissing techniques. Results: After doing nursing care, the problem of acute pain nursing on client 1 decreased pain scale from 5 to 1 while in client 2 there was a decrease in pain scale from 6 to 1, both cases were resolved on day 3. Discussion: clients with nursing problems acute pain does not always have the same response in every client post sectio caesarea this is influenced by the condition or health status of the previous client. So nurses must conduct comprehensive care to handle nursing problems on each client.*

Keywords: Sectio caesarea (SC), Acute Pain, Nursing Care

Bibliography: 6 Books, 6 Journal(2010-2018), 26 Table, 3 Pictures

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran 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 KLIEN POST SEKSIO SESAREA ATAS INDIKASI PLASENTA PREVIA DENGAN NYERI AKUT DI RUANG KALIMAYA BAWAH RSUD DR. SLAMET GARUT" 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.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada:

1. H. Mulyana, SH, M. Pd, MH. Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, M. HKes., Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana
3. Rd. Siti Jundiah, S, Kp., MKep, selaku Dekan Fakultas Keperawatan
4. Dede Nur Aziz Muslim, S, Kep., Ners., M.kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana
5. Ingrid Dirgahayu, S. Kp., M.KM selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Ice Komalanengsih, AMK, SKM selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Dr. H. Maskut Farid MM. selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
8. Detti S. Kep., Ners selaku CI Ruangan Kalimaya Bawah yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr. Slamet Garut.

9. Khoirul palmi dan Zaliyah selaku orangtua yang selalu mendukung dan menyemangati untuk cepat menyelesaikan tugas di tengah pendemik covid-19 ini.
10. Zahrul Azmi dan Anisa Syahira selaku adik yang telah direpotkan dan ikut membantu menjadi pembaca ketika penulis menyelesaikan tugas ini.
11. Teman-teman angkatan 13 Anestesi yang menjadi penyemangat untuk lulus bersama di tengah wabah covid-19 ini, dll.

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

Bandung, 26 April 2020



PENULIS

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	v
Abstract	vii
Kata Pengantar.....	viii
Daftar Isi.....	x
Daftar Gambar	xiii
Daftar Tabel.....	xiv
Daftar Bagan.....	xvi
Daftar Lampiran.....	xvii
Daftar Singkatan dan Istilah	xviii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Anatomi Reproduksi	7
2.1.1 Genetalia Interna	7
2.2 Konsep Seksio Sesarea	9
2.2.1 Definisi	9
2.2.2 Etiologi	10
2.2.3 Patofisiology	10

2.2.4	Klasifikasi	15
2.2.5	Indikasi	17
2.2.6	Komplikasi.....	21
2.2.7	Pemeriksaan Penunjang	23
2.2.8	Penatalaksanaan	23
2.3	Konsep Dasar Masa Nifas	24
2.3.1	Pengertian Nifas	24
2.3.2	Tahapan Masa Nifas	24
2.3.3	Perubahan Fisik Masa Nifas	25
2.3.4	Perubahan Psikis Masa Nifas	32
2.4	Konsep nyeri.....	33
2.4.1	Definisi	33
2.4.2	Intensitas Nyeri	33
2.4.3	Manajemen Nyeri.....	35
2.5	Konsep Asuhan keperawatan.....	38
2.5.1	Pengkajian.....	38
2.5.2	Diagnosa Keperawatan	46
2.5.3	Rencana keperawatan	47
2.5.4	Implementasi.....	60
2.5.5	Evaluasi	60
BAB III METODE PENELITIAN		61
3.1	Desain Penelitian	61
3.2	Batasan Istilah.....	61
3.3	Partisipan/ Responden/ Subyek Penelitian	62
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	63
3.5	Pengumpulan Data	63
3.6	Uji Keabsahan Data	64
3.7	Analisa Data	64
3.8	Etik Penelitian.....	66
BAB IV HASIL DAN PEMBAHSAN		66
4.1	Hasil	66

4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data	68
4.1.2	Data Asuhan Keperawatan.....	69
4.1.2.1	Pengkajian.....	69
4.1.2.2	Analisa Data.....	82
4.1.2.3	Diagnosa Keperawatan.....	86
4.1.2.4	Intervensi.....	90
4.1.2.5	Pelaksanaan dan Evaluasi Formatif.....	97
4.1.2.6	Evaluasi Sumatif.....	108
4.2	Pembahasan	109
4.2.1	Pengkajian.....	109
4.2.2	Analisa Data.....	110
4.2.3	Diagnosa Keperawatan.....	110
4.2.4	Perencanaan	113
4.2.5	Implementasi.....	119
4.2.6	Evaluasi	120
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....		123
5.1	Kesimpulan.....	123
5.1.1	Pengkajian.....	123
5.1.2	Diagnosis.....	123
5.1.3	Perencanaan.....	124
5.1.4	Pelaksanaan.....	124
5.2	Saran.....	125
5.2.1	Untuk Rumah sakit.....	125
5.2.2	Untuk Pendidikan.....	125
DAFTAR PUSTAKA.....		126

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Genitalia Dalam

Gambar 2.2 Segmen Vertikal dan Segmen Horizontal

Gambar 2.3 Insisi Klasik dan Insisi Transversal

DAFTAR TABEL

- Table 2.1 Intervensi Nyeri Akut
- Table 2.2 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI
- Tabel 2.3 Intervensi Gangguan Pola Tidur
- Table 2.4 Intervensi Resiko Infeksi
- Table 2.5 Intervensi Defisit Perawatan Diri
- Table 2.6 Intervensi Resiko Perdarahan
- Table 2.7 Intervensi Defisit Pengetahuan
- Tabel 4.1 Identitas Klien
- Tabel 4.2 Identitas Penanggung Jawab
- Tabel 4.3 Riwayat Kesehatan
- Tabel 4.4 Riwayat ginekologi dan obstetric
- Tabel 4.5 Pola aktivitas sehari-hari
- Tabel 4.6 Pemeriksaan fisik
- Tabel 4.7 Data Psikologis
- Tabel 4.8 Data Sosial
- Tabel 4.9 Kebutuhan Bounding Attachment
- Tabel 4.10 Kebutuhan Pemenuhan Seksual
- Tabel 4.11 Data Spiritual
- Tabel 4.12 Pengetahuan Tentang Perawatan Diri
- Tabel 4.13 Data Penunjang
- Tabel 4.14 Program dan Rencana Pengobatan

Tabel 4.15 Analisa Data

Tabel 4.16 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.17 Intervensi

Tabel 4.18 Pelaksanaan dan Evaluasi Formatif

Tabel 4.19 Evaluasi Sumatif

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 patofisiologi

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Lembar Konsultasi

Lampiran II Pernyataan Keaslian Tulisan

Lampiran III Lembar Persetujuan Karya Tulis Ilmiah

Lampiran IV Lembar Pengesahan Karya Tulis Ilmiah

Lampiran V Lembar Persetujuan Dan Justifikasi

Lampiran VI Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran VII Lembar Observasi

Lampiran VIII Satuan Acara Penyuluhan Catatan

Lampiran IX Standar operasional prosedur

Lampiran X Leaflet

Lampiran XI Jurnal

DAFTAR SINGKATAN

ADL	: Activity Daily Life
APGAR	: Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration
ASI	: Air Susu Ibu
BB	: Berat Badan
CM	: Centimeter
CRT	: Capillary Refill Time
EKG	: Elektrokardiogram
GCS	: Glasgow Coma Scale
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IASP	: International Association For Study Of Pain
ICS	: Intercostal
IM	: Intra Muskular
IUD	: <i>Intrauterine Device</i>
IV	: Intra Vena
KB	: Keluarga Berencana
KG	: Kilogram
MMHG	: Milimeter Merkuri (Hydrargyrum)
NIC	: Nursing Interventions classification
NOC	: Nursing Outcomes Classification
PB	: Panjang Badan
SC	: Sectio Caesarea

TBC	: Tuberculosis
TFU	: Tinggi Fundus Uterus
TTV	: Tanda Tanda Vital
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
USG	: Ultrasonografi
WHO	: World Health Organization
OUI	: Orifisium Uteri Interna
OUE	: Orifisium Uteri Eksterna
HAP	: Hemorage Ante Partum
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DC	: Diuresic Catheter

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan dapat dilakukan dengan dua cara yaitu persalinan secara normal atau spontan (lahir melalui vagina) dan persalinan abnormal atau persalinan dengan bantuan suatu prosedur seperti Seksio sesarea. Seksio sesarea adalah proses dilakukan tindakan pembedahan, berupa irisan di perut ibu (laparatomi) dan Rahim (histerektomi) untuk mengeluarkan bayi (Abasi, 2015 dalam Utami 2016).

Seksio sesarea bisa dilakukan apabila terjadi indikasi Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior), Panggul sempit, Disproporsi sefalovik, Rupture uteri mengancam, Partus lama (prolonged labor), Partus tak maju, Distosia serviks, Pre-eklamsia pada ibu, malpresentasi janin, letak lintang, letak bokong dan presentasi dahi dan muka (Nurarif & Kusuma 2015).

Standar rata-rata Seksio sesarea disebuah negara menurut *World Health Organization* (WHO), adalah sekitar 5-15% per 1000 kelahiran di dunia, rumah sakit pemerintah rata-rata 11%, sementaradi rumah sakit swasta bisa lebih dari 30%. Angka kejadian pasien dengan seksio sesarea disejumlah negara berkembang melonjak pesat setiap tahunnya (Judhita, 2009 dalam sriyanti, 2016). Selain itu prevalensi seksio sesarea meningkat46% di Cina dan 25% di Asia, Eropa dan Amerika Latin (Sujata, 2014). Hal ini didukung oleh Corso, et al (2017) yang menyatakan bahwa seksio sesarea menjadi salah satu kejadian prevalensi yang meningkat di dunia. Jumlah persalinan seksio sesarea di

Indonesia mencapai 30-80% dari total persalinan. Angka kejadian seksio sesaria di Indonesia menurut data survey nasional tahun 2007 adalah 927.000 dari 4.030.000 persalinan (Kemenkes RI, 2013). Hasil RISKESDAS (2018) di Indonesia menunjukkan kelahiran dengan metode seksio sesarea sebesar 17,6 % dari total 78.736 kelahiran sepanjang tahun 2018 sedangkan di Jawa Barat kejadian operasi seksio sesarea sekitar 15,5 %.

Berdasarkan data Rekam Medik RSUD dr. Slamet Garut periode Januari 2019 sampai Desember 2019 didapatkan data 933 kasus persalinan dengan seksio sesarea di ruang Kalimaya Bawah. Masalah keperawatan yang muncul pada klien post seksio sesarea antaranya Nyeri akut, Ketidakefektifan pemberian ASI, Gangguan pola tidur, Resiko infeksi, Defisit perawatan diri, Resiko Perdarahan dan Defisiensi pengetahuan (NANDA,2018).

Tindakan operasi menyebabkan terjadinya perubahan kontinuitas jaringan tubuh. Pada proses operasi digunakan anestesi agar pasien tidak merasakan nyeri, namun setelah operasi selesai dan pasien mulai sadar akan merasakan nyeri pada bagian tubuh yang mengalami pembedahan. Tidak ada individu mengalami nyeri yang sama dan tidak ada dua kejadian nyeri yang identik sama pada seorang individu karena nyeri bersifat subyektif (Perry & Potter, 2010).

Masalah keperawatan yang paling sering terjadi pada post seksio sesarea adalah Nyeri. Sebuah penelitian oleh Handayani tahun 2015 (dikutip dalam Manzahri 2017) mengatakan bahwa pasien dengan post seksio sesarea akan merasakan nyeri. Persalinan seksio sesarea memiliki nyeri lebih tinggi sekitar 27,3% dibandingkan dengan persalinan normal yang hanya sekitar 9%. Rasa

nyeri meningkat pada hari pertama post seksio sesaria. Secara psikologis tindakan seksio sesaria berdampak terhadap rasa takut dan cemas terhadap nyeri yang dirasakan setelah analgetik hilang (Pratiwi dkk, 2012 dalam Utami, 2016).

Rasa nyeri merupakan stressor yang dapat menimbulkan stress dan ketegangan dimana individu dapat berespon secara biologis dan perilaku yang menimbulkan respon fisik dan psikis. Respon fisik meliputi perubahan keadaan umum, wajah, denyut nadi, pernafasan, suhu badan, sikap badan, dan apabila nafas makin berat dapat menyebabkan kolaps kardiovaskuler dan syok, sedangkan respon psikis akibat nyeri dapat merangsang respon stress yang dapat mengurangi system imun dalam peradangan, serta menghambat penyembuhan. Respon yang lebih parah akan mengarah pada ancaman merusak diri sendiri.

Keadaan nyeri post seksio sesarea pada ibu akan menjadi gangguan yang menyebabkan terbatasnya mobilisasi, *bounding attachment* (ikatan kasih saying) terganggu / tidak terpenuhi, *activity of daily living (ADL)* terganggu, inisiasi menyusui dini (IMD) tidak dapat terpenuhi secara optimal karena peningkatan intensitas nyeri pada post operasi *sectio caesarea*.

Penanganan yang sering digunakan untuk menurunkan nyeri post seksio sesaria biasanya menggunakan analgetik. Namun demikian pemberian farmakologi tidak bertujuan untuk meningkatkan kemampuan klien sendiri untuk mengontrol nyerinya. Sehingga dibutuhkan kombinasi farmakologi untuk mengontrol nyeri dengan non farmakologi agar sensasi nyeri dapat berkurang serta masa pemulihan tidak memanjang. Metode non farmakologi tersebut diperlukan untuk mempersingkat episode nyeri yang berlangsung hanya

beberapa detik atau menit. Teknik manajemen nyeri nonfarmakologis dapat membantu mengurangi persepsi nyeri dan biasanya aman. Teknik ini bekerja untuk mengubah interaksi antara pikiran- tubuh atau komponen afektif (bukan sensori) pada persepsi nyeri. Macam-macam teknik non farmakologi antaranya: akupuntur, aromaterapi dan relaksasi nafas. Aromaterapi minyak essensial pada tanaman tidak mengubah tekanan darah ataupun denyut jantung, namun dapat memperbaiki alam perasaan dan tingkat ansietas. Dengan menghirup aroma lavender maka akan meningkatkan gelombang-gelombang alpa di dalam otak dan gelombang inilah yang membantu kita untuk merasa rileks (Simkin, 2008 dalam Swandari, 2014).

Berdasarkan data-data tersebut penulis tertarik untuk melaksanakan Asuhan Keperawatan secara komperhensif dengan menggunakan proses keperawatan dalam sebuah karya tulis dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA ATAS INDIKASI PLASENTA PREVIA DENGAN NYERI AKUT DI RUANG KALIMAYA BAWAH RSUD DR. SLAMET GARUT 2020”.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada ibu post seksio sesarea yang mengalami nyeri akut di ruang Kalimaya Bawah RSUD dr. Slamet Garut?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif baik Bio, Psiko, Sosial, Kultural, dan Spiritual pada ibu post seksio sesarea yang mengalami nyeri akut di ruang Kalimaya Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada ibu yang mengalami post seksio sesarea dengan nyeri akut di ruang Kalimaya Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada ibu yang mengalami post seksio sesarea dengan nyeri akut di ruang Kalimaya Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada ibu yang mengalami post seksio sesarea dengan nyeri akut di ruang Kalimaya Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada ibu yang mengalami post seksio sesarea dengan nyeri akut di ruang Kalimaya Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- e. Melakukan evaluasi pada klien yang mengalami post seksio sesarea dengan nyeri akut di ruang Kalimaya Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis, hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi atau masukan bagi ilmu kesehatan dan menambah kajian ilmu kesehatan khususnya pada klien post seksio sesarea dengan nyeri akut.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Rumah Sakit

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan dengan pasien khususnya dengan post seksio sesarea dengan nyeri akut.

b. Bagi Perawat

Manfaat penulisan karya tulis ilmiah bagi perawat yaitu perawat dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada pasien dengan post seksio sesarea.

c. Bagi Institusi Akademik

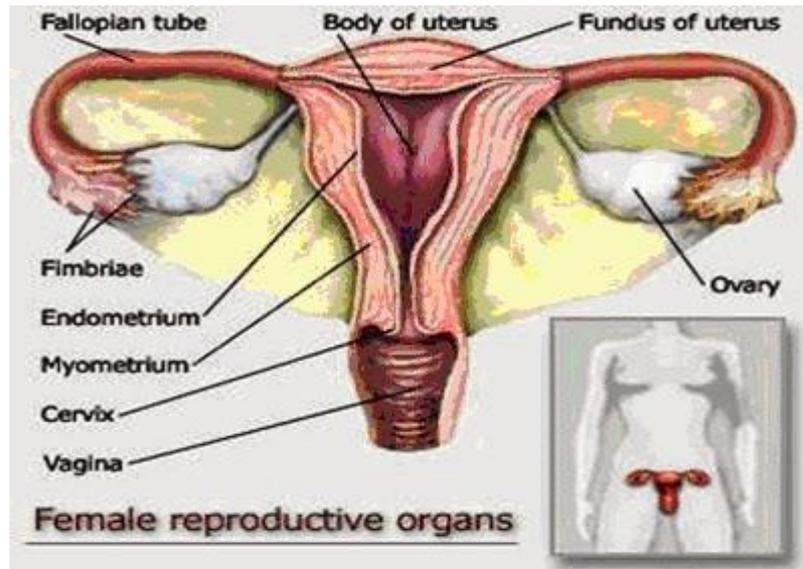
Manfaat praktis bagi institusi akademik yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada ibu post seksio sesarea dengan nyeri akut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Anatomi Reproduksi

2.1.1 Genetalia Interna



Gambar 2.1 Genetalia Dalam (Jarvish & Sarrah, 2011).

a. Vagina

Adalah liang yang menghubungkan vulva dengan rahim, ukuran panjang dinding depan 8cm dan dinding belakang 10cm, bentuk dinding dalamnya berlipat-lipat disebut *rugae*, fungsi dari vagina adalah:

- a) Saliran keluar untuk mengalirkan darah haid dan secret lain dari rahim.
- b) Alat untuk bersenggama.
- c) Jalan lahir pada waktu persalinan.

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:

- a) Badan rahim (*korpus uteri*) berbentuk segitiga.
- b) Leher rahim (*serviks uteri*) berbentuk silinder.
- c) 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 palipurna: Ukurannya 5,5-8 cm x 2 -2,5 cm dengan berat 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.

Serviks uteri terbagi 2 bagian:

- 1) *Pars supra vaginal*.
- 2) *Pars vaginal (portio)*.

Terdapat juga saluran yang menghubungkan *orifisium uteri interna (oui)* dan *orifisium uteri eksterna (oue)* disebut *kanali servikalis*.

Dinding rahim secara histologic terdiri dari 3 lapisan:

- a) Lapisan serosa (lapisan *peritoneum*), lapisan luar yang peritoneum visceral.
- b) Lapisan otot (lapisan *myometrium*), lapisan tengah lapisan ini berbentuk sirkuler dan disebelah luar berbentuk longitudinal,

diantara kedua lapisan ini terdapat lapisan otot oblik, berbentuk anyaman yang berperan penting dalam persalinan.

c) Lapisan mukosa (*endometrium*), lapisan dalam endometrium terdiri dari lapisan epitel kubik, kelenjar-kelenjar dengan jaringan banyak pembuluh-pembuluh darah yang berkulek-kulek. Endometrium melapisi seluruh cavum uteri dan mempunyai arti penting dalam siklus haid pada seorang wanita dalam masa reproduksi.

c. Saluran telur (*tuba falopi*)

Adalah saluran yang keluar dari korum lahir kanan dan kiri, panjang 12-13 cm dengan diameter 3-8 mm. Bagian luar meliputi oleh *peritoneum viserale*, yang merupakan bagian dari ligamentum latum, bagian dalam saluran dilapisi salia, yang berfungsi untuk menyalurkan telur dan hasil konsepsi.

d. Indung telur (*ovarium*)

Terdapat dua indung telur, masing-masing dikanan dan dikiri rahim, dilapisi *mesovarium* dan tergantung dibelakang *lig latum*, bentuknya seperti *almond*, sebesar ibu jari, indung telur posisinya ditunjang oleh *mesovarium*, *lig ovarik* dan *lig infundibulopelvikum*.

Menurut strukturnya *ovarium* terdiri dari:

a) Kulit (*korteks*)

b) Inti (*medulla*)

2.2 Konsep Seksio Sesarea

2.2.1 Definisi

Persalinan dapat dilakukan dengan dua cara yaitu persalinan secara normal atau spontan (lahir melalui vagina) dan persalinan abnormal atau

persalinan dengan bantuan suatu prosedur seperti Seksio Sesarea. Seksio Sesarea adalah proses dilakukan tindakan pembedahan, berupa irisan di perut ibu (laparatomi) dan Rahim (histerektomi) untuk mengeluarkan bayi (Abasi, 2015 dalam Utami 2016). Seksio Sesarea merupakan prosedur efektif untuk mengatasi ketidaknormalan dalam proses persalinan (Oxon, 2010).

2.2.2 Etiologi

(Nurarif & Kusuma, 2015)

1. Etiologi yang berasal dari ibu

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

2. Etiologi yang berasal dari janin

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

2.2.3 Patofisiology

Ada Beberapa kelainan atau hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak lahir secara normal atau spontan, misalnya plasenta

previa *sentralis* dan *lateralis*, panggul sempit, disproporsi cephalo pelvic, ruptur uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, pre-eklamsia, distosia serviks, dan malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedaan yaitu seksio sesarea.

Dalam proses operasinya dilakukan anestesi regional yang akan menyebabkan imobilisasi sehingga akan menimbulkan intoleransi aktivitas. Adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik yang akan menyebabkan tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri, secara mandiri sehingga menimbulkan masalah defisit perawatan diri.

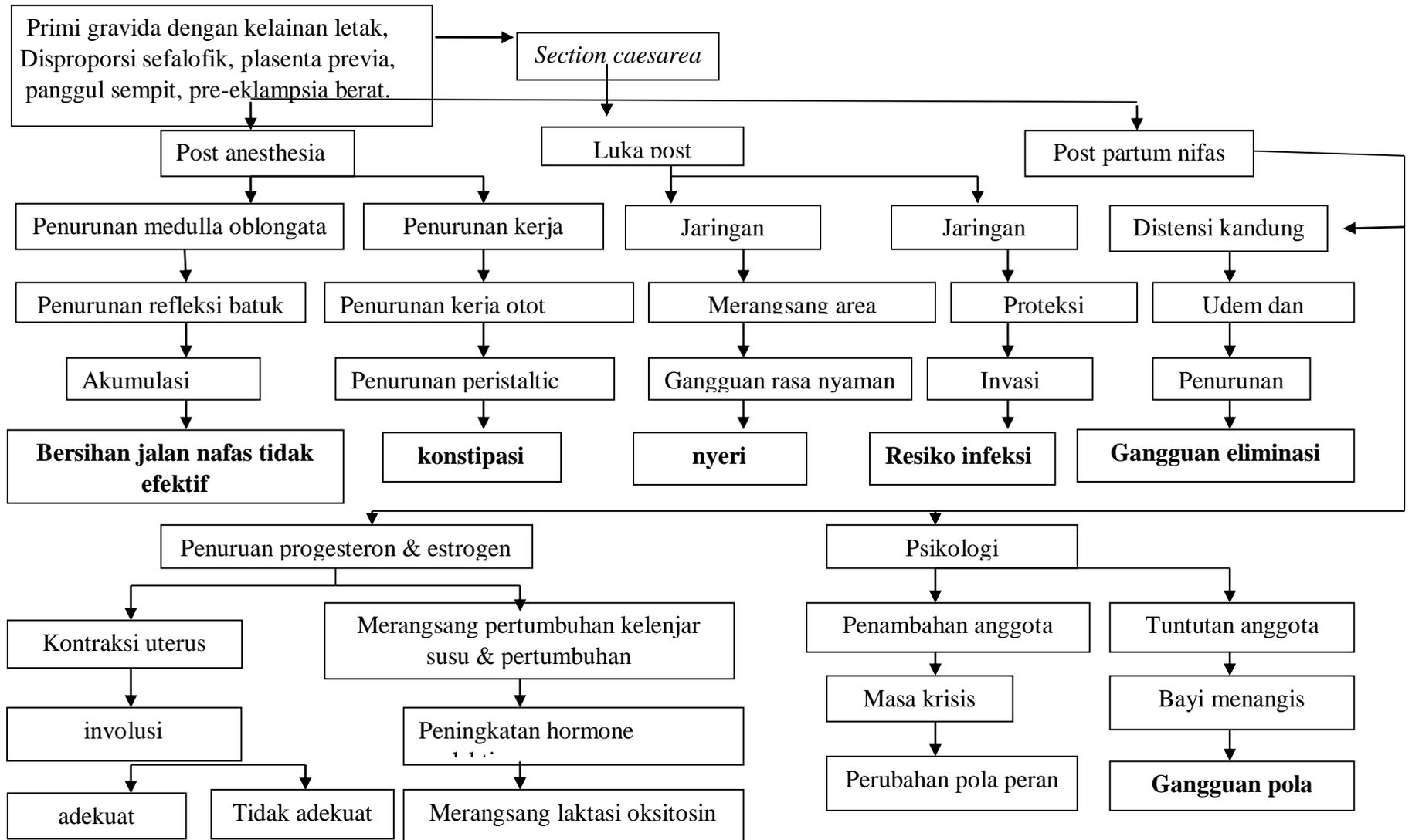
Kurangnya informasi mengenai proses pembedaan, penyembuhan, dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansientas pada klien, selain itu, dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf –saraf disekitar daerah insisi. Hasil ini akan mengeluarkan histamine dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri (nyeri Akut). Setelah proses pembedahan berakhir, pada daerah insisi akan menimbulkan luka post operasi, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi.

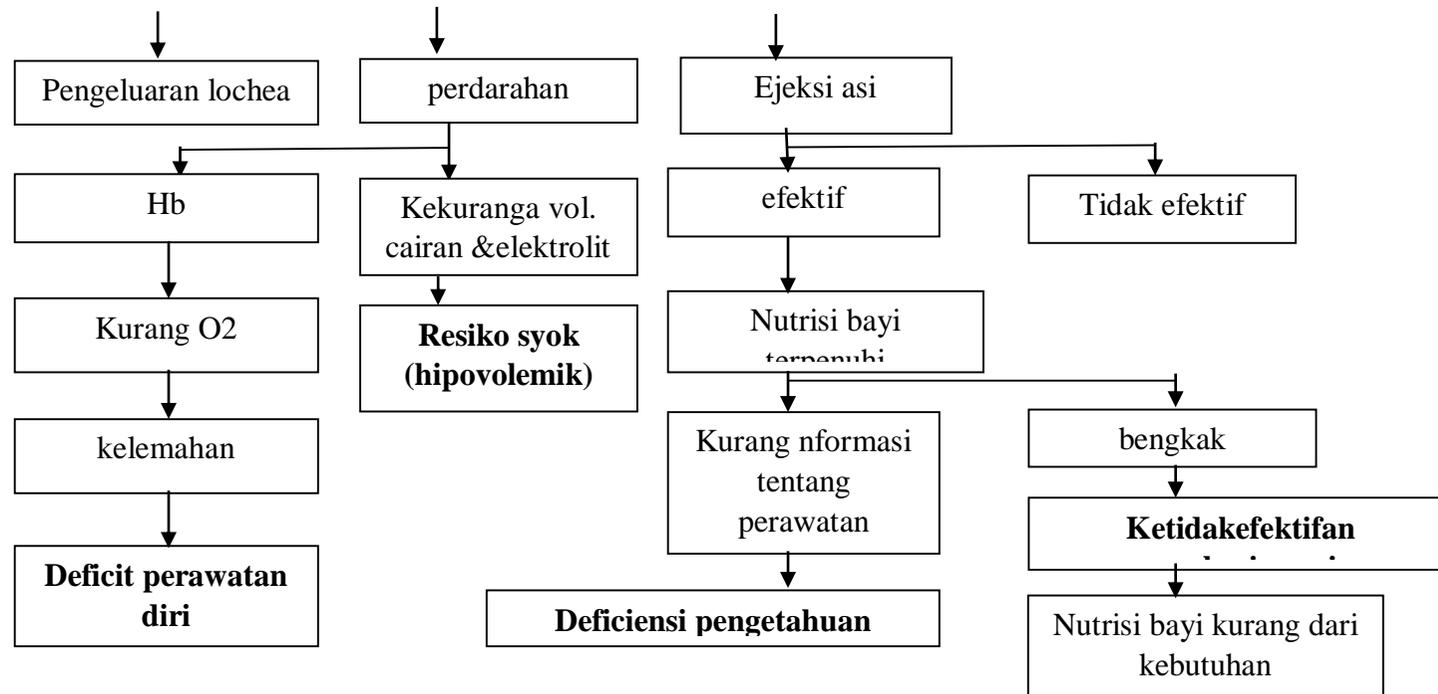
Untuk pengaruh terhadap nafas yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif akibat sekret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup. Anestesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus. Seperti yang telah diketahui setelah makanan masuk lambung akan terjadi proses penghancuran dengan bantuan

peristaltik usus. Kemudian diserap untuk metabolisme sehingga tubuh memperoleh energi. Akibat dari mortalitas yang menurun maka juga berakibat pada perubahan pola eliminasi yaitu konstipasi.

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

pathway sectio caesarea (Sumber: (Nurarif & kusuma, 2015))





2.2.4 Klasifikasi

Klasifikasi dari seksio sesarea menurut Maryuni, 2014 adalah:

Beberapa teknik seksio sesarea yang perlu diperhatikan adalah yaitu mengenai cara insisi yaitu insisi abdomen dan insisi uterus.

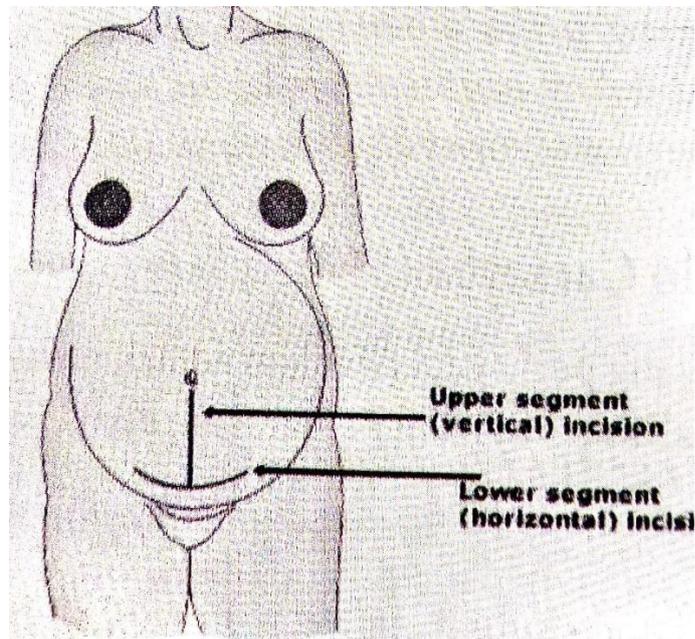
1. Insisi abdomen antara lain dilakukan secara vertikal dan transversal / lintang yang masing-masing diuraikan sebagai berikut:

- a. Insisi Vertikal

Insisi vertikal garis tengah infraumbilikus adalah insisi yang paling cepat dibuat, insisi ini harus cukup panjang agar janin dapat lahir tanpa kesulitan. Oleh karena itu, panjang harus sesuai dengan taksiran ukuran janin, pembebasan secara tajam dilakukan sampai ke level vagina yang dibebaskan dari lemak subkutis untuk memperlihatkan sepotong fascia (jaringan ikat berbentuk lembaran yang menyelimuti otot) digaris tengah dengan lebar sekitar 2 cm.

- b. Insisi transversal / Lintang

Dengan insisi kulit, dan jaringan subkutan disayat dengan menggunakan insisi transversal rendah sedikit melengkung, insisi dibuat setinggi garis rambut pubis dan diperluas sedikit melebihi batas *lateral* otot rektus. Penjahitan luka lebih mudah, penutupan luka dengan reperetionialisasi yang baik, tumpang tindih dari peritoneal flap baik sekali untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritoneum. Pada insisi ini dapat menyebabkan pendarahan yang banyak.



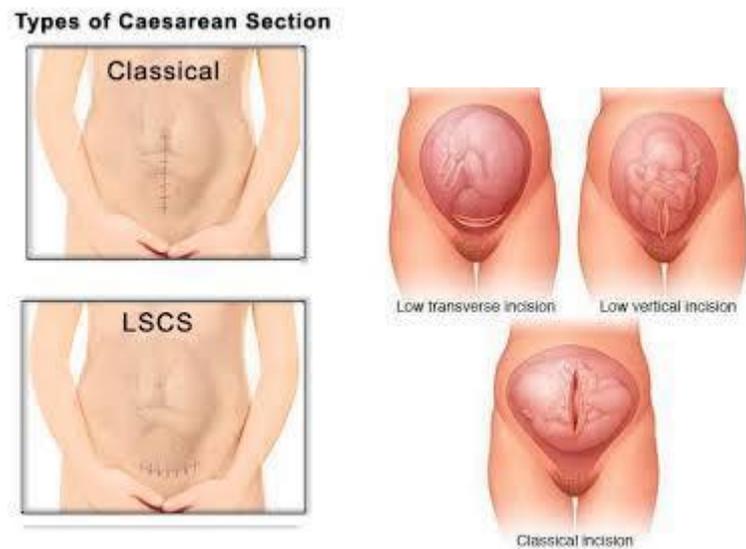
Gambar 2.2 Segmen Vertikal dan Segmen Horizontal

(Maryunani, 2014)

2. Insisi uterus terdiri dari insisi seksio sesarea klasik dan insisi seksio sesarea transversal yang masing-masing dijelaskan dibawah ini:
 - a. Insisi Sesarea klasik

Suatu insisi vertikal kedalam korpus uterus diatas segmen bawah uterus dan mencapai fundus uterus sudah jarang digunakan saat ini. Insisi melintang disegmen bawah. Apabila insisi diperluas ke arah lateral, dapat terjadi laserasi salah satu atau kedua pembuluh darah. Insisi vertikal rendah padat diperluas keatas sehingga dalam keadaan yang memerlukan ruang lebih lapang, insisi dapat dilanjutkan ke korpus uterus. Selain itu apabila meluas kebawah, insisi vertikal dapat menembus serviks lalu ke vagina dan mungkin mengenai kandung kemih. Yang utama selama kehamilan berikutnya insisi

vertikal yang meluas kementerian atas lebih besar kemungkinan mengalami ruptur dari pada insisi transversal, terutama selama kehamilan.



Gambar 2.3 Insisi Klasik dan Insisi Transversal

(Maryunani, 2014)

b. Insisi Sesarea Transversal

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkrak pada segmen bawah Rahim (*low cervical transversal*) kira-kira 10cm.

2.2.5 Indikasi

Indikasi medis seksio sesarea menurut Maryuni 2014, ada dua faktor yaitu faktor ibu dan faktor bayi yang diuraikan sebagai berikut:

a. Faktor ibu sebagai indikasi seksio sesarea

1. *Cephalo pelvic disproportion* (CPD)

Keadaan dimana tidak sesuai ukuran kepala janin dengan panggul ibu sehingga janin tidak dapat keluar melalui vagina.

2. Tumor jalan lahir yang menimbulkan obstruksi

Tumor (*neoplasma*) pada jalan lahir terbagi menjadi neoplasma yang berada pada vagina, serviks, uteri, uterus dan ovarium.

3. HAP (*hemorage ante partum*)

Merupakan perdarahan sebelum melahirkan yang biasanya terdiri dari plasenta previa dan solusio plasenta.

a) plasenta previa adalah dimana posisi plasenta jatuh dibawah rahim dan menutupi sebagian atau seluruhnya jalan lahir, hal ini menyebabkan janin kekurangan oksigen dan nutrisi yang biasanya diperoleh lewat plasenta.

b) Solusio plasenta adalah keadaan dimana plasenta lepas lebih cepat dari korpus uteri sebelum jalan lahir, seksio sesarea dilakukan untuk mencegah kekurangan oksigen atau keracunan air ketuban pada janin.

4. Ketuban pecah dini: kantung ketuban adalah kantung yang berdinding tipis yang berisi cairan dan janin selama kehamilan. Ketuban pecah dini adalah ketuban yang pecah sebelum proses persalinan berlangsung.

5. Pre-eklamsia atau eklamsia

a) Pre-eklamsia adalah penyakit dengan tanda hipertensi, edema dan kadar proteinuria yang timbul karena kehamilan.

- b) Eklamsia adalah memburuknya keadaan pre-eklamsia dan terjadi gejala-gejala nyeri kepala di daerah *frontal*, gangguan penglihatan, mual, nyeri di *epigastrium* dan *hiperefleksia*.

6. Usia

Ibu yang melahirkan untuk pertama kali berusia lebih dari 35 tahun memiliki resiko melahirkan dengan seksio sesarea karena pada usia tersebut ibu memiliki penyakit berisiko seperti hipertensi, jantung, diabetes mellitus dan pre-eklamsia.

7. Riwayat infertilitas diartikan sebagai ketidakmampuan mempunyai anak setelah setahun (12 bulan 0) menikah tanpa adanya usaha menghalagi kehamilan.

8. Insisi uterus sebelumnya seperti miomectomi atau operasi seksio sesarea pada kelahiran sebelumnya yang bisa membuat dinding uterus menjadi lemah dan mudah menjadi rupture uterus jika dilakukan persalinan normal.

9. Partus tak maju adalah suatu persalinan dengan his yang adekuat yang tidak menunjukkan kemajuan pada pembukaan serviks, turunnya kepala, dan putar paksa selama 2 jam terakhir, partus tak maju disebabkan oleh kelainan letak janin, kelainan panggul, kelainan his, pimpinan partus yang salah, janin besar, primitua dan ketuban pecah dini

10. Kelainan tali pusat

a) Pelepasan tali pusat (tali pusat menumbung) keadaan dimana tali

pusat berada didepan atau disamping bagian terbawah janin atau tali pusat berada di jalan lahir sebelum bayi, dan keadaan bertambah buruk bila tali pusat tertekan.

b) Terlilit tali pusat

Lilitan tali pusat ketubuh janin akan berbahaya jika kondisi tali pusat terjepit atau terpelintir sehingga aliran oksigen dan nutrisi ketubuh janin tidak lancar, lilitan tali pusat mengganggu turunnya kepala janin yang sudah waktunya dilahirkan.

b. Faktor bayi sebagai berikut:

1. Janin besar

Berat bayi 4000 gram atau lebih (*giant baby*) menyebabkan bayi sulit keluar dari jalan lahir.

2. Gawat janin dikarenakan keadaan janin kekurangan oksigen

(*hipoksia*) yang diketahui dari denyut jantung janin yang abnormal dan adanya ekonium dari air ketuban.

3. Letak lintang

Keadaan ini dapat disebabkan karena adanya tumor di jalan lahir, panggul sempit, kelainan dinding rahim, kelainan bentuk rahim, plasenta previa dan kehamilan kembar.

4. Letak sungsang

Resiko bayi lahir sungsang dengan presentasi bokong pada persalinan alami diperkirakan empat kali lebih besar dibanding keadaan normal. Persalinan sungsang adalah persalinan untuk

melahirkan janin yang membujur dalam uterus dengan bokong atau kaki pada bagian bawah dimana bokong atau kaki akan dilahirkan terlebih dahulu dari pada anggota badan lainnya.

5. Bayi abnormal

Bayi dengan kelainan bawaan yang tidak memiliki partus pervagina misalnya pada kelainan *hydrosepalus* dan kelainan pada dinding perut, seperti *gastrokisis* dan *omphalokel*.

6. Kehamilan kembar (*Gemelly*)

Kehamilan kembar mempunyai risiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi seperti pre-eklamsia pada saat ibu hamil yang stress, cairan ketuban yang berlebih. Operasi seksio sesarea dilakukan jika terdapat janin pertama dalam keadaan letak sungsang, letak lintang, tali pusat menubung, plasenta previa.

2.2.6 Komplikasi

Adapun komplikasi seksio sesarea menurut Maryunani 2014 sebagai berikut:

a. Komplikasi pada ibu sebagai berikut:

1. Infeksi puerperal atau sepsis sesudah pembedahan

a) Infeksi peurperalis, dapat bersipat ringan seperti kenaikan suhu beberapa hari dalam masa nifas atau dapat bersipat berat seperti peritonitis dan sepsis.

- b) Infeksi *post operatif* terjadi apabila sebelum pembedahan sudah ada gejala infeksi intra partum atau faktor yang merupakan predisposisi terhadap kelainan itu.
 - c) Bahaya infeksi sangat diperkecil dengan pemberian antibiotika akan tetapi tidak dapat menghilangkan sama sekali.
2. Pendarahan yang jumlahnya banyak dapat timbul pada waktu pembedahan jika cabang arteri uterine ikut terbuka, atau karena atonia uteri. Dalam hal ini pendarahan primer terjadi akibat kegagalan mencapai hemostasis dan ditempat insisi lain rahim atau akibat atonia uteri yang dapat terjadi setelah pemanjangan masa persalinan.
3. Cedera pada sekeliling struktur:
- a) Beberapa organ di dalam abdomen seperti usus besar, kandung kemih, pembuluh darah di dalam ligamen yang lebar dan ureter, terutama cenderung terjadi cedera. Hematuria yang singkat dapat terjadi akibat terlalu antusias dalam menggunakan retractor di daerah dinding kandung kemih.
 - b) Dalam hal ini komplikasi lain seperti luka kandung kencing, embolisme paru dan sebagainya sangat jarang terjadi.
 - c) Suatu komplikasi yang kemudian tampak adalah kurang kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya dapat terjadi rupture uteri.
- b. Komplikasi pada bayi

- 1) Seperti halnya dengan ibu nya, nasib anak yang dilahirkan dengan seksio sesarea banyak tergantung dari keadaan yang menjadi alasan untuk dilakukan seksio sesarea.
- 2) Menurut statistic di Negara dengan pengawasan *antenatal* dan *intranatal* yang baik kematian *perinatal* pasca seksio seasrea berkisar 4-7 %.

2.2.7 Pemeriksaan penunjang

Jitowiyono & kristiyanasari, 2010

- a. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- b. Pemantauan EKG
- c. Elektrolit
- d. Hemoglobin / hematocrit
- e. Golongan darah
- f. Urinalis
- g. *Amniosentensis* terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- h. *Ultrasound* sesuai pesanan

2.2.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis pada pasien yang sudah menjalani seksio sesarea adalah sebagai berikut:

- a. Analgesia
- b. Observasi tanda-tanda vital
- c. Terapi cairan dan diet
- d. Vesika urinarius dan usus

- e. Ambulansi
- f. Perawatan luka
- g. Laboratorium
- h. Perawatan payudara
- i. Memulangkan pasien dari rumah sakit

2.3 Konsep Dasar Masa Nifas

2.3.1 Pengertian Nifas

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa setelah keluarnya plasenta dan persalinan selesai sampai alat-alat kandungan atau reproduksi kembali seperti sebelum pra hamil, lama masa nifas 6 minggu atau 40 hari (Amru sofian 2011). Masa nifas adalah masa setelah seorang ibu melahirkan bayi dan keluarnya plasenta yang digunakan untuk memulihkan kesehatannya dan organ reproduksi yang lamanya 6 – 8 minggu (reeder, 2011)

Masa nifas merupakan masa penting bagi ibu maupun bayi baru lahir, Dalam masa nifas perubahan besar \ terjadi dari sisi perubahan fisik, emosi, dan kondisi psikologis ibu penting sekali memahami perubahan yang secara umum dapat dikatakan normal, sehingga setiap penyimpangan dari kondisi normal ini dapat segera dikenali sebagai kondisi abnormal atau patologis.

2.3.2 Tahapan Masa Nifas

a. *Puerperium* dini

Merupakan masa pemulihan dimana ibu di perbolehkan berdiri dan berjalan-jalan dan dalam waktu setelah 40 hari.

b. *Puerperium intermediet*

Merupakan masa pemulihan menyeluruh alat-alat genitalia dengan waktu 6-8 minggu.

c. *Remote puerperium*

Masa dimana diperlukan pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan memiliki komplikasi. Waktu yang di butuhkan bisa berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan.

2.3.3 Perubahan Fisik Masa Nifas

Ibu dalam masa nifas mengalami perubahan fisiologis. Setelah keluarnya plasenta, kadar sirkulasi hormone HCG (*Human Chorionic Gonadotropin*), *human plasental lactogen*, estrone dan progesterone menurun. *Human plasental lactogen* akan menghilang dari peredaran darah ibu dalam 2 hari dan HCG dalam 2 minggu setelah melahirkan. Kadar estrogen dan progesterone hampir sama dengan kadar yang ditemukan pada fase folikuler dari siklus menstruasi berturut-turut sekitar 3 hingga 7 hari. Penarikan polipeptida dan hormone steroid ini mengubah fungsi seluruh sistem sehingga efek kehamilan berbalik dan wanita dianggap sedang tidak hamil, sekalipun pada wanita.

Perubahan-perubahan yang terjadi yaitu:

1. Sistem Kardiovaskuler

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat segera setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan beban jantung meningkat yang dapat diatasi dengan haemokonsentrasi sampai volume darah kembali normal, dan pembuluh

darah kembali ke ukuran semula.

a. Volume darah

Perubahan pada volume darah tergantung pada beberapa variable. Contohnya kehilangan darah selama persalinan, mobilisasi dan pengeluaran cairan ekstrasvaskuler. Kehilangan darah mengakibatkan perubahan volume darah tetapi hanya terbatas pada volume darah total. Kemudian, perubahan cairan tubuh normal mengakibatkan suatu penurunan yang lambat pada volume darah. Dalam 2 ampai 3 minggu, setelah persalinan volume darah seringkali menurun sampai pada nilai sebelum kehamilan.

b. *Cardiac output*

Cardiac output terus meningkat selama kala I dan kala II persalinan. Puncaknya selama masa nifas dengan tidak memperhatikan tipe persalinan dan penggunaan anestesi. *Cardiac output* tetap tinggi dalam beberapa waktu sampai 48 jam postpartum, ini umumnya mungkin diikuti dengan peningkatan *struk volume* akibat dari peningkatan *venous return*, bradikardi terlihat selama waktu ini. *Cardiac output* akan kembali pada keadaan semula seperti sebelum hamil dalam 2-3 minggu.

2. Sistem Hematologi

a. Hari pertama masa nifas kadar fibrinogen dan plasma sedikit menurun, tetapi darah lebih kental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan pembekuan darah. Hematocrit dan

hemoglobin pada hari ke 3 – 7 setelah persalinan. Masa nifas bukan masa penghancuran sel darah merah tetapi penambahan-tambahan akan menghilang secara perlahan sesuai dengan waktu hidup sel darah merah. Pada keadaan tidak ada komplikasi, keadaan hematokrit dan hemoglobin akan kembali pada keadaan normal seperti sebelum hamil dalam 4-5 minggu postpartum.

- b. Leukosit meningkat, dapat mencapai 15. 000 / mm. Selama persalinan dan tetap tinggi dalam beberapa hari postpartum. Jumlah sel darah putih normal rata-rata pada wanita hamil kira-kira 12. 000 mm³. Selama 10-12 hari setelah persalinan umumnya bernilai antara 20. 000 – 25. 000 mm³, neutrofil berjumlah lebih banyak dari sel darah putih, dengan konsekuensi akan berubah. Sel darah putih, bersama dengan peningkatan normal pada kadar sedimen eritrosit, mungkin sulit diinterpretasikan jika terjadi infeksi akut pada waktu ini.
- c. Faktor pembekuan, yakni aktivisasi faktor pembekuan darah terjadi setelah persalinan. Aktivisasi ini, bersamaan dengan tidak adanya pergerakan, trauma atau sepsis yang mendorong terjadinya tromboemboli. Keadaan produksi tertinggi dari pemecahan fibrin mungkin akibat pengeluaran dari tempat plasenta.
- d. Kaki ibu diperiksa setiap hari untuk mengetahui adanya tanda-tanda thrombosis (nyeri, hangat dan lemas, vena bengkak kemerahan yang dirasakan keras atau padat ketika disentuh).

Mungkin positif terdapat tanda-tanda *human's* (doso fleksi kaki di mana menyebabkan otot-otot mengompresi vena tibia dan ada nyeri jika ada trombosis). Penting untuk diingat bahwa trombosis vena-vena dalam mungkin tidak terlihat namun itu tidak menyebabkan nyeri.

- e. Varises pada kaki dan sekitar anus (hemoroid) adalah umum pada kehamilan. Varises pada vulva umumnya kurang dan akan segera kembali setelah persalinan.

3. Sistem Reproduksi

a. Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

- 1) Bayi lahir fundus uteri setinggi pusat dengan berat uterus 1000 gr.
- 2) Akhir kala III persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari bawah pusat dengan berat uterus 750 gr.
- 3) Satu minggu postpartum tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat uterus 500 gr.
- 4) Dua minggu postpartum tinggi fundus uteri tidak teraba diatas simpisis dengan berat uterus 350 gr.
- 5) Enam minggu postpartum fundus uteri bertambah kecil dengan berat uterus 50 gr.

b. Lochea

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

Macam-macam lochea:

- 1) Lochea rubra (*cruenta*): berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan meconium selama 2 hari postpartum.
- 2) Lochea sanguinolenta: berwarna kuning berisi darah dan lender, hari ke 3-7 postpartum.
- 3) Lochea serosa: berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 postpartum.
- 4) Lochea alba: cairan putih, setelah 2 minggu.
- 5) Lochea purulenta: terjadi infeksi, keluaran cairan seperti nanah berbau busuk.
- 6) Lochea stasis: lochea tidak lancar keluaranya.

c. Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sam uterus. Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

d. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan

tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.

e. Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada post tenatal hari ke 5 perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum melahirkan.

f. Payudara

Kadar prolactin yang disekresi oleh kelenjar *hypofisis anterior* meningkat secara stabil selama kehamilan, tetapi hormone plasenta menghambat produksi ASI. Setelah kelahiran plasenta, konsentrasi estrogen dan progesterone menurun prolactin dilepaskan dan sintesis ASI dimulai. Suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan vascular sementara. Air susu, saat diproduksi, disimpan di alveoli dan harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara dihisap oleh bayi untuk pengadaaan dan keberlangsungan laktasi. Pelepasan oksitosin dari kelenjar *hypofisis posterior* distimulsi oleh isapan bayi. Hal ini menyebabkan kontraksi sel-sel mioepitel di dalam payudara dan pengeluaran ASI. Oksitosin juga menstimulasi kontraksi myometrium pada uterus, yang biasanya dilaporkan wanita sebagai afterpain (nyeri kontraksi uterus setelah melahirkan).

ASI yang dapat dihasilkan oleh ibu setiap harinya \pm 150-300 ml,

sehingga kebutuhan bayi setiap harinya. ASI dapat dihasilkan oleh kelenjar susu yang dipengaruhi oleh kerja hormon-hormon diantaranya hormone laktogen. ASI yang akan pertama muncul pada awal nifas adalah ASI yang berwarna kekuningan yang biasa dikenal dengan sebutan kolustrum. Kolustrum sebenarnya telah terbentuk di dalam tubuh ibu pada usia kehamilan \pm 12 minggu. Dan kolustrum merupakan ASI pertama yang sangat baik untuk diberikan karena banyak sekali manfaatnya, kolustrum ini menjadi imun bagi bayi karena mengandung sel darah putih. Jadi, perubahan pada payudara dapat meliputi:

- 1) Penurunan kadar progesterone secara tepat dengan peningkatan hormone prolaktine setelah persalinan.
- 2) Kolustrum sudah ada sat persalinan produksi ASI terjadi pada hari ke 2 atau hari ke 3 setelah persalinan.
- 3) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi

4. Sistem Perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormone estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan

ini akan menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal Dalam tempo 6 minggu.

5. Sistem Gastrointestinal

Kerap kali diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema. Rasa sakit didaerah perineum dapat menghalangi keinginan kebelakang.

6. Sistem Endokrin

Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar postpartum. Progesterone turun pada hari ke 3 postpartum. Kadar prolactin dalam darah berangsur-angsur hilang.

7. Sistem Muskuloskeletal

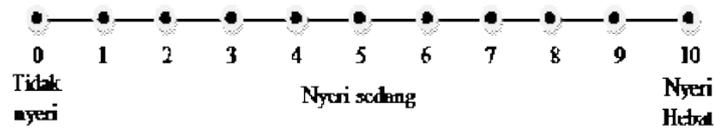
Ambulasi pada umumnya dimulai 4-8 jam postpartum. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi,

8. Sistem Integumen

- a. Penurunan melanin umumnya setelah persalinan menyebabkan berkurangnya hyperpigmentasi kulit.
- b. Perubahan pembuluh darah yang tampak pada kulit karena kehamilan dan akan menghilang pada saat estrogen menurun.

2.3.4 Perubahan Psikis Masa Nifas

b. Skala nyeri numerik



Gambar 2.4 Skala numerik nyeri (Batbual, 2010)

c. Skala nyeri komparatif

Dikutip dari Lucile Packard Children's Hospital Heart Center/CVICU

Skala Nyeri 0-10 (*Comparative Pain Scale*)

1) Nyeri hampir tak terasa (sangat ringan)

Sangat ringan, seperti gigitan nyamuk. Sebagian besar waktu Anda tidak pernah berpikir tentang rasa sakit.

2) Tidak menyenangkan

Nyeri ringan, seperti cubitan ringan pada kulit.

3) Bisa ditoleransi

Nyeri Sangat terasa, seperti pukulan ke hidung menyebabkan hidung berdarah, atau suntikan oleh dokter.

4) Menyedihkan

Kuat, nyeri yang dalam, seperti sakit gigi atau rasa sakit dari sengatan lebah.

5) Sangat menyedihkan

Kuat, dalam, nyeri yang menusuk, seperti pergelangan kaki terkilir

6) Intens

Kuat, dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga tampaknya sebagian mempengaruhi sebagian indra Anda, menyebabkan tidak

fokus, komunikasi terganggu.

7) Sangat intens

Sama seperti 6 kecuali bahwa rasa sakit benar-benar mendominasi indra Anda menyebabkan tidak dapat berkomunikasi dengan baik dan tak mampu melakukan perawatan diri.

8) Benar-benar mengerikan

Nyeri begitu kuat sehingga Anda tidak lagi dapat berpikir jernih, dan sering mengalami perubahan kepribadian yang parah jika sakit datang dan berlangsung lama.

9) menyiksa tak tertahankan

Nyeri begitu kuat sehingga Anda tidak bisa mentolerirnya dan sampai-sampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit apapun caranya, tidak peduli apa efek samping atau risikonya.

10) sakit tak terbayangkan tak dapat diungkapkan

Nyeri begitu kuat tak sadarkan diri. Kebanyakan orang tidak pernah mengalami sakala rasa sakit ini.

2.4.3 Manajemen Nyeri

Manajemen nyeri menurut Murray, Michelle, 2013 dibagi menjadi dua metode diantaranya:

a. Metode Non Farmakologi

Teknik manajemen nyeri nonfarmakologis dapat membantu mengurangi persepsi nyeri dan biasanya aman. Teknik ini bekerja untuk mengubah interaksi antara pikiran- tubuh atau komponen afektif (bukan sensori) pada

persepsi nyeri.

1) Akupuntur

Akupuntur dapat menghambat sinyal nyeri sehingga tidak dapat mencapai medulla spinalis dan otak

2) Aromaterapi

Minyak esensial dari tanaman tidak mengubah tekanan darah ataupun denyut jantung, namun dapat memperbaiki alam perasaan dan tingkat ansietas.

3) Relaksasi nafas

Relaksasi dapat membantu mempertahankan tekanan darah pada rentang normal, mengurangi konsumsi oksigen dan ketegangan otot.

4) Masase

Masase dapat meredakan nyeri dengan menghambat sinyal nyeri atau dengan meninggalkan aliran darah dan oksigen ke jaringan.

b. Metode Farmakologi

Jika sudah efektif dalam penanganan nyeri menggunakan terapi nonfarmakologi, biasanya dilakukan metode farmakologi dengan pemberian obat analgetik kepada ibu postpartum.

1. Manajemen Nyeri Menggunakan Aromaterapi Lavender

Aroma menurut DR. Alan Huck (*Neurology* Psikiater dan Direktur Pusat Penelitian Bau dan Rasa), berpengaruh langsung terhadap otak manusia, mirip narkotika. Hidung memiliki kemampuan untuk membedakan lebih dari 100.000 bau yang berbeda yang sangat

berpengaruh pada otak yang berkaitan dengan susana hati, emosi, ingatan dan pembelajaran. Dengan menghirup aroma lavender maka akan meningkatkan gelombang-gelombang alpa di dalam otak dan gelombang inilah yang membantu kita untuk merasa rileks (Simkin, 2008 dalam Swandari, 2014). Hal ini terjadi karena aromaterapi mampu memberikan sensasi yang menenangkan diri dan otak, serta stress yang dirasakan (Laila, 2011 dalam Swandari, 2014).

Aromaterapi yang digunakan melalui cara inhalasi atau dihirup akan masuk kesistem limbic dimana nantinya aroma akan diprosdes sehingga kita dapat mencium baunya. Pada saat kita menghirup suatu aroma, komponen kimianya akan masuk ke bulbus olfaktorius, kemudian ke limbik system pada otot. Hal ini akan merangsang memori dan respon emosional. Hipotalamus berperan sebagai relay dan regulator memunculkan pesan-pesan yang harus diterima kemudian diubah menjadi tindakan yang berupa pelepasan senyawa elektro kimia berupa zat endorphin dan serotonin, sehingga berpengaruh langsung pad organ penciuman dan di oversepsikan oleh otak untuk memberi reaksi yang membuat perubahan fisiologis pada tubuh, pikiran, jiwa, dan enghasilkan efek memenangkan pada tubuh sehingga dapat mengurangi nyeri (Dewi, dkk, 2013). Hal ini sesuai dengan pernyataan beberapa responden yang ketika mencium atau menghirup aromaterapi lavender yang ditetaskan pada tissue, responden merasakan ketenangan, dikarenakan aromanya yang harum dan segar.

Penurunan skala nyeri sesudah dilakukan tehnik relaksasi aromaterapi lavender juga dipengaruhi karena aromaterapi lavender mempunyai peranan penting dalam mengurangi rasa nyeri. Hal ini sesuai dengan Ross (2006, h. 106). Menyatakan bahawa aromaterapi yang digunakan melalui penciuman dapat langsung dibawa lewat saraf atau penciuman ke hipotalamus atau area limbik dari otak, memori dan emosi sehingga dapat mengurangi rasa nyeri. Nyeri dapat diatasi dengan penatalaksanaan nyeri yaitu cara meringankan nyeri atau mengurangi nyeri sampai tingkat kenyamanan yang dapat diterima klien (Mutia anwar, Titi astuti, merah bangsawan, dikutip dari Jurnal Keperawatan, Volume XIV, No. 1, April 2018).

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan

2.5.1 Pengkajian

Pada langkah pertama ini, di kumpulkan semua informasi akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien (Chapman & Charles 2013).

a) Biodata

Nama, umur, ras/suku, alamat, nomer telpon, agama, status perkawinan, pekerjaan, tanggal anamnesis. Maksud pertanyaan ini adalah untuk mengidentifikasi penderita dan menentukan status sosial ekonominya yang harus kita ketahui, misalnya untuk menentukan anjuran atau pengobatan apa yang akan diberikan. Umur juga penting untuk menentukan prognosis kehamilan dan resikonya.

b) Riwayat Kesehatan

Jitowiyono & kristiyanasari, 2010

a. Keluhan utama saat masuk rumah sakit

Alasan ibu datang ke tempat bidan/klinik yang di ungkapkan dengan kata-katanya sendiri

b. Keluhan utama saat di kaji

Keluhan apa yang paling dirasakan oleh klien saat di kaji, diuraikan dalam konsep PQRST dalam bentuk narasi

- 1) Provokatif dan paliatif: apa penyebabnya, yang memperberat dan yang mengurangi.
- 2) Quality /kuantitas: dirasakan seperti apa, tampilannya, suaranya, berapa banyak
- 3) Region / radiasi: lokasinya dimana, penyebarannya
- 4) Severity / scale: intensitasnya (skala) pengaruh terhadap aktivitas
- 5) Timing: kapan muncul keluhan, berapa lama, bersiat seperti apa (tiba-tiba, sering, bertahap).

c) Riwayat Kesehatan Dahulu

Meliputi penyakit yang lain yang dapat mempengaruhi penyakit sekarang, maksudnya apakah pasien pernah mengalami penyakit yang sama. Seperti pada klien dengan post seksio sesarea apakah klien pernah seksio sesarea atau tidak sebelumnya.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi penyakit yang diderita pasien dan apakah keluarga pasien ada juga mempunyai riwayat penyakit tersebut juga baik turunan maupun menular.

e) Riwayat Ginekologi dan Obstetrik

Hani, Ummi et all, 2010

a. Riwayat Ginekologi

1) Riwayat Menstruasi

Anamnesis haid memberikan kesan tentang faal alat reproduksi/kandungannya meliputi umur menarche, frekuensi siklus normal, lamanya, jumlah darah keluar, karakteristik darah, HPHT, disminorea, perdarahan uterus disfungsi, syndrome premenstrual

2) Riwayat Perkawinan

Usia perkawinan, usia klien dan suami saat menikah, pernikahan yang keberapa bagi klien dan suami, jumlah anak.

3) Riwayat Kontrasepsi

Jenis kontrasepsi yang digunakan klien sebelum hamil, waktu lamanya penggunaan kontrasepsi, apakah ada masalah dengan kontrasepsi yang digunakan jenis kontrasepsi yang akan digunakan setelah persalinan, jumlah anak yang direncanakan oleh keluarga.

b. Riwayat Obstetrik

1) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan nifas yang lalu

Meliputi umur kehamilan, keluhan selama hamil, jenis partus, tempat persalinan, berat badan anak waktu lahir, masalah yang terjadi dan

keadaan anak.

2) Riwayat Kehamilan Sekarang

Usia kehamilan, keluhan selama hamil, imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam memeriksakan kehamilannya.

3) Riwayat Persalinan Dahulu

Meliputi tentang jumlah anak., tanggal lahir, usia, jenis kelamin, berat badan lahir, umur kehamilan, jenis persalinan dahulu, tempat persalinan dan apakah ada komplikasi pada ibu dan bayi.

4) Riwayat Persalinan Sekarang

Merupakan persalinan keberapa bagi klien, tanggal melahirkan, jenis persalinan, banyaknya perdarahan, jenis kelamin anak, berat badan dan APGAR *score*.

5) Riwayat Nifas Sekarang

Meliputi tentang adanya perdarahan, jumlah darah, kontraksi uterus, konsistensi uterus biasanya keras seperti papan, tinggi pundus uteri sepusat setelah plasenta lahir.

f) Pemeriksaan Fisik Head to Toe

Hani, Ummi et all, 2010

a. Pengukuran tanda-tanda vital

Pengukuran tanda-tanda vital meliputi tekanan darah, nadi, respirasi, suhu, tinggi badan, serta berat badan

b. Pemeriksaan umum

Pemeriksaan umum meliputi kesesuaian penampakan usia, status gizi umum, tingkat emosi, kegagalan sistem dan postur tubuh.

c. Kepala

Kebersihan kepala, apakah ada pembesaran kepala, nyeri tekan dan lesi. Perhatikan warna rambut, rambut mudah rontok atau tidak.

d. Wajah

Penampilan, ekspresi, nyeri tekan, adanya edema pada pipi atau pitting udem pada dahi.

1) Mata

Warna konjungtiva dan sklera, bentuk mata, kebersihan, pergerakan bola mata, reflek pupil terhadap cahaya, fungsi penglihatan, kelainan dan gangguan penglihatan (rabun jauh/dekat).

2) Telinga

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

3) Hidung

Bentuk, kebersihan, pernafasan cuping hidung, ada tidak nyeri tekan, polip, alergi debu dan gangguan pada fungsi penciuman.

4) Mulut

Keadaan mulut, mukosa bibir, kebersihan mulut, gigi, lidah. keadaan gigi, jumlah gigi, pembesaran tonsil dan adakah nyeri pada saat menelah.

5) Leher

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

e. Payudara

Bentuk payudara, gangguan ASI, keadaan puting, dan kebersihan.

f. Abdomen

TFU pada saat bayi lahir setinggi pusat, 2 hari setelah melahirkan TFU 2 jari di bawah pusat, 1 minggu setelah melahirkan TFU pertengahan symphysis, 6 minggu setelah melahirkan bertambah kecil dan setelah 8 minggu TFU kembali dalam keadaan normal dengan berat 30 gram, kontraksi uterus keras seperti papan, bising usus biasanya mengalami penambahan akibat efek samping obat anestesi ketika post seksio sesarea, perhatikan keadaan luka jahitan dan rembesan dan tanda-tanda infeksi di daerah luka post op.

g. Genetalia

Perhatikan kebersihan, pengeluaran pervagina.

h. Anus

Perhatikan ada atau tidak haemoroid dan kebersihan.

i. Ekstremitas

Pada ekstremitas dikaji gangguan/kelainan dan bentuk. Pada ekstremitas bawah kaji bentuk, odem, varises dan hofmen, kekuatan otot.

g) Data Sosial Ekonomi

Penyakit dapat terjadi pada siapa saja, akan tetapi kemungkinan dapat lebih sering terjadi pada penderita malnutrisi dengan social ekonomi rendah (Jitowiyono & kristiyanasari 2010).

h) Data Psikologi

Data psikologi pada seksio sesarea menurut (Jitowiyono & kristiyanasari, 2010) adalah:

- a. Pasien biasanya dalam keadaan stabil
- b. Pasien biasanya cemas akan keadaan seksualitasnya
- c. Harga diri pasien terganggu

i) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada pasien *sectio caesarea* menurut Jitowiyono & Kristiyanasari tahun 2010 diantaranya:

- a) USG, untuk menentukan letak implantasi plasenta
- b) Pemeriksaan Hemoglobin
- c) Pemeriksaan Hematokrit

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap proses kehidupan/masalah kesehatan. Aktual atau potensial dan kemungkinan menimbulkan tindakan keperawatan untuk memecahkan masalah tersebut. Menurut Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA (*North American*

Nursing Diagnosis Association) 2018 bahwa diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu post seksio sesarea adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan
- b. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri
- d. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko: episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.
- e. Defisit perawatan diri: mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan postpartum.
- f. Resiko perdarahan
- g. Defisiensi pengetahuan: perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.

2.5.3 Rencana Keperawatan

Rencana Keperawatan pada diagnosa yang mungkin muncul dengan Seksio Sesarea menurut *North American Nursing Diagnosis Association 2018* adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, insisi pembedahan luka operasi SC, episiotomi)

Table 2.1 Intervensi Nyeri Akut

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Nyeri akut</p> <p>Definisi: Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (<i>International Association for the study Pain</i>): awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya • Diaphoresis • Dilatasi pupil • Ekspresi wajah nyeri (mis., mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap 	<p>NOC</p> <p>(a) <i>Pain level</i> (b) <i>Pain control</i> (c) <i>Comfort level</i></p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan). • Tanda – tanda vital dalam batas normal • Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri. • Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri). 	<p>NIC</p> <p>Pain Management</p> <p>a) Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi.</p> <p>b) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan.</p> <p>c) Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.</p> <p>d) Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</p> <p>e) Evaluasi pengalaman nyeri masalalu</p> <p>f) Evaluasi bersama pasien dan kesehatan lain tentang ketidakefektifan</p>	<p>Pain management</p> <p>a) Nyeri insisi bermakna pada fase pasca operasi awal. Di perberat oleh gerakan, batuk, distensi abdomen, mual. Membiarkan klien rentang ketidaknyamanan sendiri membantu mengidentifikasi intervensi yang tepat dan mengevaluasi ketidakefektifan analgesia.</p> <p>b) Bahasa tubuh dpat secara psikologis dan fisiologik dan dapat digunakan pada hubungan petunjuk verbal untuk mengidentifikasi luas / beratnya masalah.</p> <p>c) Memberikan keyakinan bahwa klien tidak sendiri atau di tolak; memberikan respek dan penerimaan individu,</p>

<p>pada satu focus, meringis)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fokus menyempit • Fokus pada diri sendiri • Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri • Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrument nyeri • Laporan tentang perilaku nyeri/perubahan aktivitas • Mengekspresikan perilaku • Perilaku distraksi • Perubahan parameter fisiologis • Perubahan posisi untuk menghindari nyeri • Perubahan selera makan • Putus asa • Sikap melindungi area nyeri • Sikap tubuh melindungi <p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agen cedera biologis • Agen cedera fisik • Agen cedera kimiawi 	<ul style="list-style-type: none"> • Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang. 	<p>kontrol nyeri masa lampau</p> <p>g) Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan.</p> <p>h) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.</p> <p>i) Kurangi factor presipitasi nyeri</p> <p>j) Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)</p> <p>k) Kaji dan tipe sumber nyeri untuk menentukan intervensi.</p> <p>l) Ajarkan tentang tehnik nonfarmakologi</p> <p>m) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</p> <p>n) Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</p> <p>o) Tingkatkan istirahat</p> <p>p) Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</p> <p>q) Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri</p> <p>Analgetic administration</p> <p>r) Tentukan lokasi karakteristik,</p>	<p>mengembangkan kepercayaan</p> <p>d) Budaya adalah suatu cara hidup yang dimiliki bersama oleh sekelompok orang dan diwariskan dari generasi ke generasi</p> <p>e) penurunan ansietas / takut meningkatkan relaksasi kenyamanan</p> <p>f) penurunan ansietas / takut meningkatkan relaksasi kenyamanan</p> <p>g) penggunaan persepsi sendiri / perilaku untuk menghilangkan nyeri dapat membantu klien mengatasinya lebih fektif.</p> <p>h) suhu ruangan normal dalam rentang 20-25 °C dengan pencahayaan yang cukup mempengaruhi kemampuan klien untuk rileks dan tidur atau istirahat secara efektif.</p> <p>i) Perubahan berat / lamanya dapat mengindikasikan kemajuan proses penyakit / terjadinya komplikasi</p> <p>j) Ada dua cara penanganan nyeri yaitu menggunakan farmakologi dan nonfarmakologi</p> <p>k) Nyeri insisi bermakna pada fase pasca operasi awal.</p>
--	---	---	---

<p>kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat</p> <p>s) Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi</p> <p>t) Cek riwayat alergi</p> <p>u) Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgetik ketika pemberian lebih dari satu</p> <p>v) Tentukan pilihan analgetik tergantung tipe dan beratnya nyeri</p> <p>w) Pilih rute pemberian secara IV, IM, untuk pengobatan nyeri secara teratur</p> <p>x) Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali</p> <p>y) Berikan analgetik tepat waktu terutama saat nyeri hebat</p> <p>z) Evaluasi efektivitas analgetik, tanda dan gejala.</p>	<p>Di perberat oleh gerakan, batuk, distensi abdomen, mual. Membiarkan klien rentang ketidaknyamanan sendiri membantu mengidentifikasi intervensi yang tepat dan mengevaluasi ketidakefektifan analgesia.</p> <p>l) Manajemen nyeri non farmakologis lebih aman digunakan karena tidak menimbulkan efek samping.</p> <p>m) Mengontrol / mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerja sama dengan aturan teraapeutik</p> <p>n) penurunan ansietas / takut meningkatkan relaksasi kenyamanan</p> <p>o) Mengontrol / mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerja sama dengan aturan teraapeutik</p> <p>p) Mengontrol / mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerja sama dengan aturan teraapeutik</p> <p>q) penurunan ansietas / takut meningkatkan relaksasi kenyamanan</p>
---	---

**Analgetik
administration**

- r) **Dosis** adalah banyaknya suatu obat yang dapat dipergunakan atau diberikan kepada seorang penderita
 - s) Kolaborasi penanganan nyeri untuk mencapai kriteria hasil yang diinginkan
 - t) Alergi adalah suatu respon abnormal sistem kekebalan tubuh
 - u) Kolaborasi penanganan nyeri untuk mencapai kriteria hasil yang diinginkan
 - v) Pertimbangan pemilihan guna mencapai kriteria hasil yang diinginkan
 - w) Rute pemberian obat terutama ditentukan oleh sifat dan tujuan dari penggunaan obat sehingga dapat memberikan efek terapi yang tepat
 - x) Respons autonomic meliputi perubahan pada tekanan darah, nadi, dan pernafasan, yang berhubungan dengan keluhan / penghilangan nyeri. Abnormalitas tanda vital terus menerus memerlukan evaluasi lanjut
 - y) Pemberian obat yang terlalu cepat atau terlalu lambat dapat berakibat serius
-

z) Mengontrol / mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerja sama dengan aturan terapeutik

- b. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.

Table 2.2 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan pemberian ASI Definisi: Kesulitan pemberian susu pada bayi atau anak secara langsung dari payudara, yang dapat mempengaruhi status nutrisi bayi/anak. Batasan karakteristik: <ul style="list-style-type: none"> Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusui Bayi menangis pada payudara Bayi mendekat ke arah payudara Bayi menolak <i>latching on</i> Bayi tidak mampu <i>latch on</i> pada payudara secara tepat Bayi tidak responsive 	NOC (a) Breastfeeding ineffective (b) Breathing pattern ineffective (c) Breasfeeding interrupted Kriteria Hasil: <ul style="list-style-type: none"> Kemantapan pemberian ASI: bayi: perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI. Kemantapan pemberian ASI: ibu: kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan 	NIC a) Evaluasi pola menghisap/ menelan bayi b) Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui. c) Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (reflek rooting, menghisap dan terjaga) d) Kaji kemampuan bayi untuk latch on dan menghisap secara evektif e) Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting	a) kemampuan menelan bersifat dinamis sejalan dengan tumbuh kembang anak dalam bidang keterampilan oromotor b) Motivasi atau semangat dari suami selalu diharapkan oleh ibu menyusui. c) Mudah tidaknya seseorang dalam menyusui tergantung pada pengalaman masalahnya jika ada

<p>terhadap tindakan kenyamanan lain</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakuatan defekasi bayi • Ketidak cukupan kesempatan menghisap payudara • Ketidakcukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui • Kurang penambahan berat badan bayi • Luka putting yang menetap setelah satu minggu pertama menyusui • Tampak ketidakadekuatan asupan susu • Tidak menghisap payudara terus menerus • Tidak tampak tanda pelepasan oksitoksin 	<p>tepat dan menyusui dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pemeliharaan pemberian ASI: keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/todler. • Penyapihan pemberian ASI • Diskontinuitas progresif pemberian ASI • Pengetahuan pemberian ASI tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makanan bayi melalui proses pemberian ASI, ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera, ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI, ibu tidak mengalami nyeri penekanan pada puting, mengenali tanda-tanda penurunan suplay ASI. 	<p>f) Pantau integritas kulit puting ibu</p> <p>g) Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar susu dan mastitis</p> <p>h) Pantau kemampuan untuk mengurangi kongesti payudara dengan benar</p> <p>i) Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi.</p> <p>Brest examination</p> <p>Laktation supresion</p> <p>j) Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI.</p> <p>k) Sediakan informasi tentang laktasi dan tehnik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI</p> <p>l) Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan, dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula</p> <p>Laktation konseling</p> <p>m) Sediakan informasi tentang keuntungan dan</p>	<p>d) Latch on adalah stilah yang digunakan ketika bayi mendapatkan posisi yang tepat saat menempelkan mulutnya pada putih ibu</p> <p>e) Jika bayi tidak menempelkan mulutnya dengan baik di payudara, konsumsi ASI akan terganggu</p> <p>f) infeksi pada payudara yang sering disebabkan karena masuknya kuman yang terdapat pada mulut dan hidung bayi</p> <p>g) Mastitis adalah infeksi pada satu atau lebih pada saluran payudara</p> <p>h) Pembengkakan payudara terjadi karena adanya gangguan antara akumulasi air susu dan meningkatkan vaskularisasi dan kongesti</p> <p>i) peningkatan berat badan di usia dini sangat penting bagi kesehatan tubuh dalam jangka panjang</p> <p>j) Keberhasilan pemberian ASI pada bayi</p>
<p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambivalensi ibu • Anomali payudara ibu • Ansietas ibu • Defek orofaring • Diskontinuitas pemberian asi • Keletihan ibu • Keluarga tidak mendukung • Keterlambatan laktogen II • Kurang pengetahuan orang tua tentang pentingnya asi • Kurangnya penerarahan orang tua tentang tekhnik menyusui 			

<ul style="list-style-type: none"> • Masa cuti melahirkan pendek • Nyeri ibu • Obesitas ibu • Pembedahan payudara sebelumnya • Penambahan makanan dengan puting infiltrasi • Penggunaan dot • Prematuritas • Reflek isap bayi buruk • Tidak cukup waktu untuk menyusui ASI 	<p>kerugian pemberian ASI</p> <p>n) Diskusikan metode alternatif pemberian makanan bayi</p>	<p>sangat ditentukan oleh cara dan keberhasilan pemberian ASI sejak awal</p> <p>k) Dengan cara memompa ASI yang tepat, produksi ASI diharapkan akan meningkat kembali sehingga mencukupi kebutuhan bayi sehari-hari</p> <p>l) ASI yang akan digunakan secepatnya, lebih baik dimasukkan ke dalam bagian lemari pendingin yang tidak akan membuat beku</p> <p>m) ASI mengandung antibodi dalam jumlah besar yang berasal dari tubuh seorang ibu</p> <p>n) Makanan pendamping ASI atau disebut MPASI mulai diberikan pada usia 6 bulan karena proses pencernaan bayi yang sudah mulai sempurna.</p>
---	---	--

c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

Tabel 2.3 Intervensi Gangguan Pola Tidur

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Gangguan pola tidur</p> <p>Definisi: Interupsi jumlah waktu dan kualitas tidur akibat faktor eksternal.</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kesulitan jatuh tertidur • Ketidakpuasan tidur • Menyatakan tidak merasa cukup istirahat • Penurunan kemampuan berfungsi • Perubahan pola tidur normal • Sering terjaga tanpa jelas penyebabnya <p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan karena pasangan tidur • Halangan lingkungan • Imobilisasi • Kurang privasi • Pola tidur tidak menyehatkan 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anxiety reduction • Comfort level • Pain level • Rest: extent and pattern • Sleep: extent and pattern <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam perhari • Pola tidur, kualitas dalam batas normal • Perasaan segar sesudah tidur/istirahat • Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur 	<p>NIC</p> <p>Sleep Enhancement</p> <ol style="list-style-type: none"> Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat Ciptakan lingkungan yang nyaman Kolaborasi pemberian obat tidur Intsruksikan untuk memonitor tidur pasien Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur Monitor/catat kebutuhan waktu tidur pasien setiap hari dan jam 	<ol style="list-style-type: none"> Penggunaan jangka panjang medikasi tersebut dapat mengganggu pola tidur dan memperburuk masalah tidur fungsi daripada tidur adalah untuk mengembalikan (restore) fungsi tubuh semasa periode tanpa aktivitas supaya fungsi biologi tubuh yang adekuat dapat dipastikan Tempat tidur yang sejuk dan gelap akan membantu Anda untuk tertidur lebih cepat dan tidur lebih baik penggunaan obat tidur wajib di bawah pengawasan dokter. Jika tidak dikonsumsi dengan bijak monitoring tidur dapat memastikan apakah pola tidur masih mengalami gangguan Manusia membutuhkan

waktu 8-10 jam dalam sehari untuk tidur

- d. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko: episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.

Table 2.4 Intervensi Resiko Infeksi

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Resiko Infeksi Definisi: Rentan mengalami invasi dan multipikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan Faktor-faktor resiko: <ul style="list-style-type: none"> • Kurang pengetahuan untuk menghindari pemanjaan pathogen • Malnutrisi • Obesitas • Penyakit kronis • Prosedur invasive • Pertahanan tubuh primer tidak adekuat • Gangguan integritas kulit • Gangguan peristaltis • Merokok • Pecah ketuban dini • Pevah ketuban lama • Penurunan kerja siliaris • Penurunan pH sekresi • Statis cairan tubuh 	NOC <ul style="list-style-type: none"> • Immune status • Knowledge: infection control • Risk control Kriteria Hasil: <ul style="list-style-type: none"> • Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi • Mendeskripsi proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaan • Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi • Jumlah leukosit dalam batas normal • Menunjukkan perilaku hidup sehat 	NIC Kontrol infeksi <ol style="list-style-type: none"> a) Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien b) Pertahankan tehnik isolasi c) Batasi pengunjung bila perlu d) Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung e) Gunakan antiseptik untuk cuci tangan f) Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan g) Gunakan baju, sarung tangan sesuai alat pelindung h) Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat. i) Berikan terapi antibiotik bila perlu j) Monitor tanda dan gejala 	<ol style="list-style-type: none"> a) infeksi nosokomial adalah infeksi yang menyebar di dalam rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya b) isolasi merupakan sebuah tehnik khusus yang didesain terpisah dari pasien lain untuk mencegah penularan penyakit. c) Infeksi dapat terjadi melalui penularan dari pasien kepada petugas, dari pasien ke pasien lain dan dari pasien kepada pengunjung. d) Tujuan mencuci tangan menurut DEPKES 2007 adalah merupakan salah satu unsur pencegahan penularan infeksi. e) antiseptik adalah suatu

infeksi sistemik dan local	bahan kimia yang bertujuan untuk membunuh kuman f) Tujuan mencuci tangan menurut DEPKES 2007 adalah merupakan salah satu unsur pencegahan penularan infeksi. g) Infeksi dapat terjadi melalui penularan dari pasien kepada petugas, dari pasien ke pasien lain dan dari pasien kepada pengunjung . h) Infeksi dapat terjadi melalui penularan dari pasien kepada petugas, dari pasien ke pasien lain dan dari pasien kepada pengunjung . i) Antibiotik adalah zat yang memiliki kemampuan untuk menghambat kehidupan mikroorganisme j) Tanda-tanda infeksi adalah bengkak, kemerahan, panas, nyeri atau nyeri tekan dan hilangnya fungsi pada bagian yang terinflamasi
-------------------------------	--

- e. Defisit perawatan diri: mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan post partum.

Table 2.5 Intervensi Defisit Perawatan Diri

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Defisit perawatan diri mandi</p> <p>Definisi: Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi/aktivitas secara mandiri</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakmampuan membasuh tubuh • Ketidakmampuan mengakses kamar mandi • Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi • Ketidakmampuan mengeringkan tubuh • Ketidakmampuan menjangkau sumber air <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ansietas • gangguan fungsi kognitif • gangguan musculoskeletal • gangguan neuromuscular • gangguan persepsi • kelemahan • kendala lingkungan • ketidakmampuan merasakan bagian tubuh 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activity Intolerance • Mobility: physical impaired • Self care deficit hygiene • Sensory perception, auditory disturbed <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perawatan diri ostomi: tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi • Perawatan diri: aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan 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</p> <p>Self care assistance:</p> <p>Bathing/hygiene</p> <p>a) Pertimbangan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri</p> <p>b) Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan</p> <p>c) Tempat handuk, sabun, deodorant, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan disamping tempat tidur atau dikamar mandi</p> <p>d) Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal</p> <p>e) Memfasilitasi sikat gigi yang sesuai</p> <p>f) Memfasilitasi mandi pasien</p> <p>g) Membantu kebersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien</p>	<p>a) Budaya adalah suatu cara hidup yang dimiliki bersama oleh sekelompok orang dan diwariskan dari generasi ke generasi</p> <p>b) Identifikasi ketidakmampuan memudahkan dalam melaksanakan intervensi</p> <p>c) Barang-barang yang mudah dijangkau akan memudahkan prosedur tindakan</p> <p>d) Lingkungan erapeutik adalah lingkungan yang dipusatkan untuk kesembuhan pasien</p> <p>e) Saat menyikat gigi anda habiskanlah waktu 12-13 detik per gigi hingga gigi anda benar-benar bersih. Rongga mulut anda sebaiknya anda bersihkan dengan baik.</p> <p>f) mandi membuat tubuh atau badan Anda sendiri kembali segar</p> <p>g) Membersihkan kuku</p>

- ketidakmampuan merasakan hubungan spasial
- nyeri
- penurunan motivasi

- Perawatan diri hygiene oral: mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu
- Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi
- Membersihkan dan mengeringkan tubuh
- Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral

h) Memberikan bantuan sampai pasien dapat melakukan perawatan diri sepenuhnya.

hakekatnya adalah untuk menjaga kesehatan tubuh h) Kepercayaan diri terhadap kemampuan sangat penting untuk kesembuhan

f. Resiko perdarahan

Table 2.6 Intervensi Resiko Perdarahan

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Resiko perdarahan Definisi: Rentan mengalami penurunan volume darah, yang dapat mengganggu kesehatan. Faktor resiko: <ul style="list-style-type: none"> • Aneurisma • Gangguan gastrointestinal (mis., penyakit ulkus lambung, polip, varises) • Koagulopati inhearn • Koagulopati intravascular diseminata 	NOC - Blood lose severity - Blood koagulation Kriteria Hasil: - Tidak ada hematuria dan hematemesis - Kehilangan darah yang terlihat - Tekanandarah dalam batas normal sistol dan diastol - Tidak ada perdarahan pervagina	NIC Bleding precaution a) Monitor ketet tanda tanda perdarahan b) Catat nilai hb dan ht sebelum dan sesudah perdarahan c) Monitor TTV ortostatik d) Pertahankan bedrest selama perdarahan aktif e) Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau	a) Perdarahan yang banyak dalam nifas hampir selalu disebabkan oleh sisa plasenta b) Penurunan Hb merupakan tanda tanda perdarahan yg serius c) Hipotensi ortostatik adalah suatu keadaan dimana terjadi penurunan tekanan darah saat seseorang berdiri dari posisi duduk d) bed rest adalah sebuah prosedur dengan

<ul style="list-style-type: none"> • Komplikasi kehamilan • Komplikasi pascapartum • Kurang pencerahan tentang kewaspadaan perdarahan • Program pengobatan • Sirkumsisi • Trauma 	<ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada distensi abdominal - Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal 	<p>fresfrozen plasma)</p> <p>f) Hindari pemberian aspirin dan antikoagulan</p> <p>g) Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin k</p> <p>h) Monitor status cairan yang meliputi intake dan output</p> <p>i) Pertahankan potensi IV line</p>	<p>memastikan pasien berbaring dan beristirahat di tempat tidur dalam kurun waktu tertentu</p> <p>e) Tujuan dalam memberikan tindakan transfusi darah adalah Meningkatkan kemampuan darah dalam mengangkut oksigen</p> <p>f) Antikoagulan adalah obat yang bekerja untuk mencegah penggumpalan darah</p> <p>g) fungsi vitamin K ini untuk membantu proses pembekuan darah saat terjadi luka pada bagian tubuh</p> <p>h) keseimbangan intake output dalam perdarahan</p> <p>i) cara pemberian obat ada beberapa macam diantaranya adalah melewati jalur intravena</p> <p>j) sekresi merupakan proses pengeluaran zat oleh kelenjar yang masih digunakan oleh tubuh</p> <p>k) ibuprofen bekerja dengan menghalangi produksi substansi alami tubuh yang menyebabkan peradangan</p>
--	--	---	---

g. Defisiensi pengetahuan: perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post partum.

Table 2.7 Intervensi Defisit Pengetahuan

Diagnosa	Tujuan dan Intervensi	Kriteria hasil	Rasional
<p>Defisit pengetahuan</p> <p>Definisi: Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakakuratan melakukan test • Ketidakakuratan mengikuti perintah • Kurang pengetahuan perilaku tidak tepat <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan fungsi kognitif • Gangguan memori • Kurang informasi • Kurang minat untuk belajar • Kurang sumber pengetahuan • Salah pengertian terhadap orang lain 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Knowledge: disease proces - Knowledge: healt beavior <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, program pengobatan. - Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar. - Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya. 	<p>NIC</p> <p>Treching: disease proces</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat. b) Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat c) Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat d) Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang dan atau proses pengongtrolan penyakit e) Diskusikan pilihan terapi atau penanganann f) Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan,dengan cara yang tepat. 	<p>a) Tanda (sign) adalah temuan objektif yang diobservasi oleh dokter sedangkan gejala (symptom) adalah pengalaman subjektif yang digambarkan oleh pasien</p> <p>b) pengetahuan tentang proses penyakit dapat meningkatkan pemahaman tentang proses penyembuhan</p> <p>c) pengetahuan tentang proses penyakit dapat meningkatkan pemahaman tentang proses penyembuhan</p> <p>d) Gaya hidup adalah pola hidup seseorang di dunia yang diekspresikan dalam aktivitas, minat, dan opininya</p> <p>e) Tanda (sign) adalah temuan objektif yang diobservasi oleh dokter sedangkan gejala (symptom) adalah pengalaman subjektif yang digambarkan oleh pasien</p>

2.5.4 Implementasi

Fokus utama dari implementasi adalah pemberian asuhan keperawatan yang aman dan individual dengan pendekatan multifokal.

2.5.5 Evaluasi

Evaluasi bertujuan untuk menilai keefektifan asuhan yang di berikan. Hal yang di evaluasi meliputi apakah kebutuhan telah terpenuhi dan mengatasi diagnosis dan masalah yang telah di identifikasi. Rencana tersebut dapat di anggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya.