

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST SECTIO CAESAREA*  
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT  
DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

**KARYA TULIS IMIAH**

Dianjukan sebagai salah satu syarat mendapat gelar Ahli  
Madya Keperawatan (A.Md.Kep) Pada Prodi DIII Keperawatan  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung

Oleh

**BULAN FITRI SARI PURNAMA**

AKX.15.019



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG  
2018**

## SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Bulan Fitri Sari Purnama

NIM : AKX.15.019

Prodran Studi : DIII Keperawatan

Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post Sectio Caesarea* dengan Masalah keperawatan Nyeri Akut di RSUD dr.Slamet Garut.

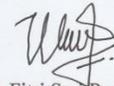
Menyatakan

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar professional Ahli Madya (A.Md.) baik di Program Studi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di Perguruan Tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis ilmiah yang murni dan bukan hasil plagiat/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Bandung, 23 April 2018

Yang Membuat Pernyataan



Bulan Fitri Sari Purnama

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST*  
*SECTIO CAESAREA* DENGAN MASALAH  
KEPERAWATAN NYERI AKUT  
DI RSU DR. SLAMET GARUT

BULAN FITRI SARI PURNAMA  
AKX.15.019

KARYA TULIS INI TELAH DI SETUJUI  
TANGGAL 23 APRIL 2018

Oleh  
Pembimbing Ketua



Ade Tika H.S.kep.,Ners.,M.kep  
NIP : 10107069

Pembimbing Pendamping



Yati Nurhayati, Amk  
NIP :

Mengetahui  
Ketua Program Studi D III Keperawatan  
Ketua,



Tuti Suprapti, SKp., M.Kep  
NIP : 1011603

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST*  
*SECTIO CAESAREA* DENGAN MASALAH  
KEPERAWATAN NYERI AKUT  
DI RSU DR. SLAMET GARUT

Oleh:  
Bulan Fitri Sari Purnama  
AKX.15.019

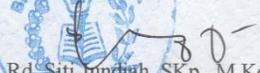
Telah diuji  
Pada tanggal : 23 April 2018

Panitia Penguji

Ketua : Ade Tika H,S.kep.,Ners.,M.kep  
(Pembimbing Utama)

Anggota :

1. Iceu Komalanengsih, SKM  
(Penguji I)
2. Disanti, Amd  
(Penguji II)
3. Yati Nurhayati, Amk  
(Pembimbing Pendamping)

Mengetahui  
STIKes Bhakti Kencana Bandung  
Ketua,  
  
Rd. Siti Jundrah, SKp., M.Kep  
NIP : 10107064

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** *Sectio Caesarea* (SC) adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim, masalah yang sering muncul pada klien adalah perubahan proses keluarga, ansietas, harga diri rendah, resiko tinggi terhadap cedera (injuri), resiko tinggi infeksi, gangguan eliminasi, kurang pengetahuan, perubahan eliminasi urine, kurang perawatan diri dan nyeri akut. Hal ini menyebabkan adanya nyeri akut. **Tujuan :** untuk memperoleh pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut **Metode:** studi kasus yaitu digunakan untuk melakukan penelitian terhadap suatu kejadian atau peristiwa yang mengandung masalah atau perkara, sehingga perlu ditelaah kemudian dicarikan cara penanggulangannya. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang klien post SC dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Hasil :** Setelah dilakukan pengkajian ditemukan masalah nyeri akut. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan non farmakologi yaitu teknik relaksasi nafas dalam, masalah keperawatan nyeri akut pada kasus 1 dapat teratasi di hari ke 2, dan pada kasus 2 masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian pada hari ke 3. **Diskusi:** klien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap klien post SC hal ini di pengaruhi oleh kondisi, waktu dan status kesehatan klien yang berbeda. Sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien.

Keyword : *Sectio Caesarea* (SC) , *Nyeri Akut*, *Asuhan Keperawatan*

Daftar Pustaka : 12 Buku (2009-2015), 2 Jurnal (2013-2015), 2 Website.

## ABSTRACT

**Background:** *Sectio Caesarea* (SC) is surgery for give birth fetus by opening wall stomach and wall uterine or vagina or a histerotomi for give birth fetus from in utero, the problem that often appear at client is change process family, anxiety, price self low, risk high against injured, risk high infection, disturbance elimination, less knowledge, change elimination urine, less maintenance self and pain acute. The matter cause existing pain acute. **Objective :** to gain experience in nursing care on a post *sectio caesarea* client with acute pain nursing problems. **Method:** Case study is used to do research against a occurrence or event that contain problem or case, so that need examined then sought way overcome. Study case was done at two person client post SC with problem nursing pain acute. **Result:** Having done assessment found problem pain acute. Having done the nursing with give intervention nursing non pharmacology that is engineering deep breathing relaxation, problem nursing pain acute at case 1 can resolved in second day, at case 2 problem nursing pain acute resolved in third day. **Discussion:** Client with problem nursing acute pain doesn't always have same response at every client post SC, this case was influenced by condition, time and status health client that different, so nurse have to do the care of a comprehensive to handle the nursing problem at every client.

Keyword: *Sectio Caesarea* (SC), *Pain Acute*, *Nursing Care*

List library: 12 book (2009-2015), 2 journal (2013-2015), 2 website.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat ALLAH SWT, 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 SECTIO CAESAREA* DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RSUD. SLAMET GARUT.” Dengan sebaik – baiknya.

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

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, tentu saja terdapat hambatan dan kesulitan yang penulis temui, baik yang disebabkan karena keterbatasan pengalaman dan bidang yang menjadi objek penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini maupun bidang teknik penulisan, namun berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak akhirnya kesulitan ini dapat teratasi. Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan penghormatan, penghargaan, ucapan terima kasih yang sebesar-sebesarannya kepada semua pihak yang telah terlibat baik secara langsung maupun tidak langsung.

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

1. H. Mulyana, SH., M,Pd., MH.Kes., selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.

2. Rd. Siti Jundiah, SKp., M. Kep selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti, SKp., M. Kep , selaku ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Bhakti kencana Bandung.
4. Ade Tika H,S.kep.,Ners.,M.kep selaku pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Yati Nurhayati, Amd.Keb Selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. dr. Maskut Farid, MM, selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut yang telah memeberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
7. *Clinical Instruktur* dan Pembimbing Lapangan di RSUD dr. Slamet Garut.
8. Ayahanda Yusdi Mulya Purnama dan Ibunda Neneng Ati Rukmiati tercinta, dan juga adik - adik tercinta Bintang, Matahari dan Bumi yang telah memberikan motivasi dan moril sehingga penulis bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Seluruh keluarga tercinta yang telah memberikan semangat, motivasi dan dukungan baik secara moril maupun materil serta do'a sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.

10. Sahabat seperjuangan keluarga cemara yang selalu bersama Eva Susanti, Sonia Siti F, Dicky Febrian, Faisal Z, Bobby Ananda, Agung Sasongko, Ananda Dwi Komara, M Amien Nur.
11. Anisa Kamala Hayati sahabat yang membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
12. Semua pihak yang telah memberikan semangat dan dukungan secara moril maupun materil serta membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Semoga segala amal baik bapak/ibu/saudara/I diterima oleh Allah SWT, dan diberikan balasan yang lebih baik oleh-Nya.

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

Bandung, 23 April 2018

Bulan Fitri Sari Purnama

## DAFTAR ISI

LEMBAR JUDUL .....	i
LEMBAR PERNYATAAN .....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iv
ABSTRAK .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL .....	xiii
DAFTAR GAMBAR .....	xiv
DAFTAR BAGAN .....	xv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xvi
DAFTAR SINGKATAN .....	xvii

### **BAB 1      PENDAHULUAN**

A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan Penulisan.....	5
1. Tujuan Umum .....	5
2. Tujuan Khusus .....	5
D. Manfaat .....	6

## **BAB II    TINJAUAN PUSTAKA**

A. Konsep Dasar .....	8
1. Pengertian persalinan .....	8
2. Sectio Caesarea .....	9
a. Pengertian .....	9
b. Jenis-jenis Sectio Caesarea.....	9
c. Etiologi .....	10
d. Patofisiologi .....	10
e. Indikasi Sectio Caesarea.....	13
f. Komplikasi .....	13
3. Masa Nifas .....	14
a. Pengertian .....	14
b. Tahapan Masa Nifas.....	14
c. Adaptasi Fisiologis Masa Nifas.....	14
d. Adaptasi Psikologis Masa Nifas .....	19
4. Nyeri.....	19
a. Pengertian .....	19
b. Klasifikasi Nyeri .....	20
c. Penilaian Respon Intensitas Nyeri.....	21
d. Karakteristik Nyeri .....	22
e. Proses terjadinya nyeri .....	23
f. Manajemen Nyeri.....	24

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Maternitas .....	26
1. Pengkajian .....	26
2. Diagnosa Keperawatan .....	33
3. Intervensi Keperawatan .....	34
4. Implementasi .....	42
5. Evaluasi .....	42
<b>BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Desain Penelitian .....	43
B. Batasan Istilah .....	43
C. Partisipan/Responden/Subyek Penelitian .....	44
D. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	44
E. Pengumpulan Data .....	45
F. Uji Keabsahan Data.....	46
G. Analisis Data .....	46
H. Etik Penelitian .....	48
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Hasil .....	49
1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data .....	49
2. Pengkajian .....	49
3. Analisis Data .....	60
4. Diagnosa Keperawatan.....	62
5. Perencanaan.....	64

6. Implementasi .....	66
7. Evaluasi .....	71
B. Pembahasan .....	71
1. Pengkajian .....	72
2. Diagnosa Keperawatan .....	74
3. Intervensi .....	79
4. Pelaksanaan .....	80
5. Evaluasi .....	83

## **BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

A. Kesimpulan.....	85
B. Saran.....	89

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi keperawatan .....	35
Tabel 4.1 Identitas klien .....	49
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan.....	50
Tabel 4.3 Riwayat Ginekologi dan Obstetric .....	51
Tabel 4.4 Pola aktivitas sehari-hari .....	53
Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik .....	54
Tabel 4.6 Data bayi .....	57
Tabel 4.7 Pemeriksaan Psikologi .....	57
Tabel 4.8 Hasil laboratorium .....	59
Tabel 4.9 Rencana Pengobatan .....	59
Tabel 4.10 Analisa Data.....	60
Tabel 4.11 Diagnosa keperawatan .....	62
Tabel 4.12 perencanaan.....	64
Tabel 4.13 Implementasi .....	66
Tabel 4.14 Evaluasi .....	71

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Skala Intensitas Nyeri Numeric 0-10 (NRS).....	21
Gambar 2.2 Skala Intensitas Nyeri Deskriptif Sederhana (VDS).....	22
Gambar 2.3 Skala Analog Visual (VAS) .....	22

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Sectio Caesarea .....	11
---	----

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran I Lembar Bimbingan
- Lampiran II Lembar Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus
- Lampiran III Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran IV Satuan Acara Penyuluhan
- Lampiran V Leaflet
- Lampiran VI Lembar Observasi
- Lampiran VII Jurnal
- Lampiran VIII Daftar Riwayat Hidup

## DAFTAR SINGKATAN

ADL	: Activities of Daily Living
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
C	: Celcius
CC	: Cubic Centimeter
CI	: Clinical Instructure
CM	: Centi meter
CRT	: Capillary Refill Time
DM	: Diabetes Melitus
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
ICS	: InterCostal Space
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IM	: Intra Muscular
IUD	: Intra Uterine Device
IV	: Intra Vena
ML	: MiliLiter
MOW	: Medis Operatif Wanita
NRS	: Numerical Rating Scales
NSID	: Non Steroid Anti-inflammatory Drugs
PB	: Panjang Badan
ROM	: Range Of Motion
RR	: Respirasi Rate
SC	: Sectio Caesarea
TBC	: Tuberculosis

TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TT	: Tetanus Toksoid
TTV	: Tanda Tanda Vital
VAS	: Visual Analog Scale
VDS	: Verbal Descriptor Scale
WHO	: World Health Organization
WOD	: Wawancara Observasi Dokumentasi

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Persalinan adalah pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu. Adapun menurut prosesnya persalinan dibedakan menjadi : Persalinan spontan dan persalinan buatan yaitu dilakukan operasi *sectio caesaria* (SC) (Sulistyawati, 2009). *Sectio Caesarea* adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu hysterotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Padila, 2015).

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2011 dilaporkan angka kejadian *Sectio Cesarea* meningkat 5 kali dibandingkan tahun-tahun sebelumnya. Standar rata-rata *Sectio Caesarea* di sebuah negara adalah sekitar 10-15% per 1000 kelahiran di dunia, rumah sakit pemerintah rata-rata 11%, sementara di rumah sakit swasta bisa lebih dari 30%. Angka kejadian *sectio caesarea* di Indonesia menurut data survey nasional pada tahun 2011 adalah 921.000 dari 4.039.000 persalinan atau sekitar 22.8% dari seluruh persalinan (IDI, 2012). Hasil Riset Kesehatan Dasar menunjukkan kelahiran dengan metode operasi *sectio caesarea* sebesar 9,8% persen total 49.603 kelahiran sepanjang tahun 2010 sampai dengan 2013 (Depkes RI, 2013).

Berdasarkan data yang penulis dapatkan dari medikal *record* di RSUD dr.Slamet Garut pada tahun 2015 – 2017, didapatkan proporsi ibu yang mengalami persalinan spontan 69,73% yaitu 8774 dari 12582 dan ibu yang mengalami persalinan dengan *sectio caesarea* 30,26% yaitu 3808 dari 12582 persalinan.

Masalah yang sering muncul pada klien dengan *post Sectio Caesarea* adalah perubahan proses keluarga, ansietas, harga diri rendah, resiko tinggi terhadap cedera (injuri), resiko tinggi infeksi, gangguan eliminasi, kurang pengetahuan, perubahan eliminasi urine, kurang perawatan diri dan nyeri akut. Maka perlunya pemberian perhatian yang serius pada upaya penatalaksanaan terhadap pasien post operasi atau masa nifas, dan peran perawat disini sangat penting untuk penatalaksanaan pada masa nifas pasca persalinan post *Sectio Caesarea* (Dongoes, 2011).

Pada pasien *post Sectio Caesarea* nyeri post operasi merupakan masalah yang paling dominan dirasakan. Pada pembedahan *Sectio Caesarea* rasa nyeri biasanya dirasakan pasca melahirkan, karena pada waktu proses pembedahan *Sectio Caesarea* dokter telah melakukan pembiusan. Pengaruh obat bius biasanya akan menghilang sekitar 2 jam setelah proses persalinan selesai. Setelah efek bius habis, rasa nyeri pada bagian perut mulai terasa. Rasa nyeri yang dirasakan berasal dari luka yang terdapat pada bagian perut. Selain itu, terjadinya kontraksi dan

pengerutan rahim juga menimbulkan rasa nyeri selama beberapa hari (Cunningham, 2013).

Nyeri didefinisikan sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan ekstensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya. Nyeri terjadi bersama proses penyakit, pemeriksaan diagnostik dan proses pengobatan. Perawat tidak bisa melihat dan merasakan nyeri yang dialami oleh klien, karena nyeri bersifat subjektif antara satu individu dengan individu lainnya berbeda dalam menyikapi nyeri (Andarmoyo, 2013).

Penanganan nyeri dapat dilakukan secara farmakologi dan non farmakologi dengan tujuan untuk mengobati nyeri tersebut dengan cara menghilangkan gejala yang muncul. Pengobatan farmakologis dengan obat-obatan analgetik, steroid, NSAID, opioid obat-obat anestesi sedangkan penanganan secara non farmakologis yang ada yaitu dengan relaksasi napas dalam, *massage*, yoga, meditasi distraksi dan hipnosis. Dari beberapa teknik penanganan non farmakologi tersebut yang paling banyak digunakan adalah relaksasi dengan napas dalam karena lebih murah dan tidak menggunakan alat (Smeltzer, 2013).

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini peran perawat sebagai educator. Perawat mengajarkan pada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik

relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenisasi darah (Smeltzer, 2013).

Penelitian yang telah membuktikan tentang keberhasilan teknik relaksasi nafas dalam menurunkan tingkat nyeri diantaranya yang dikemukakan oleh Wiwiek Widiati (2015) dengan judul “Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Ibu Post seksio Sesarea di Rumah Sakit Unipdu Medika Jombang”. Dari hasil penelitiannya tersebut menunjukkan bahwa ada pengaruh pemberian metode relaksasi nafas dalam terhadap penurunan nyeri pada pasien *post sectio caesarea* di Rumah Sakit Unipdu Medika Jombang.

Dari data klien post SC di Garut keluhan yang paling dominan dirasakan adalah nyeri, untuk mengatasi keluhan tersebut umumnya perawat melakukan tindakan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi analgetik untuk mengurangi rasa nyeri. Tindakan keperawatan yang dilakukan di ruangan kalimaya bawah untuk mengurangi rasa nyeri yaitu dengan tarik nafas dalam, ternyata efektif dalam penurunan rasa nyeri klien tergantung dari skala nyeri yang di rasakan oleh klien.

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk membuat karya tulis yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post Sectio Caesarea* Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD dr.Slamet Garut Tahun 2018”

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas maka yang menjadi perumusan masalah adalah “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post Sectio Caesarea* Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di RSUD dr.Slamet Garut ?”

## **C. Tujuan Penelitian**

### 1. Tujuan Umum

Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami *post sectio caesarea* dengan nyeri akut di RSUD dr.slamet Garut

### 2. Tujuan Khusus

Tujuan Khusus yang ingin di capai dalam penulisan karya tulis ilmiah ini sebagai berikut :

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien yang mengalami *post sectio caesarea* dengan nyeri akut di RSUD dr.slamet Garut.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien yang mengalami *post sectio caesarea* dengan nyeri akut di RSUD dr.slamet Garut.
- c. Menyusun rencana keperawatan pada klien yang mengalami *post sectio caesarea* dengan nyeri akut di RSUD dr.slamet Garut.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan, pada klien yang mengalami *post sectio caesarea* dengan nyeri akut di RSUD dr.slamet Garut.

- e. Mengevaluasi hasil tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan pada klien yang mengalami *post sectio caesarea* dengan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut.

#### **D. Manfaat**

##### 1. Manfaat Teoritis

Meningkatkan pengetahuan bagi pembaca agar mengetahui asuhan keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

Penulisan karya tulis ini juga berfungsi untuk mengetahui antara teori dan kasus nyata yang terjadi di lapangan sesuai atau tidak, karena dalam teori yang sudah ada tidak selalu sama dengan kasus yang terjadi. Sehingga disusunlah karya tulis ilmiah ini.

##### 2. Manfaat Praktis

###### a. Bagi perawat

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai salah satu intervensi menangani manajemen nyeri khususnya dalam penanganan nyeri *post sectio caesarea*.

###### b. Bagi rumah sakit

Untuk memberikan masukan perencanaan dan pengembangan pelayanan kesehatan pada pasien dalam peningkatan kualitas pelayanan, khususnya untuk penurunan tingkat nyeri pada pasien klien *post sectio caesarea*.

c. Bagi institusi STIKes Bhakti Kencana

Sebagai bahan referensi dan sumber informasi penelitian berikutnya yang terkait dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

d. Bagi klien *post sectio caesarea*

Sebagai sumber informasi bagi klien agar mengetahui gambaran umum tentang *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar**

##### **1. Persalinan**

###### **a. Pengertian**

Menurut (sulistyawati, 2009) persalinan adalah proses membuka jalan lahir yang ditandai dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu.

Adapun menurut proses berlangsungnya persalinan dibedakan sebagai berikut :

###### **1) Persalinan spontan**

Yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir.

###### **2) Persalinan buatan**

Persalinan yang dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi *forceps*, atau dilakukan operasi *Sectio Caesarea*.

###### **3) Persalinan anjuran**

Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin.

## 2. Sectio caesarea

### a. Pengertian

*Sectio caesarea* adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Padila, 2015).

### b. Jenis-jenis *sectio caesarea*

#### 1) *Sectio caesarea* transperitonealis

a) *Sectio caesarea* klasik atau corporal : insisi memanjang dibuat di korpus uteri

b) *Sectio caesarea* profundal atau ismika : insisi melintang konkap pada segmen bawah Rahim

2) *Sectio caesarea* ekstra peritonealis yaitu tanpa membuka peritoneum parietalis dengan demikian tidak membuka cavum abdominal.

#### 3) *Sectio caesarea* vaginalis

Menurut arah sayatan pada rahim, *sectio caesarea* dapat dilakukan:

1. Sayatan memanjang (*longitudinal*)
2. Sayatan melintang (*transversal*)
3. Sayatan huruf T (*T-incision*)

c. Etiologi

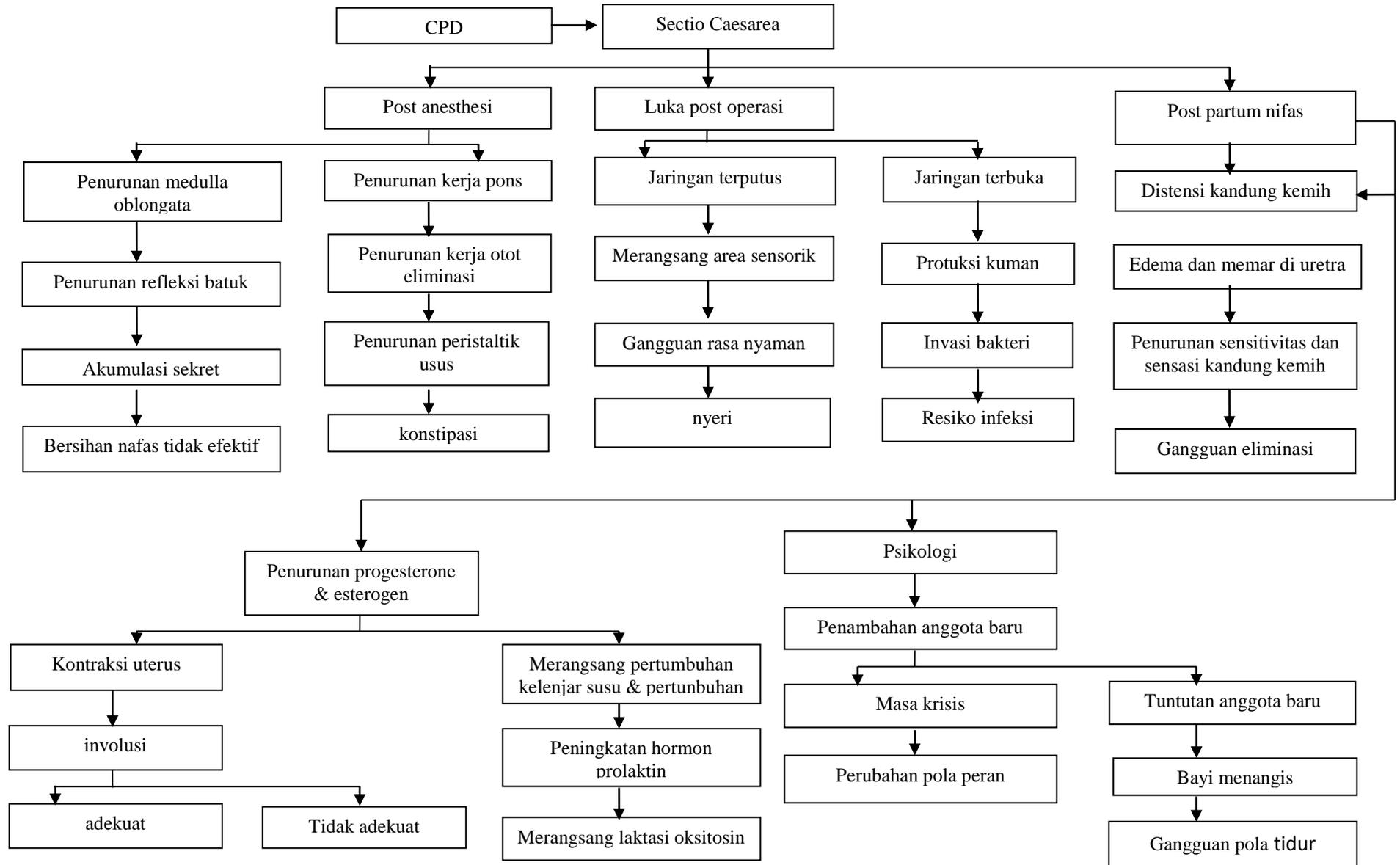
Indikasi klasik yang dapat dikemukakan sebagai dasar *sectio caesarea* adalah (padila, 2015)

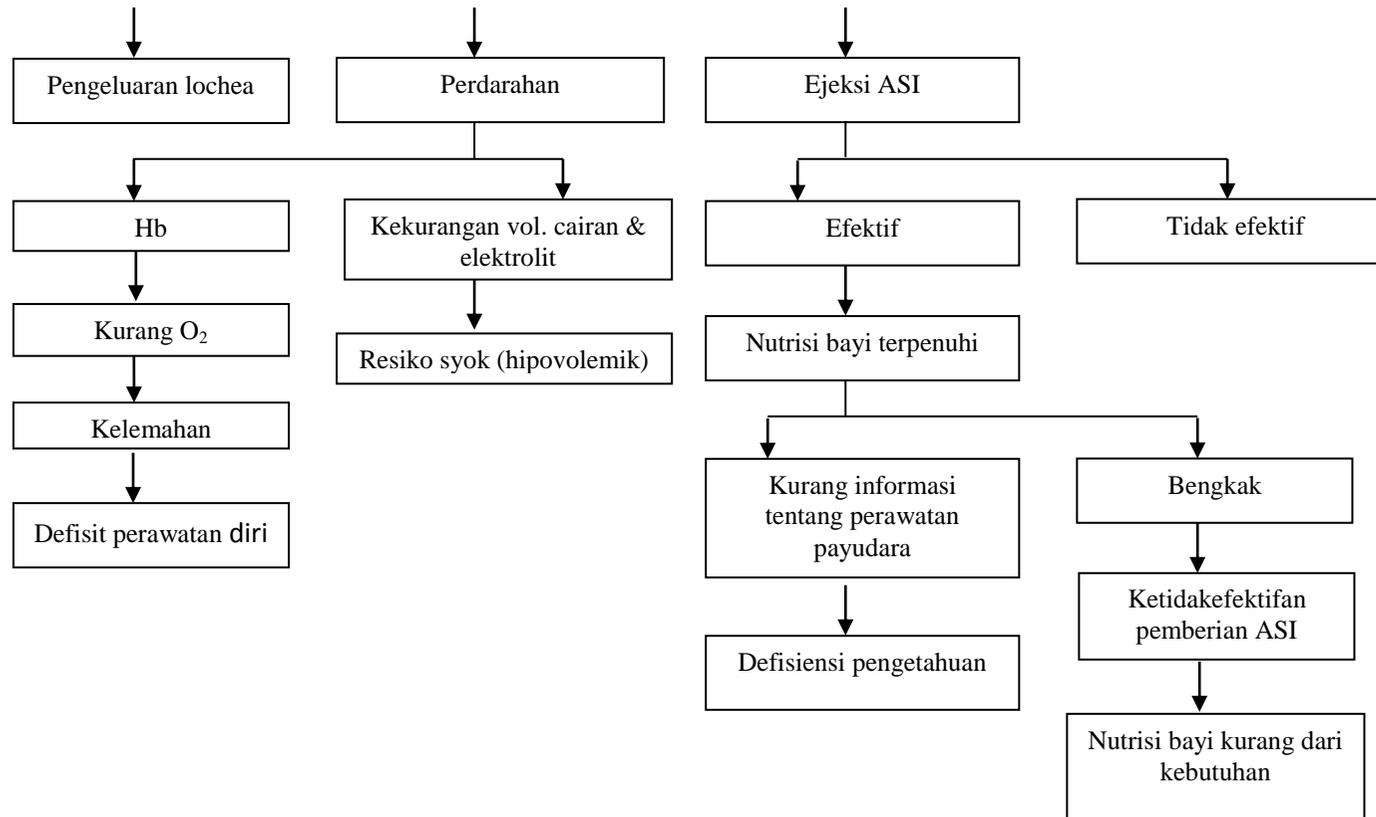
- a. Ruptura uteri imminen
- b. Fetal distress
- c. Janin besar melebihi 4000 gr
- d. Pendarahan antepartum

d. Patofisiologi

Terjadi kelainan pada ibu dan janin yang menyebabkan tidak mungkin dilakukannya persalinan pervagina, sehingga dianjurkan untuk dilakukannya tindakan *sectio caesarea*.

Bagan 2.1  
Pathway Sectio Caesaria





Sumber : Hardhi, 2015

e. Indikasi *sectio caesarea*

Operasi *sectio caesarea* dilakukan jika kelahiran pervaginal mungkin akan menyebabkan resiko pada ibu ataupun pada janin, dengan pertimbangan hal-hal yang perlu tindakan SC proses persalinan normal lama/kegagalan proses persalinan normal.

- 1) Fetal distress
- 2) His lemah/melemah
- 3) Janin dalam posisi sungsang atau melintang
- 4) Bayi besar ( $BBL \geq 4,2$  kg)
- 5) Plasenta previa
- 6) Disproporsi cevalo-pelvik
- 7) Repture uteri mengancam
- 8) Primi muda atau tua
- 9) Partus dengan komplikasi
- 10) Panggul sempit

f. Komplikasi *sectio caesarea*

- 1) Infeksi puerperalis yaitu kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas, bersifat berat seperti peritonitis, sepsis.
- 2) Pendarahan bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arteri ikut terbuka, atau karena atonia uteri.
- 3) Komplikasi lain seperti luka kandung kemih, emboli paru, dan kemungkinan ruptur tinggi spontan pada kehamilan berikutnya.

### 3. Masa Nifas

#### a. Pengertian

Masa nifas (Puerperium) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil) (Sulistyawati, 2009).

#### b. Tahapan Masa Nifas (Sulistyawati, 2009)

Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu :

##### 1) Puerperium dini

Puerperium dini merupakan masa kepulihan.

##### 2) Puerperium intermedial

masa kepulihan menyeluruh dari organ-organ genital, yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

##### 3) Remote puerperium

masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi.

#### c. Adaptasi fisiologis masa nifas (sukarni & wahyu, 2013)

Perubahan - perubahan fisiologi dalam masa nifas yaitu :

##### 1) Perubahan dalam sistem reproduksi

###### a) Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Involusi uterus melibatkan reorganisasi dan penanggalan decidua/endometrium dan pengelupasan lapisan pada tempat

implantasi plasenta sebagai tanda penurunan ukuran dan berat serta perubahan tempat uterus, warna dan jumlah lokhea.

b) Involusi tempat plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata dan kira-kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu ke 2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm.

c) Lokhea

Lokhea adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa nifas. Macam-macam lokhea yaitu:

- (1) Lokhea rubra (cruenta) berisi darah segar sisa-sisa selaput ketuban selama 3 hari paska persalinan.
- (2) Lokhea sanguinolenta berwarna merah kecoklatan berisi darah dan lendir pada hari ke 4-7 pasca persalinan.
- (3) Lokhea serosa berwarna kuning, pada hari 7-14 pasca persalinan.
- (4) Lokhea alba yaitu cairan putih setelah 2 minggu persalinan.

d) Serviks

Setelah persalinan bentuk serviks agak menganga seperti corong disebabkan oleh korpus uteri yang dapat kontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi. Beberapa hari setelah persalinan ostium externum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggirnya tidak rata tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan.

e) Perineum

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

f) Ligamen-ligamen

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum rotundum menjadi kendur.

2) Perubahan dalam sistem kardiovaskuler (Sulistiyawati, 2009)

Pada persalinan vagina kehilangan darah sekitar 200-500 ml, sedangkan dengan persalinan pada SC pengeluaran dua kali lipatnya. Perubahan terdiri dari volume darah dan hematokrit. Volume darah ibu relative akan bertambah. Keadaan ini akan mengakibatkan beban pada jantung dan akan menimbulkan *decompensatio cordis* pada pasien dengan vitium kardio. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan tumbuhnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sedia kala. Umumnya ini terjadi pada 3-5 hari post partum.

3) Perubahan pada sistem perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung biasanya ibu akan sulit buang air kecil dalam 24 jam pertama. Kemungkinan penyebab keadaan ini adalah terdapat spasme spingter dan edema leher kandung kemih, urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam post partum.

4) Perubahan dalam sistem endokrin

Penurunan hormon plasenta setelah persalinan sebagai onset pemenuhan *mamae* post partum hari ke 3. Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktivitas *prolactin* yang juga sedang meningkat dapat memengaruhi kelenjar *mamae* dalam menghasilkan ASI.

5) Perubahan dalam sistem gastrointestinal

Biasanya ibu akan mengalami konstipasi setelah persalinan disebabkan karena pada waktu persalinan alat pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebih pada waktu persalinan, kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktivitas tubuh. Selain konstipasi, ibu juga mengalami anoreksia akibat dari penurunan dari sekresi kelenjar pencernaan dan mempengaruhi perubahan sekresi, serta penurunan kebutuhan kalori yang menyebabkan kurang nafsu makan.

6) Perubahan sistem muskulokeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara otot-otot uterus akan terjepit. Sebagai akibat putusnya serat-serat elastis kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada waktu hamil, dinding abdomen masih agak lunak dan kendur untuk sementara waktu, untuk memulihkan kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, dianjurkan untuk melakukan latihan-latihan tertentu.

7) Perubahan tanda – tanda vital

a) Suhu

Dalam 1 hari (24 jam) post partum suhu badan naik sedikit ( $37,5^0-38^0C$ ) akibat dari kehilangan cairan dan kelelahan. Pada hari ke- 3 suhu badan naik lagi karena adanya pembentukan ASI.

b) Nadi

Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit adalah abnormal dan hal ini menunjukkan adanya kemungkinan infeksi.

c) Tekanan darah

Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan.

d) Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan denyut nadi tidak normal maka pernapasan juga akan mengikutinya (Sulistyawati, 2009).

d. Adaptasi psikologis masa nifas (Sulistyawati, 2009)

1) Fase *taking in*

Fase ini berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat ini fokus perhatian ibu terutama pada diri sendirinya.

2) Fase *taking hold*

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dalam merawat bayi dan perasaannya sangat sensitif sehingga mudah tersinggung.

3) Fase *letting go*

Fase ini merupakan fase menerima rasa tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung selama 10 hari setelah melahirkan.

#### 4. Nyeri

a. Pengertian

*The International Association for the Study of Pain (IASP)* mendefinisikan nyeri sebagai berikut, nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan

akibat adanya kerusakan atau ancaman kerusakan jaringan (Potter & Perry, 2010).

b. Klasifikasi nyeri

Nyeri dapat diklasifikasikan berdasarkan durasinya dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronis:

1) Nyeri Akut

Nyeri akut terkadang disertai oleh aktivasi sistem saraf simpatis yang akan memperlihatkan gejala-gejala seperti peningkatan respirasi, peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut jantung, diaphoresis, dan dilatasi pupil. Klien yang mengalami nyeri akut biasanya juga akan memperlihatkan respons emosi dan perilaku seperti menangis, mengerang kesakitan, mengerutkan wajah, atau menyeringai (Andarmoyo, 2013).

2) Nyeri Kronik

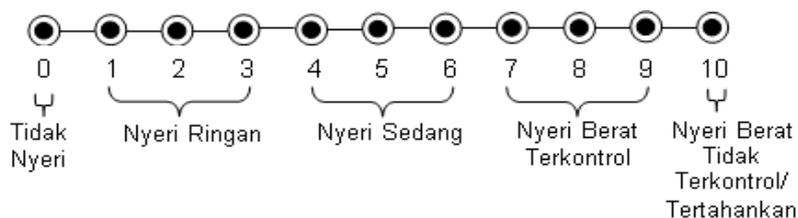
nyeri kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronik berlangsung lama, intensitas yang bervariasi, dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan. Dalam pemeriksaan tanda-tanda vital, sering kali didapatkan masih dalam batas normal dan tidak disertai dilatasi pupil (Potter & Perry, 2010).

c. Penilaian respon intensitas nyeri

Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala sebagai berikut (Potter & Perry, 2010) :

1) Skala numerik

Skala penilaian numerik (*Numerical Rating Scales, NRS*) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10, di mana angka 0 menunjukkan tidak ada nyeri dan angka 10 menunjukkan nyeri yang hebat atau berat yang tidak tertahankan atau terkontrol.



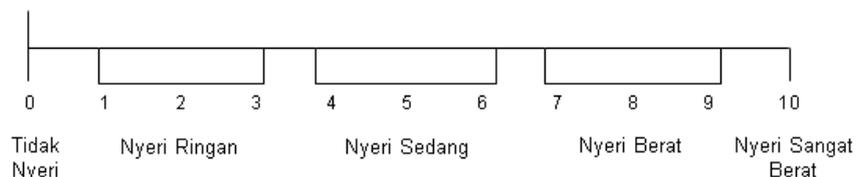
Gambar 2.1 Skala Intensitas Nyeri Numeric 0-10 (NRS)

*Sumber* : Potter dan Perry (2010)

2) Skala deskriptif atau *Verbal Descriptor Scale (VDS)*

Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala pendeskriptif verbal (*Verbal Descriptor Scale, VDS*) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini di ranking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan

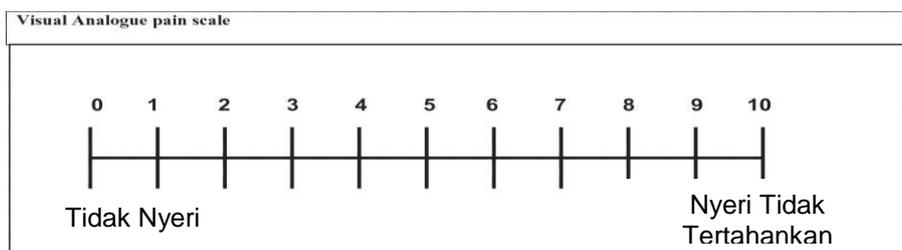
meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan.



Gambar 2.2 Skala Intensitas Nyeri Deskriptif Sederhana (VDS)  
Sumber : Potter dan Perry (2010)

### 3) *Visual Analog Scale (VAS)*

skala analog visual (*Visual Analog Scale, VAS*) adalah suatu garis lurus /horisontal sepanjang 10 cm, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Pasien diminta untuk menunjukkan titik pada garis yang menunjukkan letak nyeri terjadi sepanjang garis tersebut. Ujung kiri biasanya menandakan “tidak ada” atau “tidak nyeri”, sedangkan ujung kanan biasanya menandakan “berat” atau “nyeri yang paling buruk”.



Gambar 2.3 Skala Analog Visual (VAS)  
Sumber : Potter dan Perry (2010)

#### d. Karakteristik nyeri

pengkajian yang bisa dilakukan oleh perawat untuk mengkaji karakteristik nyeri bisa menggunakan pendekatan analisis

symptom. Komponen pengkajian analisis symptom meliputi (PQRST): P (Paliatif/ Provokatif = yang menyebabkan timbulnya masalah), Q (Quality dan Quantity = kualitas dan kuantitas nyeri yang dirasakan), R (Region = lokasi nyeri), S (Severity = keparahan), T (Timing = waktu).

e. Proses terjadinya nyeri

Proses terjadinya nyeri ada beberapa tahapan, yaitu (Andarmoyo, 2013):

1) Stimulasi

Persepsi nyeri reseptor, diantarkan oleh neuron khusus yang bertindak sebagai reseptor, pendeteksi stimulus, penguat dan penghantar menuju sistem saraf pusat. Reseptor khusus tersebut dinamakan *nociceptor*. Terdapat tiga kategori reseptor nyeri, yaitu *nosiseptor mekanisme* yang berespon terhadap kerusakan mekanisme, *nosiseptor termal* yang berespon terhadap suhu yang berlebihan terutama panas, *nosiseptor polimodal* yang berespon setara terhadap semua jenis rangsangan yang merusak.

2) Transduksi

Transduksi merupakan proses ketika suatu stimuli nyeri (*noxious stimuli*) diubah menjadi suatu aktivitas listrik yang akan diterima ujung-ujung saraf.

### 3) Transmisi

Transmisi merupakan proses penerusan impuls nyeri dari *nociceptor* saraf perifer melewati *cornu dorsalis* dan *corda spinalis* menuju korteks serebri.

### 4) Modulasi

Modulasi adalah proses pengendalian internal oleh saraf, dapat meningkatkan atau mengurangi penerusan impuls nyeri.

### 5) Persepsi

Persepsi adalah hasil rekonstruksi susunan saraf pusat tentang impuls nyeri yang diterima.

## f. Manajemen nyeri

Strategi penatalaksanaan nyeri adalah suatu tindakan untuk mengurangi nyeri yang terdiri dari farmakologi dan nonfarmakologi.

### 1) Intervensi farmakologis

Menangani nyeri yang dialami pasien melalui intervensi farmakologis dengan obat golongan analgetik, steroid, NSAID, opioid obat-obat anestesi dilakukan dalam kolaborasi dengan dokter.

### 2) Intervensi Non Farmakologis

Terapi nonfarmakologis yaitu terapi yang digunakan tanpa menggunakan obat-obatan diantaranya adalah sebagai berikut:

a) Distraksi

Teknik distraksi dapat mengatasi nyeri berdasarkan teori aktivasi retikuler, yaitu menghambat stimulus nyeri ketika seseorang menerima masukan sensori yang cukup atau berlebihan, sehingga menyebabkan terhambatnya impuls nyeri ke otak. Stimulus sensori yang menyenangkan akan merangsang sekresi endorfin, sehingga stimulus nyeri yang dirasakan oleh klien menjadi berkurang.

b) Hipnosis

Hipnosis diri membantu merubah persepsi nyeri melalui pengaruh sugesti positif. Dengan menggunakan sugesti dari kesan tentang perasaan yang rileks dengan menggunakan bagian ide pikiran dan kemudian kondisi-kondisi yang menghasilkan respons tertentu bagi mereka.

c) Teknik relaksasi

Relaksasi pernafasan yang merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan pada klien bagaimana melakukan pernafasan, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi pernafasan juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Smeltzer, 2013).

## **B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Maternitas**

Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan yang sistematis dan bersinambung meliputi tindakan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan individu atau kelompok baik yang aktual maupun potensial, kemudian merencanakan tindakan untuk menyelesaikan, mengurangi, atau mencegah terjadinya masalah baru dan melaksanakan tindakan atau menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dikerjakan (Rohmah, 2009).

### 1. Pengkajian (Reeder, 2009)

#### a. Identitas klien dan penanggung jawab

Terdiri dari nama, usia, alamat, nomor rekam medic, diagnosa, tanggal masuk rumah sakit, dan sebagainya terkait klien dan penanggung jawab.

#### b. Riwayat Kesehatan

##### 1) Keluhan saat masuk rumah sakit

Keluhan yang menyebabkan klien dibawa ke rumah sakit dan penanganan pertama yang dilakukan.

##### 2) Keluhan utama saat dikaji

Keluhan yang diungkapkan saat dilakukan pengkajian, umumnya mengeluh nyeri pada daerah luka operasi. Apa yang menyebabkan klien mengalami gangguan nyeri. Hal tersebut dapat diuraikan dengan metode PQRST.

c. Riwayat penyakit dahulu

Apakah klien mempunyai riwayat tindakan perbedahan sebelumnya, memungkinkan kehamilan sebelumnya.

d. Riwayat kesehatan keluarga.

Adakah anggota keluarga yang mempunyai penyakit keturunan seperti hipertensi, DM, jantung, atau riwayat penyakit menular seperti hepatitis atau TBC.

e. Riwayat obstetri dan Ginekologi

1) Riwayat Obstetri

Memberikan informasi yang penting mengenai kehamilan sebelumnya agar perawat dapat menentukan kemungkinan masalah pada kehamilan sekarang. Riwayat obstetri meliputi hal-hal :

a) Riwayat Kehamilan

(1) Riwayat Kehamilan Dahulu

Perlu dikaji riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, apakah kehamilan tanpa penyulit, kontrol teratur, melahirkan dimana, ditolong oleh siapa, umur kehamilan, jenis persalinan, berat anak lahir, keadaan anak.

(2) Riwayat Kehamilan Sekarang

Apakah ibu kontrol secara teratur, pemberian TT 1 pada trimester 1 dan TT 2 pada trimester 2, obat yang dikonsumsi setiap hari.

b) Riwayat Persalinan

(1) Riwayat Persalinan Dahulu

Menjelaskan tentang manajemen persalinan sebelumnya dan komplikasi post partum yang terjadi.

(2) Riwayat persalinan sekarang

Yang perlu dikaji pada riwayat persalinan sekarang ialah indikasi dilakukan *Sectio Caesarea*, jenis kelamin bayi, berat badan bayi, panjang badan, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar perut, lingkar lengan dan APGAR Score.

2) Riwayat Ginekologi

1. Riwayat menstruasi

Usia pertama kali haid, siklus dan lamanya haid, warna dan jumlah, HPHT dan taksiran kehamilan.

2. Riwayat perkawinan

Usia saat menikah dan usia pernikahan, pernikahan ke berapa bagi klien dan suami.

3. Riwayat Keluarga Berencana

Jenis kontrasepsi yang digunakan sebelum hamil, waktu dan lamanya, apakah ada masalah, jenis kontrasepsi yang akan digunakan.

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

1) Pola nutrisi

Pada ibu post *sectio caesarea* akan terjadi penurunan dalam pola makan dan akan merasa mual karena efek dari anestesi yang masih ada dan bisa juga dari faktor nyeri akibat *sectio caesarea*.

2) Pola eliminasi

Kaji frekuensi BAB (pada ibu pasca bedah biasanya peristaltik akan mengalami penurunan selama 24 jam), konsistensi feses, warna serta masalah yang dihadapi pasien saat BAB. Kaji frekuensi BAK, warna dan jumlah urine. Biasanya pada ibu post *Sectio Caesarea* dipasang kateter.

3) Pola istirahat dan tidur

Waktu tidur siang, waktu tidur malam, adanya keluhan kesulitan tidur karena adanya luka post *Sectio Caesarea* yang dapat meningkatkan rangsangan *reticulus activity system* (RAS) yang membuat terus terjaga.

4) Personal hygiene

Mencangkup frekuensi mandi, gosok gigi, dan mencuci rambut. Pada ibu post *Sectio Caesarea* biasanya mengalami perubahan karena keterbatasan aktivitas.

#### 5) Aktifitas dan latihan

Pada pasien post *Sectio Caesarea* untuk gangguan aktivitas biasanya dipengaruhi oleh tindakan anestesi. Pasien dengan anestesi umum biasanya terjadi penurunan dari kekuatan dan ketahanan otot sehingga menyebabkan pasien menjadi lemas. Pasien yang telah menjalani anestesi spinal hanya terjadi penurunan kekuatan dibagian tungkai bawah sehingga dapat diarahkan untuk berbaring datar dan tanpa bantal selama 6-8 jam setelah pemberian anestesi.

#### g. Pemeriksaan fisik

Pada pasien dengan post *Sectio Caesarea* keadaan umum pasien biasanya *compos mentis*, penampilan tampak baik dan terkadang sedikit pucat. Pada tanda-tanda vital biasanya ada kenaikan pada suhu, yaitu mencapai 38°C, dengan frekuensi nadi 40-70 kali/menit pada hari pertama dan normal kembali pada hari ketiga tekanan darah dan respirasi normal (Reeder, 2009).

#### 1) Kepala dan wajah

Keadaan kepala dan kulit bersih, bentuk kepala simetris, warna kulit hitam, distribusi rambut merata, adakah pembengkakan, kelemahan kulit, lesi, edema, dan bau. *Cloasma gravidarum*, pembengkakan palpebra tidak ada.

2) Mata

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

3) Telinga

Bentuk, kebersihan telinga, fungsi pendengaran.

4) Hidung

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

5) Mulut

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

6) Leher

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

7) Dada

Terdiri dari jantung, paru-paru dan payudara. Bentuk payudara, tekstur, warna areola, ada tidak pembengkakan dan nyeri tekan, ada tidaknya benjolan. Pada hari pertama konsistensi lunak, adanya kolostrum, puting menonjol dan mengalami hiperpigmentasi, sedangkan pada hari ketiga payudara mengeras, membesar, hangat, puting dapat

mengalami luka yang memerah, ASI keluar pada hari kedua sampai hari keempat (Reeder, 2009).

8) Abdomen

Lembek atau lunak dan kendur, terdapatnya luka operasi *Sectio Caesarea* tertutup verban, fundus uteri setinggi pusat pada hari pertama dan 1-2 cm dibawah pusat setelah 3 hari, teraba keras.

9) Punggung dan bokong

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

10) Genetalia

Umumnya pada ibu post partum terjadi diuresis, sehingga 6 jam post partum sudah ada keinginan berkemih. Vulva tidak edema, 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.

11) Ekstremitas

Pada ekstremitas bawah tidak ada edema pretibia/pedis, tanda hofmen negatif pada hari pertama dan edema minimal dan tanda hofmen negatif pada hari ketiga, kesimetrisan ekstremitas, ada tidaknya varises, tidak adanya nyeri tekan.

h. Data psikologis

Pada hari pertama sampai ketiga, klien berada pada fase *taking in* dimana klien ingin selalu diperhatikan dan emosi labil.

i. Data Penunjang

Merupakan data yang menunjang adanya kelainan atau komplikasi dari suatu penyakit meliputi pemeriksaan laboratorium, foto *rongent*, rekam kardiografi, dan lain – lain.

j. Analisa Data

Setelah melakukan pengkajian keperawatan, perawat melanjutkan dengan menganalisa data sehingga dapat ditentukan masalah keperawatannya.

2. Diagnosa Keperawatan

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien *post sectio caesarea* adalah : (Doenges, 2011)

- a. Perubahan proses keluarga berhubungan dengan perkembangan transisi atau penigkatan anggota keluarga.
- b. Nyeri akut berhubungan trauma pembedahan, efek-efek anestesi atau hormonal, distensi kandung kemih atau abdomen
- c. Ansietas berhubungan dengan krisis situasi, ancaman pada konsep diri, transmisi atau kontak interpersonal, kebutuhan tidak terpenuhi.
- d. Harga diri rendah berhubungan dengan merasa gagal dalam peristiwa situasional

- e. Resiko tinggi terhadap cedera (injuri) berhubungan dengan fungsi biokimia atau regulasi (misalnya hipotensi, ortostatik, adanya eklamsi), efek-efek anestesi, tromboemboli, profil darah abnormal (anemia atau kehilangan darah berlebihan), trauma jaringan.
  - f. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan atau kulit rusak, penurunan Hb, prosedur invasif dan atau peningkatan pemanjangan lingkungan, pecah ketuban lama, malnutrisi.
  - g. Gangguan eliminasi : berhubungan dengan penurunan tonus otot (diatasis rekti, kelebihan analgetik atau anestesi, efek-efek progeteron, dehidrasi, diare persalinan, kurang masukan, nyeri perineal)
  - h. Kurang pengetahuan mengenai perubahan fisiologi, periode pemulihan, perawatan diri dan kebutuhan perawatan bayi berhubungan dengan kurang pemejaan atau mengingat, kesalahan interpretasi, tidak mengenal sumber-sumber.
  - i. Perubahan eliminasi urine berhubungan dengan trauma atau diversifikasi mekanis, efek-efek hormonal (perpindahan cairan dan peningkatan aliran plasma ginjal), efek-efek anestesi.
  - j. Kurang perawatan diri berhubungan dengan efek-efek anestesi, penurunan kekuatan dan ketahanan, ketidaknyamanan fisik.
3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan atau intervensi pada pasien *post sectio caesarea* (4jam-5 hari) (Doenges, 2011) adalah:

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Intervensi	Rasional
1	Perubahan proses keluarga berhubungan dengan perkembangan transisi atau peningkatan anggota keluarga.	<p>Klien dan keluarga dapat menerima perubahan dalam keluarga dengan anggota yang baru</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>a. Mendemonstrasikan perilaku kedekatan dan ikatan yang tepat</p> <p>b. Mulai secara aktif mengikuti tugas perawatan bayi baru lahir dengan tepat</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan pasien untuk menggendong, menyentuh dan memeriksa bayi, tergantung pada kondisi pasien dan bayi baru lahir</li> <li>2. Berikan kesempatan untuk ayah atau pasangan untuk menyentuh dan menggendong bayi sesuai kemungkinan situasi.</li> <li>3. Observasi dan catat interaksi keluarga-bayi, perhatikan perilaku yang dianggap menandakan ikatan dan kedekatan</li> <li>4. Diskusikan kebutuhan kemajuan dan sifat interaksi yang lazim dari ikatan. Perhatikan kenormalan dari variasi respon dari satu waktu ke waktu yang lainnya dan diantara anak yang berbeda</li> <li>5. Perhatikan pengungkapan atau perilaku yang menunjukkan kekecewaan atau kurang minat</li> <li>6. Berikan kesempatan pada orang tua untuk mengungkapkan perasaan – perasaan yang negatif tentang diri mereka dan bayi.</li> <li>7. Perhatikan lingkungan sekitar kelahiran</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jam pertama setelah kelahiran kesempatan unik untuk ikatan keluarga untuk terjadikarena ibu dan bayi secara emosional menerima isyarat satu sama lain</li> <li>2. menerima isyarat satu sama lain, yang memulai kedekatan dan proses pengenalan. Bantuan pada interaksi pertama atau sampai jalur intravena dilepas mencegah klien dari merasa kecewa atau tidak kuat</li> <li>3. Kontak mata dengan mata penggunaan posisi wajah, berbicara pada suara nada tinggi, posisi wajah dan menggendong</li> <li>4. Membantu pasien atau pasangan memahami makna dan pentingnya proses dan memberikan keyakinan bahwa perbedaan diperkirakan.</li> <li>5. Kedatangan anggota keluarga baru, bahkan bila diinginkan dan diantisipasi, menciptakan periode sementara dari disekulibrium, memerlukan penyatuan anak baru kedalam keluarga yang ada</li> <li>6. Komplik tidak teratasi selama proses pengenalan awal orang tua bayi dapat mempunyai efek – efek negative jangka panjang pada masa depan hubungan orang tua – anak</li> <li>7. Orang tua perlu bekerja melalui hal hal bermakna pada kejadian</li> </ol>

			<p>sesaria, kebanggaan diri orang tua dan persepsi tentang pengalaman kelahiran, reaksi awal mereka terhadap bayi dan partisipasi mereka pada pengalaman kelahiran</p> <p>8. Anjurkan dan bantu dalam menyusui tergantung pada pilihan klien dan keyakinan/praktik budaya</p> <p>9. Sambut keluarga dan sambut untuk kunjungan singkat segera bila kondisi ibu/bayi baru lahir memungkinkan</p> <p>10. Berikan informasi sesuai kebutuhan tentang keamanan dan kondisi bayi. Dukung pasangan sesuai kebutuhan</p>	<p>penuh stres seputar kelahiran anak dan orientasikan mereka sendiri terhadap realitas sebelum mereka dapat berfokus pada bayi.</p> <p>8. Efek awal mempunyai efek positif pada durasi menyusui: kontak kulit dengan kulit dan mulainya tugas-tugas ibu meningkatkan ikatan</p> <p>9. Meningkatkan kesatuan keluarga dan membantu sibling memulai proses adaptasi positif terhadap peran baru dan memasukkan anggota baru kedalam struktur keluarga</p> <p>10. Membantu pasangan untuk memproses dan mengevaluasi informasi yang diperlukan, khususnya bila periode pengenalan awal telah lambat.</p>
2	<p>Nyeri akut berhubungan trauma pembedahan, efek-efek anestesi atau hormonal, distensi kandung kemih atau abdomen</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>a. Mengidentifikasi dan menggunakan intervensi dengan tepat untuk mengatasi nyeri</p> <p>b. Mengungkapkan berkurangnya nyeri</p> <p>c. Tampak rileks</p>	<p>1. Tentukan karakteristik dan lokasi ketidaknyamanan, perhatikan isyarat verbal dan non verbal seperti meringis, kaku, dan gerakan melindungi atau terbatas</p> <p>2. Berikan informasi dan petunjuk antisipasi mengenai penyebab ketidaknyamanan</p> <p>3. Evaluasi tekanan darah (TD) dan nadi, perhatikan perubahan perilaku (bedakan antara kegelisahan karena kehilangan darah berlebihan dan karena nyeri)</p> <p>4. Perhatikan nyeri tekan uterus dan adanya/karakteristik nyeri penyerta, perhatikan infuse oksitosin pascaoperasi</p> <p>5. Ubah posisi klien, kurangi rangsangan yang berbahaya.</p>	<p>1. Klien mungkin tidak secara verbal melaporkan nyeri dan ketidaknyamanan secara langsung. Membedakan karakteristik khusus dari nyeri membantu membedakan nyeri pascaoperasi dari terjadinya komplikasi</p> <p>2. Meningkatkan pemecahan masalah, membantu mengurangi nyeri berkenaan dengan ansietas dan ketakutan karena ketidaktahuan</p> <p>3. Pada banyak klien, nyeri dapat menyebabkan gelisah serta TD dan nadi meningkat</p> <p>4. Selama 12 jam pertama pascapartum, kontraksi uterus kuat dan teratur, dan ini berlanjut selama 2-3 hari berikutnya, meskipun frekuensi dan intensitasnya dikurangi.</p> <p>5. Merileksasikan otot, dan meningkatkan kenyamanan.</p>

			6. Lakukan latihan napas dalam 7. Berikan analgetik setiap 3-4 jam, berlanjut dari rute IV/IM sampai ke rute oral	6. Napas dalam meningkatkan upaya pernapasan 7. terapi analgetik untuk memblokir rangsangan nyeri
3	Ansietas berhubungan dengan krisis situasi, ancaman pada konsep diri, transmisi atau kontak interpersonal, kebutuhan tidak terpenuhi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil : a. mengungkapkan kesadaran akan perasaan ansietas b. mengidentifikasi cara untuk menurunkan ansietas c. melaporkan bahwa ansietas sudah menurun ke tingkat yang dapat diatasi	1. Dorong keberadaan/pasrtisipasi dari pasangan 2. Tentukan tingkat ansietas klien dan sumber dari masalah 3. Bantu klien dalam mengidentifikasi mekanisme koping yang lazim dan perkembangan strategis koping baru jika dibutuhkan 4. Berikan informasi yang akurat tentang keadaan klien/bayi 5. Mulai kontak antara klien/pasangan dengan bayi sesegera mungkin	1. Memberikan dukungan emosional,dapat mendorong pengungkapan masalah 2. Kelahiran cesarea mungkin dipandang sebagai suatu kegagalan dalam hidup oleh klien/pasangan dan hal tersebut dan memiliki dampak negative dalam proses ikatan/menjadi orang tua 3. Membantu memfasilitasi adaptasi yang positif terhadap peran baru, mengurangi perasaan ansietas 4. Khayalan di sebabkan oleh kurangnya informasi atau kesalah pahaman dapat meningkatkan tingkat ansietas 5. Mengurangi ansietas yang mungkin berhubungan dengan penanganan bayi, takut terhadap sesuatu yang tidak di ketahui
4	Harga diri rendah berhubungan dengan merasa gagal dalam peristiwa situasional	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil : a. Mendiskusikan masalah peran dan pengalaman kelahiran dari klien b. Mengungkapkan pemahaman mengenai faktor	1. Tentukan respon emosional klien/pasangan terhadap kelahiran sesaria. 2. Tinjau ulang partisipasi klien/pasangan dan peran dalam pengalaman kelahiran. Identifikasi perilaku positif selama proses prenatal dan antenatal 3. Tekankan kemiripan antara kelahiran sesaria dan vagina. Sampaikan sikap positif terhadap kelahiran sesaria 4. Rujuk klien/pasangan untuk konseling profesional bila reaksi maladaptif.	1. Kedua anggota pasangan mungkin mengalami reaksi emosi negative terhadap kelahiran sesaria, Kelainan sesaria yang tidak direncanakan dapat berefek negative terhadap harga diri klien 2. Respon berduka dapat berkurang bila ibu dan ayah mampu saling berbagi akan pengalaman kelahiran. Memfokuskan kembali perhatian klien/pasangan untuk membantu mereka memandang kehamilan dalam totalitasnya 3. Klien dapat mengubah persepsinya tentang pengalaman kelahiran sesaria sebagaimana persepsinya tentang kesehatannya atau penyakitnya berdasarkan pada sikap profesional 4. Klien yang tidak mampu mengatasi rasa berduka atau perasaan negative memerlukan bantuan profesional lebih lanjut.

		individu		
		c. Mengekspresikan harapan diri positif		
5	Resiko tinggi terhadap cedera berhubungan dengan fungsi biokimia atau regulasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil : 1. Mendemonstrasikan perilaku untuk menurunkan faktor resiko dan perlindungan diri 2. Bebas dari komplikasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tinjau ulang catatan prenatal dan intrapartal terhadap faktor-faktor yang memprediposisikan klien pada komplikasi. Catat kadar Hb dan kehilangan darah operatif</li> <li>2. Pantau TD, nadi dan suhu</li> <li>3. Inspeksi balutan terhadap perdarahan berlebihan. Catat drainase pada balutan(bila tidak diganti)</li> <li>4. Pantau masukan cairan dan haluaran urine. Perhatikan penampilan, warna, konsentrasi, dan berat jenis urine</li> <li>5. Anjurkan latihan kaki/pergelangan kaki dan ambulasi dini</li> <li>6. Perhatikan efek-efek MgSO<sub>4</sub>, bila diberikan. Kaji respon patella dan pantau frekuensi pernapasan</li> <li>7. Kolaborasi : Gantikan kehilangan cairan secara intravena</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adanya faktor-faktor resiko seperti kelelahan miometrial, distensi uterus berlebihan, stimulasi oksitosin lama, atau tromboflebitis prenatal memungkinkan klien lebih rentan terhadap komplikasi</li> <li>2. Tekanan darah yang tinggi dapat menandakan terjadi atau berlanjutnya hipertensi,,memerlukan magnesium sulfat(MgSO<sub>4</sub>) atau pengobatan antihipertensif lain</li> <li>3. Luka bedah dengan drain dapat membasahi balutan, namun rembesan biasanya tidak terlihat dan dapat menunjukkan terjadinya komplikasi</li> <li>4. Fungsi ginjal adalah indeks kunci dari volume darah sirkulasi. Bila haluaran menurun, berat jenis meningkat dan sebaliknya. Urine yang mengandung darah atau bekuan menunjukkan kemungkinan trauma kandung kemih berkenaan dengan intervensi pembedahan.</li> <li>5. Meningkatkan aliran balik vena, mencegah statis/penumpukan pada ekstremitas bawah , menurunkan resiko flebitis</li> <li>6. Tidak adanya reflex patella dan frekuensi pernapasan di bawah 12x/menit menandakan toksisitas dan perlunya penurunan atau penghentian terapi obat</li> <li>7. Rata-rata kehilangan dara biasanya 600-800 ml. tetapi edema fisiologis prenatal, yang mengerahkan pascapartum, meningkatkan kebutuhan terhadap penggantian volume cairan besar</li> </ol>
6	Resiko tinggi infeksi berhubungan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan dan gunakan teknik mencuci tangan dengan cermat dan pembuangan pengalasan kotoran, dan pembalut</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu mencegah atau membatasi penyebaran infeksi</li> </ol>

	dengan trauma jaringan atau kulit rusak , penurunan hb, dan prosedur invasif	teratasi dengan kriteria hasil : a. Mendemonstrasikan teknik untuk menurunkan resiko b. Menunjukkan luka yang bebas dari drainase purulent c. Bebas dari infeksi	perineal,dan linen terkontaminasi dengan tepat 2. Inspeksi insisi terhadap proses penyembuhan. Perhatikan kemerahan, edema, dan nyeri 3. Berikan perawatan perineal dan kateter dan penggantian penggalas sering 4. Ajarkan klien dan keluarga untuk perawatan luka dirumah 5. Kolaborasi : Berikan antibiotik khusus untuk proses infeksi	2. Tanda-tanda ini menandakan infeksi luka, biasanya disebabkan oleh streptokokus,stapilokokus atau spesies pseudomonas 3. Membantu menghilangkan media pertumbuhan bakteri meningkatkan hygiene 4. Agar klien dan keluarga dapat melakukan perawatan luka dirumah 5. Pemberian terapi antibiotik untuk menghambat penyebaran organisme pathogen yang luas sehingga mencegah infeksi pada luka
7	Gangguan eliminasi berhubungan dengan penurunan tonus otot	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil : a. Berkemih tidak dibantu dalam 6-8 jam paska persalinan b. Mengosongkan kandung kemih	1. Kaji masukan cairan dan haluaran urin 2. Palpasi kandung kemih 3. Perhatikan adanya edema 4. Anjurkan berkemih dalam 6-8 jam pasca partu 5. Anjurkan minum 6-8 gelas cairan/hari	1. Penggantian cairan yang tidak efektif dapat mengakibatkan dehidrasi dan menurunkan haluaran urin 2. Aliran plasma ginjal, yang meningkatkan 20%-50% selama periode prenatal, tetap tinggal pada minggu pertama pascapartum, mengakibatkan peningkatan pengisian kandung kemih 3. Trauma kandung kemih atau edema dapat mengganggu pola berkemih 4. Kandung kemih yang penuh dapat mengganggu motilitas dan involusi uteri serta aliran lochea 5. Membantu mencegah dehidrasi dan mengganti cairan yang hilang waktu persalinan
8	Kurang pengetahuan mengenai perubahan fisiologis, periode pemulihan, dan perawatan diri berhubungan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil : a. Mengungkapkan pemahaman perubahan	1. Pastikan perspsi klien tentang persalinan dan kelahiran, lama persalinan dan tingkat kelemahan klien 2. Kaji kesiapan klien dan motivasi untuk belajar 3. Berikan informasi tentang perawatan	1. Terdapat hubungan antara lama persalinan dan kemampuan untuk melakukan tanggung jawab tugas dan aktivitas-aktivitas perawatan diri atau perawatan bayi 2. Periode pascanatal dapat merupakan pengalaman positif bila penyuluhan yang tepat diberikan untuk membantu menghembangkan pertumbuhan ibu maturasi dan kompetensi 3. Membantu mencegah infeksi, mempercepat pemulihan dan

	dengan pemejaan kurang atau mengingat	fisiologis kebutuhan individu b. Melakukan aktifitas yang perlu dan menjelaskan alasan untuk tindakan	diri, termasuk perawatan perianal 4. Diskusikan kebutuhan seksualitas dan rencana untuk kontrasepsi 5. Beri penguatan pentingnya pemeriksaan pasca partum minggu ke enam dengan pemberian perawatan kesehatan.	penyembuhan 4. Pasangan mungkin memerlukan kejelasan mengenai ketersediaan metode kontrasepsi 5. untuk mengevaluasi pemulihan organ reproduksi, penyembuhan insisi atau perbaikan episiotomy, kesejateraan dan perubahan hidup
9	Perubahan eliminasi urin berhubungan dengan trauma atau diversifikasi mekanis, efek hormonal dan efek anestesi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil : a. mendapatkan pola berkemih yang biasa setelah pengangkatan kateter b. mengosongkan kandung kemih setiap kali berkemih	1. Perhatikan dan catat jumlah, warna, dan konsentrasi drainase urin 2. Berikan cairan per oral misal 6-8 gelas perhari 3. Palpasi kandung kemih. Pantau tinggi fundus dan lokasi dan jumlah aliran lochia 4. Gunakan metode-metode untuk memudahkan pengangkatan kateter setelah berkemih (mis: membuka kran air, menyiramkan air hangat diatas perineum) 5. Pertahankan infus intravena selama 24 jam setelah pembedahan, sesuai indikasi. Tingkatkan jumlah cairan infus bila haluaran 30 ml/jam	1. Oliguria (keluaran kurang dari 30 ml/jam) mungkin disebabkan oleh kelebihan kehilangan cairan, ketidakadekuatan pengganti cairan, atau efek-efek antidiuretik dari infus oksitosin 2. Cairan meningkatkan hidrasi dan fungsi ginjal, dan membantu mencegah stasis kandung kemih 3. Aliran plasma ginjal, yang meningkat 25-50% selama periode prenatal, tetap tinggi pada minggu pertama pascapartum, mengakibatkan peningkatan pengisian kandung kemih 4. Klien harus berkemih dalam 6-8 setelah pengangkatan kateter, masih mungkin mengalami kesulitan pengosongan kandung kemih secara lengkap 5. Biasanya 3 L cairan, meliputi Ringer Laktat , adekuat untuk menggantikan kehilangan dan mempertahankan aliran ginjal/haluaran urine
10	Defisit perawatan diri berhubungan dengan efek-efek anestesi penurunan kekuatan, ketahuan, dan ketidaknyamanan fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil : a. Mendemonstrasikan teknik –teknik untuk memenuhi	1. Pastikan berat/durasi ketidaknyamanan 2. Kaji status fisiologis klien 3. Tentukan tipe-tipe anestesi, perhatikan adanya pesanan atau protocol mengenai	1. Nyeri berat mempengaruhi respon emosi dan perilaku, sehingga klien mungkin tidak mampu berfokus pada aktivitas perawatan diri sampai kebutuhan fisiknya terhadap kenyamanan terpenuhi 2. Pengalaman nyeri fisik mungkin disertai dengan nyeri mental yang mempengaruhi keinginan klien dan motivasi untuk mendapatkan otonomi 3. Klien yang telah menjalani anestesi spinal dapat diarahkan untuk berbaring datar dan tanpa bantal selama 6 -8 jam setelah

---

kebutuhan perawatan diri	perubahan posisi	pemberian anestesi
b. Mengidentifikasi sumber-sumber yang tersedia	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Ubah posisi klien setiap 1-2 jam</li> <li>5. Memberikan bantuan sesuai kebutuhan dengan hygiene misalnya perawatan mulut,mandi,gosok punggung dan perawatan perineal</li> <li>6. Berikan pilihan bila mungkin misalnya pemilihan jadwal mandi, jarak selama ambulasi</li> <li>7. Kolaborasi Berikan agen analgetik sesuai kebutuhan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Membantu mencegah komplikasi bedah seperti phlebitis atau pneumoni</li> <li>5. Memperbaiki harga diri, meningkatkan perasaan kesejahteraan</li> <li>6. Mengizinkan beberapa otonomi meskipun klien tergantung pada bantuan profesional</li> <li>7. Menurunkan ketidaknyaman, yang dapat mempengaruhi kemampuan untuk melaksanakan perawatan diri</li> </ol>

---

#### 4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah tahap pelaksanaan terhadap rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan untuk perawat bersama pasien. Implementasi dilaksanakan sesuai dengan rencana setelah dilakukan validasi, disamping itu juga dibutuhkan keterampilan interpersonal, intelektual, teknik yang dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat dengan selalu memperhatikan keamanan fisik dan psikologis. Setelah selesai implementasi, dilakukan dokumentasi yang meliputi intervensi yang sudah dilakukan dan bagaimana respon pasien (*Rohmah, 2009*).

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Kegiatan evaluasi ini adalah membandingkan hasil yang telah dicapai setelah implementasi keperawatan dengan tujuan yang diharapkan dalam perencanaan (*Rohmah, 2009*).

Perawat mempunyai tiga alternatif dalam menentukan sejauh mana tujuan tercapai :

- a. Berhasil : perilaku pasien sesuai pernyataan tujuan dalam waktu atau tanggal yang ditetapkan di tujuan.
- b. Tercapai sebagai : pasien menunjukkan perilaku tetapi tidak sebagai yang ditentukan dalam pernyataan tujuan.
- c. Belum tercapai : pasien tidak mampu sama sekali menunjukkan perilaku yang diharapkan sesuai dengan pernyataan tujuan.