

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO
SESAREA DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN
PEMBERIAN ASI DI RUANG DELIMA
RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan
(A.Md.Kep) pada Prodi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Bhakti Kencana Bandung

Oleh:

VENNA AYU KARTIKA SARI

NIM : AKX.16.134



PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN STIKES

BHAKTI KENCANA BANDUNG

2019

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Venna Ayu Kartika Sari

NIM : AKX.16.134

Institusi : D-III keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada klien Post Seksio

Sesarea Dengan indikasi Ketidakefektifan Pemberian ASI
di RSUD Ciamis

menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan dari pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya, kecuali secara tertulis diacudalam naskahini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil plagiat/jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bandung2019

Yang membuat pernyataan

VENNA AYU KARTIKA SARI

AKX.16.134

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA
DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN PEMBERIAN ASI
DI RUANG DELIMA RUMAH SAKIT
DAERAH CIAMIS**

OLEH

VENNA AYU KARTIKA SARI

AKX.16.134

karya Tulis Ilmiah ini telah di setujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti tertera dibawah ini

Menyetujui,

Pembimbing utama



Tuti Suprapti, S.kp. M.kep

NIK: 1011603

Pembimbing pendamping



Iceu Komalanengsih, SKM

Mengetahui,

Ketua Prodi D-III Keperawatan



LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA DENGAN
KETIDAKEFEKTIFAN PEMBERIAN ASI DI RUANG DELIMA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIAMIS

OLEH

VENNA AYU KARTIKA SARI

AKX.16.134

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

16 Mei 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua :

Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep.

(Pembimbing utama)


(.....)

Anggota :

1. Ingrid Dirgahayu, S.Kp.,MKM
(penguji I)
2. Vina Vitniawati, S.Kep., Ners.,M.Kep
(penguji II)
3. Iceu Komalanengsih, SKM
(pembimbing pendamping)


(.....)

(.....)

(.....)

Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua


Rr. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep


KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN PEMBERIAN ASI DI RSUD CIAMIS”** dengan sebaik-baiknya.

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

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

1. H. Mulyana, S.H., M.Pd., M.H.Kes. selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat menempuh pendidikan Keperawatan Anestesi di STIKes Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep. selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. H. Husi Husaeni, dr., SpAn., KIC., M.Kes. selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik STIKes Bhakti Kencana Bandung.

ABSTRAK

Latar belakang : Sectio caesaria adalah suatu cara melahirkan janin dan placenta melalui pembedahan yaitu dengan menyayat pada dinding abdomen dan uterus. Keluarnya ASI dipicu oleh hormon dalam tubuh wanita dan selalu keluar setelah plasenta keluar dari tubuh. Ibu yang melahirkan dengan cara operasi caesar (c-sections) seringkali sulit menyusui bayinya segera setelah ia lahir. Terutama jika ibu diberikan anestesi umum, karena obat anestesi dapat mengurangi kerja prolaktin pada payudara ibu. Hal ini menyebabkan adanya ketidakefektifan pemberian ASI. **Metode :** studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua klien yaitu Ny. N dan Ny.E post sectio caesaria dengan ketidakefektifan pemberian ASI. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI pada kasus klien 1 dapat teratasi pada hari kedua dan pada klien 2 dapat teratasi pada hari ketiga. **Diskusi :** Pada kedua klien ditemukan masalah ketidakefektifan pemberian ASI. Adapun perbedaan hasil dari intervensi lakukan perawatan payudara dan pijat oksitosin pada kedua klien dengan hasil klien 1 ada pengeluaran ASI sudah mulai keluar sedikit klien pada hari kedua, sedangkan pada klien 2 ada pengeluaran ASI di kedua payudara klien di hari kedua. Penulis menyarankan kepada pihak rumah sakit agar pijat oxy menjadi salah satu alternatif atau cara untuk meningkatkan ASI pada ibu yang mengalami ketidakefektifan ASI, dan kepada pihak institusi pendidikan diharapkan mampu memenuhi ketersediaan literatur terbitan baru terutama mengenai sectio caesaria dan ketidakefektifan pemberian ASI sehingga dapat menambah wawasan mahasiswa.

Keyword : Asuhan Keperawatan, Ketidakefektifan Pemberian ASI, Post Sectio Caesaria
Daftar Pustaka : 10 Buku, 2 Jurnal, 30 Tabel, 3 Gambar

ABSTRACT

Background: Sectio caesaria is a way of giving birth to the fetus and placenta surgically by cutting into the abdominal wall and uterus. The release of milk is triggered by hormones in a woman's body and always comes out after the placenta leaves the body. Mothers who give birth by cesarean section (c-sections) are often difficult to breastfeed their babies soon after birth. Especially if the mother is given general anesthesia, because anesthetic drugs can reduce the action of prolactin in the breast of the mother. This causes the ineffectiveness of breastfeeding. **Method:** a case study that is to explore a problem and include various sources of information. This case study was conducted on two clients namely Mrs. N and Ny.E post sectio caesaria with the ineffectiveness of breastfeeding. **Results:** After nursing the ineffective nursing care of breastfeeding in the case of client 1 can be resolved on the second day and on client 2 can be resolved on the third day. **Discussion:** In both clients, problems of ineffectiveness in breastfeeding were found. As for the difference in the results of the intervention do breast care and oxytocin massage on the two clients with the results of the client 1 there is spending a little breast milk has started out on the second day, while on client 2 there is expenditure for breast milk on both breast clients on the second day. The authors suggest to the hospital that oxy massage be an alternative or a way to increase breastfeeding in mothers who experience ineffectiveness of breastfeeding, and the educational institutions are expected to be able to meet the availability of new publication literature, especially regarding sectio caesaria and the ineffectiveness of breastfeeding so as to increase student insights.

Keyword: Nursing Care, Ineffectiveness of Breastfeeding, Post Sectio Caesaria

Bibliography: 10 Books, 2 Journals, 30 Tables, 3 Pictures

4. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep. selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung dan selaku pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan, saran serta motivasi yang sangat bermanfaat dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini .
5. H. Jajang Sujana Mail, dr., Sp.An. sebagai Ketua Pelaksana Harian Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik STIKes Bhakti Kencana Bandung.
6. Iceu Komalanengsih, SKM. selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Staf dosen dan karyawan program studi DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik.
8. dr. H. Aceng Solahudin A, M.Kes. selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
9. Dedeh, S.ST. selaku CI Ruang Delima yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis
10. Untuk kedua orangtua tercinta yaitu Ayahanda Adnan Yuana dan Ibunda Sri Astuti, Agista Ayu Puspita Ningsih, Shella Ayu Mustika Ningtyas dan kembaran saya Venni Ayu Kartika Sari serta seluruh keluarga besar yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus selalu mendoakan demi keberhasilan penulis.
11. Untuk teman - teman khususnya Riyad Alriyadi, yang telah menemani, membantu dan menyemangati penulis selama ini.

12. Teman teman, Grup B team yaitu Oktavia , Reni, Zia , Cia Anestesi Angkatan XII yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus.
13. Untuk teman-teman Tim Bidan Sukses yang telah memberikan semangat, memotivasi dan telah menjadi keluarga kedua bagi penulis
13. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.. Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bandung, 2019

PENULIS

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN.....	I
LEMBAR PERSETUJUAN.....	II
LEMBAR PENGESAHAN.....	III
ABSTRAK.....	IV
KATA PENGANTAR.....	V
DAFTAR ISI.....	VI
DAFTAR GAMBAR.....	VII
DAFTAR TABEL.....	VIII
DAFTAR BAGAN.....	IX
DAFTAR LAMPIRAN.....	X
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 LATAR BELAKANG.....	4
1.2 RUMUSAN MASALAH.....	4
1.3 TUJUAN.....	4
1.4 MANFAAT.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 KONSEP DASAR PENYAKIT.....	7
2.1.1 KONSEP DASAR SEKSIO SESAREA.....	8
2.1.2 ANATOMI FISIOLOGI.....	12
2.1.3 PATHOFISIOLOGI.....	13
2.1.4 PENATALAKSANAAN.....	13
2.1.5 PEMERIKSAN PENUNJANG.....	13
2.1.6 MASA NIFAS.....	14
2.1.7 PERAWATAN MASA NIFAS.....	34
2.1.8 MANAJEMEN LAKTASI.....	38
2.2 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN MARTENITAS.....	47
2.2.1 PENGKAJIAN.....	47
2.2.2 DIAGNOSA KEPERAWATAN.....	58
2.2.3 RENCANA KEPERAWATAN.....	60
2.2.4 IMPLEMENTASI.....	82
2.2.5 EVALUASI.....	83

BAB 3 METODE PENELITIAN	84
3.1 DESAIN PENELITIAN.....	84
3.2 BATASAN ISTILAH.....	85
3.3 PARTISIPAN.....	86
3.4 LOKASI DAN WAKTU.....	86
3.5 PENGUMPULAN DATA.....	87
3.6 UJI KEABSAHAN DATA.....	87
3.7 ANALISIS DATA.....	89
3.8 ETIK PENULISAN.....	
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	91
4.1 HASIL.....	91
4.1.1 GAMBARAN LOKASI PENGAMBILAN DATA.....	92
4.1.2 PENGKAJIAN.....	107
4.1.3 ANALISI DATA.....	111
4.1.4 DIAGNOSA KEPERAWATAN.....	116
4.1.5 PERENCANAAN.....	118
4.1.6 IMPLEMENTASI.....	119
4.1.7 EVALUASI.....	120
4.2 PEMBAHASAN.....	121
4.2.1 PENGKAJIAN.....	123
4.2.2 DIAGNOSA KEPERAWATAN.....	128
4.2.3 PERENCANAAN.....	129
4.2.4 PELAKSANAAN.....	132
4.2.5 EVALUASI.....	
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	133
5.1 KESIMPULAN.....	133
5.1.2 PENGKAJIAN.....	134
5.1.3 INTERVENSI KEPERAWATAN.....	134
5.1.4 IMPEMNTASI.....	135
5.1.5 EVALUASI.....	135
5.2 SARAN.....	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Alat Kandungan Luar	8
Gambar 2.2 Letak Rahim	10
Gambar 2.3 Alat Kandungan Dalam	11

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Nyeri Akut	60
Tabel 2.2 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi	63
Tabel 2.3 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI	65
Tabel 2.4 Intervensi Gangguan Eleminasi Urine.....	67
Tabel 2.5 Intervensi Gangguan Pola Tidur	68
Tabel 2.6 Intervensi Resiko Infeksi	70
Tabel 2.7 Intervensi Defisit Perawatan Diri	71
Tabel 2.8 Intervensi Konstipasi	73
Tabel 2.9 Intervensi Resiko Syok	75
Tabel 2.10 Intervensi Resiko Perdarahan.....	78
Tabel 2.11 Intervensi Defisit Pengetahuan	80
Tabel 4.1 Identitas Klien	92
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit.....	93
Tabel 4.3 Riwayat Ginekologi	94
Tabel 4.4 Riwayat Obstetri	95
Tabel 4.5 Perubahan Aktivitas Sehari-hari	96
Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik.....	98

Tabel 4.7 pemeriksaan bayi	102
Tabel 4.8 Data psikologi	104
Tabel 4.9 data sosial	105
Tabel 4.10 bounding attachment	105
Tabel 4.11 pemenuhan seksual	105
Tabel 4.12 data spiritual	106
Tabel 4.13 perawatan diri.....	106
Tabel 4.14 pemeriksaan diagnostik	106
Tabel 4.15 data pengobatan	107
Tabel 4.16 analisa data.....	107
Tabel 4.17 diagnosa keperawatan	111
Tabel 4.18 perencanaan	116
Tabel 4.19 implementasi	118
Tabel 4.20 evaluasi.....	119

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Seksio Sesarea.....	12
---------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I : Lembar Konsultasi KTI
- Lampiran II : Lembar observasi
- Lampiran III : Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran IV : Surat Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus
- Lampiran V : Lembar bimbingan
- Lampiran VI : Satuan Acara Penyuluhan
- Lampiran VII : Leaflet
- Lampiran VIII: Jurnal

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Seksio sesarea merupakan suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding perut (Amru Sofian, 2012). Seksio sesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui sebuah insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram.pelahiran sesar didefinisikan sebagai kelahiran janin melalui insisi pada dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (Chunningham, 2013).

Menurut Word Health Organization kematian ibu adalah kematian seorang perempuan dalam masa hamil atau dalam 42 hari setelah kehamilan berakhir dengan sebab apapun, terlepas dari tuanya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan. Didunia sebesar 210 kematian per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan di negara berkembang 14 kali lebih tinggi bila dibandingkan negara maju, yaitu 230 per 100.000 kelahiran (WHO, 2014).

Menurut Profil Kesehatan Indonesia (2012) kasus obstetrik terbanyak (56,06%) disebabkan oleh penyulit kehamilan, persalinan dan masa nifas lainnya diikuti dengan kehamilan yang berakhir abortus (26%), di Indonesia sendiri, angka kejadian operasi seksio sesarea menurut data survey nasional adalah 921.000 dari 4.039.000 persalinan atau sekitar 22,8% dari seluruh persalinan (

IDI, 2012). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) menunjukkan bedah seksio sesarea sebesar 17,6% dengan proporsi tertinggi di DKI Jakarta (31,1%) dan terendah di Papua (6,7%) (Depkes RI, 2018).

Pada seksio sesarea akan timbul dampak seperti nyeri, mobilisasi terbatas, gangguan tidur, dan ketidaknyamanan yang dapat mengakibatkan depresi (Kasdu, 2009). Salah satu dampak yang dialami ibu adalah nyeri. Nyeri juga menyebabkan ibu takut untuk mobilisasi. Ibu biasanya hanya fokus terhadap dirinya karena nyeri bahkan sampai enggan untuk memberikan ASI pada bayinya. Imobilisasi juga dapat memperlambat produksi hormon prolactin dan oksitosin sehingga payudara sulit memproduksi ASI (Danuatmaja & Meiliasari, 2007). Dampaknya pemberian ASI pun menjadi tidak efektif.

Masalah yang paling umum dirasakan oleh wanita yang memilih melahirkan dengan cara caesar adalah ASI (Air Susu Ibu) yang lama keluar ditambah lagi dengan adanya sejumlah penelitian yang menunjukkan bahwa kondisi tersebut lebih sering terjadi pada kelahiran caesar. Keluarnya ASI dipicu oleh hormon dalam tubuh wanita dan selalu keluar setelah plasenta keluar dari tubuh. Ibu yang melahirkan dengan cara operasi caesar (c-sections) seringkali sulit menyusui bayinya segera setelah ia lahir. Terutama jika ibu diberikan anestesi umum. Ibu relatif tidak sadar untuk dapat mengurus bayinya di jam pertama setelah lahir.

Oleh karena itu, dalam hal ini tenaga kesehatan memegang peranan penting untuk tetap meningkatkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan bermutu

dengan bekal ilmu dan ketrampilan yang dimiliki sehingga di harapkan dapat memberi pengetahuan atau informasi untuk menyiapkan kondisi psikologis ibu agar ibu lancar dalam memberikan ASI atau menyusui bayi pertama kali sehingga bayi mendapatkan ASI dan ibu yang sering menyusui akan mempengaruhi produksi air susu ibu membantu proses produksi ASI sehingga ASI keluar lancar. Memberikan ASI juga merupakan keuntungan, semua keuntungan ini tidak hanya dirasakan oleh bayi, tetapi juga dirasakan oleh ibu, lingkungan bahkan negara.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dapat diambil suatu rumusan masalah penelitian adalah : “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Klien Seksio Sesarea dengan Ketidakefektifan Pemberian di ruang Maternitas (Delima) RSUD Ciamis tahun 2019?”

1.3 Tujuan

Adapun tujuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut :

1. Tujuan umum

Penulis mampu menggambarkan Asuhan Keperawatan dengan *post operasi sectio caesarea* secara komprehensif meliputi aspek bio, psiko, sosio, spiritual pada klien dengan pendekatan melalui proses keperawatan.

2. Tujuan khusus

Tujuan khusus yang ingin dicapai dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut :

- A. Melakukan pengkajian yang terdiri dari pengumpulan data, mengenai data pada klien dengan *post operasi sectio caesarea*
- B. Merumuskan diagnosa keperawatan yang diperoleh pada klien dengan *post operasi sectio caesarea* berdasarkan prioritas masalah yang didapat.
- C. Membuat rencana asuhan keperawatan yang terdiri dari tujuan, intervensi, rasional sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul baik aktual maupun resiko pada klien dengan *post operasi sectio caesarea*.
- D. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan, berikut dengan tujuan yang diharapkan pada klien dengan *post operasi sectio caesarea*.
- E. Mengevaluasi hasil tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan pada klien dengan *post operasi sectio caesarea*.
- F. Mendokumentasikan asuhan keperawatan dalam bentuk karya tulis ilmiah dan kesenjangan antara teori dan kasus.

1.4 Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Hasil penulisan ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran dan informasi di bidang maternitas tentang asuhan keperawatan pada klien *post* operasi *Sectio Caesaria* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan mampu meningkatkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan bermutu dengan ilmu dan ketrampilan yang dimiliki sehingga di harapkan dapat memberikan pengetahuan atau informasi untuk klien dengan *post* operasi *Sectio Caesaria* dengan ketidakefektifan pemberian ASI.

b. Bagi RSUD Ciamis

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan informasi kepada Rumah Sakit atau instansi kesehatan lainnya agar teknik pijat oxy dapat menjadi salah satu alternatif atau cara untuk meningkatkan ASI khususnya perawatan pada klien *post* operasi *Sectio Caesaria* dengan ketidakefektifan pemberian ASI.

c. Bagi Institusi Pendidikan STIKES Bhakti Kencana

Dari penelitian ini di harapkan mampu menjadi referensi bagi pendidikan dan kalangan yang akan melakukan penelitian lebih lanjut mengenai asuhan

keperawatan pada klien *post* operasi *Sectio Caesaria* dengan ketidakefektifan pemberian ASI.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit

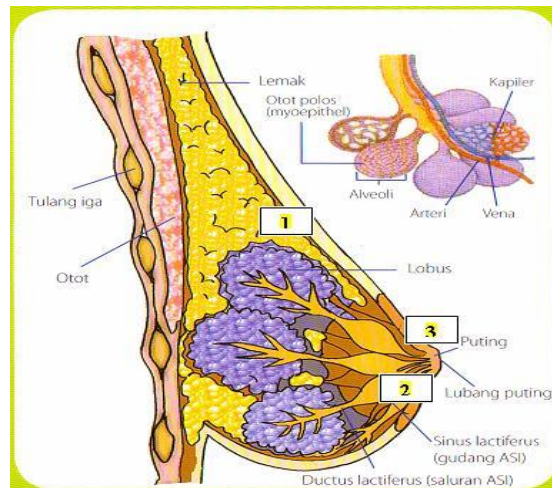
2.1.1 Konsep Sectio Caesarea

1. Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea adalah tindakan untuk melahirkan bayi melalui pembedahan abdomendinding uterus (Nugroho, 2011). Dalam istilah bahasa asing post berarti setelah dan post – sectio caesarea adalah tindakan setelah operasi untuk mengeluarkan bayi dengan melalui insisi pada dinding perut (Wiknjosatro, 2007 dalam Nurhayati, 2015)

Operasi Caesarea atau sering disebut dengan sectio caesarea adalah melahirkan janin melalui sayatan dinding perut (abdomen) dan dinding rahim (uterus) (Jitowiyono & Weni, 2012). Sectio caesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Wiknjosastro, 2005 dalam Jitowiyono dkk , 2012).

2.1.2 Anatomi Fisiologi Sistem Reproduksi Payudara



Sumber : Nurliana Mansyur & Kasrinda Dahlan,2014

Gambar 2.1 Struktur Payudara

Anatomi payudara dibedakan menurut struktur mikroskopis dan makroskopis. Struktur mikroskopis payudara terutama tersusun atas jaringan kelenjar tetapi mengandung sejumlah jaringan lemak dan ditutupi kulit. Jaringan kelenjar ini dibagi menjadi kira-kira 18 lobus yang dipisahkan secara sempurna satu sama lain lembaran jaringan fibrosa. Struktur dalamnya dikatakan menyerupai segmen buah anggur atau jeruk belah. Setiap lobus merupakan suatu unit fungsional yang berisi dan tersusun atas bagian sebagai berikut menurut Nurjannah, et all (2013) :

1. Alveoli yang terdiri dari sel kelenjar yang memproduksi air susu. Tiap bercabang menjadi duktulus, tiap duktulus bercabang menjadi alveolus yang semuanya merupakan satu kesatuan kelenjar. Tiap alveolus dilapisi oleh sel-sel yang mensekresi air susu, disebut acini, yang

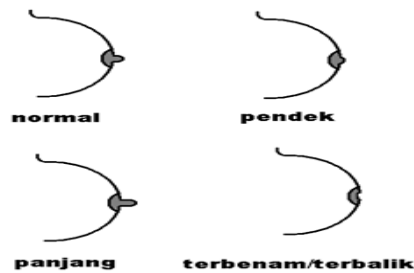
,mengeksktraksi faktor-faktor dari darah yang penting untuk pembentukan air susu. Duktus membentuk lobus, sedangkan duktulus dan alveolus membentuk lobulus. Sinus duktus dan alveolus dilapisi epitel otot (*myoepitel*) yang dapat berkontraksi. Alveolus juga dikelilingi pembuluh darah yang membawa zat gizi kepada sel kelenjar untuk diproses sintesa menjadi air susu.

2. Tubulus Lactifer adalah saluran kecil yang berhubungan dengan alveoli.
3. Ductus Lctifer adalah saluran sentral yang merupakan muara beberapa tubulus lactifer.
4. Ampulla adalah bagian dari ductus lactifer yang melebar, yang merupakan tempat menyimpan air susu yang terletak dibawah aerola. Terdapat 15-25 sinus lactiferus. Selanjutnya saluran mengecil dan bermuara pada putting (*papilla mammae*).

Vascularisasi ke payudara berasal dari arteria mammaria interna, arteria mammaria externa dan arteria-arteria intercostalis superior. Drainase vena melalui pembuluh-pembuluh yang sesuai dan akan masuk ke dalam vena mammaria interna dan vena axillaris dan sebagian akan dalirkan ke dalam fissura portae hepar dan kelenjar mediatinum. Pembuluh limfatik dari masing-masing payudara berhubungan satu sama lain. Fungsi payudara terutama dikendalikan oleh aktivitas hormon kulitnya dipersarafi oleh cabang-cabang nervus thoracalis. Juga terdapat sejumlah saraf simpatis, terutama di sekitar areola dan papilla mammae.

Menurut Nurjanah, et all (2013) struktur makroskopis payudara terdiri dari :

- a. *Cauda Axillaris* adalah jaringan payudara yang meluas ke arah axilla.
- b. Areola adalah daerah lingkaran yang terdiri dari kulit longgar dan mengalami pigmentasi dan masing-masing payudara bergaris tengah kira-kira 2,5 cm. Areola berwarna merah muda pada wanita yang berkulit cerah, lebih gelap pada wanita yang berkulit coklat, dan warna tersebut menjadi gelap pada waktu hamil. Di daerah areola ini terletak kira-kira 20 glandula sebacea. Pada kehamilan areola ini membesar dan disebut tuberculum Montgomery. Montgomery yang mengeluarkan cairan untuk membuat puting susu lunak dan lentur.
- c. *Papilla mammae* terletak di pusat areola mammae setinggi oga (costa) ke-4. *Papilla mammae* merupakan suatu tonjolan dengan panjang kira-kira 6mm, tersusun atas jaringan erektil berpigmen dan merupakan bagian yang sangat peka. Permukaan *papilla mammae* berlubang-lubang berupa ostium papillare kecil-kecil yang merupakan muara ductus lactifer. Ductus lactifer ini dilapisi oleh epitel. Bentuk *papilla mammae* ada empat yaitu bentuk yang normal, pendek/datar, panjang dan terbenam(*inverted*).



Sumber : Maryunani, Anik. 2015

Gambar 2.2 Macam-macam Bentuk Puting

2.1.3 Pathofisiologi

Kondisi psikis ibu sangatlah penting, jika ibu merasa cemas setelah melahirkan bisa disebabkan karena ibu dan bayi belum dilakukan rawat gabung atau ibu belum bisa bertemu dengan bayinya. Selain itu kurang pengetahuan tentang pemberian ASI juga dapat menyebabkan ibu cemas. Dan kecemasan yang dialami ibu tersebut dapat juga menyebabkan kurang pengetahuan tentang perawatan payudara. Sehingga kondisi emosi ibu sangatlah memengaruhi refleks pengaliran susu. Palsalnya, refleks ini mengontrol perintah yang dikirim oleh hipotalamus pada kelenjar bawah otak. Jika refleks pengaliran air susu berkurang dapat menyebabkan produksi hormon oksitosin berkurang. Maka bila ibu sedang dalam kondisi stresss, cemas, khawatir, tegang, dan sebagainya, menyebabkan air susu tidak akan turun dari alveoli menuju puting. Sehingga dapat menyebabkan ketidakefektifan pemberian ASI. Umumnya kejadian ini berlangsung pada hari-hari pertama menyusui dimana refleks pengaliran susu belum sepenuhnya berfungsi. Peran keluarga dalam hal ini sangat penting, peran suami untuk

menjaga kondisi psikis istri agar tetap merasa tenang, menciptakan suasana yang nyaman.

2.1.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis pada pasien yang sudah menjalani *sectio caesarea* adalah sebagai berikut :

1. Analgesia.
2. Observasi tanda-tanda vital.
3. Terapi cairan dan diet.
4. Obsevasi visika urinarius dan usus.
5. Ambulasi.
6. Perawata luka.
7. Laboratorium.
8. Perawatan payudara.
9. Memulangkan klien dari rumah sakit.

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang (Nurarif & kusuma, 2015)

1. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
2. Pemantauan EKG
3. JDL dengan diferensial
4. Elektrolit
5. Hemoglobin/hematokrit
6. Golongan darah

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

2.1.6 Masa Nifas

1. Definisi Masa Nifas

Masa nifas dimulai setelah 2 jam postpartum dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan baik secara fisiologis maupun psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan (Nurjanah, et al, (2013)).

2. Tujuan pemberian asuhan pada masa nifas sebagai berikut : (Nurjanah, et al, (2013))
 - a. Menjaga kesehatan ibu dan bayi, baik fisik maupun psikis.
 - b. Melaksanakan skrining secara komperhensif, mendeteksimasalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi, baik pada ibu maupun bayinya .
 - c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayi dan perawatan bayi sehari-hari.
 - d. Memberikan pelayanan KB.

- e. Untuk mendapatkan kesehatan emosi.
- f. Memperlancar pembentukan air susu ibu (ASI).
- g. Mengajarkan ibu untuk melaksanakan perawatan mandiri sampai masa nifas selesai dan memelihara bayi dengan baik, sehingga bayi dapat mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang normal.

3. Perubahan fisiologis nifas

a. Tanda vital

Semua tanda vital harus di monitor dengan hati-hati sehingga dapat melihat status kesehatan klien. Khususnya untuk tekanan darah, setiap 15 menit pada 1 jam pertama, setelah kelahiran. Apabila stabil, biasanya diulang 30 menit pada jam kedua. Selanjutnya, 1 jam sekali selama 4 jam. Pengukuran tanda – tanda vital setiap 8 jam sampai dengan pulang.

b. Tekanan darah

Tekanan darah meningkat pada persalinan 15 mmHg sistole dan 10 mmHg diastole. Biasanya setelah bersalin tidak berubah (normal), kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsi pada masa postpartum.

c. Suhu Badan

d. Satu hari (24 jam) postpartum suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan (dehidrasi) dan kelelahan karena adanya bendungan vaskuler dan limfatik. Apabila keadaan normal suhu badan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena adanya pembentukan ASI, payudara menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI. Bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium, mastitis, tractus genitalis atau sistem lain (Nurjanah, et al, 2013).

e. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa antara 60-80 kali per menit atau 50-70 kali per menit. Sesudah melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum (Nurjanah, et al, 2013).

f. Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran napas contohnya penyakit asma. Bila pernapasan pada masa postpartum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok (Nurjanah, et al, 2013).

g. Sistem Kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Bila kelahiran melalui *sectio caesare*, maka kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah (*blood volume*) dan hematokrit (*haemoconcentration*). Bila persalinan pervaginam, hematokrit akan naik dan pada *sectio caesarea*, hematokrit cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat segera setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke *placenta* yang mengakibatkan beban jantung meningkat yang dapat diatasi dengan haemokonsentrasi sampai volume darah kembali normal, dan pembuluh darah kembali ke ukuran semula (Nurjanah, et al, 2013).

h. Sistem Endokrin

Beberapa hormon hanya memengaruhi 1 atau 2 organ, sedangkan hormon yang lainnya memengaruhi seluruh tubuh. Misalnya, TSH dihasilkan oleh kelenjar hipofisa dan hanya memengaruhi kelenjar tiroid. Hormon tiroid dihasilkan oleh kelenjar tiroid, tetapi hormon ini memengaruhi sel-sel di seluruh tubuh. Insulin dihasilkan oleh sel-sel pulau pankreas dan memengaruhi metabolisme gula, protein serta lemak di seluruh tubuh.

Selama kehamilan, plasenta juga bertindak sebagai suatu kelenjar endokrin. Hipotalamus melepaskan sejumlah hormon yang merangsang hipofisa, beberapa diantaranya memicu pelepasan hormon hipofisa dan yang lainnya menekan pelepasan hormon hipofisa. Kelenjar hipofisa

kadang disebut kelenjar penguasa karena hipofisa mengkoordinasikan berbagai fungsi dari kelenjar endokrin lainnya (Nurjanah, et al, 2013).

i. Gastrointestinal

1) Nafsu Makan

Ibu biasanya merasa lapar segera setelah melahirkan, sehingga dapat mengonsumsi makanan ringan. Ibu sering kali sepat lapar setelah melahirkan dan siap makan pada 1-2 jam posprimordial dan dapat ditoleransi dengan diet yang ringan. Setelah benar-benar pulih dari efek analgesia, anestesia dan keletihan, kebanyakan ibu merasa sangat lapar. Seringkali untuk pemulihan nafsu makan, diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal.

2) Motilitas

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

3) Pengosongan Usus

Buang air besar secara spontan bisa tertunda selama dua sampai tiga hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini disebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada awal masa pasca partu,, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang

makan atau dehidrasi. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu yang berangsur-angsur untuk kembali normal.

j. Sistem Muskuluskeletal

Adaptasi sistem muskuloskeletal ibu yang terjadi selama masa hamil berlangsung secara terbalik pada masa pasca partum. Stabilisasi sendi lengkappada minggu ke-6 sampai minggu ke-8 setelah wanita melahirkan. Setelah persalinan, dinding perut longgar karena diregang begitu lama, tetapi biasanya pulih kembali dalam 6-8 minggu. Sedangkan kulit abdomen yang melebar selama masa kehamilan tampak melonggar dan mengendur sampai berminggu-minggu atau bahkan berbulan-bulan yang dinamakan striae. Melalui latihan postnatal, otot-otot dari dinding abdomen seharusnya dapat normal kembali dalam beberapa minggu (Nurjanah, et al, 2013).

k. Sistem Urinaria (perkemihan)

Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen akan menurun, hilangnya peningkatan tekanan vena pada tingkat bawah dan hilangnya peningkatan volume darah akibat kehamilan, hal ini merupakan mekanisme tubuh untuk mengatasi kelebihan cairan. Keadaan ini disebut dengan diuresis pasca partum. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam waktu 6 minggu. Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah urine menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama masa pasca partum. Pengeluaran kelebihan cairan yang tertimbun selama hamil kadang-kadang disebut kebalikan metabolisme air pada masa hamil (*reversal of the water of pregnancy*) (Nurjanah, et al, 2013).

1. Sistem Reproduksi

1) Uterus

Tabel 2.1 Perubahan uterus selama masa nifas

Involusi Uterus	Tinggi fundus uteri	Berat uterus	Diameter uterus	Palpasi cervik
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut / lunak
7 hari (1 minggu)	Pertengahan antara pusat symphysis	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

Sumber: Setyo dan Sri, 2011.

Dengan involusi uterus ini, maka lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik (mati/layu). Decidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan, suatu campuran antara darah dan cairan yang disebut lochea, yang biasanya berwarna merah muda atau putih pucat.

2) Lochea

Pengeluaran lochea ini biasanya berakhir dalam waktu 3 sampai 6 minggu. Lochea adalah eksresi cairan rahim selama nifas. Volume total lochea bervariasi pada setiap wanita, tapi diperkirakan berjumlah 500 ml (240-270 ml). Selama respons terhadap isapan bayi menyebabkan uterus berkontraksi sehingga semakin banyak lochea yang terobservasi. Adapun macam-macam lochea antara lain : (Nurjanah, et al, 2013)

- a) Lochea rubra (*Cruenta*), berwarna merah tua berisi darah dari perobekan/luka pada plasenta dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua dan korion, verniks kaseosa, lanugo, sisa darah dan mekonium, selama 3 hari postpartum.
- b) Lochea Sanguinolenta, berwarna kecoklatan berisi darah dan lendir, hari 4-7 postpartum.
- c) Lochea Serosa, berwarna kuning, berisi cairan lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, pada hari ke 7-14 postpartum.
- d) Lochea Alba, cairan putih berisi leukosit, berisi selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati setelah 2 minggu sampai 6 minggu postpartum.
- e) Lochea Purulenta, terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- f) Lochea Stasis, lochea tidak lancar keluaranya atau tertahan.

3) Payudara

Laktasi dapat diartikan dengan pembentukan dan pengeluaran air susu ibu (ASI), yang merupakan makanan pokok terbaik bagi bayi yang bersifat alamiah. Bagi setiap ibu yang melahirkan akan tersedia makanan bagi bayinya dan bagi si anak akan merasa puas dalam pelukan ibunya, merasa aman, tenteram, hangat akan kasih sayang ibunya. Produksi ASI masih sangat dipengaruhi oleh faktor kejiwaan, ini yang selalu dalam keadaan tertekan, sedih, kurang percaya diri dan

berbagai ketegangan emosional akan menurunkan volume ASI bahkan tidak terjadi produksi ASI. Untuk memproduksi ASI yang baik harus dalam keadaan tenang (Nurjanah, et al, 2013). Ada 2 refleks yang sangat dipengaruhi oleh keadaan jiwa ibu, yaitu : (Nurjanah, et al, 2013)

a) *Refleks Prolaktin*

Menjelang akhir kehamilan, terutama hormon prolaktin memegang peranan untuk membuat kolostrum, namun jumlah kolostrum terbatas, karena aktivitas prolaktin dihambat oleh estrogen dan progesteron yang kadarnya masih tinggi. Setelah persalinan dan lepasnya plasenta serta kurang berfungsinya korpus luteum, maka estrogen dan progesteron sangat berkurang, ditambah lagi dengan adanya isapan bayi yang merangsang puting susu dan payudara, akan merangsang ujung-ujung saraf sensoris yang berfungsi sebagai reseptor mekanik. Kadar prolaktin pada ibu yang menyusui akan menjadi normal 3 bulan setelah melahirkan sampai penyapihan anak dan pada saat tersebut tidak akan ada peningkatan prolaktin walaupun ada isapan bayi, namun pengeluaran air susu tetap berlangsung (Nurjanah, et al, 2013).

b) *Refleks Oksitosin (Let Down)*

Refleks ini mengakibatkan memancarnya ASI keluar, isapan bayi akan merangsang puting susu dan areola yang dikirim lobus posterior melalui nervus vagus, dari glandula pituitary posterior dikeluarkan hormon oxytosin ke dalam peredaran darah yang menyebabkan adanya

kontraksi otot-otot myoepitel dari saluran air susu, karena adanya kontraksi ini maka ASI akan terperas ke arah ampulla (Nurjanah, et al, 2013). Perubahan payudara dapat meliputi : (Nurjanah, et al, 2013)

- (1) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan.
- (2) Kolostrum sudah ada saat persalinan, produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan.
- (3) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.
- 4) Perawatan Payudara

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Zamzara, ernawati, dan Susanti, menunjukkan bahwa adanya pengaruh pijat oksitosin terhadap waktupengeluaran kolostrum pada ibu *postpartum sectio caesar* (Jurnal Ilmiah Kesehatan, 2015).

Menstimulasi refleks oksitosin penting dalam menyusui atau memberikan ASI sebelum ASI diperah atau menggunakan pompa. Refleks oksitosin membuat aliran ASI dari payudara menjadi lancar, sehingga menyusui semakin lancar dan mengurangi bendungan saluran ASI. Faktor yang dapat meningkatkan refleks oksitosin adalah melihat bayi, mendengar suara bayi, mencium bayi, serta memikirkan untuk menyusui, sedangkan hal yang menghambat diantaranya adalah stres karena takut atau cemas (Astuti S, et al, 2015).

a) Tujuan Perawatan Payudara:

1. Memperlancar sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya saluran susu sehingga memperlancar pengeluaran ASI dengan cara menjaga agar payudara senantiasa bersih dan terawat (putting susu) karena saat menyusui payudara ibu akan kontak langsung dengan mulut bayi.
2. Menghindari putting susu yang sakit dan infeksi payudara, serta menjaga keindahan bentuk payudara. (Astuti Y. Reni, 2014)

b) Waktu Perawatan Payudara

Perawatan payudara tidak hanya dilakukan pada saat hamil saja yaitu sejak kehamilan tujuh bulan, tetapi juga dilakukan setelah melahirkan. Perawatan payudara hendaknya dimulai sedini mungkin yaitu 1-2 hari setelah bayi lahir dan dilakukan dua kali sehari sebelum mandi. Prinsip perawatan payudara adalah sebagai berikut: (Nurjanah, et al, 2013)

- (1) Menjaga payudara tetap bersih dan kering.
- (2) Menggunakan bra/ BH yang menyokong payudara.
- (3) Bila puting susu lecet, oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui. Kegiatan menyusui tetap dilakukan mulai dari puting susu yang tidak lecet.

- (4) Bila lecet sangat berat, dapat diistirahatkan selama 24 jam. ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan sendok.
- (5) Untuk menghilangkan nyeri, dapat minum paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam.
- (6) Apabila payudara bengkak akibat bendungan ASI, lakukan :
- (7) Pengompresan payudara menggunakan kain basah dan hangat selama 5 menit.
- (8) Lakukan pengurutan payudara dari arah pangkal menuju puting atau gunakan sisir untuk mengurut payudara dengan arah “Z” menuju puting.
- (9) Keluarkan ASI sebagian dari bagian depan payudara, sehingga puting susu menjadi lunak.
- (10) Susukan bayi setiap 2-3 jam sekali. Apabila tidak dapat menghisap, seluruh ASI dikeluarkan dengan tangan.
- (11) Letakkan kain dingin pada payudara setelah menyusui.
- (12) Payudara dikeringkan.

5) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan membuka seperti corong. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh

pembuluh darah. Beberapa hari setelah persalinan, ostium externum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggir-pinggirnya tidak rata tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan. Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh 1 jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari canalis cervikallis. Walaupun begitu, setelah involusi selesai, ostium externum tidak serupadengan keadaannya dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya. Oleh robekan ke samping ini terbentuk bibir depan dan bibir belakang pada serviks (Nurjanah, et al, 2013).

6) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi menonjol.

Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. 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 (Nurjanah, et al, 2013).

7) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada postnatal hari ke-5,

perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan. Tipe penurunan tonus otot dan motilitas traktus intestinal berlangsung hanya beberapa waktu setelah persalinan. Penggunaan analgetik dan anestesi yang berlebihan dapat memperlambat pemulihan kontraksi dan motilitas otot (Nurjanah, et al, 2013).

4. Adaptasi psikologi ibu post partum

Fase adaptasi menurut rubin:

a. *Taking in* (Fokus pada Diri Sendiri)

Masa ini terjadi 1-3 hari pasca-persalinan, ibu yang baru akan melahirkan bersikap pasif dan sangat tergantung pada dirinya (trauma), segala energinya difokuskan pada kekhawatiran tentang badannya. Dia akan bercerita tentang persalinannya secara berulang-ulang. Oleh karena itu, kondisi ini perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik. Pada fase ini, perlu diperhatikan pemberian ekstra makanan untuk proses pemulihannya, di samping nafsu makan ibu yang memang sedang meningkat.

b. *Taking on* (Fokus pada Bayi)

Masa ini terjadi 3-10 hari pasca-persalinan, ibu menjadi khawatir akan kemampuannya merawat bayi dan menerima tanggung jawabnya sebagai ibu dalam merawat bayinya. Selain itu, perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-

hati. Oleh karena itu, ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri.

c. *Letting go* (interdependent phase)

Masa ini biasanya terjadi bila ibu sudah pulang dari RS dan melibatkan keluarga. Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu mengambil langsung tanggung jawab dalam merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan tuntutan ketergantungan bayinya dan terhadap interaksi sosial. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

2.1.7 Perawatan Masa Nifas pada Sectio Caesarea

Pada Ibu Post Seksio Sesaria (SC) Setelah pasca operasi, ada hal - hal yang perlu diperhatikan karena pada tahap ini ibu sangat rentang terhadap infeksi akibat perlukaan karena persalinan. Dengan memberikan perawatan dan pemantauan khusus pada ibu pasca operasi maka kemungkinan terjadinya infeksi pada klien lebih rendah.

a. Perawatan Luka Sectio Caesarea

Pembalut luka diganti dan dibersihkan setiap hari dan luka yang mengalami komplikasi seperti hanya sebagian luka yang sembuh sedangkan sebagian

mengalami infeksi dengan eksudat atau luka terbuka seluruhnya memerlukan perawatan khusus bahkan memerlukan reinfeksi (Novita, 2010).

Berikut ketentuan membersihkan luka post operasi sectio caesar :

1. Setiap satu minggu kasa harus dibuka
2. Bersihkan jika keluar darah dan langsung ganti kasa.
3. Jaga luka agar tidak lembab.
4. Menjaga kebersihan.
5. Gunakan bahan plastik atau pembalut yang kedap air (Opset).

b. Nutrisi Masa Nifas

Kebutuhan gizi pada masa nifas meningkat 25 % dari kebutuhan biasa karena berguna untuk proses kesembuhan sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup (Sulistiyawati, 2009). Makanan yang dikonsumsi harus bermutu tinggi dan cukup kalori, cukup protein, banyak cairan serta banyak buah-buahan dan sayuran karena si ibu ini mengalami hemokonsentrasi.

Ibu post sectio casarea harus menghindari makanan dan minuman yang mengandung bahan kimia, pedas dan menimbulkan gas karena gas perut kadang-kadang menimbulkan masalah sesudah sectio caesare. Jika ada gas dalam perut, ibu akan merasakan nyeri yang menusuk. Gerak fisik dan bangun dari tempat tidur, pernapasan dalam, dan bergoyang di kursi dapat membantu mencegah dan menghilangkan gas (Simkin dkk, 2009).

c. Ambulasi Dini

Pasien sectio caesarea biasanya mulai ambulasi 24-36 jam sesudah melahirkan. Jika pasien menjalani analgesia epidural, pemulihan sensibilitas yang total harus dibuktikan dahulu sebelum ambulasi dimulai. Selanjutnya secara berturut-turut, hari demi hari ibu yang sudah melahirkan dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai 5 hari setelah operasi (Nurjanah, et al, 2013).

d. Defekasi

Fungsi gastrointestinal pada pasien obstetrik yang tindakannya tidak terlalu berat akan kembali normal dalam waktu 12 jam. Buang air besar secara spontan biasanya tertunda selama 2-3 hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini disebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada masa pasca partum, dehidrasi, kurang makan dan efek anestesi.

e. Perawatan Perineum

Perawatan khusus perineum bagi wanita setelah melahirkan bayi bertujuan untuk pencegahan terjadinya infeksi, mengurangi rasa tidak nyaman dan meningkatkan penyembuhan. Setelah ibu mampu mandi sendiri, biasanya daerah perineum dicuci sendiri dengan menggunakan air dalam botol atau wadah lain yang disediakan secara khusus. Perawatan perineum dapat dilakukan dengan cara perineum dibersihkan dengan sabun yang minimal sekali sehari.

f. Miksi

Berkemih hendaknya dapat dilakukan ibu nifas sendiri dengan secepatnya. Sensasi kandung kencing mungkin dilumpuhkan dengan analgesia spinal dan pengosongan kandung kencing terganggu selama beberapa jam setelah persalinan akibatnya distensi kandung kencing sering merupakan komplikasi masa nifas. Pemakaian kateter dibutuhkan pada prosedur bedah. Semakin cepat melepas kateter akan lebih baik mencegah kemungkinan infeksi dan ibu semakin cepat melakukan mobilisasi. Kemampuan mengosongkan kandung kemih harus dipantau seperti pada kelahiran sebelum terjadi distensi yang berlebihan (Nurjanah, et al, 2013).

g. Kebersihan Diri

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan kesejahteraan ibu. Pada hari ketiga setelah operasi, ibu sudah dapat mandi tanpa membahayakan luka operasi. Payudara harus diperhatikan pada saat mandi.

2.1.8 Manajemen Laktasi

1. Definisi Laktasi

Menyusui atau laktasi merupakan komponen dari proses reproduksi, yang dimulai dari hasil konsepsi, kehamilan, persalinan, menyusui, dan penyapihan Air Susu Ibu (ASI) adalah makanan alamiah bagi bayi karena

komposisinya berubah sesuai dengan kebutuhan bayi (Chris Tanto, et al, 2014).

2. Manfaat Pemberian ASI

a. Manfaat ASI untuk bayi

ASI mengurangi resiko infeksi lambung usus, samentelit dan alergi, ASI memiliki kekebalan lebih tinggi terhadap penyakit, ASI adalah makanan terbaik untuk diberikan karena sangat mudah dicerna dan bayi akan lebih cepat sembuh, penyakit akan lebih jarang muncul pada bayi yang diberikan ASI, ASI membuat bayi berkembang dengan baik pada 6 bulan pertama bahkan pada usia lebih dari 6 bulan.

b. Manfaat ASI untuk ibu

Hisapan bayi membantu Rahim mengecil atau berkontraksi, mempercepat kondisi ibu untuk kembali ke massa prakehamilan dan mengurangi resiko perdarahan, lebih praktis, lebih hemat dan tidak akan basi.

3. Stadium Laktasi

Perubahan kolostrum menjadi air susu yang matur berlangsung bertahap selama 14 hari pertama kehidupan bayi. Keadaan tersebut bervariasi karena berkaitan dengan berbagai factor, pengaktifan jaringan glandula mammae, keefektifan bayi belajar menghisap. ASI adalah suatu emulsi lemak dalam larutan protein, lactose, dan garam-garam organik yang disekresi oleh kedua belah kelenjar payudara ibu sebagai makanan tambahan utama bagi bayi:

a. Kolostrum

Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali keluar disekresi oleh kelenjar payudara mengandung tissue debris dan residual material yang terdapat dalam alveoli dan duktus dari kelenjar payudara dari hari 1-4.

b. Air Susu Transisi/peralihan

Merupakan ASI peralihan dari kolostrum sampai menjadi ASI yang matur yang disekresi pada hari ke empat sampai hari ke sepuluh masa laktasi, tetapi ada pula yang berpendapat bahwa ASI matur baru timbul minggu ketiga sampai minggu kelima.

c. Air susu matur

Merupakan ASI yang disekresi pada hari ke-10 dan seterusnya , komposisi relative konstan (adapula yang menyatakan bahwa komposisi ASI relative kontstan baru mulai minggu ke-3 sampai minggu ke-5).

4. Komposisi Gizi dalam ASI

a. Protein

ASI mengandung protein lebih rendah dari Air susu sapi, tetapi protein ASI ini mempunyai nilai nutrisi yang tinggi (lebih mudah dicerna) karena mengandung asam amino, kadar methionine dalam ASI lebih rendah, kadar tirosin dan fenilalanin pada ASI rendah, kadar poliamin dan nukleotid lebih tinggi.

b. Karbohidrat

ASI mengandung karbohidrat relative lebih tinggi jika dibandingkan dengan susu sapi.

c. Lemak

Keadaan lemak dalam ASI merupakan sumber kalori yang utama bagi bayi dan sumber vitamin yang larut dalam lemak (A, D, E dan K) dan sumber asam lemak yang esensial.

d. Mineral

ASI mengandung mineral yang lengkap. Walaupun kadarnya relative lebih rendah tetapi cukup untuk bayi sampai umur 6 bulan.

e. Air

Kira-kira 88 % dari ASI terdiri dari air. Air ini berguna untuk melarutkan zat-zat yang terdapat didalamnya.

f. Vitamin

Vitamin dalam ASI dapat dikatakan lengkap. Vitamin A, D dan C cukup, sedangkan golongan vitamin B cukup untuk 6 bulan, kecuali riboflavin dan asam pentothematik serta vitamin K karena bayi baru lahir ususnya belum mampu membentuk vitamin.

g. Kalori

Kalori dari ASI relative hanya 77 kalori/100 ml ASI

5. Upaya Memperbanyak ASI

Menurut Ambarwati, R (2010), upaya-upaya untuk memperbanyak ASI adalah:

- a. Pemberian ASI segera 30 menit pertama setelah bayi lahir.

- b. Meneteki bayi sering, siang dan malam, setiap waktu sampai bayi tidak mau menetek.
- c. Meneteki payudara kiri dan kanan secara bergantian
- d. Berikan ASI dari satu payudara sampai kosong sebelum pindah ke payudara lain.
- e. Jika bayi telah tidur selama 3 jam, bangunkan dan langsung teteki.
- f. Cara menyusui yang benar sangat penting sekali dalam upaya memperbanyak ASI
- g. Dukungan psikologis dari keluarga dan sekitarnya akan sangat berpengaruh. Hal-hal yang mempengaruhi produksi ASI :
 - 1) Makanan
 - 2) Ketenangan jiwa dan pikiran
 - 3) Penggunaan alat kontrasepsi
 - 4) Factor isapan dan frekuensi menyusui
 - 5) Factor obat-obatan
 - 6) Umur kehamilan saat melahirkan
 - 7) Komsumsi rokok
 - 8) Alcohol
 - 9) Stress dan penyakit akut

6. ASI Eksklusif

ASI eksklusif harus diberikan dalam 6 bulan pertama, dengan demikian bayi akan mencapai tumbuh kembang yang optimal. WHO/UNICEF merekomendasikan empat hal yang harus diperhatikan dalam mencapai tumbuh

kembang yang optimal yaitu pemberian ASI segera dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir, pemberian ASI eksklusif, pemberian MP-ASI sejak bayi berusia 6-24 bulan serta meneruskan pemberian ASI sampai 24 bulan. (Depkes, 2011). ASI eksklusif diberikan pada bayi sejak lahir sampai usia 6 bulan sangat penting karena ASI adalah satu-satunya makanan dan minuman terbaik untuk bayi. Komposisinya tepat untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi, melindungi dari berbagai penyakit, infeksi, mempererat hubungan batin ibu dan bayi sehingga bayi akan lebih sehat dan cerdas.

7. Cara Merawat Payudara

Menurut Jurnal Kebidanan oleh Wijayanti & Setiyaningsih (2016), efektifitas *breast care* (perawatan payudara) post partum terhadap produksi ASI menunjukkan bahwa produksi ASI pada ibu post partum dengan *breast care* sebagian besar lancar sebanyak 77,8% dan hanya 22,2% yang produksi ASInya kurang lancar. Sedangkan untuk produksi ASI pada ibu post partum tanpa *breast care* sebagian besar dalam kategori tidak lancar sebanyak 61,1% dan 38,9% produksi ASInya lancar.

Berdasarkan jurnal ilmu-ilmu kesehatan oleh Meilirianta et al (2014), frekuensi kelancaran ASI saat dilakukan perawatan payudara 1-2 kali per hari menunjukkan bahwa 67 % mengalami ekskresi ASI lancar, 20 % kurang lancar, dan 13 % tidak lancar. Sedangkan frekuensi kelancaran ekskresi ASI saat dilakukan perawatan payudara <1 kali per hari menunjukkan 6 % ekskresi ASI lancar, 27 % kurang lancar dan 67 % tidak lancar. Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam melaksanakan perawatan payudara *breast care* pasca persalinan, yaitu :

- a. Puting susu dikompres dengan kapas minyak selama 3-4 menit, kemudian dibersihkan dengan kapas minyak tadi.
- b. Pengenyalan, yaitu puting susu dipegang dengan ibu jari dan telunjuk, diputar kedalam sebanyak 5-10 kali dan diputar keluar sebanyak 5-10 kali.
- c. Pengurutan payudara yang terdiri dari pengurutan pertama , kedua, ketiga, dan keempat.

Pengurutan pertama:

- 1) Licinkan telapak tangan dengan menggunakan sedikit minyak/baby oil
- 2) Letakkan kedua tangan diantara kedua payudara menghadap kebawah . mulai dari tengah telapak tangan melingkari payudara dari bagian tengah ke arah atas, kesamping kanan kiri selanjutnya menuju ke arah bawah lalu ke arah atas dan angkat. Kemudian, lepaskan tangan dengan cepat ke arah depan sehingga tangan menyangga payudara.
- 3) Lakukan sebanyak 20 kali selama 5 menit

Pengurutan kedua:

- 1) Gunakan kembali baby oil untuk melicinkan telapak tangan
- 2) Topang payudara kiri oleh telapak tangan kiri dan jari-jari tangan kanan saling dirapatkan, lalu buat gerakan memutar dengan dua atau tiga jari tangan kanan sambil menekan mulai dari pangkal payudara dan berakhir pada puting susu

- 3) Lakukan hal yang sama pada payudara kanan dengan gerakan yang sama

Pengurutan ketiga:

- 1) Licinkan telapak tangan dengan baby oil
- 2) Topang payudara kiri dengan telapak tangan kiri
- 3) Kepalkan jari-jari tangan kanan seperti menggenggam, kemudian dengan buku-buku jari (tulang kepalan), tangan kanan mengurut payudara kiri dari pangkal ke arah puting susu. Untuk payudara kanan, lakukan gerakan yang sama.
- 4) Lakukan sebanyak 20 kali selama 5 menit

Pengurutan keempat:

- 1) Berikan rangsangan payudara dengan menggunakan air hangat dan dingin.
- 2) Kompres payudara dengan air hangat terlebih dahulu, kemudian lanjutkan dengan air dingin. Lakukan secara bergantian selama 5 menit
- 3) Bersihkan dan keringkan payudara. Kenakan bra yang menyangga payudara.

8. Masalah Dalam Pemberian ASI

a. Payudara bengkak

Umumnya terjadi pada beberapa hari pertama menyusui karena ASI belum keluar dengan lancar.

b. Puting susu lecet

Lecet pada puting susu biasa terjadi karena posisi menyusui yang kurang tepat dan karena alasan lainnya.

c. Radang Payudara atau Mastitis

Jika terdapat gejala payudara bengkak, panas, kemerahan, dan disertai demam tubuh, segera konsultasikan pada dokter. Ini bisa jadi merupakan radang akibat infeksi bakteri yang menyebabkan pembengkakan payudara.

2.2 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS

2.2.1 Pengkajian

Adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Nursalam, 2009). Meliputi nama, umur, ras/suku, gravida/para, alamat dan nomor telepon, agama, status perkawinan, pekerjaan dan tanggal anamnesa (Chapman & Cathy, 2013).

1. Identitas Penanggung Jawab

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, alamat dan hubungan dengan klien.

2. Alasan Datang

Alasan wanita datang ke tempat Bidan/Klinik, yang diungkapkan dengan kata-kata sendiri (Chapman & Cathy, 2013).

3. Riwayat Kesehatan (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010)

a. Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

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

b. Keluhan Utama Saat Dikaji

Keluhan utama saat dikaji uraikan dalam bentuk PQRST :

P: Paliatif/Propokatif

Yaitu segala sesuatu yang memperberat dan memperingan keluhan. Pada post partum dengan SC biasanya klien mengeluh nyeri dirasakan bertambah apabila pasien banyak bergerak dan dirasakan berkurang apabila klien istirahat.

Q: Quality/Quantity

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

R: Region/Radiasi

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

S: Severity, Skale

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

T: Timing

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

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Meliputi apakah klien pernah masuk rumah sakit dan pernah mengalami riwayat pembedahan (Chapman & Cathy, 2013).

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Apakah keluarga memiliki riwayat penyakit keturunan seperti Diabetes, Hipertensi, Penyakit Jantung, dan sebagainya ataupun mmiliki penyakit menular seperti TB (Tuberkulosis) (Chapman & Cathy, 2013).

4. Riwayat Ginekologi dan Obstetri

a. Riwayat ginekologi

1) Riwayat menstruasi

Umur menarche, frekuensi jarak atau siklus, jumlah darah keluar, karakteristik darah, HPHT, dismenorea penggunaan produk sanitari (misal celana dalam dan pembalut) (Chapman & Cathy, 2013).

2) Riwayat Perkawinan

Nikah atau tidak, berapa kali nikah, berapa lama nikah (Chapman & Cathy, 2013).

3) Riwayat Keluarga Berencana

Pola hidup seksual, frekuensi berhubungan, kelainan dan masalah seksual, dan lain – lain (Chapman & Cathy, 2013).

b. Riwayat Obstetri

1) Riwayat Kehamilan Dahulu

Tanggal terminasi, usia gestasi, tempat lahir, bentuk persalinan, masalah obstetri, jalannya persalinan yang lampau (Chapman & Cathy, 2013).

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 pemeriksaan kehamilannya (Sulistyawati, 2009).

3) Riwayat Persalinan Dahulu

Meliputi umur kehamilan, tanggal partus, jenis partus, tempat persalinan, berat badan anak waktu lahir, masalah yang terjadi dan keadaan anak (Sulistyawati, 2009).

4) Riwayat Persalinan Sekarang

Merupakan persalinan yang keberapa bagi klien, tanggal melahirkan, jenis persalinan, lamanya persalinan, banyaknya perdarahan, jenis kelamin anak, berat badan dan APGAR score dalam 1 menit pertama dan 5 menit pertama. (Sulistyawati, 2009).

5) Riwayat Nifas Dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya (Sulistyawati, 2009).

6) Riwayat Nifas Sekarang

Meliputi tentang adanya perdarahan, jumlah darah biasanya banyak, kontraksi uterus, konsistensi uterus biasanya keras seperti papan, tinggi fundus uteri setinggi pusat (Sulistyawati, 2009).

5. Pola aktivitas sehari-hari, di rumah dan di rumah sakit
(Sulistyawati, 2009)

a. Pola nutrisi

Mencangkup makan: frekuensi, jumlah, jenis makanan yang disukai, porsi makan, pantangan, riwayat alergi terhadap makanan dan minuman: jumlah, jenis minuman dan frekuensi. Pada ibu *post sectio sesarea* akan terjadi penurunan dalam pola makan dan akan merasa mual karena efek dari anestesi yang masih ada dan bisa juga dari faktor nyeri akibat seksio sesarea.

b. Pola eliminasi

Mencangkup kebiasaan BAB: frekuensi, warna, konsistensi dan keluhan. BAK: frekuensi, jumlah, warna, dan keluhan. Biasanya terjadi penurunan karena faktor psikologis dari ibu yang masih merasa trauma, dan otot-otot masih berelaksasi. Defekasi spontan mungkin baru terjadi setelah 2-3 hari post partum. Pergerakan usus yang biasa dan teratur kembali setelah tonus usus kembali. Dibutuhkan 2-8 minggu sampai hipotonus dan dilatasi uterus dan pelvis ginjal yang terjadi karena kehamilan kembali seperti sebelum hamil.

c. Pola istirahat dan tidur

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

d. Personal hygiene

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

e. Aktifitas dan latihan

Merupakan kegiatan dalam pekerjaan dan aktivitas klien sehari-hari serta kegiatan waktu luang saat sebelum melahirkan dan saat di rawat di rumah sakit.

6. Pemeriksaan Fisik

a. Pemeriksaan fisik ibu (Sulistyawati, 2009 dan Mansyur & Dahlan, 2014)

1) Keadaan umum

Meliputi tingkat kesadaran dan penampilan, berat badan, tinggi badan. Pada klien dengan post partum dengan SC biasanya kesadaran composmentis (kesadaran maksimal), dan penampilan tampak baik dan terkadang sedikit pucat.

2) Tanda-tanda vital

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

3) Antropometri

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

4) Pemeriksaan fisik ibu

a) Kepala

Perhatikan bentuk, distribusi rambut, bersih, warna rambut, adanya nyeri tekan dan lesi.

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, fungsi penglihatan.

d) Telinga

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

e) Hidung

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

f) Mulut

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

g) Leher

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

h) Dada

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

i) Abdomen

Pada hari pertama, tinggi fundus uteri kira-kira 1 jari dibawah pusat. Perhatikan adanya linea nigra masih terlihat, serta ada tidaknya hematoma dan infeksi sekitar luka insisi seksio sesarea.

j) Punggung dan bokong

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

k) Genetalia

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

l) Anus

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

m) Ekstremitas

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

5) Pemeriksaan Fisik Bayi

a) Keadaan umum

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

b) Antropometri

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

7. Data Psikologis

Pada hari pertama sampai kedua merupakan fase ibu lebih mudah tersinggung, untuk itu perlu dipahami dengan menjaga pesan ibu dan menjaga komunikasi dengan baik (Anik Maryunani, 2015).

8. Pemeriksaan Penunjang (Nurarif, 2015)

a. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin

b. Pemantauan EKG

c. JDL dengan diferensial

d. Pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, elektrolit

e. Golongan darah

f. Urinalisis

g. Ultrasonografi

9. Analisa Data

Setelah melakukan pengkajian keperawatan, perawat melanjutkan dengan menganalisa sehingga dapat menentukan masalah keperawatan klien (Suryani & Anik, 2015). Menurut teori Sulistyawati (2009), langkah awal dari perumusan diagnosa atau masalah adalah pengolahan data dan analisa data dengan menggabungkan data satu dengan yang lainnya sehingga tergambar fakta.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut teori Diagnosa Medis dan NANDA (*North American Nursing diagnosis Association*) 2015, diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu post partum seksio sesarea yaitu: (Nurarif & Kusmana, 2015).

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi ibu postpartum.
3. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui
4. Gangguan eliminasi urine
5. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan
6. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko : Episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan

7. Defisit perawatan diri : mandi atau kebersihan diri, makan toileting berhubungan dengan kelelahan postpartum.
8. Konstipasi
9. Resiko syok (hipovolemik)
10. Resiko pendarahan
11. Defisit pengetahuan : perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.

2.2.3 Rencana Keperawatan

Menurut *North American Nursing diagnosis Association 2015*

Rencana Keperawatan pada diagnosa yang mungkin muncul dengan seksio sesarea adalah (Nurarif, 2015) :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi).

Tabel 2.1 Intervensi Nyeri Akut

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	intervensi	rasional
Definisi : Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the study of Pain): awitan	NOC 1. Pain level 2. Pain control 3. Comfort level Kriteria hasil: 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)	NOC Pain manageme nt 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi karakteristik, durasi, frekuensi,	1. Nyeri merupakan subjektif. Pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektivitas modifikasi dan kemajuan penyembuhan, perubahan karakteristik nyeri dapat mengindikasikan pembentukan abses atau peritonitis memerlukan evaluasi

<p>yang tiba-tiba atau lambat dan intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan.</p>	<p>2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan teknik manajemen nyeri</p>	<p>kualitas dan faktor presipitasi.</p>	<p>dan intervensi medis yang tepat dan cepat.</p>
<p>Karakteristik:</p>	<p>3. Mampu mengenali nyeri (skal, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</p>	<p>2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan</p> <p>3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien</p>	<p>2. Isyarat non verbal dapat atau tidak dapat mendukung intensitas nyeri klien, tetapi mungkin merupakan satu-satunya indikator jika klien tidak dapat menyatakannya secara verbal.</p>
<p>1. Perubahan selera makan</p>	<p>4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p>	<p>4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</p>	<p>3. Meningkatkan relaksasi dan dapat meningkatkan kemampuan koping klien dengan memfokuskan kembali perhatian</p>
<p>2. Perubahan tekanan darah</p>		<p>5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau</p>	<p>4. menurunkan laju metabolik dan iritasi usus dari toksin lokal dan bersirkulasi, yang membantu dalam meredakan nyeri dan meningkatkan penyembuhan, nyeri biasanya hebat dan memerlukan pengendalian nyeri opioid.</p>
<p>3. Perubahan frekwensi jantung</p>		<p>6. Evaluasi bersama klien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau.</p>	<p>5. perubahan pada lokasi atau intensitas bukan tidak lazim terjadi, tetapi dapat mencerminkan perkembangan komplikasi. Nyeri cenderung menjadi konstan dan berdifusi ke seluruh abdomen seiring percepatan proses inflamasi, nyeri dapat terlokalisasi jika abses terbentuk.</p>
<p>4. Perubahan frekwensi pernapasan</p>		<p>7. Bantu klien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</p>	
<p>5. Laporan isyarat</p>		<p>8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.</p>	
<p>6. Diaforesis</p>		<p>9. Kurangi faktor presipitasi nyeri.</p>	
<p>7. Perilaku distraksi (mis,berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang)</p>		<p>10. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi.</p>	
<p>8. Mengekspresikan perilaku (mis, gelisah, merengek, menangis)</p>		<p>11. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi dan interpersonal)</p>	
<p>9. Masker wajah (mis, mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus meringis)</p>		<p>12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi</p>	
<p>10. Sikap melindungi area nyeri</p>		<p>13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</p>	
<p>11. Fokus menyempit (mis,</p>		<p>14. Evaluasi</p>	

<p>gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan</p>	<p>keefektifan kontrol nyeri.</p>
<p>1. Indikasi nyeri yang dapat diamati</p>	<p>15. Tingkatkan istirahat.</p>
<p>2. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri</p>	<p>16. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil.</p>
<p>3. Sikap tubuh melindungi</p>	<p>17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri.</p>
<p>4. Dilatasi pupil</p>	<p>Analgesic Adminitrasi</p>
<p>5. Melaporkan nyeri secara verbal</p>	<p>18. Tentukan lokasi, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat.</p>
<p>6. Gangguan tidur</p>	<p>19. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi.</p>
<p>Faktor yang Berhubungan :</p>	<p>20. Cek riwayat alergi</p>
<p>Agen cedera (mis, biologis, zat kimia, fisik, psikologis)</p>	<p>21. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu</p>
	<p>22. Tentukan pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal</p>
	<p>23. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk mengobati nyeri secara teratur.</p>
	<p>24. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</p>
	<p>25. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat</p>
	<p>26. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala.</p>

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

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi ibu postpartum.

Tabel 2.2 Intervensi ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	intervensi	rasional
<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p> <p>Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik karakteristik : 1. Kram abdomen 2. Nyeri abdomen 3. Menghindari makanan 4. Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal 5. Kerapuhan kapiler 6. Diare 7. Kehilangan rambut berlebihan 8. Bising usus</p>	<p>NOC Nutritional Status : Nutritional Status : food and Fluid Intake Nutritional Status: nutrient Intake Weight control Kriteria Hasil: 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Berat badan ideal 3. sesuai dengan tinggi badan 4. Mampu menginden tifikasi</p>	<p>NIC Nutrition Management 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien. 3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe 4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein</p>	<p>1. Menginden tifikasi defisien dan kebutuhan untuk membatu dalam pilihan intervensi. 2. Bermanfaat dalam, mengkaji kebutuhan nutrisi klien akibat perubahan pada fungsi pencernaan dan usus, termasuk absorpsi vitamin dan mineral 3. Penyesuaian diri mungkin di butuhkan untuk menghadapi penurunan kemampuan dalam memproses protein dan juga</p>

hiperaktif	6. kebutuhan nutrisi	dan vitamin C	menurunkan nilai dan metabolisme
13. Kurang makanan	7. Tidak ada tanda-tanda	9. Berikan substansi gula	dan tingkat aktivitas.
14. Kurang informasi	8. malnutrisi	10. Yakinkan diet yang dimakan	4. Penimbangan BB untuk memantau status nutrisi dan efektivitas intervensi.
15. Kurang minat pada makanan	9. Menunjukkan peningkatan	11. mengandung tinggi serat untuk	
16. Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat	10. fungsi pengecap dan	12. mencegah konstipasi	
17. Kesalahan konsepsi	11. menelan		
18. Kesalahan informasi	12. Tidak terjadi penurunan		
19. Membran mukosa pucat	13. berat badan yang berarti		
20. Ketidakmampuan memakan makanan			
21. Tonus otot menurun			
22. Mengeluh gangguan sensasi rasa			
23. Mengeluh asupan makanan kurang dan RDA (recommended daily allowance)			
24. Cepat kenyang setelah makan			
25. Sariawan rongga mulut			
26. Steatorea			
27. Kelemahan otot pengunyah			
28. Kelemahan otot untuk			
29. menelan			
30. Faktor Yang Berhubungan:			

-
31. Faktor biologis
 32. Faktor ekonomi
 33. Ketidakmampuan untuk mengabsorb si nutrien
 34. Ketidakmampuan untuk mencerna makanan
 35. Ketidakmampuan menelan makanan
 36. •
Faktor psikologis

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

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

Tabel 2.3

Ketidakefektifan pemberian ASI

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan pemberian ASI Definisi: ketidakpuasan atau kesulitan ibu, bayi, atau anak menjalani proses pemberian ASI 1. Batasan Karakteristik: 2. Ketidakadekuatan suplai ASI 3. Bayi melengkung	NOC 1. Breastfeeding ineffective 2. Breathing Pattern Ineffective 3. Breastfeeding interrupted Kriteria Hasil: 1. Kementapan pemberian ASI :	NIC Breastfeeding asistence 1. Evaluasi pola menghisap / menelan bayi 2. Tentukan Keinginan Dan Motivasi Ibu untuk menyusui 3. Evaluasi pemahaman	1. Upaya peningkatan produksi ASI, nutrisi, peningkatan frekuensi menyusui. 2. Untuk mengetahui gambaran dan motivasi ibu menyusui. 3. Dapat mengetahui kesenjangan proses pemberian ASI. 4. Monitor apakah bayi dapat menghisap dengan baik, monitor apakah posisi bayi

menyesuaikan diri dengan payudara	Bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI	ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (misalnya reflex rooting, menghisap dan	pada dada ibu dan apakah mulut bayi sudah berada tepat pada puting ibu.
4. Bayi menangis pada payudara			5. Untuk mengetahui kemampuan teknik menyusui yang dilakukan oleh ibu nifas.
5. Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusui		4. terjaga) 5. Kaji kemampuan bayi untuk <i>latch-on</i> dan menghisap secara efektif	6. identifikasi atau intervensi dini dapat mencegah/ membatasi terjadinya luka dan pecah puting, yang dapat merusak proses menyusui.
6. Bayi rewel dalam jam pertama setelah menyusui	2. Kemantapan Pemberian ASI : IBU : kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dan payudara ibu untuk	6. Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting	7. Dapat mengetahui kesenjangan kondisi ibu dalam intervensi.
7. Ketidakmampuan bayi untuk latch-on pada payudara ibu			8. Melihat berat badan dan proses eliminasi bayi apakah sudah berespon dengan baik.
8. secara tepat	memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI	7. Pantau integritas kulit puting ibu	9. untuk membatu mempertahankan pemberian ASI
9. Menolak latching on			10. Menambah wawasan di bidang promosi kesehatan untuk menggalakkan ibu menyusui dan teknik memompa ASI
10. Tidak responsive terhadap kenyamanan lain	3. Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/todler	8. Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi	11. Untuk meningkatkan informasi dalam pencairan ASI dan menghindari pemberian susu formula. (deonges, 2018)
11. Ketidakcukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui		Breast Examination Lactation Supresion	
12. Ketidakcukupan kesempatan untuk mengisap payudara	1. Diskontinuitas progresif pemberian ASI	1. Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI	
13. Kurang menambah berat badan bayi	2. Pengetahuan Pemberian ASI : tingkat pemahaman yang ditunjukkan megenal laktasi dan pemberian makan bayi		
14. Tidak tampak tanda pelepasan			

<p>ositosin</p> <p>15. Tampak ketidakadekuatan asupan susu</p> <p>16. Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui</p> <p>17. Penurunan berat badan bayi</p> <p>18. Tidak mengisap payudara terus-menerus</p>	<p>melalui proses pemberian ASI ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera ibu mengindikasikan kepuasan terhadap ASI ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting mengenali tanda-tanda penurunan suplay ASI</p>	<p>2. Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan</p> <p>3. ASI</p> <p>4. Ajarkan pengasuh bayi mengenai topik-topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran memberi susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang</p> <p>5. Ajarkan orangtua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula</p> <p>6. Apabila penyapihan diperlukan informasikan ibu mengenai kembalinya proses ovulasi dan seputar alat kontrasepsi</p>
---	--	---

- yang sesuai
7. **Lactation Counseling**
 8. Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian
 9. ASI
 10. Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu
 11. Diskusikan metode alternative pemberian makan bayi

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

4. Gangguan eliminasi urine

Tabel 2.4

Gangguan Eliminasi Urine

Daignosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	intervensi	rasional
Diagnosa Keperawatan Gangguan Eliminasi Urine Definisi : Disfungsi eliminasi urine Batasan Karakteristik: 1. Disuria 2. Sering berkemih 3. Anyang-anyangan 4. Inkontinensia 5. Nokturia 6. Retensi 7. Dorongan 8. Faktor Yang Berhubungan : 9. Obstruksi anatomic 10. Penyebab	NOC 1. Urinary elimination 2. Urinary Continence 3. Kriteria Hasil: 4. Kandung kemih kosong 5. secara penuh 6. Tidak ada residu urine > 7. 100-200 cc 8. Intake	NIC Urinary Retention Care Lakukan penilaian kemih yang 1. komprehensif berfokus pada 2. inkontinensia (misalnya, output urine, pola berkemih kemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten) 3. Memantau penggunaan obat dengan 4. sifat antikolinergik atau properti 5. alpha agonis 6. Memonitor	1. Pola berkemih mengidentifikasi karakteristik fungsi kandung kemih, termasuk efektivitas pengosongan kandung kemih, fungsi ginjal dan keseimbangan cairan. 2. perubahan karakteristik urine dapat mengidentifikasi ISK dan meningkatkan risiko sepsis. Diptik

multiple	cairan	efek dari	multistrip dapat
11. Gangguan sensorik motorik	dalam rentang	obat-	memberikan penentuan nilai
12. Infeksi saluran kemih	9. normal	8. yang diresepkan,	pH, nitrit, leukosit estrase
	10. Bebas dari ISK	9. channel blockers dan antikolinergik	secara cepat yang menunjukkan keberadaan infeksi atau penyakit perkemihan
	11. ada spasme bladder	10. menjalankan air atau disiram toilet	3. pemindaian kandung kemih bermanfaat dalam menentukan residu pasca berkemih.
	12. Balance cairan seimbang	11. dengan menerapkan dingin untuk perut, membelai tinggi batin, atau air	Selama fase akut, kateter indwelling digunakan untuk mencegah retensi urine dan memantau keluaran urine. Kateterisasi intermitten mungkin di implementasikan untuk mengurangi komplikasi yang berhubungan dengan penggunaan kateter indwelling jangka panjang (Deonges, 2018)

(Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015, Deonges 2018)

5. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

Tabel 2.5 Intervensi Gangguan Pola tidur

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	intervensi	rasional
Gangguan pola tidur Definisi: Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur	NOC 1. Anxiety reduction	NIC Sleep Enhancement	1. Mengkaji perlunya dan mengidentifikasi

akibat faktor eksternal	2. Comfort level	1. Determinasi efek-efek medikasi	kasi intervensi yang tepat.
Batasan Karakteristik :	3. Pain level	2. terhadap pola tidur	2. Meningkatkan kenyamanan tidur serta dukungan fisiologis/ psikologis.
1. Perubahan pola tidur normal	4. Rest : Extent and Pattern	3. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat	3. Bila rutinitas baru seperti membaca buku mengandung aspek sebanyak kebiasaan lama, stress dan ansietas yang berhubungan dapat berkurang.
2. Penurunan kemampuan berfungsi	5. Sleep : Extent an Pattern	4. Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca)	4. Mungkin di berikan untuk membantu klien istirahat selama periode transisi dari rumah ke lingkungan baru.
3. Ketidakpuasan tidur	6. Kriteria Hasil:	5. Ciptakan lingkungan yang nyaman	5. Menurunkan kemungkinan bahwa teman sekamar yang dapat menunda klien untuk terlelap atau menyebabkan terbangun
4. Menyatakan sering terjaga	7. Jumlah jam tidur dalam	6. Kolaborasikan pemberian obat tidur	
5. Meyatakan tidak mengalami kesulitan tidur	8. batas normal 6-8 jam/hari	7. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien	
6. Menyatakan tidak merasa cukup istirahat	9. tidur, kualitas dalam	8. Instruksikan untuk memonitor tidur	
7. Faktor Yang Berhubungan	10. batas normal	9. Monitor waktu makan dan minum	
8. Kelembaban lingkungan sekitar	11. Perasaan segar sesudah istirahat	10. dengan waktu tidur	
9. Suhu lingkungan sekitar	12. Mampu mengidenti fikasi hal-hal yang meningkat kan tidur	11. Monitor/catat kebutuhan tidur pasien	
10. Tanggung jawab memberi asuhan		12. setiap hari dan jam	
11. Perubahan pejanan terhadap cahaya gelap			
12. Gangguan(mis.,untuk tujuan terapeutik, pemantauan, pemeriksaan laboratorium)			
13. Kurang kontrol tidur			
14. Kurang privasi, Pencahayaan			
15. Bising, Bau gas			
16. Restrain fisik, Teman tidur			
17. Tidak familier dengan prabot tidur			

(Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015, Deonges 2018)

6. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko : Episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan

Tabel 2.6
Resiko infeksi

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	intervensi	rasional
Risiko Infeksi	NOC	NIC	1. Menurunkan resiko
Definisi : Mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik	1. Immune Status	1. Infection Control (Kontrol infeksi)	kontaminasi
Faktor Resiko :	2. Knowledge : Infection control	a. Bersihkan lingkungan setelah	2. Membatasi introduksi ke dalam tubuh, deteksi dini/ pengobatan terjadinya infeksi dan dapat mencegah sepsis.
1. Penyakit kronis.	4. Risk control	b. dipakai pasien lain	3. Menurunkan kolonisasi bakteri dan resiko ISK asenden.
2. Diabetes melitus	5. Kriteria Hasil:	c. Pertahankan teknik isolasi	4. Memastikan infeksi dan identifikasi organisme khusus, membantu pemulihan pengobatan infeksi paling efektif.
3. Obesitas	6. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi	d. Batasi pengunjung bila perlu	5. Demam dan peningkatan nadi dan pernapasan adalah tanda peningkytan laju metabolik dari proses inflamasi, meskipun sepsis dapat terjadi tanpa respons demam
4. Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemanjanaan patogen.	7. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya	e. Instruksikan pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien	
5. Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat.	8. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi	f. Pasien Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan	
6. Gangguan peritalsis	9. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi	g. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung	
7. Kerusakan integritas kulit (pemasangan kateter intravena, prosedur invasif)	10. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi	h. Pertahankan lingkungan aseptik	
8. Perubahan sekresi pH	11. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi	i. selama pemasangan alat	
9. Penurunan kerja siliaris	12. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi	j. Ganti letak IV	
10. Pecah ketuban dini	13. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi		
11. Pecah ketuban lama	14. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi		
12. Merokok	15. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi		
13. Stasis cairan tubuh	16. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi		
14. Trauma jaringan (mis, a. trauma destruksi jaringan)	17. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi		
15. Ketidakadekuatan pertahanan sekunder	18. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi		
16. Penurunan hemoglobi n	19. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi		
17. Imunosupresi (mis, a. imunitas			

	didapat tidak	perifer dan line
	b. adekuat, agen	r. central dan dressing
22. farmaseutikal termasuk	a. imunosupresan, steroid,	s. petunjuk umum -
	b. antibodi monoklonal,	
	c. imunomodulator)	
23. Supresi respon inflamasi		
24. Vaksinasi tidak adekuat		
25. Pemajanan terhadap	a. patogen lingkungan	
	b. Meningkatkan	
26. Wabah		
27. Prosedur invasif		
28. Malnutrisi		

(Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015, Deonges 2018)

7. Defisit perawatan diri : mandi atau kebersihan diri, makan toileting berhubungan dengan kelelahan postpartum.

Tabel 2.7

Defisit perawatan diri

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	intervensi	rasional
Defisit perawatan diri mandi	NOC 1. Activity Intolerance 2. Mobility: physical 3. Impaired 4. Self Care Deficit 5. Sensory perception, Auditory disturbed.	NIC Self-Care Assistance: Bathing / Hygiene a. Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri.	1. Membantu mengatisipasi dan merencanakan untuk memenuhi kebutuhan individual. 2. klien ini mungkin merasakan ketakutan dan
Definisi : hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi / aktivitas perawatan diri untuk diri sendiri.	Kriteria hasil :		
Batasan karakteristik : 2. Ketidakmampuan untuk	6. Perawatan diri ostomi : tindakan	b. Pertimbangkan usia	

mengakses kamar mandi	pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi	pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri	bergantung, serta meskipun bantuan bermanfaat dalam mencegah frustrasi, klien harus melakukan tindakan sebanyak mungkin untuk dirinya sendiri guna mempertahankan diri dan meningkatkan pemulihan.
3. Ketidakmampuan mengeringkan tubuh	7. Perawatan diri : Aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu	c. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan	3. Memberikan keamanan ketika klien mampu bergerak mengelilingi ruangan, mengurangi risiko tersandung akibat terjatuh.
4. Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi	8. Perawatan diri Mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	d. Tempat handuk, sabun, deodoran, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan di samping tempat tidur atau di kamar mandi	
5. Ketidakmampuan menjangkau sumber air	9. Perawatan diri hygiene : mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	e. Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya, deodoran, sekat gigi, sabun mandi, sampo, lotion, dan produk aromaterapi)	
6. Ketidakmampuan mengatur air mandi	10. Perawatan diri Hygiene oral : mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	f. Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal	
7. Ketidakmampuan membasuh tubuh	11. Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi	g. Memfasilitasi gigi pasien menyikat	
8. Faktor Yang Berhubungan :	12. Membersihkan dan mengeringkan tubuh		
9. Gangguan kognitif	13. Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang		
10. Penurunan motivasi			
11. Kendala lingkungan			
12. Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh			
13. Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial			
14. Gangguan muskuloskeletal			
15. Gangguan neuro muskular			
16. Nyeri			

18. Gangguan persepsi	kebersihan tubuh dan hygiene oral	h. Memfasilitasi diri mandi pasien, sesuai
19. Ansietas berat		i. Memantau pembersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien j. Memantau integritas kulit pasien k. Menjaga kebersihan ritual l. Memfasilitasi pemeliharaan rutin yang biasa pasien tidur, isyarat sebelum tidur, alat peraga, dan benda-benda asing (misalnya, untuk anak-anak, cerita, selimut / mainan, goyang, dot, atau favorit, untuk orang dewasa, sebuah buku untuk membaca atau bantal dari rumah), sebagaimana sesuai m. Mendorong orang tua / keluarga partisipasi, dalam kebiasaan

tidur biasa

2. -
Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri.

(Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015, Deonges 2018)

8. Konstipasi

Tabel 2.8 Intervensi Konstipasi

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	intervensi	rasional
Konstipasi Definisi:Penurunan pada frekuensi normal pada defeksi yang disertai oleh kesulitan atau pengeuaran tidak lengkap feses atau pengeluaran feses yang kering, keras dan banyak. Batasan Karakteristik: <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri abdomen 2. Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot 3. Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resistensi otot 4. Anoreksia 	NOC Bowel elamination Hidration Kriteria Hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan bentuk 2. feses lunak setiap 1-3 hari. 3. Bebas dari ketidakhadiran dan konstipasi 4. Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi 5. Feses lunak dan berbentuk. 	NIC Constipation/ impaction managemen <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala konstipasi 2. Monitor bising usus 3. Monitor frekuensi, konsistensi dan volume 1. Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus 2. Monitor tanda dan gejala 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Distensi abdomen dan ketiadaan bising usus mengindikasikan bahwa usus tidak berfungsi. Kemungkinan penyebab dapat berupa hilangnya inervasi parasimpatis sistem gasreointestinal secara mendadak. 2. Makanan padat tidak dimulai hingga bising usus kembali, flatus keluar dan bahaya pembentukan ileus telah berkurang 3. Mungkin diperlukan untuk mengurangi distensi abdomen dan meningkatkan pengembalian kebiasaan usus normal.

<p>7. Penampilan tidak khas pada lansia (misal: perubahan pada status mental, inkontinensi a urinarius, jatuh yang tidak penyebabnya,</p> <p>8. peningkatan suhu)</p> <p>9. Borborigirmi</p> <p>10. Darah merah pada feses</p> <p>11. Perubahan pada pola defeksi</p> <p>12. Penurunan frekuensi</p> <p>13. Penurunan volume feses</p> <p>14. Distensi abdomen</p> <p>15. Rasa rektal penuh</p> <p>16. Rasa tekanan rektal</p> <p>17. Keletihan umum</p> <p>18. Feses keras dan berbentuk</p> <p>19. Sakit kepala</p> <p>20. Bising usus hiperaktif</p> <p>21. Bising usus hipoaktif</p> <p>22. Peningkatan tekanan abdomen</p> <p>23. Tidak dapat makan, mual</p> <p>24. Rembesan feses cair</p> <p>25. Nyeri pada saat</p>	<p>ruptur usus/peritonitis</p> <p>3. Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi</p> <p>4. Dukung intake cairan</p> <p>5. Pantau tanda tanda dan gejala konstipasi</p> <p>6. Pantau tanda tanda dan gejala impaksi</p> <p>7. Memantau gerakan akan usus, termasuk konsistensi, frekuensi, bentuk, volume, dan warna.</p> <p>8. Memantau bising usus</p> <p>9. Anjurkan pasien atau keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi</p>
--	---

defekasi	feses.
26. Massa abdomen yang dapat diraba	10. Anjurkan pasien atau keluarga untuk diet tinggi serat
	11. Timbang pasien secara teratur
	12. Timbang pasien secara teratur.
	13. Ajarkan pasien dan keluarga tentang proses pencernaan yang normal.
	14. Ajarkan pasien/keluarga tentang kerangka <ul style="list-style-type: none"> wa ktu Untuk rev olusi a. sem beli t

(Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015, Deonges 2018)

9. Resiko syok (hipovolemik)

Tabel 2.9 Intervensi Resiko Syok

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	intervensi	rasional
Resiko syok	NOC	NIC	1. Vasokonstriksi adalah respon simpatis untuk menurunkan volume sirkulasi dan dapat terjadi sebagai efek
Definisi : Beresiko terhadap ketidakcukupan aliran darah ke jaringan	a. Syok prevention b. Syok	Syok prevention - Monitor status sirkulasi BP,	

tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa	management	warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme, nadi perifer, dan kapiler refill.	samping pemberian vasoprepsi.
Faktor Resiko :	2. Kriteria Hasil:		2. Disritmia dan perubahan iskemik dapat terjadi
1. Hipotensi	3. Nadi dalam batas yang diharapkan	1. Monitor tanda inadekuat oksigenasi jaringan	hipotensi, hipoksia, asidosis, ketidakseimbangan elektrolit, atau pendinginan dekat jantung lavase salin dingin digunakan untuk mengontrol perdarahan.
2. Hipovolemi	4. Irama jantung dalam batas yang diharapkan	2. Monitor suhu dan pernafasan	3. Mengidentifikasi hipoksemia dan efektivitas serta kebutuhan terapi.
3. Hipoksemia	5. Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan	3. Monitor input dan output	
4. Hipoksia	a. Irama pernapasan dalam batas yang diharapkan	4. Pantau nilai labor : HB, HT, AGD dan elektrolit	
5. Infeksi	6. Natrium serum dalam batas	5. Monitor hemodinamik invasi yang sesuai	
6. Sepsis	7. normal	6. Monitor tanda dan gejala asites	
7. Sindrom respons inflamasi sistemik	8. Kalium serum dalam batas	7. Monitor tanda awal syok	
	9. normal	8. Tempatkan pasien pada posisi supine,	
	10. Klorida serum dalam batas	9. kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat	
	11. normal	10. preload dengan tepat	
	12. Kalsium serum dalam batas	11. Lihat dan pelihara kepatenan jalan	
	13. normal	12. Nafas	
	14. Magnesium serum dalam	13. Berikan cairan IV dan atau oral yang	
	15. batas normal	14. Tepat	
	16. PH darah serum dalam		
	17. batas normal		
	18. Hidrasi		
	19. Indicator :		
	20. Mata cekung tidak		
	21. ditemukan		
	22. Demam tidak ditemukan		
	23. Tekanan darah dalam batas		
	24. normal		
	25. Hematokrit dalam batas		

26. normal

15. Berikan vasodilator yang tepat
16. Ajarkan keluarga dan pasien tentang
17. tanda dan gejala datangnya syok
18. Ajarkan keluarga dan pasien tentang
19. langkah untuk mengatasi gejala syok
20. Syok management
21. Monitor fungsi neurologis
22. Monitor fungsi renal (e.g BUN dan Cr
23. : Level)
24. Monitor tekanan nadi
25. Monitor status cairan, input, output
26. Catat gas darah arteri dan oksigen
27. Dijaringan
28. Monitor EKG, sesuai
29. Memanfaatkan pemantauan jalur
30. arteri untuk meningkatkan akurasi
31. pembacaan tekanan darah, sesuai
32. Menggambar gas darah

-
- arteri dan
 33. memonitor jaringan oksigenasi
 34. Memantau tren dalam parameter
 35. hemodinamik (misalnya, CVP, MAP,
 36. tekanan kapiler pulmonal / arteri)
 37. Memantau faktor penentu pengiriman jaringan oksigen (misalnya, PaO₂ kadar hemoglobin SaO₂, CO), jika tersedia
 38. Memantau tingkat karbon dioksida
 39. sublingual dan / atau tonometry
 40. lambung, sesuai
 41. Memonitor gejala gagal pernafasan
 42. (misalnya, rendah PaO₂ peningkatan
 43. PaCO₂ tingkat, kelelahan otot
 44. pernafasan)
 45. Monitor nilai laboratorium (misalnya,
 46. CBC dengan

- diferensial)
koagulasi
47. profil,ABC,
tingkat
laktat,
budaya,
48. dan profil
kimia)
49. Masukkan
dan
memelihara
besarnya
50. kobosanan
akses IV

(Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015, Deonges 2018)

10. Resiko pendarahan

Tabel 2.10 Intervensi Resiko Perdarahan

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	intervensi	Rasional
Resiko perdarahan	NOC	NIC	1. Tentukan lokasi perdarahan. 2. Perubahan TD dan denut nadi dapat digunakan untuk menentukan perkiraan kasar kehilangan darah, TD kurang dari 90 mmHg dan denyut nadi lebih dari 10 menandakan penurunan volume 15-30%, atau kira kira 1.000 mL hipotensial postural mencerminkan penurunan volume sirkulasi. 3. Membantu menentukan kebutuhan penggantian darah dan memantau efektivitas terapi.
Definisi : Beresiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan.	Blood lose severity Blood koagulation Kriteria Hasil:	Bleeding precautions 1. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan 2. Catat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan 3. Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit 4. Monitor TTV ortostatik 5. Pertahankan	
Faktor Resiko :	a. Tidak ada hematuria dan hematemesis b. Kehilangan darah yang terlihat c. Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastole d. Tidak ada perdarahan pervagina		
1. Aneurisme			
2. Sirkumsisi			
3. Defisiensi pengetahuan			
4. Koagulopati intravaskuler diseminata			
5. Riwayat jatuh			

6. Gangguan gastrointestinal	e. Tidak ada distensi abdominal	bed rest selama perdarahan aktif	4. Aktivitas muntah dapat menyebabkan tekanan intra abdominal dan dapat memicu perdarahan lebih lanjut.
7. (mis.,penyakit ulkus lambung, polip, varises)	f. Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal	6. Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresh frozen plasma)	5. Penggantian cairan dengan larutan kristaloid isotonik bergantung pada derajat hipovolemik dan durasi perdarahan.
8. Gangguan fungsi hati (mis, sirosis, hepatitis)	g. Plasma, PT, PTT dalam batas normal	7. Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan	
9. Koagulopati inheren (mis, trombositopenia)		8. Hindari mengukur suhu lewat rectal	
10. Komplikasi pascapartum (mis, atoni uteri, retensi plasenta)		9. Hindari pemberian aspirin dan anticoagulant	
11. Komplikasi terkait kehamilan (mis, plasenta previa, kehamilan mola, solusio plasenta)		10. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K	
12. Trauma		11. Hindari terjadinya konstipasi dengan	
13. Efek samping terkait terapi (mis, pembedahan, pemberian obat, pemberian produk darah defisiensi trombosit, kemoterapi)		12. menganjurkan untuk mempertahankan intake cairan yang adekuat dan pelembut feses	
		13. Bleeding reduction	
		14. Identifikasi penyebab perdarahan	
		15. Monitor trend	

-
- tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonary capillary / artery wedge pressure
16. Monitor status cairan yang meliputi intake dan output
 17. Monitor penentu pengiriman oksigen ke jaringan (PaO₂, SaO₂ dan level Hb dan cardiac output)
 18. Pertahankan patensi IV line
 19. Bleeding reduction: wound/luka
 20. Lakukan manual pressure (tekanan) pada area perdarahan
 21. Gunakan ice pack pada area perdarahan

(Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015, Deonges 2018)

11. Defisit pengetahuan : perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.

Tabel 2.11

Intervensi defisit pengetahuan

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	intervensi	rasional
Definisi : Ketidadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.	NOC 1. Knowledge disease 2. proses	NIC Treching : disease proses 1. Berikan penilaia	1. sediakan pengetahuan dasar dimana

Batasan Karakteristik:	3. Knowledge : healt beavior	tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik	klien dapat membuat pilihan.	
	4. Kriteria Hasil:		2. Meningkatkan kompetensi perawatan diri dan meningkatkan kemandirian.	
	1. Perilaku hiperbola	5. Pasien dan keluarga	3. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat.	3. Mengurangi potensial infeksi yang diperoleh.
	2. Ketidakakuratan mengikuti perintah	6. menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, program	4. cara yang tepat.	4. Meningkatkan dukungan untuk klien selama periode penyembuhan dan memberikan evaluasi tambahan pada kebutuhan yang sedang berjalan atau berikan perhatian.
	3. Ketidakakuratan mengikutites(mis ..	7. tetang penyakit, kondisi,	5. Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat	
	4. mengikutites(mis ..	8. prognosis,progrm	6. Identifikasi kemampuan penyebab dengan cara yang tepat	
	5. hysteria, bermusuhan, agitasi, apatis)	9. pegobatan.	7. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat	
	6. Pengukuran masalah Faktor yang berhubungan:	10. Pasien dan keluarga	8. Hindari jaminan yang kosong	
	7. Keterbatasan kognitif	11. mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan	9. Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat	
	8. Salah intepretasi informasi	12. prosedur yang dijelaskan	10. dengan cara yang tepat	
	9. Kurang pajanan	13. secar benar.	11. Diskusikan perubahan gaya hidup	
	10. Kurang minat dalam belajar	14. Pasien dan keluarga	12. yang mungkin diperlu	
11. Kurang dapat mengingat	15. mamu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan			
12. Tidak familiar dengan sumber informasi	16. kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya.			
	17. dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya.			
	18. tim kesehatan lainnya.			

-
- kan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang dan atau proses pengontrolan
 - 13. penyakit
 - 14. Diskusikan pilihan terapi atau penanganann
 - 15. Dukung pasien untuk
 - 16. mengeksplorasi atau mendapatkan
 - 17. second opinion dengan cara yang
 - 18. tepat atau diindikasikan
 - 19. Instruksikan pasien mengenai tanda
 - 20. dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan
 - 21. kesehatan,dengan cara yang tepat.

(Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015, Deonges 2018)

2.2.4 Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan, mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat dan bukan atas petunjuk petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan

keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain (Mitayani, 2011).

Fase implementasi dari proses keperawatan mengikuti rumusan dari rencana keperawatan. Implementasi mengacu pada pelaksanaan rencana keperawatan yang disusun. Tindakan dilakukan berdasarkan tingkat ketergantungan ibu post partum seksio sesarea (Reeder, 2009)

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan hasil perkembangan ibu dengan berpedoman kepada hasil dan tujuan yang hendak dicapai (Mitayani, 2011). Setelah dilakukakn asuhan keperawatan selama di ruangan Delima semua masalah sudah bisa teratasi sesuai dengan tujuan yang diharapkan. Maka penulis menghentikan intervensi kepada klien, karena msalah sudah teratasi yaitu ASI dan kolostrum sudah mulai keluar.

Pada klien 1 masalah bisa teratasi dan mencapai tujuan yang di harapkan yaitu pada hari ke 2 dengan hasil pada saat dikaji payudara kiri dan kanan klien belum mengeluarkan ASI, pada saat dilakukan pijat oksitosin, ASI dan kolostrum sudah mulai keluar. Begitupun pada klien 2 juga, masalah bisa teratasi dan mencapai tujuan yang di harapkan yaitu pada hari ke 2 dengan hasil pada pada saat dikaji payudara keras dan kencang ASI klien belum keluar, pada saat dilakukan pijat oksitosin, ASI dan kolostrum sudah mulai keluar, klien mengatakan akan rutin melakukan 2 kali sehari di rumahnya.