

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU *POST* SEKSIO SESAREA
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT
DI RUANG KALIMAYA BAWAH
RSUD dr. SLAMET GARUT**

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

Disusun Oleh :

ENENG AMELIA ANITA
AKX.15.031



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
BHAKTI KENCANA
BANDUNG
2018**

PERNYATAAN PENULIS

Dengan ini saya,

Nama : Eneng Amelia Anita
NPM : AKX.15.031
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Seksio Sesarea Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD dr. Slamet Garut

Menyatakan :

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar profesional Ahli Madya (Amd) di Program Studi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis 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 kemudian 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, 20 April 2018

Ya  ataan
Eneng Amelia Anita

LEMBAR PERSETUJUAN

PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

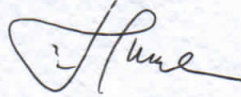
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST SECTIO CAESAREA
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT
DI RUANG KALIMAYA BAWAH
RSUD dr. SLAMET GARUT**

**ENENG AMELIA ANITA
AKX.15.031**

**PROPOSAL PENELITIAN INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 27 MARET 2018**

Oleh

Pembimbing Ketua



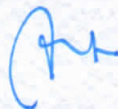
Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners
1104025

Pembimbing Pendamping



Iceu Komalanengsih, SKM

Mengetahui
Prodi DIII Keperawatan



Tuti Suprarti, S.Kp., M.Kep
1011603

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

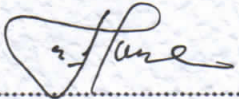
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU *POST* SEKSIO SESAREA
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT
DI RUANG KALIMAYA BAWAH
RSUD dr. SLAMET GARUT**

Oleh :
Nama : Eneng Amelia Anita
NIM.AKX.15.031

Telah diuji
Pada tanggal, 28 April 2018

Panitia Penguji


Ketua : Vina Vitniawati, S.Kep., Ners
(Pembimbing Utama)




.....

Anggota :


1. Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners
(Penguji I)
2. Yati N, AMK
(Penguji II)
3. Iceu Komalanengsih, SKM
(Pembimbing Pendamping)



.....



.....



.....

Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua,



Rd.Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep
10107064

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT, karena atas karuniaNya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini tepat pada waktunya. Shalawat serta salam semoga tercurahkan limpahnya kepada Nabi Muhammad SWA.

Karya tulis ini berjudul "*Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Seksio Sesarea Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Kalimaya Bawah Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut Tahun 2018*" disusun untuk memenuhi syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi Dan Gawat Darurat Medik STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Dalam penyusunan karya tulis ini penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, oleh karena itu ucapan terimakasih ini penulis haturkan kepada :

1. H. Mulyana, SH., M.Pd., M.H.Kes., selaku Ketua Yayasan Adhiguna Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, SKp., M.Kes, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti, SKp., M.Kep, selaku Ketua Prodi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. dr.Husi Husaeni., Sp.An., KIC., M.Kes., selaku Ketua Jurusan Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik Stikes Bhakti Kencana Bandung.
5. Seluruh Staff dosen dan karyawan Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik Stikes Bhakti Kencana Bandung.
6. H. Maskut Farid, dr., MM. selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum dr.Slamet Garut.
7. Deti Fuji Adianti, S.Kep. Ners. Selaku pembimbing dan CI lapangan yang telah memberikan izin, bimbingan, arahan dan motivasi yang berharga sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

8. Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners, selaku pembimbing utama KTI yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi yang berharga selama penulis mengikuti pendidikan dan penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.
9. Iceu Komalanengsih, SKM, selaku pembimbing pendamping KTI yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi yang berharga selama penulis mengikuti pendidikan dan penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.
10. Kepada mereka yang selalu menjadi panutan demi keberhasilan penulis, Ayahanda tercinta H. Umar Taufik, Ibunda tercinta Enok Upit, Kakak tersayang Asep Setiana, Jajang Nurjaman, Yayah Fauziah dan Ponakanku tersayang Naura M, Nfiza A, Dhifa. Serta seluruh keluarga besar yang selalu memberikan semangat, pengorbanan, pengertian, kesabaran, dan kasih sayang yang tulus serta do'a sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Kepada Asri miranti, Sekar, Nisya, Ika dan Seluruh teman seperjuangan angkatan 11, dan kakak alumni tercinta, senior dan adik-adik tingkat yang telah memberikan semangat, motivasi sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.
12. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

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

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

Bandung, 20 April 2018

Penulis

ABSTRAK

Latar Belakang : Sektio sesarea merupakan suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. (amtul sofian,2012). Adapun beberapa faktor lainnya yang dapat memicu tindakan sektio sesarea bisa di lakukan apabila terjadi indikasi panggul sempit, ketidak seimbangan kepala dan panggul, rupture uteri mengancam, partus lama, partus tak maju, distosia serviks, dan gemeli. Sektio sesareadapat menimbulkan beberapa komplikasi antara lain resiko infeksi pada luka operasi, nyeri akut, hambatan mobilisasi, sulit tidur bahkan sampai perdarahan.**Metode :** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah atau fenomena dengan batasan terperinci, pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang pasien post sektio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut.**Hasil :** setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi teknik relaksasi nafas dalam selama 3x24 jam, masalah keperawatan nyeri akut pada kasus 1 teratasi sebagian, dan pada kasus 2 masalah keperawatan nyeri akut dapat teratasi.**Diskusi :** pasien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor. Sehingga perawat harus melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap pasien.

Kata kunci : *Sektio Sesarea*, Nyeri Akut, Asuhan Keperawatan
Daftar Pustaka : 10 Buku (2008-2018), 3 Jurnal (2010-2018)

ABSTRACT

Background: *Sectio caesarea a way of giving birth to the fetus by making an incision on the uterine wall through the front wall of the abdomen. (amtul sofian, 2012). As for some other factors that can trigger sectio caesarea can be done if there is a narrow pelvic indication, head and pelvis imbalances, threatening uterine rupture, old partus, advanced partus, cervical dystocia, and gemeli. Sectio caesarea can cause several complications such as the risk of infection in surgical wounds, acute pain, mobilization barriers, difficulty sleeping even to bleeding. Method:* The case study is to explore a problem or phenomenon with detailed constraints, deep data retrieval and include various sources of information. This case study was conducted on two post- sectio caesarea patients with acute pain nursing problems. **Result:** after nursing care done by giving intervention of breath deep breath technique for 3x24 hours, acute pain nursing problem in case 1 is partially solved, and in case 2 acute pain nursing problem can be overcome. **Discussion:** patients with acute pain nursing problems do not always have the same response this is influenced by several factors. So nurses have to do comprehensive nursing care to handle nursing problems in each patient.

Keyword: *Sectio caesarea*, Acute Pain, Nursing Care

Bibliography: 10 Books (2008-2018), 2 Journals (2010-2018)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL DAN PRASYARAT GELAR	i
LEMBAR PERNYATAAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Gambar	x
Daftar Tabel	xi
Daftar Bagan	xiii
Daftar Lampiran	xiv
Daftar Lambang, Singkatan dan Istilah	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
D. Manfaat	5
1. Manfaat Teoritis	5
2. Manfaat Praktis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Penyakit	7
1. Anatomi Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita	7
2. Persalinan	11
3. Seksio sesarea.....	14
4. Nifas	21
B. Konsep Asuhan Keperawatan	28
1. Pengkajian	28
2. Diagnosa Keperawatan	41
3. Intervensi dan Rasionalisasi	44
4. Implementasi	60
5. Evaluasi	60

BAB III METODE PENELITIAN	61
A. Desain Penelitian	61
B. Batasan Istilah	62
C. Responden/subyek peneliti	62
D. Lokasi dan Waktu Penelitian	63
E. Pengumpulan Data	63
F. Uji Keabsahan Data	67
G. Analisa Data	68
H. Etik Penulisan	70
BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	72
A. Hasil	72
1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data	72
2. Data Asuhan Keperawatan	72
a. Pengkajian	72
b. Diagnosa Keperawatan.....	90
c. Intervensi.....	95
d. Implementasi	103
e. Evaluasi.....	116
B. Pembahasan	117
1. Pengkajian	118
2. Diagnosa Keperawatan.....	119
3. Intervensi.....	126
4. Implementasi	131
5. Evaluasi	133
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	135
A. Kesimpulan	135
B. Saran	137

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
2.1 Alat Kelamin Luar	7
2.2 Alat Kelamin Dalam	9

DAFTAR TABEL

TABEL	Halaman
2.1 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas.....	44
2.2 Intervensi Nyeri Akut.	45
2.3 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi	47
2.4 Intervensi Ketidakefektifan Pemberiam ASI.....	48
2.5 Intervensi Gangguan Eleminasi Urin.....	50
2.6 Intervensi Gangguan Pola Tidur.....	51
2.7 Intervensi Resiko Infeksi.	52
2.8 Intervensi Defisit Perawatan Diri	53
2.9 Intervensi Konstipasi	54
2.10 Intervensi Resiko Syok	56
2.11 Intervensi Resiko Perdarahan	57
2.12 Intervensi Defisit Pengetahuan	58
4.1 Identitas Klien.....	72
4.2 Riwayat Kesehatan	73
4.3 Riwayat Ginekologi dan Obstetric	75
4.4 Pola Aktivitas Sehari-hari	77
4.5 Pemeriksaan Fisik	78
4.6 Data Psikologi.....	83
4.7 Data Sosial	84
4.8 Kebutuhan <i>Bounding Attachment</i>	85
4.9 Kebutuhan Pemenuhan Seksual.....	85
4.10 Data Spiritual	85
4.11 Pengetahuan Tentang Perawatan Diri.....	86
4.12 Hasil Pemeriksaan Diagnostik	86
4.13 Programdan Rencana Pengobatan	87
4.14 Analisa Data	87
4.15 Diagnosa Keperawatan	90
4.16 Intervensi	95

4.17 Implementasi	103
4.18 Evaluasi	116

DAFTAR BAGAN

Bagan	Halaman
2.1 Pathway sectio caesarea	17

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN I	Lembar Konsul KTI
LAMPIRAN II	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
LAMPIRAN III	Lembar Observasi
LAMPIRAN IV	Surat Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus
LAMPIRAN V	Jurnal
LAMPIRAN VI	Standar Operasional Prosedur (SOP)
LAMPIRAN VII	Satuan Acara Penyuluhan (SAP)
LAMPIRAN VIII	Leaflet
LAMPIRAN IX	Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
WHO	: World Health Organization
SDKI	: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
DKI	: Daerah Khusus Ibukota
BBL	: Berat Badan Lahir
EKG	: Elektrokardiogram
JDL	: Jumlah Darah Lengkap
ASI	: Air Susu Ibu
SP	: Substansi Peptida
CGRP	: Calcitonin Gene Related Peptide
VAS	: Visual Analog Scale
NRS	: Numeric Rating Scale
APGAR	: Appearance Plise Grimace Activity Respiration
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
NANDA	: North American Nursing Diagnosis Association
NIC	: Nursing Interventions Classification
NOC	: Nursing Outcomes Classification
NaCL	: Natrium Klorida
O2	: Oksigen
SC	: Sectio Caesarea
ISK	: Infeksi Saluraan Kemih
ADL	: Activity Daily Living
TTV	: Tanda-tanda Vital
DBN	: Dalam Batas Normal

CVP	: Central Venous Pressure
MRS	: Masuk Rumah Sakit
WOD	: Wawancara Observasi Dokumen
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
IRT	: Ibu Rumah Tangga
WIB	: Waktu Indonesia Barat
RT	: Rukun Tetangga
RW	: Rukun Warga
TBC	: Tuberculosis
IUD	: Intrauterine Device
Vit. C	: Vitamin C
TT	: Tetanus Toksoid
BB	: Berat Badan
PB	: Tinggi Badan
Cm	: Sentimeter
CC	: Cubic Centimeter
GCS	: Glasgow Coma Scale
ICS	: Intercosta
CRT	: Capillary Refill Time
G	: Gram
Mg	: Miligram
°C	: Derajat Celsius
No	: Nomor

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir 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 atas persalinan spontan yaitu persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut, dan persalinan buatan yaitu persalinan dengan tenaga medis dari luar misalnya dilakukan operasi seksio sesarea. Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut, seksio sesarea juga dapat didefinisikan sebagai suatu *histerotomia* untuk melahirkan janin dari dalam rahim. Adapun indikasi dari tindakan seksio sesarea adalah plasenta previa, gemeli, ketuban pecah dini, letak lintang, letak sungsang, gawat janin, dan sebagainya (Mochtar, 2012).

Menurut *World Health Organization* (WHO) menetapkan standar rata-rata persalinan operasi sesar disebuah negara adalah sekitar 5-15% per 1000 kelahiran di dunia. Menurut WHO, peningkatan persalinan dengan operasi sesar di seluruh negara terjadi semenjak tahun 2007-2008 yaitu 110.000 per kelahiran diseluruh Asia. Di Indonesia sendiri, angka kejadian operasi sesar juga terus meningkat baik di rumah sakit pemerintah maupun di rumah sakit swasta. Menurut Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI)

menunjukkan terjadi kecenderungan peningkatan operasi sesar di Indonesia dari tahun 1991 sampai tahun 2007 yaitu 1,3-6,8%. Persalinan sesar di kota jauh lebih tinggi dibandingkan di desa yaitu 11 persen dibandingkan 3,9 %. Hasil Riskesdas tahun 2013 menunjukkan kelahiran dengan metode operasi sesar sebesar 9,8% dari total 49.603 kelahiran sepanjang tahun 2010 sampai dengan 2013, dengan proporsi tertinggi di DKI Jakarta (19,9%) dan terendah di Sulawesi Tenggara (3,3%). Berdasarkan data yang penulis dapatkan dari *medical record* RSUD dr. Slamet Garut pada tahun 2015-2017, didapatkan data kasus persalinan dengan tindakan seksio sesarea sebanyak 3.808 kasus.

Terjadi peningkatan kasus seksio sesarea dengan angka mortalitas dua kali angka kelahiran pervaginam, disamping itu angka morbiditas yang terjadi akibat infeksi, kehilangan darah, dan kerusakan organ internal lebih tinggi pada persalinan seksio sesarea. Setelah dilakukan tindakan seksio sesarea bisa muncul beberapa komplikasi antara lain perdarahan, resiko infeksi, nyeri akut, hambatan mobilitas fisik, dan gangguan pola tidur (Kulas, 2008).

Keluhan dan gejala yang sering dirasakan setelah dilakukan tindakan seksio sesarea adalah nyeri. Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. Nyeri yang dirasakan seseorang mempunyai rentang nyeri yang berbeda-beda dari satu orang ke orang lainnya. Rasa nyeri ini dapat timbul akibat trauma fisik yang disengaja atau tidak disengaja. Salah satu trauma fisik yang disengaja yaitu luka operasi seksio sesarea. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri yaitu usia, jenis kebudayaan, makna nyeri, perhatian,

ansietas, kelelahan, pengalaman sebelumnya, gaya coping. Nyeri akut secara serius mengancam proses penyembuhan klien, menghambat kemampuan klien untuk terlihat lebih aktif dan dapat meningkatkan resiko komplikasi akibat imobilisasi jika nyeri tidak terkontrol. (Potter & Perry, 2006).

Nyeri pada pembedahan seksio sesarea sering dirasakan setelah tindakan operasi selesai karena efek obat anestesi yang digunakan selama operasi mulai menghilang. Meskipun nyeri akut merupakan respon normal akibat adanya kerusakan jaringan, namun dapat menimbulkan gangguan fisik, psikologis, maupun emosional dan tanpa manajemen yang adekuat dapat berkembang menjadi nyeri kronik. Nyeri dapat diatasi dengan penatalaksanaan nyeri yang bertujuan untuk meringankan atau mengurangi rasa nyeri sampai tingkat kenyamanan yang dirasakan oleh ibu *post* seksio sesarea (Widiatie, 2015).

Berdasarkan hal tersebut yang mengatakan masalah nyeri yang dirasakan oleh ibu *post* seksio sesarea memerlukan penanganan dalam bentuk asuhan keperawatan yang komprehensif. Dalam hal tersebut maka penulis tertarik untuk membahas lebih lanjut tentang asuhan keperawatan pada ibu *post* seksio sesarea yang dituangkan dalam karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ibu *Post* Seksio Sesarea dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, bagaimanakah asuhan keperawatan pada ibu *post* seksio sesarea yang mengalami masalah keperawatan nyeri akut di ruang kalimaya bawah RSUD dr. Slamet Garut ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif baik bio-pesiko-sosial dan spiritual pada ibu *post* seksio sesarea yang mengalami masalah keperawatan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada ibu *post* seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan ada ibu yang mengalami *post* seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada ibu yang mengalami *post* seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada ibu yang mengalami *post* seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut.

- e. Melakukan evaluasi pada klien yang mengalami *post* seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Meningkatkan pengetahuan bagi pembaca agar dapat mengetahui apa yang dimaksud dengan proses seksio sesarea dan bagaimana seksio sesarea dapat terjadi.

Penulisan karya tulis ini juga berfungsi untuk mengetahui antara teori dan kasus nyata yang terjadi dilapangan sesuai atau tidak dan dalam karya tulis ini dilakukan penelitian antara dua responden dengan ini manfaat agar pembaca dapat mengetahui perbedaan mana yang muncul diantara dua responden.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Rumah Sakit

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

b. Bagi Perawat

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

c. Bagi Institusi Akademik

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

d. Bagi Pasien dan Keluarga

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah bagi pasien dan keluarga yaitu supaya pasien dan keluarga dapat mengetahui gambaran umum tentang ibu *post* seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut beserta perawatan yang benar bagi klien agar penderita mendapat perawatan yang tepat dalam keluarga.

e. Bagi Pembaca

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

BAB II

TINJAUAN KASUS

A. Konsep Penyakit

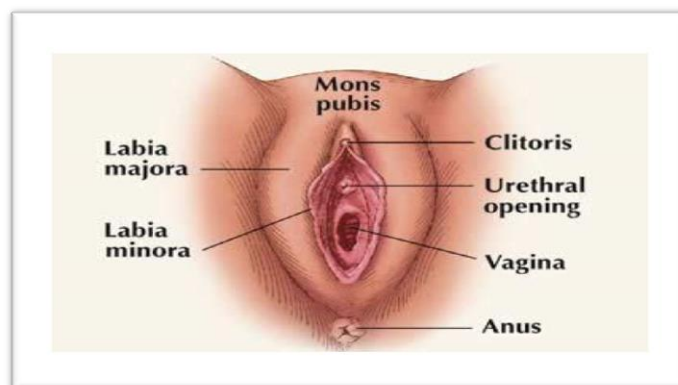
1. Anatomi Sistem Reproduksi

Secara umum alat reproduksi wanita dibagi atas dua bagian yaitu alat kelamin (genetalia) luar dan alat kelamin bagian dalam (Manuaba, 2009).

a. Alat Kelamin Luar

Gambar 2.1

Alat Kelamin Luar



Sumber: Eniyati, 2013

1) Mons Veneris

Mons veneris disebut juga gunung venus, menonjol bagian depan menutup tulang kemaluan.

2) Labia Mayora (Bibir Besar)

Labia mayora berasal darimons veneris, bentuknya lonjong menjurus ke bawah dan bersatu di bagian bawah. Bagian luar labia mayora terdiri dari kulit berambut, kelenjar lemak, dan kelenjar keringat, bagian dalamnya tidak berambut dan

mengandung kelenjar lemak, bagian ini mengandung banyak ujung saraf sehingga sensitif saat berhubungan seks.

3) Labia Minora (Bibir Kecil)

Labia minora merupakan lipatan kecil di bagian dalam labia mayora. Bagian depannya mengelilingi klitoris. Kedua labia ini mempunyai pembuluh darah, sehingga dapat menjadi besar saat keinginan seks bertambah. Labia ini analog dengan kulit skrotum pada pria.

4) Klitoris

Klitoris merupakan bagian yang erektil, seperti penis pada pria, mengandung banyak pembuluh darah dan serabut saraf, sehingga sangat sensitif saat berhubungan seks.

5) Vestibulum

Bagian kelamin ini dibasahi oleh kedua labia kanan-kiri dan bagian atas oleh klitoris serta bagian belakang pertemuan labia minora. Pada bagian vestibulum terdapat muara vagina (liangsenggama), saluran kencing, kelenjar bartolin, dan kelenjar sken.

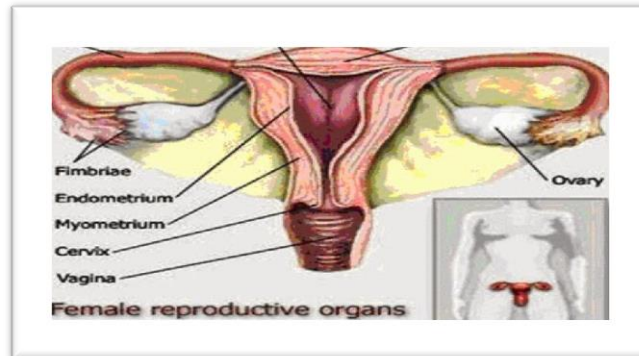
6) Himen (Selaput Dara)

Himen merupakan selaput tipis yang menutupi sebagian lubang vagina luar. Pada umumnya himen berlubang sehingga menjadi saluran aliran darah menstruasi atau cairan yang dikeluarkan oleh kelenjar rahim dan kelenjar endometrium (lapisan dalam rahim).

b. Alat Kelamin Dalam

Gambar 2.2

Alat Kelamin Dalam



Sumber: Eniyati, 2013

1) Vagina (Saluran Senggama)

Vagina merupakan saluran muskulo-membranasea (otot-selaput) yang menghubungkan rahim dengan dunia luar, bagian ototnya berasal dari otot levator ani dan otot *sfincter ani* (otot dubur) sehingga dapat dikendalikan dan dilatih. Selaput vagina tidak mempunyai lipatan sirkuler (berkerut) yang disebut “rugae”. Dinding depan vagina berukuran 9 cm dan dinding belakangnya 11 cm. Selaput vagina tidak mempunyai kelenjar sehingga cairan yang selalu membasahi berasal dari kelenjar rahim atau lapisan dalam rahim. Sebagian dari rahim yang menonjol pada vagina disebut porsio (leher rahim). Vagina (saluran senggama) mempunyai fungsi penting sebagai jalan lahir bagian lunak, sebagai sarana hubungan seksual, saluran untuk mengalirkan lendir dan darah menstruasi.

2) Rahim (Uterus)

Bentuk rahim seperti buah pir dengan berat sekitar 30 gram, terletak di panggul kecil di antara rektum (bagian usus sebelum dubur) dan di depannya terletak kandung kemih. Bagian bawahnya disangga oleh ligamen yang kuat sehingga bebas untuk tumbuh dan berkembang saat kehamilan.

3) Tuba Fallopii

Tuba fallopi berasal dari ujung ligamentum, berjalan kearah lateral, dengan panjang sekitar 12 cm. Tuba fallopi bukan merupakan saluran lurus tetapi mempunyai bagian yang lebar sehingga membedakannya menjadi empat bagian. Ujungnya terbuka dan mempunyai fimbriae (rumbai-rumbai) sehingga dapat menangkap ovum (telur) saat terjadi pelepasan telur (ovulasi). Fungsi tuba fallopi sangat vital dalam proses kehamilan, yaitu menjadi saluran spermatozoa dan ovum, tempat terjadinya pembuahan (fertilitas), menjadi saluran dan tempat pertumbuhan hasil pembuahan sebelum mampu menanamkan diri pada lapisan dalam rahim.

4) Indung Telur (Ovarium)

Indung telur terletak antara rahim dan dinding panggul dan digatungkan ke rahim oleh ligamen tumovarii proprium dan kedinding panggul oleh ligamentum infundibulo-pelvikum. Indung telur merupakan sumber hormonal wanita yang paling utama sehingga mempunyai dampak kewanitaan dalam

pengaturan proses menstruasi. Indung telur mengeluarkan telur (ovum) setiap bulan silih berganti kanan dan kiri. Saat telur (ovum) dikeluarkan wanita disebut dalam masa subur. Masa menopause semua telur menghilang.

5) Parametrium (Penyangga Rahim)

Parametrium merupakan lipatan peritonium dengan berbagai penebalan yang menghubungkan rahim dengan tulang panggul. Lipatan atasnya mengandung tuba fallopii dan ikut serta menyangga indung telur.

2. Persalinan

a. Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin. (Icemi sukarni & Wahyu P, 2013).

b. Jenis Persalinan

1) Persalinan berdasarkan umur kehamilan dan berat badan bayi yaitu, abortus, partus immaturus, partus pramaturus, partus maturus atau *aterm*, partus *post maturus* atau *postterm* (Saifuddin, 2014).

2) Bentuk-bentuk persalinan (Manuaba, 2010) :

(a) Persalinan Spontan

Bila persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.

(b) Persalinan Buatan

Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi *forceps*, atau dilakukan operasi seksio sesarea.

(c) Persalinan Anjuran

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

c. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

1) *Power*/Tenaga yang mendorong anak

Power atau tenaga yang mendorong anak adalah His.

2) *Passage*

Passage adalah jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina. Agar Janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan maka jalan lahir tersebut harus normal.

3) *Passanger*

Passanger terdiri dari janin dan plasenta. Janin merupakan passanger utama, dan bagian janin yang paling penting adalah kepala, karena kepala janin mempunyai ukuran yang paling besar, 90% bayi dilahirkan dengan letak kepala.

4) Psikologis

Faktor psikologis ketakutan dan kecemasan sering menjadi penyebab lamanya persalinan, his menjadi kurang baik, pembukaan menjadi kurang lancar.

d. Tahap - tahap persalinan

1) Kala I (Kala Pembukaan)

Kala I atau kala pembukaan adalah periode persalinan yang dimulai dari his persalinan yang pertama sampai pembukaan serviks menjadi lengkap. Berdasarkan kemajuan pembukaan maka kala I dibagi menjadi fase laten dan fase aktif.

2) Kala II (Kala Pengeluaran Bayi)

Kala II atau kala pengeluaran adalah persalinan yang dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi.

3) Kala III (Kala Pelepasan Plasenta)

Kala III atau kala Uri adalah periode persalinan yang dimulai dari lahirnya bayi sampai dengan lahirnya plasenta.

4) Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala IV merupakan masa 1-2 jam setelah plasenta lahir. Dalam klinik, atas pertimbangan-pertimbangan praktis masih diakui adanya kala IV persalinan meskipun masa setelah placenta lahir adalah masa dimulainya masa nifas (puerperium), mengingat masa ini sering mengalami perdarahan.

3. Seksio Sesarea

a. Definisi

Operasi *Caesar* atau sering disebut dengan seksio sesarea adalah melahirkan janin melalui sayatan dinding perut (abdomen) dan dinding rahim (uterus) (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut, seksio sesarea juga dapat didefinisikan sebagai suatu *histerotomia* untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Mochtar, 2012).

b. Etiologi

Menurut Nurarif&Kusuma (2015), etiologi seksio sesarea ada dua, yaitu etiologi yang berasal dari ibu seperti pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disporposi sefalo pelvik (disporposi janin atau panggul), terdapat kesempitan panggul, plasenta previa, solution plasenta tingkat I – II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsia-eklamsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya), dan etiologi yang berasal dari janin seperti fetal distress atau gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi.

c. Patofisiologi

SC merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gr dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan ini yaitu distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distorsia jaringan lunak, *placenta* previa dll, untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin. Janin besar dan letak lintang setelah dilakukan SC ibu akan mengalami adaptasi post partum baik dari aspek kognitif berupa kurang pengetahuan.

Akibat kurang informasi dan dari aspek fisiologis yaitu produk oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit, sehingga mengakibatkan nutrisi pada bayi kurang dari kebutuhan. Luka dari insisi akan menjadi post de entris bagi kuman yang beresiko infeksi. Oleh karena itu perlu diberikan antibiotik dan perawatan luka dengan prinsip steril. Nyeri adalah salah utama karena insisi yang mengakibatkan gangguan rasa nyaman.

Sebelum dilakukan operasi pasien perlu dilakukan anestesi bisa bersifat regional dan umum. Namun anestesi umum lebih banyak pengaruhnya terhadap janin maupun ibu anestesi janin sehingga kadang - kadang bayi lahir dalam keadaan upnoe yang tidak dapat diatasi dengan mudah. Akibatnya janin bisa mati, sedangkan pengaruhnya anestesi bagi ibu sendiri yaitu terhadap tonus uteri berupa atonia uteri sehingga darah banyak yang keluar.

Untuk pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas yang tidak efektif akibat sekret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang

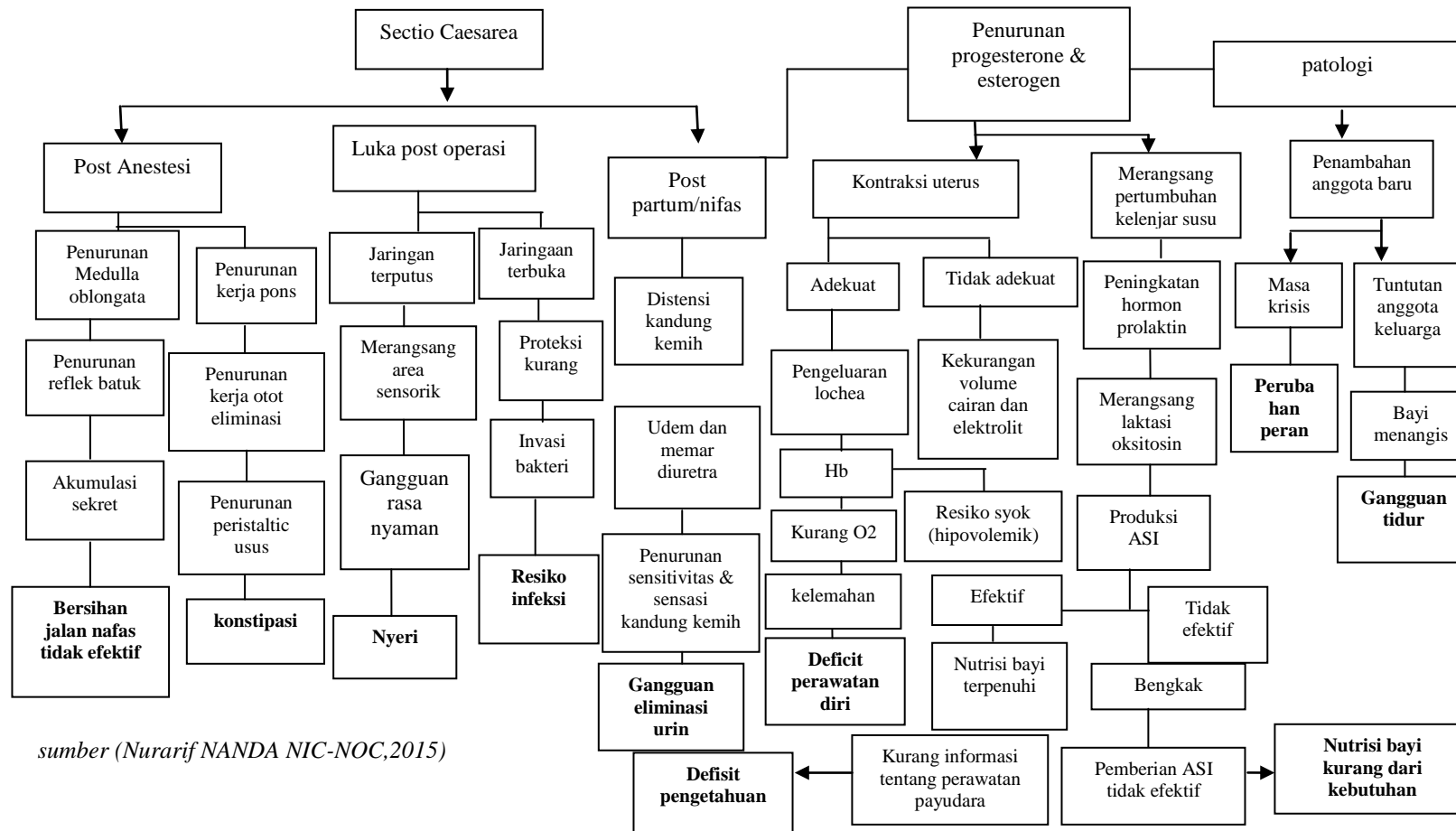
menutup. Anestesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus. Seperti yang telah diketahui setelah makanan masuk lambung akan terjadi proses penghancuran dengan bantuan peristaltik usus. Kemudian diserap untuk metabolisme sehingga tubuh memperoleh energi. Akibat dari motilitas yang menurun maka peristaltik juga menurun. Makanan yang ada di lambung akan menumpuk dan karena reflek untuk batuk juga menurun. Maka pasien sangat beresiko terhadap aspirasi sehingga perlu dipasang pipa endotracheal. Selain itu motilitas yang menurun juga berakibat pada perubahan pola eliminasi yaitu konstipasi.

Involusi uteri terjadi setelah melahirkan terjadi setelah melahirkan dan berlangsung cepat setelah *placenta* lahir, dan pengeluaran lochea dapat mempengaruhi Hb, kurangnya O₂ ke perifer yang mengakibatkan kelemahan, sehingga klien membutuhkan keluarga untuk perawatan diri.

Selama proses persalinan kandung kemih memiliki trauma yang dapat mengakibatkan edema dan menghilangkan sensitifitas terhadap tekanan cairan. Perubahan ini dapat menyebabkan tekanan yang berlebihan dan pengosongan yang tidak sempurna dari kandung kemih, biasanya ibu mengalami gangguan eliminasi urine.

Bagan 2.1

Pathway Seksio Sesarea



sumber (Nurarif NANDA NIC-NOC, 2015)

d. Klasifikasi

Menurut Nurarif & Kusuma (2015), klasifikasi dari seksio sesarea adalah:

- 1) Seksio sesarea abdomen :
 - a) Seksio sesarea transperitonealis.
 - (1) Seksio sesarea klasik (corporal)
 - (2) Seksio sesarea ismika (profunda).
 - b) Sectio sesarea peritonealis yaitu tanpa membuka peritoneum parietalis dengan demikian tidak membuka kavum abdomen.
- 2) Seksio caesarea vaginalis

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

- a) Sayatan memanjang (longitudinal) menurut Kroning.
- b) Sayatan melintang (transfersal) menurut Kerr.
- c) Sayatan huruf T (T-incision)

e. Indikasi

Operasi seksio sesareadilakukan jika kelahiran pervaginal mungkin akan menyebabkan resiko pada ibu ataupun pada janin (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010). Fetal distress, His lemah atau melemah, Janin dalam posisi sungsang atau melintang, Bayi besar (BBL lebih dari 4,2 kg), Plasenta previa, Kelainan letak, Disproporsi cevalo-pelvik (ketidak seimbangan antara kepala dan panggul), Rupture uteri mengancam, Hydrocephalus, Primi muda atau tua, Partus dengan komplikasi, Panggul sempit, Problema plasenta.

f. Komplikasi

Adapun komplikasi seksio sesarea menurut Jitowiyono & Kristiyanasari (2010), sebagai berikut:

1) Infeksi puerperal

Komplikasi ini bisa bersifat ringan, seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas, bersifat berat seperti peritonitis, sepsis, dan sebagainya (Padila, 2015).

2) Perdarahan

Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arteri ikut terbuka, atau karena atonia uteri (Padila, 2015).

3) Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kencing, embolisme paru-paru, dan sebagainya jarang terjadi.

4) Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak, ialah kurang kuatnya parut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptur uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah seksio sesarea klasik.

g. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik dilakukan untuk pemantauan janin terhadap kesehatan janin seperti pemantauan EKG, JDL dengan diferensial, elektrolit, hemoglobin atau hematokrit, golongan darah, urinalisis, amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi, pemeriksaan sinar X sesuai indikasi, dan ltrasound sesuai pesanan (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

h. Penatalaksanaan Medik dan Implikasi

Penatalaksanaan medik dan implikasi keperawatan pada ibu *post* seksio sesarea yaitu: pemberian cairan, karena 24 jam pertama penderita pasca operasi, maka pemberian cairan intravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya: diet pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada pada 6 – 10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh, mobilisasi, dilakukan secara bertahap meliputi miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 – 10 jam setelah operasi. Kemudian posisi tidur terlentang dapat diubah menjadi setengah posisi duduk (*semi fowler*). Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ketiga sampai hari kelima pasca operasi, kateterisasi, kateter biasanya terpasang 24-48 jam/lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

Juga diberikan beberapa jenis obat-obatan seperti antibiotik, analgetik, caboransia seperti neurobian I vit. C. Dilakukan juga perawatan luka, kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti. Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi, dan pernafasan (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

4. Nifas

a. Definisi

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Ambarwati, 2010).

b. Tahapan masa nifas

Nifas dibagi dalam 3 periode, yaitu :

- 1) *Puerperium* dini, yaitu kepulihan ketika ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan.
- 2) *Puerperium intermedial*, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genital.
- 3) *Remot puerperium*, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna mungkin beberapa minggu, bulan, atau tahun. (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

c. Adaptasi Fisiologi *Post Partum*

- 1) Perubahan sistem reproduksi (Maryunani, 2009)

a) Uterus

(1) Proses Involusi

Uterus ibu yang baru melahirkan masih membesar, jika diraba dari luar tinggi fundus uteri kira-kira 1 jari di bawah pusat, sedangkan beratnya lebih kurang 1 kilogram. Pada hari ketiga, kira-kira 2 atau tiga jari dibawah pusat.

(2) Kontraksi

Kontraksi uterus terus meningkat secara bermakna setelah bayi keluar, yang diperkirakan terjadi sebagai respon terhadap volume intra uteri yang sangat besar.

(3) Afterpain

Dalam minggu pertama, mungkin ibu akan mengalami kram atau mulas seperti saat menstruasi yang berlangsung sebentar.

(4) Tempat plasenta

Regenerasi terjadi akan selesai di hari ke-16 *post partum*, kecuali pada tempat plasenta melekat. Regenerasi tersebut terjadi perlahan dan biasanya baru selesai sampai 6 minggu setelah melahirkan.

(5) Lochea

Lochea adalah cairan yang mengandung sisa jaringan uterus atau nekrotik yang keluar. Pengeluaran lochea terdiri dari: lochea rubra pada hari ke 1-2 yang terdiri dari darah segar bercampur sisa-sisa ketuban, sel desidua, sisa-sisa *vernix caseosa*, lanugo, dan mekonium, lochea sanguinolenta pada hari ke 3-7 yang terdiri dari darah bercampur lendir berwarna kecokelatan, lochea serosa pada hari ke 7-14 berwarna kekuningan, dan lochea alba pada hari ke 14-selesai nifas berupa cairan putih, lochea yang berbau busuk

dan terinfeksi disebut lochea purulenta. (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

b) Serviks uteri

Setelah melahirkan involusi serviks dan segmen bawah uterus berbeda dan tidak kembali seperti kondisi sebelum hamil. Kanalis servikalis terlihat memanjang seperti celah atau garis horizontal agak lebar, sering disebut porous serviks.

c) Vagina dan *perineum*

Rugae akan kembali muncul 3 sampai 4 minggu, tapi tidak akan banyak seperti pada wanita yang belum hamil. Estrogen sangat berperan dalam penebalan mukosa vagina dan pembentukan rugae kembali. Salah satu komplikasi dari persalinan adalah adanya luka pada *perineum*. Luka *perineum* adalah luka karena adanya robekan jalan lahir baik karena ruptur maupun karena episiotomi pada waktu melahirkan janin. Ruptur *perineum* adalah robekan yang terjadi pada *perineum* sewaktu persalinan.

Derajat perlukaan pada *perineum* yaitu :

- 1) Derajat I : mukosa vagina, *fauchette posterior*, kulit *perineum*.
- 2) Derajat II : mukosa vagina, *fauchette posterior*, kulit *perineum*, otot *perineum*.

3) Derajat III : mukosa vagina, *fauchette posterior*, kulit *perineum*, otot *perineum*, otot *sfincter ani* eksternal, dinding rektum anterior.

2) Perubahan pada sistem kardiovaskuler

Pada kehamilan terjadi peningkatan sirkulasi volume darah yang mencapai 50%. Mentoleransi kehilangan darah pada proses persalinan pervaginam 400-500 cc. sedangkan pada seksio sesarea kurang lebih 700-1000 cc. Bradikardia (dianggap normal), jika terjadi takikardia dapat merefleksikan adanya kesulitan atau persalinan lama dan darah yang keluar lebih dari normal atau perubahan setelah melahirkan.

3) Perubahan pada sistem kemih dan saluran kemih

Wanita yang pasca persalinan mengalami suatu peningkatan kapasitas kandung kemih, pembengkakan dan trauma jaringan sekitar uretra yang terjadi selama proses persalinan. Dinding kemih dapat mengalami hiperemesis dan edema. Uretra dan meatus urinarius juga bisa mengalami edema.

4) Perubahan pada sistem endokrin

Sistem endokrin mengalami perubahan secara tiba-tiba selama kala IV persalinan dan mengikuti lahirnya plasenta. Selama kehamilan, payudara disiapkan untuk laktasi (hormon estrogen dan progesteron) kolostrum, cairan payudara yang keluar sebelum produksi susu terjadi pada trimester III dan minggu pertama *post partum*.

5) Perubahan sistem Gastrointestinal

Ibu biasanya lapar segera setelah melahirkan merupakan hal yang umum, sehingga ibu boleh mengkonsumsi makanan ringan. Usus besar cenderung seret atau tidak lancar setelah melahirkan karena adanya efek progesteron yang tertinggal dan penurunan tonus otot abdomen. Ibu dengan persalinan seksio sesarea biasanya boleh minum sedikit setelah operasi. Ibu mungkin mengalami ketidaknyamanan dengan flatus. Hal ini dapat dibantu diatasi dengan ibu mulai melakukan mobilitas dini setelah rasa penat ibu telah hilang.

6) Perubahan berat badan

Penurunan berat badan setelah melahirkan terjadi akibat kelahiran bayi, plasenta, dan cairan amnion atau ketuban. Dieresis puerperalis juga menyebabkan kehilangan berat badan selama masa puerperium awal.

7) Perubahan dinding abdomen

Dibutuhkan waktu sekitar 6 minggu agar dinding abdomen kembali ke keadaan sebelum hamil. Kulit akan mendapatkan kembali elastisitasnya, namun beberapa striae dapat menetap.

8) Perubahan sistem integumen

Peningkatan aktivitas melanin pada masa kehamilan menyebabkan hiperpigmentasi pada puting susu, areola, dan linea nigra sevara berangsur-angsur menurun setelah persalinan.

9) Perubahan sistem muskuloskeletal

Untuk menstabilkan sendi dengan lengkap diperlukan waktu sampai minggu ke-8 setelah ibu melahirkan.

10) Perubahan sistem neurologi

Rasa tidak nyaman neurologis yang disebabkan karena kompresi atau tekanan saraf menghilang setelah tekanan mekanik dari uterus membesar yang membesar dan tekanan dari retensi cairan menghilang.

11) Perubahan tanda-tanda vital (Maryunani, 2009)

a) Komponen Darah

Lekositosis normal selama kehamilan rata-rata sekitar $12.000/\text{mm}^3$. Selama 10-12 hari pertama setelah bayi lahir, nilai leukosit antara 15.000 dan $20.000/\text{mm}^3$ adalah hal umum terjadi. Kadar hemoglobin dan hematokrit dalam 2 hari pertama setelah melahirkan agak mengalami perubahan karena adanya perubahan volume darah. Perubahan kebutuhan cairan karena adanya perdarahan saat pembedahan seksio sesarea berkisar 750-1000 cc dan perdarahan masa nifas. Kadar hemoglobin dan hematokrit akan kembali ke keadaan sebelum melahirkan atau ke konsentrasi normal dalam 2-6 minggu.

b) Suhu

Selama 24 jam pertama, suhu mungkin meningkat menjadi 38°C , sebagai akibat meningkatnya kerja otot, dehidrasi dan perubahan hormonal.

c) Nadi

Dalam periode waktu 6-7 jam sesudah melahirkan, sering ditemukan adanya brdikardia 50-70 kali permenit (normalnya 80-100 kali permenit) dan dapat berlangsung 6-10 hari setelah melahirkan.

d) Tekanan darah

Penurunan tekanan darah bisa mengidentifikasi penyesuaian fisiologis terhadap adanya hipovolemia sekunder yang berkaitan dengan hemorhagi uterus. Peningkatan tekanan sistolik 30 mmHg dan penambahan diastolic 15 mmHg yang disertai dengan sakit kepala dan gangguan penglihatan, bisa menandakan ibu mengalami preeklamsia dan ibu perlu dievaluasi lebih lanjut.

e) Pernafasan

Fungsi pernafasan ibu kembali ke fungsi pernafasan saat sebelum hamil pada bulan ke enam setelah melahirkan.

d. Adaptasi Psikologi *Post Partum*1) Ikatan antara ibu dan bayi (*Bonding*)

Bonding (ikatan) didefinisikan sebagai suatu ketertarikan satu sama lain (mutual) yang pertama kali antara individu, seperti antara orang tua dan anak pada pertama kali bertemu.

2) Perubahan psikis masa nifas

a) Perasaan ibu berfokus pada dirinya, berlangsung setelah melahirkan sampai hari ke 2 (fase *taking-in*).

- b) Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan merawat bayi, muncul perasaan sedih (*baby blues*) disebut fase *taking hold* (hari ke 3-10).
- c) Ibu merasa percaya diri untuk merawat diri dan bayinya disebut fase *letting go* (hari ke 10-akhir masa nifas).

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Identitas dan penanggung jawab

Dikaji tentang identitas klien yang meliputi nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, suku bangsa, pendidikan terakhir, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, golongan darah, ruang rawat, nomor medrek, diagnosa medis, dan alamat. Serta dikaji juga identitas penanggung jawab klien yang meliputi : nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, alamat dan hubungan dengan klien(Maryunani, 2015).

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama saat masuk rumah sakit

Biasanya klien mengeluh nyeri pada abdomen(Maryunani, 2015).

2) Keluhan utama saat dikaji

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

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 diiris-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.

a. Definisi Nyeri

Meskipun nyeri adalah suatu sensasi, nyeri memiliki komponen kognitif dan emosional, yang digambarkan dalam suatu bentuk penderitaan. Nyeri juga berkaitan dengan reflex menghindar dan perubahan output otonom (Meliala,2004). Meskipun nyeri akut merupakan respon normal akibat adanya kerusakan jaringan, Namun dapat menimbulkan gangguan fisik, psikologis, maupun emosional dan tanpa manajemen yang adekuat dapat berkembang menjadi nyeri kronik.

b. Fisiologi Nyeri

Mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multipel yaitu nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotip, sensitisasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi. Antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat proses tersendiri : transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi.

1) Patofisiologi Nyeri secara Umum

Rangsangan nyeri diterima oleh nociceptors pada kulit bisa intensitas tinggi maupun rendah seperti perenggangan dan suhu serta oleh lesi jaringan. Sel yang mengalami nekrotik

akan merilis K^+ dan protein intraseluler. Peningkatan kadar K^+ ekstraseluler akan menyebabkan depolarisasi nociceptor, sedangkan protein pada beberapa keadaan akan menginfiltrasi mikroorganisme sehingga menyebabkan peradangan atau inflamasi. Akibatnya, mediator nyeri dilepaskan seperti leukotrien, prostaglandin E₂, dan histamin yang akan merangsang nosiseptor sehingga rangsangan berbahaya dan tidak berbahaya dapat menyebabkan nyeri (hiperalgesia atau allodynia). Selain itu lesi juga mengaktifkan faktor pembekuan darah sehingga bradikinin dan serotonin akan terstimulasi dan merangsang nosiseptor. Jika terjadi oklusi pembuluh darah maka akan terjadi iskemia yang akan menyebabkan akumulasi K^+ ekstraseluler dan H^+ yang selanjutnya mengaktifkan nosiseptor. Histamin, bradikinin, dan prostaglandin E₂ memiliki efek vasodilator dan meningkatkan permeabilitas pembuluh darah. Hal ini menyebabkan edema lokal, tekanan jaringan meningkat dan juga terjadi Perangsangan nosisepto. Bila nosiseptor terangsang maka mereka melepaskan substansi peptida P (SP) dan kalsitonin gen terkait peptida (CGRP), yang akan merangsang proses inflamasi dan juga menghasilkan vasodilatasi dan meningkatkan permeabilitas pembuluh darah.

Vasokonstriksi (oleh serotonin), diikuti oleh vasodilatasi, mungkin juga bertanggung jawab untuk serangan migrain . Peransangan nosiseptor inilah yang menyebabkan nyeri. (Silbernagl & Lang, 2000).

2) Penilaian Nyeri

Sebelum melakukan manajemen nyeri, perlu dilakukan penilaian atau asesmen intensitasnya. Banyak cara untuk menentukan intensitas nyeri, namun yang paling sederhana ada 3 macam yakni; *Visual Analog Scale* (VAS), *Numeric Rating Scale* (NRS) dan *Faces Scale* dari Wong-Backer. *Numeric Rating Scale* (NRS) Lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10 : tidak nyeri, 1-3 : nyeri ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik, 4-6 : nyeri sedang: secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik, 7-9 : nyeri berat: secara obyektif terkadang klien tidak dapat mengikuti perintah, tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi, dan 10 : nyeri

sangat berat : pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

3) Riwayat kesehatan dahulu

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

4) Riwayat kesehatan keluarga

Meliputi tentang riwayat penyakit keturunan seperti Hipertensi dan Diabetes Melitus, ataupun penyakit menular seperti TBC, HIV dan hepatitis (Maryunani, 2015).

c. Riwayat Ginekologi dan Obstetri (Maryunani, 2015)

1) Riwayat ginekologi

a) Riwayat menstruasi

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

b) Riwayat perkawinan (suami istri)

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

c) Riwayat keluarga berencana

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

2) Riwayat obstetri

a) Riwayat kehamilan dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada kehamilan sebelumnya.

b) 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.

c) Riwayat persalinan dahulu

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

d) 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.

e) Riwayat nifas dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya.

f) Riwayat nifas sekarang

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

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

1) Pola nutrisi

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

2) Pola eliminasi

Mencakup 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 (Maryunani, 2015).

3) 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 (Maryunani, 2015).

4) 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. (Maryunani, 2015)

5) Aktifitas dan latihan

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

e. Pemeriksaan Fisik

1) Pemeriksaan fisik ibu (Maryunani, 2015)

a) Keadaan umum

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

b) 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.

c) Antropometri

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

d) Pemeriksaan fisik ibu

(1) Kepala

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

(2) Wajah

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

(3) Mata

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

(4) Telinga

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

(5) Hidung

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

(6) Mulut

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

(7) Leher

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

(8) 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 (Lowdermilk, 2013).

(9) Abdomen

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

(10) Punggung dan bokong

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

(11) 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.

(12) Anus

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

(13) Ekstremitas

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

2) 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.

f. Data psikologis

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

- g. Pemeriksaan penunjang (Nurarif, 2015)
 - 1) Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
 - 2) Pemantauan EKG
 - 3) JDL dengan diferensial
 - 4) Pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, elektrolit
 - 5) Golongan darah
 - 6) Urinalisis
 - 7) Ultrasonografi

h. Analisa data

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

2. Diagnosa Keperawatan

Pernyataan yang jelas tentang masalah klien dan penyebabnya. Selain itu harus spesifik berfokus pada kebutuhan klien dengan mengutamakan prioritas dan diagnosa yang muncul harus dapat diatasi dengan tindakan keperawatan. Menurut Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA (*North American Nursing diagnosis Association*) 2015 bahwa

diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu post partum maturus dengan seksio sesarea adalah :

- a. Ketidakefektifan jalannafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mucus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi).
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan,trauma jalan lahir, episiotomy).
- c. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhannutrisi postpartum.
- d. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.
- e. Gangguan eliminasi urine.
- f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan.
- g. Resiko infeksi berhubungan dengan factor resiko : episiotomy, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.
- h. Defisist perawatan diri : mandi atau kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelemahan *post partum*.
- i. Konstipasi.
- j. Resiko syok (hipovolemik).
- k. Resiko perdarahan.
- l. Defisiensi pengetahuan: perawatan *post partum* berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan *post partum*.

3. Rencana Keperawatan

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan (Rohmah, 2012).

- a) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mokus dalam jumlah berlebih), jalan nafas alergik (respon obat anestesi).

Tabel 2.1

Intervensi Ketidakefektifan jalan nafas

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
<p>Ketidakefektifan bersihan jalan nafas. Definisi : Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau produksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas. Batasan Karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada batuk • Suara nafas tambahan • Frekuensi nafas • Perubahan irama nafas • Sianosis • Kesulitan berbicara ataumengeluarkan suara • Penurunan bunyi nafas • Dispneu • Sputum dalam jumlah yang berlebihan • Batuk yang tidak efektif • Orthopneu • Gelisah • Mata terbuka lebar 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Respiratory status : ventilation</i> - <i>Respiratory status : airway patency</i> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips). - Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentan normal, tidak ada suara nafas abnormal). - Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas 	<p>NIC Airway suction</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Pastikan kebutuhan oral /tracheal suction . b) Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning. c) Informasikan kepada klien dan keluarga tentang suctioning. d) Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan. e) Berikan O₂ dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suction nasotracheal. f) Gunakan alat steril setiap melakukan tindakan. g) Anjurkan pasien untuk istirahat dan nafas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal. h) Monitor status oksigen klien. i) Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suction. j) Hentikan suction dan berikan oksigen apabila pasien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi O₂. <p>Airway Management</p> <ul style="list-style-type: none"> k) Buka jalan nafas, gunakan tehnik chin lift, jaw thrust bila perlu. l) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. m) Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan

<p>Faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lingkungan : <ul style="list-style-type: none"> - Perokok pasif - Mengisap asap - Merokok • Obstruksi jalan nafas : <ul style="list-style-type: none"> - Spasme jalan nafas - Mokus dalam jumlah berlebihan - Eksudat dalam jalan alveoli - Materi asing dalam jalan nafas - Adanya jalan nafas buatan - Sekresi bertahan/sisa sekresi - Sekresi dalam bronki 	<ul style="list-style-type: none"> n) Pasang mayo bila perlu o) Lakukan visioterapi dada jika perlu p) Keluarkan secret dengan batuk atau suction q) Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan r) Lakukan suction pada mayo s) Berikan bronkodilator bila perlu t) Berikan pelembab udara kassa basah NaCl lembab u) Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan v) Monitor respirasi dan status O₂
--	--

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

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

Tabel 2.2

Intervensi Nyeri Akut

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
<p>Nyeri akut Definisi : Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa</p>	<p>NOC (a) <i>Pain level</i> (b) <i>Pain control</i> (c) <i>Comfort level</i> Kriteria hasil : - Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri,</p>	<p>NIC <i>Pain Management</i> a) Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. b) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan. c) Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui</p>

(International Association for the study Pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dari inteensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung < 6 bulan.

Batasan karakteristik :

- Perubahan selera makan
- Perubahan tekanan darah
- Perubahan frekuensi pernafasan
- Laporan isyarat
- Diaphoresis
- Perilaku distraksi (mis., berjalajn mondar-mandir mencari orang lain, aktivitas yangberkurang).
- Mengekspresikan perilaku (mis., gelisah, merengek, menangis)
- Masker wajah (mis., mata kurang bercahaya,tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus meringis)
- Sikap melindungi area nyeri
- Fokus menyempit (mis., gangguan presepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang lain atau lingkungan)
- Indikasi nyeri yang dapat diamati
- Perubahan posisi untuk menghindari nyeri
- Sikap tubuh melindungi
- Dilatasi pupil
- Melaporkan nyeri secara verbal

mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).

- Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
- Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri).
- Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

- pengalaman nyeri pasien.
- d) Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri
 - e) Evaluasi pengalaman nyeri masalalu
 - f) Evaluasi bersama pasien dan kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau
 - g) Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan.
 - h) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.
 - i) Kurangi factor presipitasi nyeri
 - j) Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)
 - k) Kaji dan tipe sumber nyeri untuk menentukan intervensi.
 - l) Ajarkan tentang tehnik nonfarmakologi
 - m) Berikana analgetik untuk mengurangi nyeri
 - n) Evaluasi keefektifan kontrol nyeri
 - o) Tingkatkan istirahat
 - p) Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
 - q) Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri
- Analgetic administration***
- r) Tentukan lokasi karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
 - s) Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
 - t) Cek riwayat alergi
 - u) Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgetik ketika pemberian lebih dari satu
 - v) Tentukan pilihan analgetik tergantung tipe dan beratnya nyeri
 - w) Pilih rute pemberian secara IV, IM, untuk pengobatan nyeri secara teratur
 - x) Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali
 - y) Berikan analgetik tepat waktu terutama saat nyeri hebat
-

- Gangguan tidur

z) Evaluasi efektivitas analgetik, tanda dan gejala.

Factor yang berhubungan :

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

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

c) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi *post partum*.

Tabel 2.3

Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Definisi: Asupan nutrisi tidak cukup memenuhi kebutuhan metabolik. Batasan karakteristik: <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri abdomen • Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal • Kurang makan • Kurang informasi • Tonus otot menurun Faktor yang berhubungan: <ul style="list-style-type: none"> • Faktor biologis • Faktor ekonomi • Ketidakmampuan untuk mengabsorbsi nutrient 	NOC <ul style="list-style-type: none"> - <i>Nutritional status</i> - <i>Nutritional status: food and fluid</i> - <i>Intake</i> - <i>Nutritional status: nutrient intake</i> - <i>Weight control.</i> Kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan - Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan - Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi - Tidak ada tanda mal nutrisi - Menunjukkan peningkatan 	NIC Nutrition Management <ul style="list-style-type: none"> a) Kaji adanya alergi makanan b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien c) Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe d) Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C e) Berikan substansi gula f) Yakinkan diet yang dimakan klien mengandung serat tinggi untuk mencegah konstipasi g) Berikan makanan yang terpilih (berdasarkan konsultasi ahli gizi) h) Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori i) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi j) Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan.

<ul style="list-style-type: none"> • Ketidak mampuan menelan makanan • Faktor psikologis 	fungsi pengecap dari menelan - Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti.	Nutrition Monitoring k) Bb pasien dalam batas normal l) Monitor adanya penurunan berat badan m) Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang bisa dilakukan n) Monitor lingkungan selama makan o) Monitor kulit kering dan pigmentasi p) Monitor turgor kulit q) Monitor kekeringan rambut kusam dan mudah patah r) Monitor mual muntah s) Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht t) Monitor pertumbuhan dan perkembangan u) Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva v) Monitor kalori dan intake nutrisi.
--	---	---

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

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

Tabel 2.4

Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
Ketidakefektifan pemberian ASI Definisi : Ketidak puas atau kesulitan ibu, bayi atau anak menjalani proses pemberian ASI Batasan karakteristik: <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakefektifan suplai ASI • Tampak ketidakadekuatan asupan susu 	NOC (a) <i>Breastfeeding ineffective</i> (b) <i>Breathing pattern ineffective</i> (c) <i>Breasfeeding interrupted</i> Kriteria Hasil: - Kemantapan pemberian ASI : bayi: perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu	NIC a) Evaluasi pola menghisap/ menelan bayi b) Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui. c) Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (reflek rooting, menghisap dan terjaga) d) Kaji kemampuan bayi untuk latch on dan menghisap secara efektif e) Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting

<ul style="list-style-type: none"> • Tidak tampak tanda pelepasan oksitosin • Ketidak cukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui • Kurang menambah berat badan bayi <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Defisit pengetahuan • Diskontinuitas pemberian ASI • Reflex menghisap buruk • Prematuritas • Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya 	<ul style="list-style-type: none"> - untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI. - Kemantapan pemberian ASI: ibu: kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI. - Pemeliharaan pemberian ASI: keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/ toddler. - Penyapihan pemberian ASI - Diskontinuitas progresif pemberian ASI - Pengetahuan pemberian ASI tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makanan bayi melalui proses pemberian ASI, ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan seger, ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI, ibu tidak mengalami nyeri penekanan pada puting, mengenali tanda-tanda penurunan suplay ASI. 	<ul style="list-style-type: none"> f) Pantau integritas kulit puting ibu g) Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar susu dan mastitis h) Pantau kemampuan untuk mengurangi kongesti payudara dengan benar i) Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi. <p>Brest examination</p> <p>Laktation supresion</p> <ul style="list-style-type: none"> j) Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI. k) Sediakan informasi tentang laktasi dan tehnik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI l) Ajarkan pengasuhan bayi mengenai topik-topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran pemberian susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang m) Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan, dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula n) Apabila penyapihan diperlukan informasikan ibu mengenai kembalinya proses ovulasi dan seputar alat kontrasepsi yang sesuai <p>Laktation konseling</p> <ul style="list-style-type: none"> o) Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI p) Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu. q) Diskusikan metode alternatif pemberian makanan bayi
--	--	--

e) Gangguan eliminasi urine

Tabel 2.5

Intervensi Gangguan Eleminasi Urin

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
<p>Gangguan eliminasi urin Definisi: Disfungsi pada eliminasi urin Batasan karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disuria • Sering berkemih • Anyang-anyangan • Nokturia • Retensi • Dorongan <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obstruksi anatomic • Penyebab multiple • Gangguan sensori motorik • Infeksi saluran kemih 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Urinary elimination</i> - <i>Urinary continence</i> <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kandung kemih kosong secara penuh - Tidak ada residu urine > 100-200cc - Intake cairan dalam rentan normal - Bebas dari ISK - Tidak ada spasme bleder - Balance cairan seimbang 	<p>NIC Urinary retention care</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Lakukan penilaian kemih yang komprehensif terfokus pada inkontinensia (misalnya, output urine, pola berkemih, fungsi kognitiv, dan masalah kencing pra exsisten) b) Memantau penggunaan obat dengan sifat kolinergik atau properti alfa agonis c) Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium chennel blockers dan antikolinergik d) Menyediakan penghapusan prifasi e) Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiram toiet f) Merangsang refleks kandung kemih dengan menerapkan dingin untuk peru. g) Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit) h) Instruksikan cara-cara untuk menghindari konstipasi atau impaksi tinja i) Memantau asupan dan keluaran j) Gunakan kateter kemih k) Anjurkan keluarga untuk mencatat output urine l) Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi m) Membantu toileting secara berkala n) Menerapkan katerisasi intermiten.

f) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

Tabel 2.6

Intervensi Gangguan Pola Tidur

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
<p>Gangguan pola tidur</p> <p>Definisi: Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan pola tidur normal • Penurunan kemampuan berfungsi • Ketidakpuasan tidur • Menyatakan sering terjaga • Menyatakan tidak merasa cukup istirahat <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kelembaban lingkungan sekitar • Perubahan pajanan terhadap cahaya gelap 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Anxiety reduction</i> - <i>Comfort level</i> - <i>Pain level</i> - <i>Rest: extent and patrrren</i> - <i>Sleep: extent and patrrren</i> <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam perhari - Pola tidur, kualitas dalam batas normal - Perasaan segar sesudah tidur/istirahat - Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur 	<p>NIC</p> <p><i>Sleep Enhancement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur b) Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat c) Fasilitas untuk mempertahankan aktififas sebelum tidur (membaca ciptakan lingkungan yang nyaman) d) Ciptakan lingkungan yang nyaman e) Kolaborasi pemberian obat tidur f) Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang tehnik tidur pasien g) Intsruksikan untuk memonitor tidur pasien h) Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur i) Monitor/catat kebutuhan waktu tidur pasien setiap hari dan jam

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

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

Tabel 2.7

Intervensi Resiko Infeksi

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
Resiko Infeksi	NOC	NIC
Definisi:	- <i>Immune status</i>	Kontrol infeksi
Mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik.	- <i>Knowledge: infection control</i>	a) Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien
	- <i>Risk control</i>	b) Pertahankan tehnik isolasi
Faktor-faktor resiko:	Kriteria Hasil:	c) Batasi pengunjung bila perlu
• Penyakit kronis	- Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi	d) Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung
• Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemajanan patogen	- Mendeskripsi proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaan	e) Gunakan antiseptik untuk cuci tangan
• Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat :	- Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi	f) Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan
- Kerusakan integritas kulit	- Menunjukkan jumlah leukosit dalam batas normal	g) Gunakan baju, sarung tangan sesuai alat pelindung
- Trauma jaringan	- Menunjukkan perilaku hidup sehat	h) Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat.
• Ketidakadekuatan pertahanan sekunder		i) Tingkatkan intake nutrisi
• Pemajanan terhadap patogen		j) Berikan terapi antibiotik bila perlu
• Prosedur infasif		k) Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local
		l) Monitor kerentanan terhadap infeksi
		m) Saring pengunjung terhadap penyakit menular
		n) Pertahankan teknik aseptik pada pasien yang beresiko
		o) Pertahankan teknik isolasi
		p) Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase
		q) Dorong masukan nutrisi yang cukup
		r) Dorong masukan cairan
		s) Dorong istirahat
		t) Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep.
		u) Anjurkan pasien dan keluarga mengenali tanda infeksi

h) Defisit perawatan diri: mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan *post partum*.

Tabel 2.8

Intervensi Defisit Perawatan Diri

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
<p>Defisit perawatan diri mandi</p> <p>Definisi: Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi/aktivitas perawatan diri untuk diri sendiri.</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi • Ketidakmampuan mengeringkan tubuh • Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi • Ketidakmampuan menjangkau sumber air • Ketidakmampuan membasuh tubuh <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan kokitif • Penurunan motivasi • Gangguan muskuloskeletal • Nyeri • Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh • Kendala lingkungan 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Activity Intolerance</i> - <i>Mobility: physical impaired</i> - <i>Self care deficit hygiene</i> - <i>Sensory perception, auditory disturbed</i> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawatan diri ostomi: tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi - Perawatan diri: aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu - Perawatan diri mandi: mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu - Perawatan diri hygiene: mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu - Perawatan diri hygiene oral: 	<p>NIC</p> <p>Self care assistance : Bathing/hygiene</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri b) Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri c) Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan d) Tempat handuk, sabun, deodorant, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan disamping tempat tidur atau dikamar mandi e) Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal f) Memfasilitasi sikat gigi yang sesuai g) Memfasilitasi mandi pasien h) Membantu kebersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien i) Memantau kebersihan kulit pasien j) Menjaga ritual kebersihan diri k) Memberikan bantuan sampai pasien dapat melakukan perawatan diri sepenuhnya.

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

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

i) Konstipasi

Tabel 2.9

Intervensi Konstipasi

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
<p>Konstipasi Definisi: Penurunan pada frekuensi normal pada defeksi yang disertai oleh kesulitan atau pelepasan tidak lengkap feses atau pengeluaran feses yang kering, keras dan banyak. Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri abdomen 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Bowel elamination</i> - <i>Hidration</i> <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari. - Bebas dari ketidak nyamanan dan konstipasi - Mengidentifikasi indikator 	<p>NIC Constipation/ impaction managemen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala konstipasi - Monitor bising usus - Monitor feses : frekuensi, konsistensi dan volume - Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus - Monitor tanda dan gejala ruptur usus/peritonitis - Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi

<ul style="list-style-type: none"> • Anoreksia • Darah merah pada feses • Perubahan pada pola defeksi • Penurunan volume feses • Distensi abdomen • Rasa tekanan rektal • Keletihan umum • Sakit kepala • Bising usus hiperaktif • Bising usus hipoaktif • Peningkatan tekanan abdomen • Adanya feses lunak, seperti pasta didalam rektum 	<ul style="list-style-type: none"> - Feses lunak dan berbentuk. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dukung intake cairan - Pantau tanda tanda dan gejala konstipasi - Pantau tanda tanda dan gejala impaksi - Memantau gerakan usus, termasuk konsistensi, frekuensi, bentuk, volume, dan warna. - Memantau bising usus - Anjurkan pasien atau keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses. - Anjurkan pasien atau keluarga untuk diet tinggi serat - Timbang pasien secara teratur - Timbang pasien secara teratur. - Ajarkan pasien dan keluarga tentang proses pencernaan yang normal.
---	--	--

Faktor yang berhubungan:

- Fungsional:
 - Kelemahan otot abdomen
 - Kebiasaan mengabaikan dorongan defekasi
 - Perubahan lingkungan saat ini
- Psikologis:
 - Depresi, stres emosi
 - Konfusi mental
- Farmakologis:
 - Antikolinergik,
 - Deuretik
 - Simpatomimetik
- Mekanis:
 - Ketidakseimbangan elektrolit
- Fisiologis:
 - Perubahan pola makan
 - Asupan serat tidak cukup

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

j) Resiko syok (hipovolemik)

Tabel 2.10

Intervensi Resiko Syok

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
<p>Resiko syok Definisi : Beresiko terhadap ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa</p> <p>Faktor resiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipotensi - Hipovolemi - Hipoksemia - Hipoksia - Infeksi - Sepsis - Sindrom respons inflamasi sistemik 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Syock prevention</i> - <i>Syock management</i> <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nadi dalam batas yang diharapkan - Irama jantung dalam batas yang diharapkan - Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan - Irama napas dalam batas yang diharapkan - Natrium serum, kalium klorida, kalsium, magnesium, PH darah dalam batas normal. <p>Hidrasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indikator : - Mata cekung tidak ditemukan - Demam tidak ditemukan - TD dalam batas normal - Hematokrit DBN 	<p>NIC</p> <p><i>Syok prevention</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Monitor sirkulasi <i>blood pressure</i>, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, <i>hate rate</i>, ritme, dan kapileri refill time b) Monitor tanda inadekuat oksigenisasi jaringan c) Monitor suhu dan pernafasan d) Monitor input dan output e) Pantau nilai labor :hb, ht, agd dan elektrolit f) Monitor hemodinamik invasi yang sesuai g) Monitor tanda dan gejala asites h) Monitor tanda gejala syok i) Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat j) Lihat dan pelihara kepatenan jalan nafas k) Berikan cairan iv atau oral yang tepat l) Berikan vasodilator yang tepat m) Ajarkan keluarga dan pasirn tentang tanda dan gejala datangnya syok n) Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

k) Resiko perdarahan

Tabel 2.11

Intervensi Resiko Perdarahan

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
<p>Resiko perdarahan</p> <p>Definisi: Beresiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan.</p> <p>Faktor resiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aneurisma • Sirkumsisi • Defisiensi pengetahuan • Koagulasi intravaskuler diseminata • Riwayat jatuh • Gangguan gastrointestinal (mis., penyakit ulkus lambung, polip, varises) • Gangguan fungsi hati (mis., sirosis, hepatitis) • Koagulopati inheren (mis., trombositopenia) • Komplikasi pascapartum (mis., atonia uteri, retensi plasenta) • Komplikasi terkait kehamilan (mis., plasenta previa, kehamilan mola, solusio plasenta) 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Blood lose severity</i> - <i>Blood koagulation</i> <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada hematuria dan hematemesis - Kehilangan darah yang terlihat - Tekanandarrah dalam batas normal sistol dan diastol - Tidak ada perdarahan pervagina - Tidak ada distensi abdominal - Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal 	<p>NIC</p> <p>Bleding precaution</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Monitor ketet tanda tanda perdarahan b) Catat nilai hb dan ht sebelum dan sesudah perdarahan c) Monitor TTV ortostatik d) Pertahankan bedrest selama perdarahan aktif e) Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresfrozen plasma) f) Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan g) Hindari mengukur suhu lewat rectal h) Hindari pemberian aspirin dan antikoagulan i) Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin k j) Identifikasi penyebab perdarahan k) Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonari kapileri, atau arteri wedge preasure l) Monitor status cairan yang meliputi intake dan output m) Pertahankan potensi IV line n) Lakukan preasure dressing (perban yang menekan area luka). o) Tinggikan ekstremitas perdarahan p) Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan. q) Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas. <p>Bleeding reduction : gastrointestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> r) Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh :

<ul style="list-style-type: none"> • Trauma • Efek samping terkait terapi (mis., pembedahan, pemberian obat, pemberian produk darah defisiensi trombosit, kemoterapi). 	<ul style="list-style-type: none"> s) Monitor komplit blood count dan leukosit t) Kolaborasi dalam pemberian terapi: lactulose dan vasopressin u) Hindari penggunaan anticoagulant. v) Perhatikan jalan napas, Berikan cairan intravena w) Hindari penggunaan aspirin dan ibuprofen
--	--

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

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

Tabel 2.12

Intervensi Defisit Pengetahuan

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
<p>Defisit pengetahuan</p> <p>Definisi : Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perilaku hiperbola • Ketidakakuratan mengikuti perintah • Ketidakakuratan mengikuti tes (mis., hysteria, bermusuhan, agitasi, apatis) • Pengukuran masalah <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keterbatasan kognitif 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Knowledge : disease proces</i> - <i>Knowledge : healt beavior</i> <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tetang penyakit, kondisi, prognosis,program pengobatan. - Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secar benar. - Pasien dan keluarga mamu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya. 	<p>NIC</p> <p>Treching : disease proces</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik - Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat. - Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat - Identifikasi kemampuan penyebab dengan cara yang tepat - Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat - Hindari jaminan yang kosong - Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat - Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan

-
- Salah intepretasi informasi
 - Kurang pajanan
 - Kurang minat dalam belajar
 - Kurang dapat mengingat
 - Tidak familiar dengan sumber informasi

- dating dan atau proses pengontrolan penyakit
 - Diskusikan pilihan terapi atau penanganan
 - Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan
 - Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan,dengan cara yang tepat.
-

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

4. Implementasi Keperawatan

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

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan hasil akhir yang diharapkan pada ibu *post partum* dengan tindakan seksio sesarea adalah mampu mempertahankan kebutuhan perawatan diri, mampu mengatasi defisit perawatan diri, dan dapat meningkatkan kemandirian. Masalah ketidaknyamanan fisik akibat seksio sesarea dapat teratasi (Maryunani 2015).