

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST OPERASI*
SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT
DI RUANG DELIMA
RSUD CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya
Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi D-III Keperawatan
Universitas Bhakti Kencana Bandung**

Oleh :

SEPTY DIAN HOSPITA

NIM : AKX.17.079



**PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA BANDUNG
2020**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tanda tangan dibawah ini :

Nama : Septy Dian Hospita

NIM : AKX.17.079

Institusi : DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti
Kencana

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

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

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

Bandung, 30 Juni 2020

Yang Membuat Pernyataan




Septy Dian Hospita

AKX.17.079

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI
SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT
DI RUANG DELIMA
RSUD CIAMIS**

**OLEH
SEPTY DIAN HOSPITA
NIM : AKX.17.079**

Karya tulis ilmiah ini telah disetujui oleh panitia penguji pada tanggal
10 Juli 2020

Menyetujui

Pembimbing Ketua



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

Pembimbing Pendamping



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

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



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

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST OPERASI*
SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT
DI RUANG DELIMA
RSUD CIAMIS**

**SEPTY DIAN HOSPITA
NIM : AKX.17.079**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana pada tanggal 10 Juli 2020

PANITIA PENGUJI

- Ketua : Vina Vitniawati, S.Kep., Ners., M.Kep
(Pembimbing Utama)
Anggota :
1. Ade Tika Herawati, M.Kep
(Penguji 1)
 2. Yati Nurhayati, S.Kep
(Penguji 2)
 3. Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners
(Pembimbing Pendamping)

.....
.....
.....
.....

Mengetahui

Universitas Bhakti Kencana Bandung
Dekan Fakultas Keperawatan


Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep
NIDN : 020007020132

KATA PENGANTAR

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

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

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

1. H. Mulyana, SH, M.Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung
2. Dr. Entris Sutrisno, MH.Kes.,Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana
3. Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana
4. Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Ketua Pogram Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana
5. Vina Vitniawati, S.Kep., Ners., M.Kep selaku Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners selaku Pembimbing Pendamping yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. dr. H. Rizali Sofiyon, MM selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.

8. Dedeh, S.ST, selaku CI Ruangan Delima yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis.
9. Seluruh staf dan dosen pengajar di Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi Universitas Bhakti Kencana
10. Teristimewa kepada ayah tercinta H. Sahidin, mama tersayang Yusmiarti, dan kakak terkasih, yang telah memberikan dukungan moril, materil, doa, air mata dan keringat penuh cinta kasih sayang, kesabaran, dan keikhlasan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini
11. Sahabat tercinta, Devi, Meigita, Mery, Mita, yang selalu memberi semangat, mendukung, dan memotivasi sehingga karya tulis ini terselesaikan.
12. Teman-teman seperjuangan Anestesi angkatan XIII tahun 2017 bersama-sama berjuang dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
13. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

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

Bandung, Juni 2020

Penulis

Septy Dian Hospita

ABSTRAK

Latar belakang: Seksio sesarea merupakan kelahiran janin melalui jalur abdominal (*laparotomi*) yang memerlukan insisi ke dalam uterus (*histerotomi*). Tindakan seksio sesarea akan menimbulkan masalah pada klien baik secara sosial, psikologi dan fisik. Dari masalah keperawatan tersebut nyeri merupakan dominan yang paling dirasakan pada klien *post* seksio sesarea. **Metode:** Studi kasus, yaitu studi kasus yang mengeksplorasi suatu masalah / fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua klien *post* seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan pengkajian nyeri secara komprehensif, mengobservasi reaksi non verbal, menggunakan teknik komunikasi terapeutik, mengkaji kultur yang mempengaruhi nyeri, mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri, memilih dan melakukan penanganan nyeri, mengajarkan teknik nonfarmakologi, mengevaluasi keefektifan kontrol nyeri, meningkatkan istirahat, memberikan analgetik, memonitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik, dan mengevaluasi efektivitas analgesic yang dilakukan selama 3x24 jam, masalah keperawatan nyeri akut pada kasus 1 dan kasus 2 dapat teratasi. Kedua klien mengalami penurunan nyeri yang sama dari skala 5 menjadi 2. **Diskusi:** Klien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor. Sehingga perawat harus memberikan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap pasien.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Nyeri Akut, Seksio Sesarea
Daftar Pustaka : 11 buku, 4 jurnal, 1 website

ABSTRACT

Background: *Sectio caesarea is the birth of a fetus through the abdominal line (laparotomi) that require incision into the uterus (histerotomi). Sectio caesarea actions will cause problem on the client either in a social, psychological and physical. The nursing problems of pain is felt on the most dominant clients post section caesarea.* **Methods :** *Case studies, namely studies that explore a problem / phenomenon with detailed restrictions, has deep data retrieval and include a variety of informations sources.* **Results :** *after nursing care was performed by providing nursing intervention comprehensive pain assessment, observing non-verbal reactions, using therapeutic communication techniques, assesing the culture affecting pain, controlling the environment, that can affect pain, selecting and treating pain, teaching non-pharmacological techniques, evaluating the effectiveness of pain control, increasing rest, providing analgesics, monitoring vital sign before and after giving analgesics, and evaluate the effectiveness of analgesics that are performed during for 3x24 hours, acute pain nursing problems in case 1 and case 2 can be resolved. Both clients are experiencing the same pain decrease scale of 5 to 2.* **Discussion:** *Client with acute pain nursing problems do not always have the same response it is influenced by several factor, so that nurse have to do comprehensive care to address the issue of nursing on the client.*

Keyword : Nursing Care, Acute Pain, Sectio Caesarea
Bibliography : 11 books, 4 journals, 2 websites

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Gambar	x
Daftar Tabel	xi
Daftar Bagan	xii
Daftar Lampiran	xiv
Daftar Singkatan	vx
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Teoritis	5
1.4.2 Praktis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Penyakit	7
2.1.1 Konsep <i>Post Partum</i>	7
2.1.2 Konsep Seksio Sesarea	28
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan <i>Post Seksio Sesarea</i>	43
2.3 Konsep Nyeri	72
BAB III METODE PENELITIAN	80
3.1 Desain	80
3.2 Batasan Istilah	80

3.3 Partisipan.....	81
3.4 Lokasi dan Waktu	81
3.5 Pengumpulan Data.....	81
3.6 Uji Keabsahan Data	83
3.7 Analisa Data	83
3.8 Etik Penulisan	85
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	89
4.1 Hasil	89
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	89
4.1.2 Asuhan Keperawatan	90
4.1.2.1 Pengkajian.....	90
4.1.2.2 Analisa Data.....	103
4.1.2.3 Diagnosa Keperawatan	106
4.1.2.4 Intervensi Keperawatan	110
4.1.2.5 Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Formatif.....	114
4.1.2.6 Evaluasi Sumatif	120
4.2 Pembahasan	120
4.2.1 Pengkajian	121
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	123
4.2.3 Intervensi Keperawatan.....	126
4.2.4 Implementasi Keperawatan	129
4.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	132
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	134
5.1 Kesimpulan.....	134
5.2 Saran	137
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 SC Klasik	28
Gambar 2.2 Teknik SC Transversal.....	29
Gambar 2.3 Regio Abdomen.....	30
Gambar 2.4 Kuadran Abdomen.....	31

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Perubahan uterus	10
Tabel 2.2	Perbedaan lochea	12
Tabel 2.3	Intervensi ketidakefektifan bersihan jalan nafas	55
Tabel 2.4	Intervensi nyeri akut	56
Tabel 2.5	Intervensi ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	58
Tabel 2.6	Intervensi ketidakefektifan pemberian ASI b.d pengetahuan ibu	59
Tabel 2.7	Intervensi gangguan eliminasi urin	61
Tabel 2.8	Intervensi gangguan pola tidur	62
Tabel 2.9	Intervensi resiko infeksi	63
Tabel 2.10	Intervensi defisit perawatan diri	65
Tabel 2.11	Intervensi konstipasi	66
Tabel 2.12	Intervensi resiko syok	67
Tabel 2.13	Intervensi resiko perdarahan	69
Tabel 2.14	Intervensi defisiensi pengetahuan	71
Tabel 4.1	Identitas klien	90
Tabel 4.2	Riwayat kesehatan	90
Tabel 4.3	Riwayat ginekologi dan obstetrik	92
Tabel 4.4	Pola aktivitas sehari-hari	94
Tabel 4.5	Pemeriksaan fisik ibu	95
Tabel 4.6	Pemeriksaan fisik bayi.....	99
Tabel 4.7	Data psikologi	99
Tabel 4.8	Data sosial	100
Tabel 4.9	Kebutuhan <i>bounding attachment</i>	101
Tabel 4.10	Kebutuhan pemenuhan seksual	101

Tabel 4.11 Data spiritual	101
Tabel 4. 12 Pengetahuan tentang perawatan diri	101
Tabel 4.13 Pemeriksaan diagnostik	102
Tabel 4.14 Program dan rencana pengobatan	102
Tabel 4.15 Analisa data	103
Tabel 4.16 Diagnosa keperawatan	109
Tabel 4.17 Intervensi keperawatan	110
Tabel 4.18 Implementasi keperawtan	114
Tabel 4.19 Evaluasi keperawatan	120

DAFTAR BAGAN

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

DAFTAR LAMPIRAN

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

DAFTAR SINGKATAN

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

TT : *Tetanus Toksoid*
TTV : Tanda-anda vital
WHO : *World Health Organization*

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan. Setiap wanita menginginkan persalinannya berjalan lancar dan dapat melahirkan bayi dengan sempurna. Wanita dapat melakukan persalinan secara normal atau spontan melalui vagina atau jalan lahir biasa dengan kekuatan ibu sendiri. Namun tidak jarang ditemui proses persalinan mengalami hambatan dan tidak dapat melahirkan secara normal maka persalinan alternative untuk mengeluarkan janin yaitu persalinan dengan bantuan tenaga medis dari luar yang dilakukan dengan tindakan operasi seksio sesarea (Machmuda, 2010). Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Mochtar, 2012).

Angka persalinan dengan metode seksio sesarea menurut *World Health Organization* (WHO, 2015) cukup besar yaitu 10% sampai 15 % dari semua poses persalinan di negara-negara berkembang. Peningkatan persalinan dengan seksio sesarea di seluruh negara terjadi semenjak tahun 2007-2008 yaitu 110.000 per kelahiran di seluruh Asia. Di Indonesia sendiri angka kejadian seksio sesarea juga terus meningkat baik di rumah sakit pemerintah maupun rumah sakit swasta. Hasil Riskesdas tahun 2018

menunjukkan angka kelahiran dengan metode seksio sesarea sebesar 17,6% dari total 78.736 kelahiran sepanjang tahun 2018, dengan provinsi tertinggi di Bali yaitu 30,2% dan provinsi terendah di Papua yaitu 6,7%, sedangkan di Provinsi Jawa Barat kejadian seksio sesarea yaitu 15,5%. Berdasarkan data yang penulis dapatkan dari *medical record* RSUD Ciamis sepanjang tahun 2019 data kasus persalinan dengan tindakan seksio sesarea sebanyak 1173 kasus.

Seksio sesarea lebih aman dipilih dalam menjalani persalinan karena lebih banyak menyelamatkan jiwa ibu yang mengalami kesulitan melahirkan. Bila mana ibu didiagnosa panggul sempit, fetal distress, letak sungsang dan ibu yang mengalami paranoid terhadap rasa sakit maka seksio sesarea adalah pilihan yang tepat dalam menjalani proses persalinan, karena diberi anestesi atau penghilang rasa sakit. Seksio sesarea dilakukan satu sisi aman untuk ibu dan bayi, tetapi ada beberapa efek masalah yang ditimbulkan dari seksio sesarea tersebut. Tindakan seksio sesarea akan menimbulkan masalah pada klien baik secara sosial, psikologi, dan fisik.

Dampak secara sosial yang muncul pada klien post seksio sesarea diantaranya dari segi biaya akan lebih besar, ibu dan bayi tidak bisa berinteraksi dengan segera. Dampak secara psikologis diantaranya klien dan bayi terpisah sehingga *bounding attachment* menjadi terganggu. Sedangkan secara fisik pada klien post seksio sesarea yaitu nyeri bekas sayatan, mual atau muntah umumnya timbul akibat sisa-sisa anestesi, gatal pada bekas jahitan yang berpeluang menyebabkan infeksi pada luka, mobilisasi menjadi

terbatas, melihat dampak dari tindakan seksio sesarea maka dibutuhkan perawatan yang lebih kompleks pada ibu post seksio sesarea dibandingkan ibu yang melahirkan secara normal. Perawatan wanita setelah persalinan dengan seksio sesarea merupakan kombinasi antara asuhan keperawatan bedah dan maternitas (Bobak, 2012).

Tindakan seksio sesarea menimbulkan beberapa masalah keperawatan yang lazim muncul yaitu ketidakefektifan jalan nafas, nyeri akut, ketidakefektifan pemberian ASI, resiko infeksi, defisit perawatan diri, gangguan eliminasi urin, gangguan pola tidur, konstipasi, resiko syok. Dari masalah keperawatan tersebut, keluhan dan gejala yang sering dirasakan setelah dilakukan tindakan seksio sesarea adalah nyeri (Nurarif, 2015)

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. Nyeri yang dirasakan seseorang mempunyai rentang nyeri yang berbeda-beda dari satu orang ke orang lainnya. Pada pembedahan seksio sesarea, nyeri sering dirasakan setelah tindakan operasi selesai karena efek obat anestesi yang digunakan selama operasi mulai menghilang. Meskipun nyeri akut merupakan respon normal akibat adanya kerusakan jaringan, namun dapat menimbulkan gangguan fisik, psikologis, maupun emosional, dan tanpa manajemen yang adekuat dapat menjadi nyeri kronik (Widiatie, 2015).

Peran perawat penting sebagai pemberi asuhan keperawatan bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif, melalui asuhan keperawatan baik

dengan farmakologi yaitu dengan kolaborasi analgetik ataupun nonfarmakologi yaitu dengan cara teknik relaksasi nafas dalam, distraksi, aromaterapi, imajinasi terbimbing, teknik genggam jari, dan akupuntur

Berdasarkan fenomena diatas, masalah nyeri yang dialami klien dengan *post* seksio sesarea sangat membutuhkan perhatian dan penanganan secara khusus. Dengan demikian penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif pada klien *post* seksio sesarea dengan nyeri akut.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada ibu *post* seksio sesarea yang mengalami nyeri akut di Ruang Delima RSUD Ciamis ?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penulis mampu melakukan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif baik bio-psiko-sosial dan spiritual pada ibu *post* seksio sesarea yang mengalami nyeri akut di RSUD Ciamis.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada ibu *post* seksio sesarea dengan nyeri akut di RSUD Ciamis.
2. Menetapkan diagnosa keperawatan pada ibu yang mengalami *post* seksio sesarea dengan nyeri akut di RSUD Ciamis.

3. Menyusun perencanaan keperawatan pada ibu yang mengalami post seksio sesarea dengan nyeri akut di RSUD Ciamis.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada ibu yang mengalami post seksio sesarea dengan nyeri akut di RSUD Ciamis.
5. Melakukan evaluasi pada ibu yang mengalami post seksio sesarea dengan nyeri akut di RSUD Ciamis.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Meningkatkan pengetahuan bagi pembaca agar dapat mengetahui apa yang dimaksud dengan proses seksio sesarea dan bagaimana seksio sesarea dapat terjadi. Penulisan karya tulis ilmiah ini juga berfungsi untuk mengetahui antara teori dan kasus nyata yang terjadi di lapangan sesuai atau tidak dan dalam karya tulis ilmiah ini dilakukan penelitian antara dua responden dengan manfaat agar pembaca dapat mengetahui perbedaan mana yang muncul diantara dua responden.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 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.

1.4.2.2 Bagi Perawat

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

1.4.2.3 Bagi Institusi Akademik

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini 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.

1.4.2.4 Bagi Pembaca

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi pembaca yaitu menjadi sumber referensi dan informasi bagi orang yang membaca karya tulis ilmiah ini supaya lebih mengetahui lebih dalam bagaimana cara merawat pasien yang mengalami post seksio sesarea dengan nyeri akut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1 Konsep Dasar *Post Partum*

2.1.1.1 Definisi *Post Partum*

Masa nifas (*puerperium*) atau yang sering disebut *post partum* adalah masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin hingga kembalinya alat reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil (Varney, 2010). Masa nifas adalah 1 jam setelah plasenta lahir hingga 6 minggu (42 hari) setelahnya. Masa pasca persalinan adalah fase khusus dalam kehidupan ibu dan bayi, yang merupakan masa transisi bagi ibu, bayi, dan keluarga secara fisiologis, emosional, dan sosial. Masa ini dikenal juga sebagai masa involusi dimana sistem reproduksi perempuan setelah melahirkan akan kembali ke kondisi seperti sebelum hamil (Christanto, 2014). Dari pengertian diatas disimpulkan bahwa masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan

2.1.1.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menurut Damai dan Dian (2011) tujuan masa nifas

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis
2. Melaksanakan *skrining* secara komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada bayi.

3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari.
4. Memberikan pelayanan keluarga berencana
5. Mendapatkan kesehatan emosi

2.1.1.3 Tahapan Masa Nifas

1. *Puerpurium* Dini

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

2. *Puerpurium Intermedial*

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

3. *Remote Puerpurium*

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

2.1.1.4 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1. Perubahan fisiologis masa nifas pada system reproduksi

- a. Involusi Uterus

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

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut :

- 1) *Iskemia Miometrium*. Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi
- 2) *Atrofi jaringan*. Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormone estrogen saat pelepasan plasenta
- 3) *Autolysis*. Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil yang lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan.
- 4) *Efek Oksitosin*. Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama post partum adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1
Perubahan Uterus

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

Sumber : Yanti (2011)

b. Involusi tempat plasenta

Uterus pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri. 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. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium ini berlangsung di dalam decidua basalis. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta hingga terkelupas dan tak dipakai lagi pada pembuangan lochia.

c. Perubahan ligamen

Setelah bayi lahir, ligament dan diafragma pelvis fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti sedia kala. Perubahan ligament yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain : ligamentum rotundum menjadi kendur yang

mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi; ligament, fasia, jaringan penunjang alat 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, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa asih dapat dimasukkan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk.

Oleh karena itu hiperpalpasi dan retraksi serviks, robekan serviks dapat sembuh. Namun demikian, selesai involusi, ostium eksternum tidak sama waktu sebelum hamil. Pada umumnya ostium eksternum lebih besar, tetap ada retak-retak dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya.

e. Lochea

Akibat involusi uteri, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Percampuran antara darah dan desidua inilah yang dinamakan lochea.

Lochea adalah cairan normal yang keluar setelah melahirkan berisi eritrosit, desidua, sel epitel, dan bakteri. Lochea juga merupakan ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai

reaksi basa/ alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dan pada kondisi asam yang ada pada vagina normal.

Lochea mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran lochia dibagi menjadi lochia rubra, sanguilenta, serosa dan alba. Perbedaan masing-masing lochia dapat dilihat sebagai berikut :

Tabel 2.2
Perbedaan Lochea

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

Sumber : Yanti (2011)

Umumnya jumlah lochea lebih sedikit bila wanita *post partum* dalam posisi berbaring daripada berdiri. Hal ini terjadi akibat pembuangan bersatu di vagina bagian atas saat wanita dalam posisi berbaring dan kemudian akan mengalir keluar saat berdiri. Total jumlah rata-rata pengeluaran lochea sekitar 240 hingga 270 ml. Produksi lochea akan bertahan hingga minggu ke 4. Selama minggu

ke-5 dan ke-6 post partum, sekresi lochia sudah jauh berkurang dan berhenti di minggu ke-8.

f. Vulva, vagina dan perineum

Selama proses persalinaan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karankulae mitiformi yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama.

Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomy dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir *puerperium* dengan latihan harian.

2. Perubahan Fisiologis Masa Nifas pada Sistem Pencernaan

Sistem gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesterone yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan,

kadar progesterone juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal.

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

a. 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. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

b. Motilitas

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

c. Pengosongan usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid atau laserasi jalan lahir. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal.

Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, yaitu :

- 1) Pemberian diet atau makanan yang mengandung serat

2) Pemberian cairan yang cukup

3) Pengetahuan tentang pola eliminasi pasca melahirkan

3. Perubahan Fisiologis Masa Nifas pada Sistem Perkemihan

Pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan.

Hal yang berkaitan dengan fungsi sistem perkemihan, antara lain:

a. Hemostatis internal

b. Keseimbangan asam basa tubuh

Keasaman dalam tubuh disebut pH. Batas pH cairan tubuh adalah 7,35-7,40. Bila $\text{pH} > 7,4$ disebut alkalosis dan jika $\text{pH} < 7,35$ disebut asidosis.

c. Pengeluaran sisa metabolisme

Ibu *post partum* dianjurkan segera buang air kecil, agar tidak mengganggu proses involusi uteri dan ibu merasa nyaman. Namun demikian, pasca melahirkan ibu merasa sulit buang air kecil dikarenakan adanya oedema trigonum yang menimbulkan obstruksi sehingga terjadi retensi urin. Bila wanita pasca persalinan tidak dapat berkemih dalam waktu 4 jam pasca persalinan mungkin ada masalah dan sebaliknya segera dipasang dower kateter selama 24 jam. Bila kemudian keluhan tak dapat berkemih dalam waktu 4 jam, lakukan

katerisasi dan bila jumlah residu > 200 ml maka kemungkinan ada gangguan proses urinasinya. Maka kateter tetap terpasang dan dibuka 4 jam kemudian, bila volume urine < 200 ml, kateter dibuka dan pasien diharapkan dapat berkemih seperti biasa.

4. Perubahan Fisiologis Masa Nifas pada Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem musculoskeletal terjadi pada saat umur kehamilan semakin bertambah. Adaptasi musculoskeletal ini mencakup; peningkatan berat badan, bergesernya pusat akibat pembesaran rahim, relaksasi dan mobilitas. Namun demikian, pada saat post partum system musculoskeletal akan berangsur-angsur pulih kembali. Ambulasi dini dilakukan segera setelah melahirkan, untuk membantu mencegah komplikasi dan mempercepat involusi uteri.

Adaptasi sistem musculoskeletal pada masa nifas, meliputi :

a. Dinding perut dan peritoneum

Dinding perut akan longgar pasca melahirkan. Keadaan ini akan pulih kembali dalam 6 minggu. Pada wanita yang asthenis terjadi diastasis dari otot-otot rectus abdominis, sehingga sebagian dari dinding perut di garis tengah hanya terdiri dari peritoneum, fascia tipis dan kulit.

b. Kulit abdomen

Selama masa kehamilan, kulit abdomen akan melebar, melonggar, dan mengendur hingga berbulaan-bulan. Otot-otot dari dinding

abdomen dapat kembali normal dalam beberapa minggu pasca melahirkan dengan latihan post natal.

c. Striae

Striae adalah suatu perubahan warna seperti jaringan perut pada dinding abdomen. Striae pada dinding abdomen tidak dapat menghilang sempurna melainkan membentuk garis lurus yang samar.

d. Perubahan ligament

Setelah janin lahir, ligament-ligament, diafragma pelvis, dan fascia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi.

e. 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 di tempat tidur ataupun waktu berjalan. Pemisahan simpisis dapat dipalpasi. Gejala ini dapat menghilang setelah beberapa minggu atau bulan pasca melahirkan, bahkan ada yang menetap.

f. Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung merupakan gejala pasca partum jangka panjang yang sering terjadi. Hal ini disebabkan adanya ketegangan postural pada system muskuloskeletal akibat posisi saat persalinan.

Penanganannya selama kehamilan wanita yang mengeluh nyeri punggung sebaiknya dirujuk pada fisioterapi untuk mendapatkan perawatan. Namun mandi dengan air hangat dapat memberikan rasa nyaman pada pasien.

g. Sakit kepala dan nyeri leher

Pada minggu pertama dan tiga bulan setelah melahirkan, sakit kepala dan migran bisa terjadi. Gejala ini dapat mempengaruhi aktivitas dan ketidaknyamanan pada ibu post partum. Sakit kepala dan nyeri leher yang jangka panjang dapat timbul akibat setelah pemberian anestesi umum.

h. Nyeri pelvis posterior

Nyeri pelvis posterior ditunjukkan untuk rasa nyeri dan disfungsi area sendi sakroiliaka. Gejala ini timbul sebelum nyeri punggung bawah dan disfungsi simfisis pubis yang ditandai nyeri di atas sendi sakroiliaka pada bagian otot penumpu berat badan serta timbul pada saat membalikan tubuh di tempat tidur. Nyeri ini dapat menyebar ke bokong dan pola posterior.

Penanganannya, pemakaian ikat atau sabuk sakroiliaka penyokong dapat membantu untuk mengistirahatkan pelvis. Mengatur posisi

yang nyaman saat istirahat maupun bekerja, serta mengurangi aktivitas dan posisi yang dapat memacu rasa nyeri.

i. Osteoporosis akibat kehamilan

Osteoporosis timbul pada trimester ketiga atau pasca natal. Gejala ini ditandai dengan nyeri, fraktur tulang belakang dan paanggul, ketidakmampuan mengangkat atau menyusui bayi pasca natal, berkurangnya tinggi badan, dan postur tubuh yang buruk.

5. Perubahan Fisiologis Masa Nifas pada Sistem Endokrin

Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada system endokrin. Hormon-hormon yang berperan pada proses tersebut, antara lain:

a. Hormon plasenta

Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan hormone yang di produksi oleh plasenta. Hormon plasenta menurun dengan cepat pasca melahirkan (*human placental lactogen*). Penurunan hormone plasenta menyebabkan kadar gula darah menurun pada masa nifas.

b. Hormon pituitary

Hormon pituitary antara lain, hormone prolactin, FSH dan LH. Hormon prolactin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu Hormon prolaktik berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. FSH dan LH meningkat pada faase konsentrasi folikuler pada minggu ke 3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c. Hipotalamik pituitary ovarium

Hipotalamik pituitary akan mempengaruhi lamanya mendapatkan menstruasi pada wanita yang menyusui maupun yang tidak menyusui. Pada wanita menyusui mendapatkan menstruasi pada 6 minggu pasca melahirkan berkisar 16% dan 45% setelah 12 minggu melahirkan. Sedangkan pada wanita yang tidak menyusui, akan mendapatkan menstruasi berkisar 40% setelah 6 minggu pasca melahirkan dan 90% setelah 24 minggu.

d. Hormon oksitosin

Hormon oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang, bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ketiga persalinan, hormone oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin, sehingga dapat membantu involusi uteri.

e. Hormon estrogen dan progesterone

Volume darah normal selama kehamilan, akan meningkat. Hormon estrogen yang tinggi memperbesar hormone anti diuretic yang dapat meningkatkan volume darah. Sedangkan hormone progesterone mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum, vulva, dan vagina.

6. Perubahan Fisiologis Masa Nifas Tanda-tanda Vital

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

a. Suhu badan

Suhu tubuh wanita inparts tidak lebih dari 37,2°C. Pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,5°C dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini akibat dari kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan, dan kelelahan. Kurang lebih pada hari ke 4 *post partum*, suhu badan akan naik lagi. Hal ini diakibatkan ada pembentukan ASI, kemungkinan payudara membengkak, maupun kemungkinan infeksi pada endometrium, mastitis, traktus genetalis ataupun system lain. Apabila kenaikan suhu diatas 38°C, waspada terhadap infeksi post partum.

b. Nadi

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

c. Tekanan darah

Tekanan darah adalah tekanan yang dialami darah pada pembuluh arteri ketika darah dipompa oleh jantung ke seleruh anggota tubuh manusia. Tekanan darah normal manusia adalah sistolik antara 90-120 mmHg dan diastolik 60-80 mmHg. 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 eklamsi post partum. Namun demikian, hal tersebut sangat jarang terjadi.

d. Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau kondisi istirahat. Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada pasien saluran pernafasan. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

7. Perubahan Fisiologis pada Sistem Kardiovaskular

Volume darah normal yang diperlukan plasenta dan pembuluh darah uterin, meningkat selama kehamilan. Diuresis terjadi akibat adanya penurunan hormone estrogen, yang dengan cepat mengurangi volume plasma menjadi normal kembali. Meskipun kadar estrogen menurun selama nifas, namun kadarnya masih tetap tinggi dari pada normal. Plasma darah tidak banyak mengandung cairan sehingga daya koagulasi meningkat.

Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urin.

Hilangnya progesteron membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma selama persalinan. 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. Pada persalinan per vaginam, hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

Pasca melahirkan, shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu reaktif akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan dekompensasi kardis pada penderita vitum cordia. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ketiga sampai kelima post partum.

8. Perubahan Fisiologis Masa Nifas pada Sistem Hematologi

Pada minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta factor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama *post partum*, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan factor pembekuan darah.

Leukositosis adalah meningkatnya jumlah sel-sel darah putih sebanyak 15.000 selama persalinan. Jumlah leukosit akan tetap tinggi selama beberapa hari pertama masa post partum. Jumlah sel darah

putih akan tetap bisa naik lagi sampai 25.000 hingga 30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama.

Pada awal *post partum*, jumlah hemoglobin, hematocrit dan eritrosit sangat bervariasi. Hal ini disebabkan volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Tingkatan ini dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi dan wanita tersebut. 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 hematocrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 *post partum* dan akan normal dalam 4-5 minggu *post partum*.

Jumlah kehilangan darah selama masa persalinan kurang lebih 200-500 ml, minggu pertama *post partum* berkisar 500-800 ml dan selama sisa masa ifas berkisar 500 ml/

2.1.1.5 Proses Adaptasi Psikologis Ibu Dalam Masa Nifas

1. Adaptasi psikologis ibu dalam masa nifas menurut Yanti dan Sundawati (2011) yaitu :

Proses adaptasi psikologi sudah terjadi selama kehamilan, menjelang proses kelahiran maupun setelah persalinan. Pada periode tersebut, kecemasan seorang wanita dapat bertambah. Pengalaman yang unik dialami oleh ibu setelah persalinan. Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi. Tanggung jawab ibu mulai bertambah.

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

- a. Fungsi menjadi orang tua
- b. Respon dan dukungan dari keluarga
- c. Riwayat dan pengalaman kehamilan serta persalinan
- d. Harapan, keinginan dan aspirasi saat hamil dan melahirkan

Fase yang akan dialami ibu pada masa nifas antara lain :

- 1) Fase *taking in*

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus 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 sensitive sehingga sudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan/pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Tugas bidan antara lain : mengajarkan cara perawatan bayi, cara menyusui yang benar, cara perawatan luka jahitan, senam nifas, Pendidikan kesehatan gizi, istirahat, ebersiha diri dan lain-lain.

3) Fase *letting go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung selama 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam

memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi. Kebutuhan akan istirahat masih diperlukan ibu untuk menjaga kondisinya.

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

- (a) Fisik. Istirahat, asupan gizi, lingkungan bersih
- (b) Psikologi. Dukungan dari keluarga sangat diperlukan
- (c) Sosial. Perhatian, rasa kasih sayang, menghibur ibu saat sedih dan menemani saat ibu merasa kesepian
- (d) Psikososial.

2. Post Partum Blues

Keadaan dimana ibu merasa sedih berkaitan dengan bayinya disebut *baby blues*. Penyebabnya antara lain : perubahan perasaan saat hamil, perubahan fisik dan emosional. Perubahan yang ibu alami akan kembali secara perlahan setelah beradaptasi dengan peran barunya.

Gejala *baby blues* antara lain :

- a. Menangis
- b. Perubahan perasaan
- c. Cemas
- d. Kesepian
- e. Khawatir dengan bayinya
- f. Kurang percaya diri

Hal-hal yang disarankan pada ibu adalah sebagai berikut :

- a. Minta bantuan suami atau keluarga jika ibu ingin istirahat

- b. Beritahu suami tentang apa yang dirasakan oleh ibu
- c. Buang rasa cemas dan khawatir akan kemampuan merawat bayi
- d. Meluangkan waktu dan cari hiburan untuk diri sendiri

2.2 Konsep Seksio Sesarea

2.1.2.1 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 histeotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim. (Mochtar, 2013). Seksio sesarea adalah upaya persalinan buatan dengan melahirkan janin melalui suatu insisi pada dinding perut dan rahim, dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram. (Christanto, 2014). Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan dengan pembedahan melalui sayatan dinding perut dan dinding uterus.

2.1.2.2 Anatomi

1. Anatomi Seksio Sesarea



Gambar 2.1 SC Klasik (David TY, 2010)

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



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

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

2. Regio Abdomen

Regio abdomen adalah sebuah daerah yang berada di dalam perut. Penandan regio-regio ini digunakan sebagai patokan atau rujukan tempat organ-organ dalam tubuh berada. Regio abdomen terdiri atas sembilan daerah yaitu :

a. Regio umbilikus

Daerah tengah tempat pusar atau tempat melekatnya tali pusar berada

b. Regio epigastrium

Berada disisi superior dari regio umbilicus. Bagian tengah atas, tempat hati dan sedikit bagian dari organ lambung

c. Regio hipogastrium

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

d. Regio lumbar kanan dan kiri

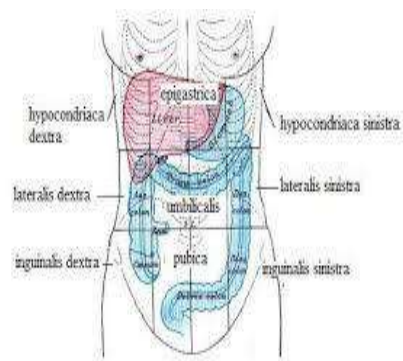
Berada disisi lateral dari regio umbilikus. Sisi kanan dan kiri dari regio umbilikus, tempat usus besar berada dan juga usus kecil.

e. Regio hypochondrium kanan dan kiri

Berada disisi lateral dari regio epigastrium. Bagian kanan dan kiri dari regio epigastrium, regio hypochondrium kanan berisi organ hepar, sedangkan regio hypochondrium kiri berisi organ pencernaan lambung

f. Regio inguinalis kanan dan kiri

Berada disisi lateral dari region hypogastrium. Berada disisi kanan dan kiri dari regio hypogastrium yang berisi organ sekum di kanan dan organ usus besar disisi kiri

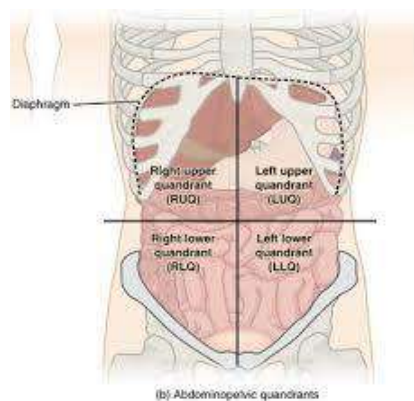


Gambar 2.3 Regio Abdomen (Kuntoadi, 2019)

3. Kuadran Abdomen

Selain 9 regio abdomen, perut dan panggul dapat pula dibagi menjadi beberapa kuadran yang sering disebut sebagai kuadran abdomen yang terdiri dari 4 kuadran besar yaitu :

- a. *Right Upper Quadrant*, kuadran kanan atas abdomen berisi organ hati dan usus besar
- b. *Right Lower Quadrant*, kuadran kanan bawah abdomen, berisi organ usus besar, usus kecil, sekum dan umbai cacing
- c. *Left Upper Quadrant*, kuadran kiri atas abdomen, berisi lambung, dan usus besar
- d. *Left Lower Quadrant*, kuadran kiri bawah abdomen berisi organ usus besar dan usus kecil.



Gambar 2.4 Kuadran Abdomen (Kuntoadi, 2019)

4. Dinding Abdomen

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

a. Kulit

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

b. Jaringan subkutan

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

c. Otot dan fasia

1) Otot-otot dinding ventral abdomen

- (a) m. Rektus abdominalis
- (b) m. Piramidalis

2) Otot-otot dinding lateral abdomen

- (1) m. Obliquus abdominis eksternus
- (2) m. Transversum abdominis
- (3) m. Obliquus abdominis internus

d. Jaringan peritoneum

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

e. Vaskularisasi

Vaskularisasi dinding ventral abdomen

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

2.1.2.3 Etiologi

1. Etiologi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsia-eklamsia, 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, prolapses tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi.

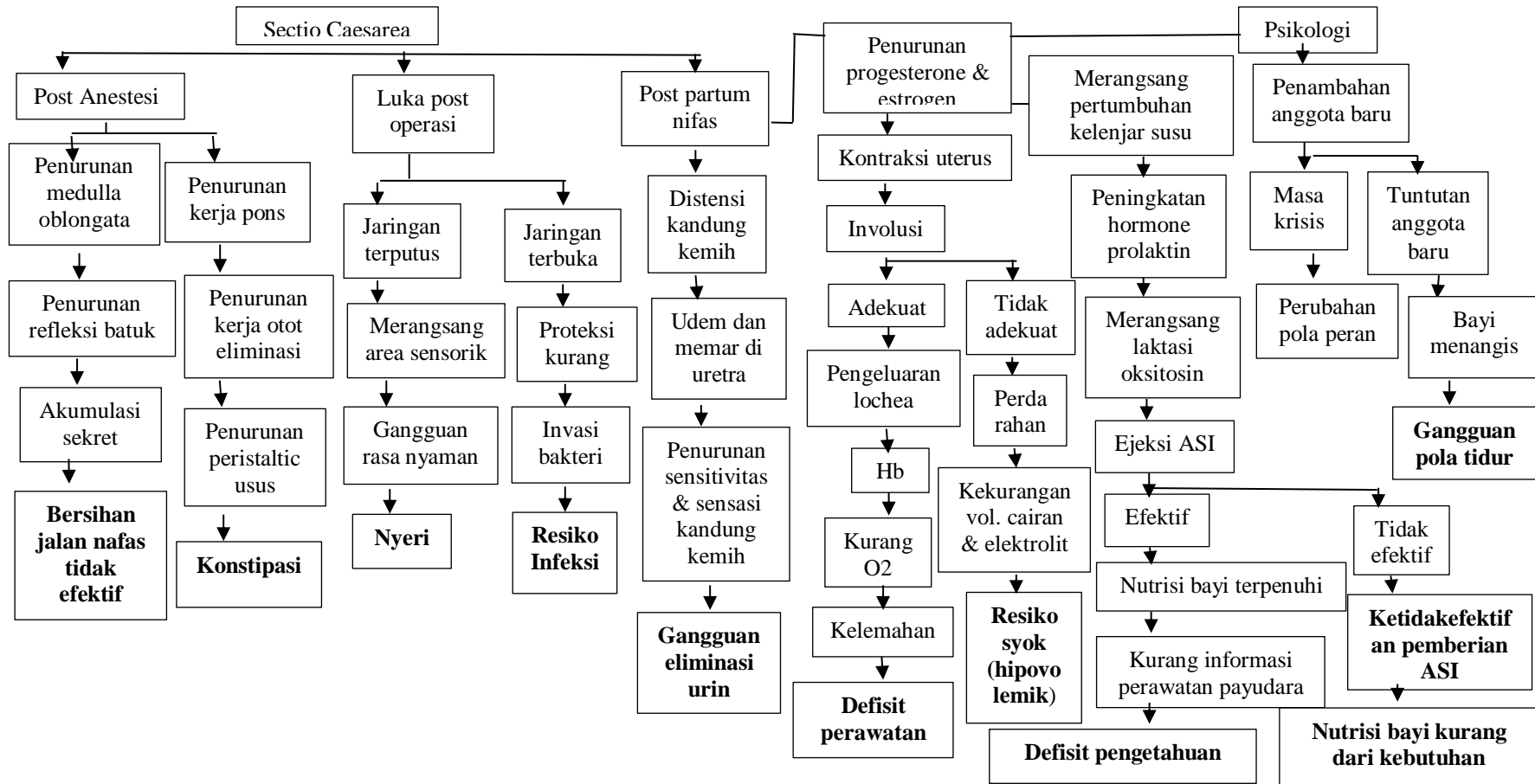
2.1.2.4 Pathofisiologi

Adanya kelainan pada ibu dan kelainan pada janin menyebabkan persalinan normal tidak memungkinkan akhirnya harus dilakukan tindakan seksio sesarea. Adanya beberapa hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat dilahirkan secara normal, yaitu distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distorsia jaringan lunak, placenta previa, dan yang lainnya, untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin, janin besar, dan mal presentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu seksio sesarea. .

Dalam proses operasinya dilakukan anestesi yang akan menyebabkan kelumpuhan sementara dan kelemahan fisikakan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah defisit perawatan diri. Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan dan proses keperawatan *post* operasi akan menimbulkan masalah defisit pengetahuan. Selain itu, dalam proses pembedahan akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan, pembuluh darah dan saraf di sekitar daerah insisi. Hal ini merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri . Nyeri karena insisi yang mengakibatkan gangguan rasa nyaman. Setelah proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post operasi yang apabila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan resiko infeksi.

Sebelum dilakukan operasi pasien perlu dilakukan anestesi bisa regional dan umum. Namun anestesi umum lebih banyak pengaruhnya terhadap janin maupun ibu, anestesi umum menyebabkan bayi lahir dalam keadaan apneu yang tidak diatasi dengan mudah. Akibatnya janin bisa mati, sedangkan pengaruhnya anestesi bagi ibu sendiri terhadap tonus uteri berupaa atonia uteri sehingga darah banyak keluar. Untuk pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas yang 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 peristaltic usus. Kemudian diserap untuk metabolisme sehingga tubuh memperoleh energi. Akibat dari motilitas yang menurun maka peristaltik juga menurun. Selain itu motilitas yang menurun 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 dan biasanya ibu akan mengalami gangguan eliminasi urin (Nurarif, 2015).

Bagan 2.1
Seksio Sesarea



Sumber : Nurarif (2015)

2.1.2.5 Klasifikasi

Menurut Sofian (2011), klasifikasi dari seksio sesarea adalah :

1. Abdomen (Seksio Sesarea Abdominalis)
 - a. 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 bawa rahim.
 - 3) Seksio sesarea ekstraperitonealis, yaitu seksio sesarea tanpa membuka peritonium parietale; dengan demikian, tidak membuka kavum abdominis.

2. Vagina (Seksio Sesarea Vaginalis)

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

- a. Sayatan memanjang menurut Kronig,
 - b. Sayatan melintang menurut Kerr,
 - c. Sayatan huruf T.
3. Seksio Sesareaa Klasik (Korporal)

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

Kelebihan :

 - a. Pengeluaran janin lebih cepat
 - b. Tidak mengakibatkan komplikasi tertariknya kandung kemih

c. Sayatan dapat diperpanjang ke proksimal atau distal

Kekurangan :

- a. Infeksi mudah menyebar secara intra abdominal karena tidak ada reperitonealisasi yang baik.
- b. Pada pesalinan berikutnya, lebih mudah terjadi ruptur uteri spontan.
Saat ini, Teknik tersebut sudah jarang dipergunakan karena banyak kekurangannya. Namun pada kasus-kasus tertentu, seperti pada kasus operasi berulang, yang memiliki banyak perlengkapan organ, seksio sesarea klasik ini dapat dipertimbangkan.

4. Seksio Sesarea Ismika (Profunda)

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang-konkaf pada segmen bawah rahim kira-kira sepanjang 10cm.

Kelebihan :

- a. Penjahitan luka lebih mudah
- b. Penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik
- c. Tumpang tindih *peritoneal flap* sangat baik untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritoneum.
- d. Perdarahan kurang
- e. Dibandingkan dengan cara klasik, kemungkinan ruptur uteri spontan lebih kecil.

Kekurangan :

- a. Luka dapat melebar sehingga dapat menyebabkan putusnya uterine yang mengakibatkan perdarahan dalam jumlah banyak.

b. Tingginya keluhan pada kandung kemih setelah pembedahan

2.1.2.6 Indikasi

Menurut Sofian (2011) indikasi seksio sesarea adalah :

1. Plasenta previa sentralis dan lateralis
2. Panggul sempit
3. Disproporsi sefalopelvik: yaitu ketidakseimbangan antara ukuran kepala dan ukuran panggul
4. Ruptura uteri mengancam
5. Partus lama (*prolonged labor*)
6. Distosia serviks
7. Pre-eklamsi dan hipertensi
8. Malpresentasi janin :

a. Letak lintang :

Jika panggul terlalu sempit, seksio sesarea adalah cara terbaik dalam semua kasus letak lintang dengan janin hidup dan ukuran normal. Semua primigravida dengan janin letak lintang harus ditolong dengan seksio sesarea, walaupun tidak ada perkiraan panggul sempit. Multipara dengan janin letak lintang dapat lebih dulu dicoba ditolong dengan cara-cara lain.

b. Letak bokong

Seksio sesarea dianjurkan pada letak bokong pada kasus panggul sempit, primigravida, janin besar, dan berharga

- c. Presentasi dahi dan muka jika reposisi dan cara-cara lain tidak berhasil.
- d. Presentasi rangkap jika reposisi tidak berhasil
- e. Gemeli
 - 1) Jika janin pertama letak lintang atau presentasi bahu,
 - 2) Jika terjadi *interlock*
 - 3) Pada kasus distosia karena tumor
 - 4) Pada gawat janin, dan sebagainya.

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

Seksio sesarea postmortem adalah seksio sesarea segera pada ibu hamil cukup bulan yang meninggal tiba-tiba, sedangkan janin masih hidup.

2.1.2.7 Komplikasi

Menurut Sofian (2011) komplikasi seksio sesarea adalah :

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 kali kita jumpai pada partus terlantar, sebelum timbul infeksi nifas, telah terjadi infeksi intrapartum karena ketuban yang telah pecah terlalu lama.

Penanganannya adalah dengan pemberian cairan, elektrolit dan antibiotik yang adekuat dan tepat.

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

2.1.2.8 Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Huda (2015) pemeriksaan diagnostic meliputi :

- 1. Pemantauan EKG
- 2. JDL dengan diferensial
- 3. Elektrolit
- 4. Hemoglobin/Hematokrit
- 5. Golongan darah
- 6. Urinalisis

7. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
8. Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi
9. Ultrasound sesuai pesanan

2.1.2.9 Penatalaksanaan Medik atau Implikasi Keperawatan

1. Pemberian Cairan

Pada 24 jam pertama pemberian cairan perintravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi dehidrasi dan komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan adalah dextrose 10% garam fisiologi dan RL. Secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfuse sesuai kebutuhan.

2. Diet

Pemberian minum dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6-10 jam pasca operasi, berupa air putih atau teh.

3. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi miring kanan dan kiri dapat dilakukan sejak 6-10 jam setelah operasi, latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur terlentang sedini mungkin setelah sadar. Hari kedua post operasi penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu membungkukannya. Kemudian posisi tidur terlentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk atau semi fowler. Selanjutnya, selama berturut-turut hari demi

hari klien dianjurkan untuk duduk selama sehari, berjalan-jalan, kemudian mandiri pada hari ke 3 dan ke 5 pasca operasi.

4. Kateterisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang 24-48 jam atau lebih tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.

5. Pemberian obat-obatan

Diberikan obat antibiotik, analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan, serta obat-obatan lain.

6. Perawatan luka

Kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti.

7. Perawatan rutin

Hal-hal yang harus diperhatikan selama pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi, dan pernafasan.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada *Post* Seksio Sesarea

2.2.1 Pengkajian

1. Identitas dan penanggung jawab

Dikaji tentang identitas klien yang meliputi nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, suku bangsa, pendidikan terakhir, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, golongan darah, ruang

rawat, nomor rekam medis, diagnosa medis, dan alamat. (Maryunani, 2015)

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Pada keluhan utama saat masuk rumah sakit, klien dengan indikasi primigravida, *disporsi sefalo pelvik*, letak sungsang, letak lintang, preeklamsi-eklamsia, plasenta previa, gawat janin, dilakukan tindakan seksio sesarea (Maryunani, 2015)

b. Keluhan Utama Saat Dikaji

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

1) Paliatif/Propokatif

Yaitu segala sesuatu 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.

2) *Quality/Quantity*

Yaitu dengan memperhatikan bagaimana rasanya dan kelihatannya.

Pada post partum dengan seksio sesarea biasanya klien mengeluh nyeri pada luka jahitan yang sangat perih seperti diiris-iris.

3) *Region/Radiasi*

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

4) *Severity, Skale*

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

5) *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.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Meliputi tentang penyakit yang pernah dialami klien pada masa lalu, seperti riwayat hipertensi, penyakit keturunan seperti diabetes dan asma riwayat alergi dan penyakit menular seperti hepatitis dan TBC, kebiasaan klien seperti merokok, minum alcohol, minum kopi dan obat-obatan yang sering dipakai (Maryunani,2015)

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi tentang riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi dan diabetes mellitus, ataupun penyakit menular seperti TBC, HIV, dan hepatitis (Maryunani, 2015)

3. Riwayat Ginekologi dan Obstetri (Maryunani,2015)

a. Riwayat Ginekologi

1) Riwayat menstruasi

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

Riwayat menstruasi yang lengkap diperlukan untuk menentukan taksiran persalinan. Taksiran persalinan ditentukan berdasarkan hari pertama haid terakhir (HPHT).

2) Riwayat perkawinan (suami istri)

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

3) Riwayat Keluarga Berencana

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

b. Riwayat Obstetri

1) Riwayat kehamilan dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada kehamilan sebelumnya

2) Riwayat Kehamilan Sekarang

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

3) Riwayat Nifas Dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya

4) Riwayat Nifas Sekarang

Meliputi tentang adanya perdarahan, jumlah darah biasanya banyak, kontraksi uterus, konsistensi uterus biasanya keras seperti papan, tinggi fundus uteri setinggi pusat.

4. Pola Aktivitas Sehari-hari Selama Hamil dan Selama Di Rumah Sakit

a. Pola Nutrisi

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

b. Pola Eliminasi

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

c. Pola Istirahat dan Tidur

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

d. *Personal Hygine*

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

e. Aktivitas dan Latihan

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

5. Pemeriksaan Fisik

a. Pemeriksaa Fisik Ibu (Maryunani, 2015)

1) Keadaan Umum

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

2) Tanda-tanda Vital

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

3) Antropometri

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

4) Pemeriksaan Fisik Ibu

(a) Kepala

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

(b) Wajah

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

(c) Mata

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

(d) Telinga

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

(e) Hidung

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

(f) Mulut

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

(g) Leher

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

(h) Dada

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

(i) Abdomen

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

(j) Punggung dan Bokong

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

(k) Genetalia

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

(l) Anus

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

(m) Ekstremitas

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

b. Pemeriksaan Fisik Bayi

1) Keadaan Umum

Meliputi tampilan, dan kesadaran bayi yang dilakukan dengan pemeriksaan APGAR skor.

2) Antropometri

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

6. Data Psikologis

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

7. Pemeriksaan Penunjang (Nurarif, 2015)

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada klien *post seksio sesarea* antara lain :

a. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin

b. Pemantauan EKG

c. JDL dengan diferensial

- d. Elektrolit
- e. Hemoglobin/Hematokrit
- f. Golongan darah
- g. Urinalisis
- h. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- i. Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi
- j. Ultrasound sesuai pesanan

2.2.2 Analisa Data

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

2.2.3 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 Nurarif (2015) diagnosa yang muncul pada ibu *post* seksio sesarea, yaitu :

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
2. Nyeri akut
3. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh

4. Ketidakefektifan pemberian ASI
5. Gangguan eliminasi urine
6. Gangguan pola tidur
7. Resiko infeksi
8. Defisit perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, eliminasi
9. Konstipasi
10. Resiko syok (hipovolemik)
11. Resiko perdarahan
12. Defisiensi pengetahuan : Perawatan post partum

2.2.4 Intervensi Keperawatan

Setelah merumuskan diagnosa keperawatan, maka intervensi dan aktivitas keperawatan erlu diterapkan untuk mengurangi, menghilangkan, dan mencegah masalah keperawatan klien. Adapun rencana keperawatan menurut Nurarif (2015) rencana keperawatan pada diagnosa yang mungkin muncul dengan seksio sesarea adalah :

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan degan obstruksi jalan nafas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi)

Tabel 2.3
Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Ketidakefektifan bersihan jalan nafas Definisi : Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas. Batasan Karakteristik :	NOC <i>a. Respiratory status : Ventilation</i> <i>b. Respiratory status : Airway patency</i> Kriteria Hasil : <i>a. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak</i>	NIC <i>Airway suction</i> <i>a. Pastikan kbutuhan oral/tracheal suctioning</i> <i>b. Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning</i> <i>c. Inforasikan pada klien dan keluarga tentang</i>

a. Tidak ada batuk	ada sianosis dan	<i>suctioning</i>
b. Suara nafas tambahan	dyspnea (mampu	d. Minta klien nafas dalam
c. Perubahan frekuensi napas	mengeluarkan sputum,	sebelum suction
d. Perubahan irama napas	mampu bernafas	dilakukan
e. Sianosis	dengan mudah, tidak	e. Berikan O ₂ dengan
f. Kesulitan berbicara atau	ada <i>pursed lips</i>)	menggunakan nasal untuk
mengeluarkan suara	b. Menunjukkan jalan	memfasilitasi suction
g. Penurunan bunyi nafas	nafas yang paten (klien	nasotrakeal
h. Dipsneu	tidak merasa tercekik,	f. Gunakan alat yang steril
i. Sputum dalam jumlah	irama nafas	setiap melakukan
yang berlebihan		tindakan
j. Batuk yang tidak efektif		g. Anjurkan pasien untuk
k. Orthopneu		istirahat dan nafas dalam
l. Gelisah		setelah kateter
m. Mata terbuka lebar		dikeluarkan dari
Faktor-faktor yang		nasotrakeal
berhubungan :		h. Monitor status oksigen
a. Lingkungan :		pasien
1. Perokok pasif		i. Ajarkan keluarga
2. Mengisap asap		bagaimana melakukan
3. Merokok		suction
b. Obstruksi jalan nafas :		j. Hentikan suction dan
1. Spasme jalan nafas		berikan oksigen apabila
2. Mokus dalam jumlah		asien menunjukkan
berlebihan		bradikardi, peningkatan
3. Eksudat dalam jumlah		saturasi O ₂ . Dll.
alveoli		<i>Airway Management</i>
4. Matera sing dalam		k. Buka jalan nafas, gunakan
jalan nafas		Teknik chin lift atau jaw
5. Adanya jalan nafas		thrust bila perlu
buatan		l. Posisikan pasien untuk
6. Sekresi bertahan/sisa		memaksimalkan ventilasi
sekresi		m. Identifikasi pasien
7. Sekresi dalam bronki		perlunya pemasangan alat
c. Fisiologis :		jalan nafas buatan
1. Jalan nafas alergik		n. Pasang mayo bila perlu
2. Asma		o. Lakukan fisioterapi dada
3. Penyakit paru		jika perlu
obstruktif kronik		p. Keluarkan secret dengan
4. Hiperplasi dinding		batuk atau suction
bronkial		q. Auskultasi suara nafs,
5. Infeksi		catat adanya suara
6. Disfungsi		tambahan
neuromuscular		r. Lakukan suction pada
		mayo
		s. Berikan bronkodilator
		bila perlu
		t. Berikan pelembab udara
		kassa basah NaCl
		lembab
		u. Atur <i>intake</i> untuk cairan
		mengoptimalkan
		keseimbangan
		v. Monitor respirasi dan
		status O ₂

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

Tabel 2.4
Intervensi nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Nyeri akut Definisi : Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang actual atau potensial digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (<i>International Association for the study of Pain</i>) : awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan. Batasan karakteristik</p> <ol style="list-style-type: none"> Perubahan selera makan Perubahan tekanan darah Perubahan frekuensi jantung Perubahan frekuensi pernafasan Laporan isyarat Diaforesis Perilaku distraksi (mis, berjalan mondar-mandir mencari orang lai dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang) Mengekspresikan perilaku (mis, gelisah, merengek, menangis) Masker wajah (mis, mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus meringis) Sikap melindungi area nyeri Fokus menyempit (mis, gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan) Indikasi nyeri yang dapat diamati Perubahan posisi untuk menghindari nyeri 	<p>NOC <ol style="list-style-type: none"> <i>Pain Level</i> <i>Pain control</i> <i>Comfort level</i> Kriteria Hasil : <ol style="list-style-type: none"> Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, menvari 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 <i>Pain Management</i> <ol style="list-style-type: none"> Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor presipitasi Observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan Kurangi faktor presipitasi nyeri Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, nonfarmakologi, dan interpersonal) Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi Ajarkan tentang tehnik non farmakologi Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri Evaluasi keefekifan pengelolaan nyeri Tingkatkan istirahat Kolaborasi dengan dokter jika ada </p>

-
- n. Sikap tubuh melindungi
 - o. Dilatasi pupil
 - p. Melaporkan nyeri secara verbal
 - q. Gangguan tidur

Faktor yang berhubungan

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

- keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
- o. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri

Analgesic

Administration

- p. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
 - q. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
 - r. Cek riwayat alergi
 - s. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu
 - t. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri
 - u. Tentukan analgetik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal
 - v. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur
 - w. Monitor *vital sign* sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
 - x. Berikan analgesic tepat waktu terutama saat nyeri hebat
 - y. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala
-

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

Tabel 2.5

Intervensi ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik Batasan Karakteristik : a. Kram abdomen b. Nyeri abdomen c. Menghindari makanan d. Berat badan 20% atau lebih dibawah bberat badan ideal e. Kerapuhan kapiler f. Diare g. Kehilangan rambut berlebihan h. Bising usus hiperaktif i. Kurang makanan j. Kurang informasi k. Kurang minat pada makanan l. Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat m. Kesalahan konsepsi n. Kesalahan informais o. Membran mukosa pucat p. Ketidakmampuan memakan makanan q. Tonus otot menurun r. Mengeluh gangguan sensasi rasa s. Mengeluh asupan makanan kurang dari RDA (<i>recommended daily allowance</i>) t. Cepat kenyang setelah makan u. Sariawan rongga mulut v. Steatorea w. Kelemahan otot pengunyah x. Kelemahan otot untuk menelan</p> <p>Faktor-faktor yang berhubungan : a. Faktor biologis b. Faktor ekonomi c. Ketidakmampuan untuk</p>	<p>NOC a. <i>Nutritional Status :</i> b. <i>Nutritional Status : food and fluid</i> c. <i>Intake</i> d. <i>Nutritional Status : nutrient intake</i> e. <i>Weight control</i> Kriteria Hasil : a. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan b. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan c. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi n d. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi e. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapn dari menelan f. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti</p>	<p>NIC Nutrition Management a. Kaji adanya alergi makanan b. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien c. Anjurkan pasien untuk meningkatkan <i>intake</i> Fe d. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C e. Berikan substansi gula f. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi g. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi h. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian i. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori j. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi k. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan</p> <p>Nutrition Monitoring l. BB pasien dalam batas normal m. Monitor adanya penurunan berat badan n. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan o. Monitor interaksi anak atau orang tua selama makan</p>

<p>mengabsorbsi nutrient</p> <p>d. Ketidakmampua mencerna makanan</p> <p>e. Ketidakmampuan menelan makanan</p> <p>f. Faktor psikologis</p>	<p>p. Monitor lingkungan selama makan</p> <p>q. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan</p> <p>r. Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi</p> <p>s. Monitor turgor kulit</p> <p>t. Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah</p> <p>u. Monitor mual dan muntah</p> <p>v. Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht</p> <p>w. Monitor pertumbuhan dan perkembangan</p> <p>x. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva</p> <p>y. Monitor kalori dan intake nutrisi</p> <p>z. Catat adanya edema, hiperemik, hipertoni papila lidah. Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet</p>
--	---

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

Tabel 2.6

Intervensi ketidakefektifan pemberian ASI b.d. kurang pengetahuan ibu

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Ketidakefektifan pemberian ASI</p> <p>Definisi : ketidakpuasan atau kesulitan ibu, bayi, atau anak menjalani proses pemberian ASI</p> <p>Batasan karakteristik</p> <p>a. Ketidakadekuatan suplai ASI</p> <p>b. Bayi melengkung menyesuaikan diri dengan payudara</p> <p>c. Bayi menangis pada payudara</p> <p>d. Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusui</p> <p>e. Bayi rewel dalam jam</p>	<p>NOC</p> <p>a. <i>Breastfeeding neffective</i></p> <p>b. <i>Breathing Pattern Ineffective</i></p> <p>c. <i>Breastfeeding interrupted</i></p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>a. Kemantapan pemberian ASI : Bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI</p> <p>b. Kemantapan pemberian ASI : Ibu : kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dari payudara ibu untuk</p>	<p>NIC</p> <p><i>Breastfeeding Assistance</i></p> <p>a. Evaluasi pola menghisap/menelan bayi</p> <p>b. Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui</p> <p>c. Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (misalnya reflex <i>rooting</i>, menghisap dan terjaga)</p> <p>d. Kaji kemampuan bayi untuk <i>latch on</i> dan menghisap secara</p>

pertama setelah menyusui	memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI	efektif
f. Ketidakmampuan bayi untuk latch-on pada payudara ibu secara tepat	c. Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/toddler	e. Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting
g. Menolak latching on	d. Penyapihan pemberian ASI : Diskontinuitas progresif pemberian ASI	f. Pantau integritas kulit puting ibu
h. Tidak responsive terhadap kenyamanan lain	e. Pengetahuan pemberian ASI : tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI. Ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera. Ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI. Ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting. Mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI	g. Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar susu dan mastitis
i. Ketidakcukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui		h. Pantau kemampuan untuk mengurangi kongesti payudara dengan benar
j. Ketidakcukupan kesempatan untuk mengisap payudara		i. Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi
k. Kurang menambah berat badan bayi		
l. Tidak tampak tanda pelepasan ositotin		
m. Tampak ketidakadekuatan asupan susu		
n. Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui		
o. Penurunan berat badan bayi terus menerus		
p. Tidak mengisap payudara terus menerus		
Faktor yang berhubungan		Breast Examination Lactation Supresion
a. Defisit pengetahuan		a. Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI
b. Anomali bayi		b. Sediakan informasi tentang laktasi dan Teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI
c. Bayi menerima makanan tambahan dengan puting buatan		c. Ajarkan pengasuh bayi mengenai topik-topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran memberi susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang
d. Diskontinuitas pemberian ASI		d. Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula
e. Ambivalen ibu		e. Apabila penyapihan diperlukan, informasikan ibu mengenai kembalinya proses ovulasi dan
f. Ansietas ibu		
g. Anomali payudara ibu		
h. Keluarga tidak mendukung		
i. Pasangan tidak mendukung		
j. Reflek menghisap buruk		
k. Prematuritas		
l. Pembedahan payudara sebelumnya		
m. Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya		

seputar alat
kontrasepsi yang
sesuai

Lactation Conseling

- a. Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI
- b. Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu
- c. Diskusikan metode alternative pemberian makan bayi

5. Gangguan eliminasi urine

Tabel 2.7
Intervensi gangguan eliminasi urine

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Gangguan eliminasi urine	NOC	NIC
Definisi : Disfungsi pada eliminasi urine	<i>a. Urinary elimination</i>	<i>Urinary Retention Care</i>
Batasan karakteristik	<i>b. Urinary continence</i>	a. Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia (misalnya, <i>output</i> urin, pola berkemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten)
a. Disuria	Kriteria hasil :	b. Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau property alpha agonis
b. Sering berkemih	a. Kandung kemih kosong secara penuh	c. Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium channel blockers dan antikolinergik
c. Anyang-anyangan	b. Tidak ada residu urine >100-200 cc	d. Menyediakan penghapusan privasi
d. Inkontinensia	c. Intake cairan dalam rentang normal	e. Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiram toilet
e. Nokturia	d. Bebas dari ISK	f. Merangsang refleks kandung kemih dengan menerapkan dingin untuk perut, membelai tinggi batin, atau air
f. Retensi	e. Tidak ada spasme bladder	
g. Dorongan	f. Balance cairan seimbang	
Faktor yang berhubungan		
a. Obstruksi anatomi		
b. Penyebab multiple		
c. Gangguan sensori motorik		
d. Infeksi saluran kemih		

-
- g. Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit)
 - h. Gunakan sprit wintergreen di pispot atau urinal
 - i. Menyediakan *maneuver crede*, yang diperlukan
 - j. Gunakan *double-void* teknik
 - k. Masukkan kateter kemih, sesuai
 - l. Anjurkan pasien/keluarga untuk merekam output urin, sesuai
 - m. Instruksikan cara-cara untuk menghindari kostipasi atau impaksi tinja
 - n. Memantau asupan dan keluaran
 - o. Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi
 - p. Membantu dengan toilet secara berkala, sesuai
 - q. Memasukkan pipa ke dalam lubang tubuh untuk sisa, sesuai
 - r. Menerapkan kateterisasi intermiten, sesuai
 - s. Merujuk ke spesialis kontinensia urin, sesuai
-

6. Gangguan pola tidur b.d. kelemahan

Tabel 2.8
Intervensi gangguan pola tidur

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Gangguan pola tidur	NOC	NIC
Definisi : Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal	<i>a. Anxiety</i> <i>b. Fear Leavel</i> <i>c. Sleep Deprivation</i> <i>d. Comfort, Readines for Enchanced</i>	<i>Anxiety Reduction</i> (penurunan kecemasan)
Batasan karakteristik		a. Gunakan pendekatan yang menenangkan
a. Perubahan pola tidur normal		b. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien
b. Penurunan kemampuan berfungsi	Kriteria hasil : a. Mampu mengontrol kecemasan	c. Jelaskan semua

c. Ketidakpuasan tidur	b. Status lingkungan yang nyaman	prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur
d. Menyatakan sering terjaga	c. Mengontrol nyeri	d. Pahami prespektif pasien terhadap situasi stress
e. Menyatakan tidak mengalami kesulitan tidur	d. Kualitas tidur dan istirahat adekuat	e. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut
f. Menyatakan tidak merasa cukup istirahat	e. Agresi pengendalian diri	f. Dorong keluarga untuk menemani anak
Faktor yang berhubungan	f. Respon terhadap pengobatan	g. Lakukan <i>back/neck rub</i>
a. Kelembaban lingkungan sekitar	g. Kontrol gejala	h. Dengarkan dengan penuh perhatian
b. Suhu lingkungan sekitar	h. Status kenyamanan meningkat	i. Identifikasi tingkat kecemasan
c. Tanggung jawab memberi asuhan	i. Dapat mengontrol kekuatan	j. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan
d. Perubahan pejanan terhadap terhadap cahaya gelap	j. <i>Support social</i>	k. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi
e. Gangguan (mis, untuk tujuan terapeutik, pemantauan, pemeriksaan laboratorium)	k. Keinginan untuk hidup	l. Instruksikan pasien menggunakan Teknik relaksasi
f. Kurang control tidur		m. Berikan obat untuk mengurangi kecemasan
g. Kurang privasi, pencahayaan		
h. Bising, bau gas		
i. Restrain fisik, teman tidur		
j. Tidak familier dengan prabot tidur		

**Environment
Management Confort
Pain Management**

7. Resiko infeksi b.d. factor risiko : episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan

Tabel 2.9

Intervensi resiko infeksi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Resiko infeksi	NOC	NIC
Definisi : Mengalami peningkatan risiko terserang orgaanisme patogenik	a. <i>Immune Status</i>	Infection Conrol (Kontrol infeksi)
Faktor-faktor risiko :	b. <i>Knowledge : Infection control</i>	a. Bersihkan lingkungan setelah dipkai pasien
a. Penyakit kronis	c. <i>Risk control</i>	b. Pertahankan Teknik isolasi
1) Diabetes melitus	Kriteria Hasil :	c. Batasi pengunjung bila perlu
2) Obesitas	a. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi	d. Instruksikan pada pengujung untuk mencuci
b. Pengetahuan yang tidak cukup untuk	b. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor	

<p>menghindari pemanjangan patogen</p> <p>c. Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Gangguan peritalsis 2) Kerusakan integritas kulit (pemasangan kateter intravena, prosedur invasif) 3) Perubahan sekresi pH 4) Penurunan kerja siliaris 5) Pecah ketuban dini 6) Pecah ketubann lama 7) Merokok 8) Satis cairan tubuh 9) Trauma jaringan (mis, trauma destruksi jaringan) <p>d. Ketidakadekuatan pertahanan sekunder</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Penurunan hemoglobin 2) Imunosupresi (mis, imunitas didapat tidak adekuat, agen farmaseutkal termasuk imunosupresan, steroid, antibody monoclonal, imunomodulator) 3) Supresi respon inflamasi <p>e. Vaksinasi tidak adekuat</p> <p>f. Pemajanan terhadap patogen</p> <p>g. Lingkungan meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Wabah <p>h. Prosedur invasif</p> <p>i. Malnutrisi</p>	<p>yang mempengaruhi penalaran serta penatalaksanaannya</p> <p>c. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</p> <p>d. Jumlah leukosit dalam batas normal</p> <p>e. Menunjukkan perilaku hidup sehat</p>	<p>tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien</p> <p>e. Gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan</p> <p>f. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</p> <p>g. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung</p> <p>h. Pertahankan lingkungan <i>aseptic</i> selama pemasangan alat</p> <p>i. Ganti letak IV perifer dan lin central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum</p> <p>j. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing</p> <p>k. Tingkatkan intake nutrisi</p> <p>l. Berikan terapi antibiotic bila perlu</p> <p>m. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal</p> <p>n. Monitor hitung granulosit, WBC</p> <p>o. Monitor kerentanan terhadap infeksi</p> <p>p. Batasi pengunjung</p> <p>q. Sering pengunjung terhadap penyakit menular</p> <p>r. Pertahankan teknik aseptis pada pasien yang berisiko</p> <p>s. Pertahankan teknik isolasi</p> <p>t. Berikan perawatan kulit pada area epidema</p> <p>u. Inspeksi kulit dan membrane mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase</p> <p>v. Inspeksi kondisi luka/insisi bedah</p> <p>w. Dorong masukkan nutrisi yang cukup</p> <p>x. Dorong masukan cairan</p> <p>y. Dorong istirahat</p> <p>z. Instruksikan pasien untuk minum antibiotic sesuai resep</p>
---	--	--

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

Tabel 2.10
Intervensi defisit perawatan diri

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Defisit perawatan diri mandi Definisi : Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi/aktivitas perawatan diri untuk diri sendiri Batasan karakteristik : a. Ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi b. Ketidakmampuan mengeringkan tubuh c. Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi d. Ketidakmampuan menjangkau sumber air e. Ketidakmampuan mengatur air mandi f. Ketidakmampuan membasuh tubuh Faktor yang berhubungan a. Gangguan kognitif b. Penurunan motivasi c. Kendala lingkungan d. Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh e. Ketidakmampuan merasakan hubungan special f. Gangguan muskuloskeletal g. Gangguan neuromuscular h. Nyeri i. Gangguan persepsi j. Ansietas berat	NOC a. <i>Activity Intolerane</i> b. <i>Mobility : physical impaired</i> c. <i>Self Care Deficit Hygiene</i> d. <i>Sensory perception, Auditory disturbed</i> Kriteria hasil : a. Perawatan diri ostomy : tindakan pribadi mempertahankan ostomy untuk eliminasi b. Perawatan diri : aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu c. Perawatan diri mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu d. Perawatn diri hygiene : mampu untuk mempertahankan kebersiha dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu e. Perawatn diri hygiene oral : mapu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu f. Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi g. Membersihkan dan mengeringkan tubuh h. Mengungkapkan secara verbal kepuasan secara	NIC Self-Care Assistance : Bathing/Hygiene a. Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri b. Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri c. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan d. Tempat anduk, sabun, deodorant, alat pencukur, da aksesoris lainya yang dibutuhkan di samping tempat tidur atau di kamar mandi e. Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya, deodorant, sikat gigi, sabun mandi, sampo, <i>lotion</i> , dan produk aromaterapi) f. Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal g. Memfasilitasi gigi pasien menyikat, sesuai h. Memfasilitasi diri mandi asien, sesuai i. Memantau integritas kulit pasien j. Menjaga kebersihan ritual k. 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 baantaal dari rumah l. Mendorong orang tua/keluarga berpartisipasi

verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan *hygiene oral* dalam kebiasaan tidur m. Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri

9. Konstipasi

Tabel 2.11
Intervensi konstipasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Konstipasi Definisi : Penurunan pada frekuensi normal defekasi yang disertai oleh kesulitan atau pengeluaran feses yang kering, keras, dan banyak</p> <p>Batasan karakteristik</p> <p>a. Nyeri abdomen</p> <p>b. Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot</p> <p>c. Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resistensi otot</p> <p>d. Anoraksia</p> <p>e. Penampilan tidak khas pada lansia (mis, perubahan pada status mental, inkontinensia urinarius, jatuh yang tidak penyebabnya, peningkatan suhu tubuh)</p> <p>f. Borborigim</p> <p>g. Darah merah pada feses</p> <p>h. Perubahan pada pola defekasi</p> <p>i. Penurunan frekuensi</p> <p>j. Penurunan volume feses</p> <p>k. Distensi abdomen</p> <p>l. Rasa rektal penuh</p> <p>m. Rasa tekanan rectal</p> <p>n. Keletihan umum</p> <p>o. Feses keras dan berbentuk</p> <p>p. Sakit kepala</p> <p>q. Bising usus <i>hiperaktif</i></p> <p>r. Bising usus <i>hipoaktif</i></p> <p>s. Peningkatan tekanan abdomen</p> <p>t. Tidak dapat makan, mual</p> <p>u. Rembesan feses cair</p> <p>v. Nyeri pada saat defekasi</p> <p>w. Massa abdomen yang dapat diraba</p> <p>x. Adanya feses lunak,</p>	<p>NOC</p> <p>a. <i>Bowel elimination</i></p> <p>b. <i>Hydration</i></p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>a. Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari</p> <p>b. Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi</p> <p>c. Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi</p> <p>d. Feses lunak dan berbentuk</p>	<p>NIC</p> <p><i>Onstipation/Impaction Management</i></p> <p>a. Monitor tanda dan gejala konstipasi</p> <p>b. Monitor bising usus</p> <p>c. Monitor feses, frekuensi, konsistensi dan volume</p> <p>d. Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus</p> <p>e. Monitor tanda dan gejala rupture usus/peritonitis</p> <p>f. Jelaskan etiologi dan rasionalisasi tindakan terhadap pasien</p> <p>g. Identifikasi factor penyebab dan kontribusi konstipasi</p> <p>h. Dukung <i>intake</i> cairan</p> <p>i. Kolaborasikan pemberian laksatif</p> <p>j. Pantau tanda-tanda dan gejala impaksi</p> <p>k. Memantau gerakan usus, termasuk konsistensi frekuensi, bentuk, volume, dan warna</p> <p>l. Memantau bising usus</p> <p>m. Konsultasikan dengan dokter tentang penurunan/kenaikan frekuensi bising usus</p> <p>n. Pantau tanda-tanda dan gejala pecahnya usus dan/atau peritonitis</p> <p>o. Jelaskan etiologi masalah dan pemikiran untuk tindakan untuk pasien</p> <p>p. Menyusun jadwal ke toilet</p> <p>q. Mendorong meningkatkan asupan cairan, kecuali dikontraindikasikan</p> <p>r. Evaluasi profil obat untuk</p>

seperti pasta di dalam rektum	efek samping gastrointestinal
y. Perkusi abdomen pekak	s. Anjurkan pasien//keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja
z. Tidak dapat mengeluarkan feses	t. Ajarkan pasien/keluarga bagaimana untuk menjaga buku harian makanan
Faktor yang berhubungan	u. Anjurkan pasien/keluarga untuk diet tinggi serat
a. Fungsional	v. Anjurkan pasien/keluarga pada penggunaan yang tepat dari obat pencahar
1) Kelemahan otot abdomen	w. Anjurkan pasien/keluarga pada hubungan asupan diet, olahraga dan cairan sembelit/impaksi
2) Kebiasaan mengabaikan dorongan defekasi	x. Menyarankan pasien untuk berkonsultasi dengan dokter jika sembelit atau impaksi terus ada
3) Ketidakadekuatan toileting (mis, Batasan waktu, posisi untuk defekasi, privasi)	y. Menginformasikan pasien prosedur penghapusan manual dari tinja, jika perlu
4) KURang aktivitas fisik	z. Timbang pasien secara teratur
5) Kebiasaan defekasi tidak teratur	
6) Perubahan lingkungan saat ini	
b. Psikologis	
1) Depresi, stres emosi	
2) Konfusi mental	

10. Resiko syok (hipovolemik)

Tabel 2.12
Intervensi resiko syok

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Resiko syok	NOC	NIC
Definisi : Beresikoterhadap ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa	<i>a. Syok prevention</i> <i>b. Syok management</i>	<i>Syok prevention</i>
Faktor resiko	Kriteria hasil :	a. Monitor status sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme, nadi perifer, dan kapiler <i>refill</i> .
a. Hipotensi	a. Nadi dalam batas yang diharapkan	b. Monitor tanda inadkuat oksigenasi jaringan
b. Hipovolemi	b. Irama jantung dalam batas yang diharapkan	c. Monitor suhu dan pernafasan
c. Hipoksemia	c. Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan	d. Monitor input dan output
d. Hipoksia	d. Irama pernafasan dalam batas yang diharapkan	e. Pantau nilai laboratorium : HB, HT, AGD, dan elektrolit
e. Infeksi	e. Natrium serum dalam batas normal	f. Monitor hemodinamik invasi yang sesuai
f. Sepsis	f. Kalium serum dalam batas normal	g. Monitor tanda dan gejala asites
g. Sindrom respons inflamasi sistemik	g. Klorida serum dalam batas normal	h. Monitor tanda awal syok
	h. Kalsium serum dalam batas normal	

-
- i. Magnesium serum dalam batas normal
 - j. PH darah serum dalam batas normal

Hidrasi

a. Indikator :

- 1) Mata cekung tidak ditemukan
- 2) Demam tidak ditemukan
- 3) Tekanan darah dalam batas normal
- 4) Hematokrit dalam batas normal

i. Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat

j. Lihat dan pelihara kepatenan jalan nafas

k. Berikan cairan iv dan atau oral yang tepat

l. Berikan vasodilator yang tepat

m. Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok

n. Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok

Syok management

a. Monitor fungsi *neurologis*

b. Monitor fungsi renal (e.g BUN dan Cr Lavel)

c. Monitor tekanan nadi

d. Monitor status cairan, *input* dan *output*

e. Catat gas darah arteri dan oksigen jaringan

f. Monitor EKG, sesuai

g. Memanfaatkan pemantauan jalur arteri untuk meningkatkan akurasi pembacaan tekanan darah, sesuai

h. Menggambar gas darah arteri dan memonitor jaringan oksigenasi

i. Memantau tren dalam parameter hemodinamik (misalnya, CVP, MAP, tekanan kapiler pulmonal/arteri)

j. Memantau faktor penentu pengiriman jaringan oksigen (misalnya, PO₂ kadar hemoglobin SaO₂, CO), jika tersedia

k. Memantau tingkat karbon dioksida *sublingual* dan/atau tonometry lambung, sesuai

l. Memonitor gejala gagal pernafasan (misalnya, rendah PaO₂ peningkatan PaCO₂ tingkat, kelelahan otot pernafasan)

m. Monitor ilia laboratorium (misalnya, CBC dengan

diferensial) koagulasi profil, ABC, tingkat laktat, budaya, da profil kimia)
n. Masukkan dan memelihara besarnya kobosanan akses IV

11. Resiko Perdarahan

Tabel 2.13
Intervensi resiko perdarahan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Resiko perdarahan Definisi : Beresiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan Faktor resiko a. <i>Aneurisme</i> b. <i>Sirkumsisi</i> c. Defisiensi pengetahuan d. Koagulopati intravaskuler diseminata e. Riwayat jatuh f. Gangguan gastrointestinal (mis, penyakit ulkus lambung, polip, varises) g. Gangguan fungsi hati (mis, sirosis, hepatitis) h. Koagulopati inheren (mis, trombositopenia) i. Komplikasi pascapartum (mis, atoni uteri, retensi plasenta) j. Komplikasi terkait kehamilan (mis, plasenta previa, kehamilan mola, solusio plasenta) k. Trauma l. Efek samping terkait terapi (mis, pembedahan, pemberian obat, pemberian produk darah defisiensi trombosit, kemoterapi)	NOC a. <i>Blood lose severity</i> b. <i>Blood koagulation</i> Kriteria Hasil : a. Tidak ada hematuria dan hematemesis b. Kehilangan darah yang terlihat c. Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diatole d. Tidak ada perdarahan pervagina e. Tidak ada distensi abdominal f. Hemoglobin dan hematocrit dalam batas normal g. Plasma, PT, PTT dalam batas normal	NIC Bleeding precautions a. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan b. Catat nilai Hb dan Ht sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan c. Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit d. Monitor TTV ortostatik e. Pertahankan bedrest selama perdarahan aktif f. Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platet atau fresh frozen plasma) g. Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan h. Hindari mengukur suhu lewat rectal i. Hindari pemberian aspirin dan anticoagulant j. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K k. Hindari terjadinya konstipasi dengan menganjurkan untuk mempertahankan intake cairan yang adekuat dan pelembut feses Bleeding reduction a. Identifikasi penyebab perdarahan b. Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonary capillary/artery wedge pressure c. Monitor status cairan yang

meliputi intake dan output

d. Monitor penentu pengiriman oksigen ke jaringan (Pa)₂, SaO₂ dan level Hb dan cardiac output)

e. Pertahankan patensi IV line

Bleeding reduction : wound/luka

a. Lakukan manual pressure (tekanan) pada area perdarahan

b. Lakukan *pressure dressing* (perban yang menekan) pada area luka

c. Tinggikan ekstremitas yg perdarahan

d. Monitor ukuran dan karakteristik hematoma

e. Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan

f. Instruksikan pasien untuk menekan aea luka pada saat bersin atau batuk

g. Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas

Bleeding reduction : gastrointestinal

a. Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh : emesis, feses, urine, residu lambung, dan drainase luka

b. Monitor *complete blood count* dan leukosit

c. Kolaborasi dalam pemberian terapi : *lactulose* atau *vasopression*

d. Lakukan pemasangan NGT untuk memonitor sekresi dan perdarahan lambung

e. Lakukan bilas lambung dengan NaCl dingin

f. Dokumentasikan warna, jumlah dan karakteristik feses

g. Hindari pH lambung yang ekstrem dengan kolaborasi pemberian antasids atau histamin bloking agent)

h. Kurangi factor stress

i. Pertahankan jalan nafas

j. Hindari penggunaan anticoagulant

k. Monitor status nutrisi

- pasien
- l. Berikan cairan intra vena
 - m. Hindari penggunaan aspirin dan ibuprofen

12. Defisiensi pengetahuan : Perawatan post partum b.d. kurannya informasi tentang penanganan *post partum*

Tabel 2.14

Intervensi defisiensi pengetahuan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Defisiensi pengetahuan	NOC	NIC
Definisi : Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu	a. <i>Knowledge : disease process</i> b. <i>Knowledge : health behavior</i>	<i>Teaching : disease process</i> a. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik
Batasan karakteristik :	Kriteria hasil :	b. Jelaskan patofisiologi dan penyakit dan bagaimana haal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat
a. Perilaku hiperbola	a. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan	c. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat
b. Ketidakakuratan mengikuti perintah	b. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar	d. Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat
c. Ketidakakuratan melakukan tes	c. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya	e. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat
d. Perilaku tidak tepat (mis, hysteria, bermusuhan, agitasi, apatis)		f. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat
e. Pengungkapan masalah		g. Hindari jaminan yang kosong
Faktor yang berhubungan		h. Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat
a. Keterbatasan kognitif		i. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit
b. Salah intepretasi informasi		j. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan
c. Kurang pajanan		k. Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan
d. Kurang minat belajar		
e. Kurang dapat mengingat		
f. Tidak familier dengan sumber informasi		

-
- l. Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal, dengan cara yang tepat
 - m. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat
-

2.2.5 Implementasi Keperawatan

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

2.2.6 Evaluasi Keperawatan

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

2.3 Konsep Nyeri

2.3.1 Definisi Nyeri

Nyeri berdasarkan *International Association for the Study of Pain* (IASP) pada tahun 1997, didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang tidak menyenangkan, yang terkait dengan potensi atau adanya kerusakan jaringan. Proses kerusakan jaringan yang diteruskan ke system saraf pusat dan menimbulkan sensasi nyeri disebut sebagai

nosisepsi. Ada nyeri tanpa nosisepsi (seperti *phantom limb pain*) dan ada juga nosisepsi tanpa nyeri. Penilaian nyeri tidak akan bisa lepas dari subjektivitas pasien. Namun, skala kuantitas dapat dibuat untuk membantu manajemen nyeri agar lebih objektif (Christanto, 2014)

2.3.2 Klasifikasi Nyeri

1. Berdasarkan Patofisiologi

- a. Nyeri nosiseptif terjadi akibat aktivasi nosiseptor saraf A- α dan C yang berlangsung secara terus-menerus oleh stimulus noxious (jejas, penyakit, inflamasi). Intensitas nyeri nosiseptif berbanding lurus dengan intensitas kadar stimulus, semakin besar kerusakan, semakin nyeri. Nyeri nosiseptif dapat dibagi lebih lanjut menjadi :

- 1) Nyeri viseral (berasal dari organ viseral).

Nyeri viseral dirasakan sebagai sensasi kram atau nyeri tumpul yang dalam dan dapat beralih ke lokasi lain (referred pain).

- 2) Nyeri somatik (berasal dari jaringan seperti kulit, otot, kapsul sendi, dan tulang)

- (a) Nyeri somatik superfisial, biasanya nyeri terlokalisasi dengan baik dirasakan seperti rasa gatal, tajam, tertusuk, terbakar, sampai dengan nyeri tajam.

- (b) Nyeri somatik profunda, sensasi nyeri biasanya terasa tumpul.

- b. Nyeri neuropatik disebabkan gangguan sinyal pada system saraf pusat atau perifer, atau menggambarkan jejas atau kerusakan pada system saraf. Penyebabnya biasanya trauma, inflamasi, penyakit

metabolic (misal diabetes), infeksi (misal herpes zoster), tumor, toksin, atau penyakit neurologis primer. Kadang, nyeri neuropatik disebut juga sebagai nyeri patologis. Keadaan nyeri kronis terjadi saat nyeri timbul tanpa adanya pemicu. Proses ini dilandasi oleh sensitisasi. Sensitisasi sentral menjadi alasan mengapa nyeri neuropatik seringkali tidak bersesuaian dengan intensitas stimulus (seperti hiperalgesia atau alodinia) atau muncul saat tidak ada stimulus yang jelas (nyeri persisten). Sifat nyeri neuropati adalah terbakar atau panas, geli, tertusuk, seperti tersengat listrik, diremas, nyeri dalam, spasme, atau dingin. Hiperalgesia adalah peningkatan sensitivitas terhadap nyeri, sementara alodinia adalah nyeri terhadap stimulus yang normalnya tidak menyebabkan nyeri.

2. Berdasarkan Waktu

- 1) Nyeri akut awalnya didefinisikan hanya berdasarkan batas waktu. Namun, kini dikenal definisi yang lebih luas, yaitu pengalaman kompleks yang tidak menyenangkan, terkait dengan emosi, kognitif, dan sensorik, sebagai respon terhadap trauma jaringan. Nyeri akut merupakan nyeri yang dapat dikenali penyebabnya, waktunya pendek, dan diikuti oleh peningkatan tegangan otot, serta kecemasan. Ketegangan otot dan kecemasan dapat meningkatkan persepsi nyeri. Contohnya, adanya luka karena cedera atau operasi. Nyeri akut awalnya dirasakan sebagai nyeri dengan intensitas tertinggi yang kemudian berangsur-angsur menghilang bersamaan dengan

sembuhnya jejas yang mendasari. Nyeri akut biasanya bersifat nosiseptif. Meskipun hanya berlangsung sebentar, jika dibiarkan stimulus nyeri dapat menyebabkan penderitaan, remodeling neuron, atau berlanjut menjadi nyeri kronis. Oleh karena itu, tata laksana nyeri akut dilakukan secara agresif.

- 2) Nyeri kronis dulu didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung lebih dari 3-6 bulan setelah jejas berlangsung. Kini, nyeri kronis adalah nyeri yang berlanjut setelah selesainya proses penyembuhan, dengan intensitas jejas yang minimal atau tidak cukup menjelaskan adanya rasa nyeri kronis sebagai nyeri persisten yang mengganggu tidur dan kehidupan sehari-hari atau mengurangi derajat kesehatan dan kemampuan fungsional individu. Nyeri kronis merupakan nyeri yang tidak dapat dikenali penyebabnya. Nyeri ini kerap kali bergantung pada gaya hidup seseorang.

2.3.3 Diagnosis Nyeri

1. Anamnesis

Keluhan pasien adalah indikator utama, kecuali jika pasien tidak dapat berkomunikasi.

2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan dilakukan untuk membantu mengidentifikasi penyebab yang mendasari nyeri. Fokuskan perhatian pada kondisi umum, sistem musculoskeletal dan neurologis, serta lokalis nyeri. Sebagian pasien

mebutuhkan pemeriksaan musculoskeletal dan neurologis yang lebih mendalam, misal pada nyeri neuropati digunakan pada dermatome.

Sebagian besar diagnosis kasus nyeri kronik ditegakkan dengan pemeriksaan fisik yang akurat, sementara pemeriksaan penunjang lebih sering bertujuan untuk menyingkirkan kemungkinan penyebab yang berasal dari abnormalitas anatomi atau fisik pasien.

3. Pemeriksaan Penunjang

Pengukuran skala nyeri, alat diagnostik yang digunakan untuk menilai nyeri terdiri atas dua macam, yaitu skala unidimensi dan skala multidimensi. Skala unidimensi hanya mengukur skala nyeri yang dirasakan.

a. *Visual Analogue Scale (VAS)*

Metode VAS sangat efisien penggunaannya, dan tervalidasi pada pasien-pasien dengan nyeri kronis. Kelemahan metode ini adalah dapat memakan waktu, validitasnya masih kontroversial, kadang dapat membuat pasien bingung. Skala ini berbentuk horizontal sepanjang 10 cm. Ujung kiri skala mengidentifikasi tidak ada nyeri dan ujung kanan menandakan nyeri yang berat. Untuk menilai hasil, sebuah penggaris diletakkan sepanjang garis dan ditulis dalam ukuran centimeter. Pada skala ini, garis dibuat memanjang tanpa ada suatu angka, kecuali angka 0 dan angka 10.

Skala ini dipersepsikan sebagai berikut :

0 = tidak ada nyeri

1-2 = nyeri ringan

3-4 = nyeri sedang

5-6 = nyeri berat

7-8 = nyeri sangat berat

9-10 = nyeri sangat buruk tidak tertahankan

b. *Numerik Rating Scale (NRS)*

Kelebihan metode NRS adalah mudah digunakan, sederhana, dapat dilakukan secara fleksibel (termasuk melalui telepon), dan tervalidasi untuk berbagai tipe nyeri. Kekurangannya adalah kurang dapat diandalkan untuk tipe pasien tertentu, seperti pasien yang sangat muda atau tua, atau pasien dengan gangguan visual, pendengaran, atau kognitif. Skala ini juga dapat digunakan oleh pasien buta huruf dan angka.

Skala ini berbentuk garis horizontal yang menunjukkan angka-angka dari 0-10, yaitu angka 0 menunjukkan tidak ada nyeri dan angka 10 menunjukkan nyeri yang paling hebat. Skala ini merupakan garis panjang berukuran 10 cm, yang setiap panjangnya 1 cm diberi tanda. Skala ini dapat pada klien dengan nyeri yang hebat atau klien yang baru mengalami operasi. Tingkat angka yang ditunjukkan oleh klien dapat digunakan untuk mengkaji efektivitas dari iintervensi pereda rasa nyeri.

Skala ini dipersepsikan sebagai berikut :

0 = tidak nyeri

1-3 = sedikit nyeri

3-7 = nyeri sedang

7-9 = nyeri hebat

10 = nyeri yang paling hebat

2.3.4 Tata Laksana Nyeri

1. Tata Laksana Farmakologi

Pendekatan ini merupakan tindakan yang dilakukan melalui kolaborasi dengan dokter. Umumnya, secara medis cara menghilangkan rasa nyeri persalinan dengan tindakan seksio sesarea adalah dengan pemberian obat-obatan analgesia yang disuntikan melalui infus intravena, supositoria/anal, inhalasi saluran pernafasan atau dengan memblokir saraf yang menghantarkan rasa sakit, cemas, dan tegang.

Prinsip-prinsip umum penggunaan tata laksana farmakologis untuk nyeri adalah :

- a. Identifikasi dan tangani sumber nyeri
- b. Pilih pendekatan yang paling sederhana untuk tata laksana nyeri.
Kebanyakan nyeri dapat ditangani dengan pemberian obat dan tidak membutuhkan tindakan invasif.
- c. Pilih obat yang sesuai. Rejimen obat untuk nyeri bergantung pada masing-masing individu. Pemilihan dilakukan dengan menilai karakteristik nyeri, obat, dan pasien.
- d. Buat rencana tata laksana
- e. Pilih rute pemberian obat

- f. Titrasi dosis
- g. Optimalisasi pemberian
- h. Pantau dan kendalikan efek samping
- i. Bedakan toleransi, ketergantungan fisis, dan adiksi
- j. Hindari penggunaan placebo

Untuk mempertahankan pasien tetap bebas dari rasa nyeri, maka sebaliknya obat analgesic diberi sesuai dengan jam, yaitu 3-6 jam, dan jangan diberi sesuai kebutuhan. Metode seperti ini 80-90% efektif dalam menghilangkan rasa nyeri pada pasien.

2. Tata Laksana Nonfarmakologi

Tata laksana nonfarmakologi dilakukan untuk mendukung terapi farmakologi. Hal-hal yang dapat dilakukan adalah pendekatan psikologis (terapi perilaku kognitif, relaksasi, psikoterapi), rehabilitasi fisis, atau pendekatan bedah. Jangan menunda untuk merujuk apabila pengobatan maksimal yang dilakukan masih membuat pasien merasakan nyeri dengan intensitas berat.