

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST SECTIO*
CAESAREA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
NYERI AKUT DI RUANG DELIMA
RSUD CIAMIS**

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

EVA SUSANTI

AKX.15.033



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

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Eva Susanti
NIM : AKX.15.033
Prodran Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post Sectio Caesarea* dengan Masalah keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Delima RSUD Ciamis

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



LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST*
SECTIO *CAESAREA* DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
NYERI AKUT DI RUANG DELIMA
RSUD CIAMIS

EVA SUSANTI
AKX.15.033

KARYA TULIS INI TELAH DI SETUJUI
TANGGAL 27 APRIL 2018

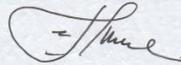
Oleh

Pembimbing Ketua



Anggi Jamiiyanti, S.Kep.,Ners
NIP : 10114149

Pembimbing Pendamping



Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners
NIP : 10104025

Mengetahui
Ketua Program Studi D-III Keperawatan
Ketua,



Tuti Suprapti, SKp., M.Kep
NIP: 101603

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST SECTIO*
CAESAREA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
NYERI AKUT DI RUANG DELIMA
DI RSUD CIAMIS

Oleh:
Eva Susanti
AKX.15.033

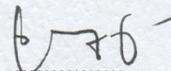
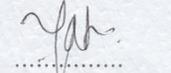
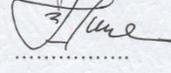
Telah diuji
Pada tanggal : 27 April 2018
Panitia Penguji

Ketua : Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners
(Pembimbing Utama)


.....

Anggota :

1. Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep
(Penguji I)
2. Yati N, Amd.Keb
(Penguji II)
3. Vina Vitniawati, S.Kep., Ners
(Pembimbing Pendamping)


.....

.....

.....

Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung

Ketua

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



ABSTRAK

Latar Belakang : *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).Dalam kasus persalinan akibat *Sectio Caesarea* adapun masalah yang sering muncul pada klien yaitu, nyeri akut, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, ketidakefektifan pemberian ASI , gangguan eliminasi urine, gangguan pola tidur, resiko infeksi, defisit perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, toileting, konstipasi, resiko syok (hipovolemik), resiko perdarahan, defisiensi pengetahuan : perawatan postpartum (NANDA (*North American Nursing diagnosis Association*) 2015).. **Tujuan :** untuk memperoleh pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut **Metode:** studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah / fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang pasien *Post Sectio Caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan, masalah keperawatan nyeri akut pada kasus satu teratasi sebagian namun teratasi setelah klien pulang dengan dilakukan pemantauan dan pemeriksaan oleh penulis di rumah klien, dan pada kasus 2 masalah keperawatan nyeri akut teratasi di hari ke 3. **Diskusi:** pasien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap pasien *post Sectio Caesarea* hal ini di pengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya. Sehingga perawat harus melakukan asuhan komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap pasien.

Keyword : *Secsio Caesarea (SC)* , *Nyeri Akut*, *Asuhan Keperawatan*
Daftar Pustaka : 12 Buku (2009-2015), 2 Jurnal (2016-2017), 2 Website

ABSTRACT

Background: *Sectio Caesarea* is a surgery to give birth to the fetus by opening the abdominal wall and the uterine or vaginal wall or a hysterotomy to give birth to the fetus from the uterus (Padilla, 2015). In the case of labor due to *Sectio Caesarea* as well as problems that often arise in the client that is, acute, nutritional imbalances less than body requirements, ineffective breast-feeding, urinary elimination disorders, sleep patterns disorder, infection risk, self-care deficits: bath / personal hygiene, eating, toileting, constipation, risk of shock (hypovolemic), risk of bleeding, deficiency knowledge: postpartum care (NANDA (North American Nursing diagnosis Association) 2015). **Objectives:** to gain experience in nursing care on a post-*sectio caesarea* client with acute pain nursing problems **Methods:** a kasuss study is to explore a problem / phenomenon with detailed constraints , has a deep data retrieval and menyert will be various sources of information. This case study was conducted on two patients with *Post Sectio Caesarea* with acute pain nursing problems. **Outcomes:** After nursing care with nursing intervention, acute pain nursing problem in case one is partially resolved but resolved after the client came home with monitoring and examination by the author at the client's home, and in case 2 the acute pain nursing problem resolved at day 3. **Discussion:** patients with acute pain nursing problems do not always have the same response in every post *Sectio Caesarean* patient this is influenced by the condition or health status of previous clients. So the nurse must do comprehensive care to handle nursing problems in each patient.

Keyword: *Secsio Caesarea (SC)*, *Acute Pain*, *Nursing Care*
References: 12 Books (2009-2015), 2 Journals (2016-2017), 2 Websites

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, Karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan fikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST *SECTIO CAESAREA* DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG DELIMA RSUD CIAMIS” dengan sebaik-baiknya.

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

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasihnya, kepada semua pihak, terutama kepada :

1. H.Mulyana, SH, M,Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd.Siti Jundiah, S,Kp.,M.kep, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti,S.Kp.,M.Kep selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulisan menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Seluruh Dosen dan Staf Program studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik yang telah memberikan dukungan, motivasi dan nasehat selama penulis mengikuti pendidikan dan penyusunan karya tulis ilmiah ini.

7. dr. H. Aceng Solahudin Ahmad, M.Kes selaku direktur RSUD Kab.Ciamis yang telah memberi lahan praktek kepada mahasiswa DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik selama 7 minggu.
8. Dedeh S. S.TR., Keb yang telah membantu dan membimbing saya selama praktik lapangan.
9. Ayahhanda Parmidi dan ibunda Rosiah terimakasih do'a restu dan motivasinya dan tidak lupa kakak Vera Yulianti S.TR., Keb dan Lia agustina S.Farm., Apt yang selalu memberi dorongan dan motivasi penulis.
10. Bulan Fitri, Sonia Siti F, Fisal Zulfikar, Dicky Febrian, Agung Sasongko, Boby Amanda P, Moh.Amin dan Ananda Dwi K sebagai sahabat dan teman-teman Anestesi Angkatan 11 yang selalu memberi dukungan dan motivasi kepada penulis.

Dengan segala hormat penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dan akhirnya semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua serta kita selalu dalam lindungan dan keridhaan Allah SWT, amin.

Bandung, 23 April 2018

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR JUDUL.....	i
LEMBAR PERNYATAAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRACT	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR BAGAN.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR SINGKATAN	xv

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penulisan	5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1	Konsep Dasar	7
2.1.1	Anatomi Reproduksi.....	7
2.1.2	Persalinan.....	13
2.1.3	<i>Sectio Caesarea</i>	13
2.1.4	Masa Nifas	18
2.2	Konsep Asuhan Keperawatan	25
2.2.1	Pengkajian	25
2.2.2	Analisa Data.....	31
2.2.3	Diagnosa Keperawatan	31
2.2.4	Rencana Keperawatan	33
2.2.5	Implementasi Keperawatan	46
2.2.6	Evaluasi	46

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1	Desain Penelitian	47
3.2	Batasan Istilah	47
3.3	Partisipan/Responden/Subyek Penelitian.....	48
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian	49
3.5	Pengumpulan Data	49
3.6	Uji Keabsahan Data.....	50
3.7	Analisis Data	51
3.8	Etik Penelitian	53

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil	56
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	56
4.1.2 Pengkajian	57
4.1.3 Analisis Data.....	69
4.1.4 Diagnosa Keperawatan	72
4.1.5 Perencanaan	77
4.1.6 Implementasi.....	87
4.1.7 Evaluasi.....	102
4.2 Pembahasan	103
4.2.1 Pengkajian	103
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	105
4.2.3 Perencanaan	108
4.2.4 Implementasi.....	110
4.2.5 Evaluasi	112

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan.....	113
5.2 Saran.....	115

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi keperawatan.....	34
Tabel 4.1 Identitas klien	57
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan	57
Tabel 4.3 Riwayat Ginekologi dan Obstetric	58
Tabel 4.4 Pola aktivitas sehari-hari	61
Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik.....	63
Tabel 4.6 Data bayi.....	66
Tabel 4.7 Pemeriksaan Psikologi.....	66
Tabel 4.8 Hasil laboratorium	68
Tabel 4.9 Rencana Pengobatan.....	69
Tabel 4.10 Analisa Data	69
Tabel 4.11 Diagnosa keperawatan.....	72
Tabel 4.12 perencanaan	77
Tabel 4.13 Implementasi	87
Tabel 4.14 Evaluasi	102

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Genetalia Eksterna	7
Gambar 2.2 Genetalia Interna.....	9

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Sectio Caesarea	15
---	----

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

SC	: Sectio Caesarea
PQRST	: Provokes, Quality, Rediates, Time
EKG	: Elektrokardiogram
JDL	: Jumlah Darah Lengkap
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
BAK	: Buang Air Kecil
BAB	: Buang Air Besar
APGAR	: Appearance , Pulse, Grimace, Activity, Respiration
BB	: Berat Badan
TB	: Tinggi Badan
LK	: Lingkar Kepala
LD	: Lingkar Dada
TD	: Tekanan Darah
N	: Nadi
R	: Respirasi

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 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 (Padila,2015).

Terjadi peningkatan persalinan *sectio caesarea* menurut *World Health Organization* (WHO) dilaporkan angka kejadian *Sectio Caesarea* meningkat 5 kali dibandingkan tahun-tahun sebelumnya. Standar rata-rata *Sectio Caesarea* disebuah negara adalah sekitar 5-15% 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 rikesdas tahun 2013 menunjukkan kelahiran dengan metode operasi sesaria sebesar 9,8 persen total 49.603 kelahiran sepanjang tahun 2010 sampai dengan 2013 (Depkes RI, 2013).

Di Indonesia angka kejadian *sectio caesarea* mengalami peningkatan pada tahun 2000 jumlah ibu bersalin dengan *sectio caesarea* 47,22%, tahun 2001 sebesar 45, 19 %, tahun 2002 sebesar 47,13%, tahun 2003 sebesar 46,87%, tahun 2004 sebesar 53,2%, tahun 2005 sebesar 51,59%, dan tahun 2006 sebesar 53,68% dan tahun 2007 belum terdapat data yang signifikan, tahun 2009 sebesar sekitar 22,8% (Karundeng, 2014). Berbagai survei ditemukan proporsi persalinan *sectio caesarea*

dirumah sakit di Bali dan Jakarta cukup tinggi berada jauh dari standar yang ditentukan. Presentasi persalinan *section caesarea* di rumah sakit pemerintah sebesar 20-25 % dari total persalinan sedangkan untuk rumah sakit swasta sebesar 30-80 % dari semua persalinan (Ningrum, 2011).

Adapun hasil survei di Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis , pada tahun 2016 -2017 proporsi ibu yang mengalami persalinan dengan *sectio caesarea* 60,15 % yaitu 1117 dari 1857 persalinan. Berdasarkan latar belakang di atas, maka perlu dilakukan penelitian untuk mendeskripsikan karakteristik apa saja yang mempengaruhi kejadian persalinan *sectio caesarea* yang ada di Rumah Sakit Ciamis tahun 2018.

Dalam kasus persalinan akibat *Sectio Caesarea* masalah yang sering muncul pada klien adalah ketidak efektifan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mucus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi), nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan,trauma jalan lahir, episiotomy), ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi postpartum, ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu,terhentinya proses menyusui, gangguan eliminasi urine, gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan, resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko : episiotomy, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan, defisit perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelemahan postpartum, konstipasi, resiko syok (hipovolemik), resiko perdarahan, defisiensi pengetahuan : perawatan

postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum (NANDA (*North American Nursing diagnosis Association*) 2015).

Persalinan secara *sectio caesarea* memberikan dampak bagi ibu dan bayi, nyeri yang hilang timbul akibat pembedahan pada dinding abdomen dan dinding rahim yang tidak hilang hanya dalam satu hari itu memberi dampak seperti mobilisasi terbatas, bonding attachment (ikatan kasih sayang) terganggu/tidak terpenuhi, *activity of daily living* (ADL) terganggu pada ibu dan akibatnya nutrisi bayi berkurang sebab tertundanya pemberian ASI sejak awal, selain itu juga mempengaruhi inisiasi menyusui dini (IMD) yang akan mempengaruhi daya tahan tubuh bayi yang dilahirkan secara SC (Afifah, 2009).

Berdasarkan data-data tersebut penulis tertarik untuk melaksanakan Asuhan Keperawatan secara komperhensif dengan menggunakan proses keperawatan dalam sebuah karya tulis dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN SECTIO CAESAREA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG DELIMA RSUD CIAMIS TAHUN 2018”.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien post *sectio caesarea* yang mengalami masalah keperawatan nyeri akut di Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis?.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penulisan mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif baik bio-fisiko-sosial dan spiritual pada klien *post sectio caesarea* yang mengalami masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada klien yang mengalami *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD ciamis.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien yang mengalami *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD ciamis.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD ciamis.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD ciamis.
- e. Melakukan evaluasi pada klien yang mengalami *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD ciamis.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Manfaat Teoritis

Meningkatkan pengetahuan agar dapat mengetahui yang dimaksud dengan proses *sectio caesarea* dan bagaimana *sectio caesarea* dapat terjadi. Penulisan karya tulis ini juga berfungsi untuk mengetahui antara teori dan kasus nyata yang terjadi dilapangan sinkron atau tidak, dan dalam karya tulis ini dilakukan penelitian antara dua responden dengan ini dapat mengetahui perbedaan mana yang muncul.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Rumah Sakit

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah bagi rumah sakit yaitu dapat meningkatkan mutu dan pelayanan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan bagi klien khususnya dengan *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

b. Bagi Perawat

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah bagi perawat yaitu perawat dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada pasien dengan *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

c. Bagi Instansi Akademik

Manfaat praktis bagi instansi akademik yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk

mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan dengan *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

d. Bagi Pembaca

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

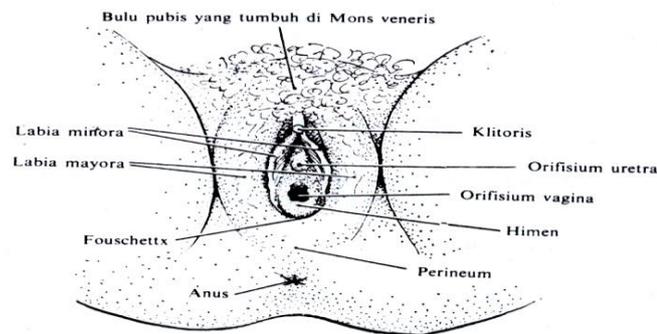
BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep penyakit

2.1.1 Anatomi Sistem Reproduksi

A. Genitalia Eksterna



Sumber : (Purwaningsih,2010).

Gambar 2.1 Genitalia Eksterna

1. Vulva

Tampak dari luar (mulai dari mons pubis sampai tepi perineum), terdiri dari mons pubis, labia mayora, labia minora, clitoris, hymen, vestibulum, orificium urethrae externum, kelenjar-kelenjar pada dinding vagina.

2. Monspubis/mons veneris

Lapisan lemak dibagian *anterior symphysis os pubis*. Pada masa pubertas daerah ini mulai ditubuhin rambut pubis.

3. Labia Mayora

Lapisan lemak lanjutan mons pubis kearah bawah dan belakang, banyak mengandung plekus vena. Homolog embriologik dengan skrotum pada pria. Ligamentum rotundum uteri berakhir pada atas labia mayora. Dibagian bawah perineum, labia mayora menyatu (pada *commisura posterior*).

4. Labia minora

Lipatan jaringan tipis dibalik labia mayora, tidak mempunyai folike rambut. Banyak terdapat pembuluh darah, otot polos dan ujung serabut saraf.

5. Clitoris

Terdiri dari caput / glans clitoridis yang terletak dibagian superior vulva, dan corpus clitoridis yang tertanam di dalam dinding anterior vagina. Homogen embriologik dengan penis pada pria. Terdapat juga reseptor androgen pada clitoris. Banyak pembuluh darah dan ujung saraf, sangat sensitive.

6. Vesibulum

Daerah dengan batas atas *clitoris*, batas bawah *fourchet*, batas *lateral labia minora*. Berasal dari sinus urogenital. Terdapat 6 lubang *orifikum*, yaitu *orificium urethrae externum*, *intoritus vagine*, *ductus glandulae Bartholinii* kanan-kiri, dan *dukus skene* kanan-kiri. Antara *fourchet* dan vagina terdapat *fossa Hymen* yang abnormal, misalnya primer tidak berlubang (*hymen imperforate*) menutup total lubang vagina, dapat menyebabkan darah menstruasi terkumpul dirongga *genetalia interna*.

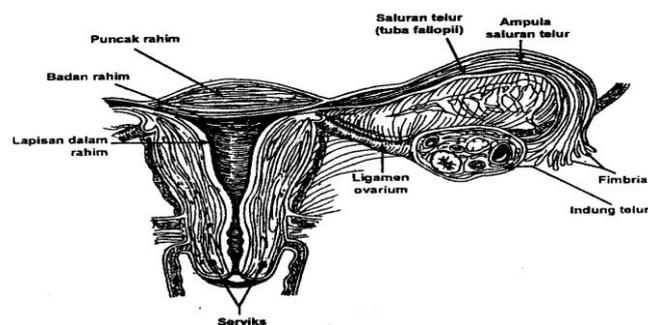
7. Vagina

Rongga muskulomembranosa berbentuk tabung mulai dari tepi servix uteri dibagian cranial dan dorsal sampai ke vulva dibagian kaudal ventral. Daerah disekitar cervix disebut fornix, dibagi 4 kuadran : fornix anterior, fornix posterior, dan fornix lateral kanan dan kiri. Vagina memiliki dinding ventral dan dinding dorsal yang elastic. Dilapisi epitel skuamosa berlapis, berubah mengikuti siklus haid.

8. Perineum

Daerah antara tepi bawah vulva dengan tepi bawah anus. Batas otot-otot diafragma pelvis (m.levator ani, m.coccygeus) dan diafragmaurogenitalis (m.perinealis transverses profunda, m.constrictor urethra). Perineal body adalah rephe median m.levator ani, antara anus dan vagina. Perineum meregang pada persalinaan, kadang perlu dipotong (episiotomy) untuk memperbesar jalan lahir dan mencegah rupture

B. Genetalia Interna



Sumber : (Purwaningsih, 2010).

Gambar 2.2 Genetalia Interna

1. Uterus

Suatu organ muscular berbentuk seperti buah pir. Dilapisi peritoneum (serosa). Selama kehamilan berfungsi sebagai implantasi, retensi dan nutrisi konseptus. Pada saat persalinan dengan adanya kontraksi dinding uterus dan pembukaan serviks uterus, isikonsepsi dikeluarkan. Terdiri dari corpus, funus, cornu, isthmus dan serviks uteri.

2. Serviks uteri

Bagian bawah uterus, terdiri dari parsvaginalis (berbatasan/menembus dinding dalam vagina) dan pars supravaginalis. Terdiri dari komponen utama : otot polos, jaringan ikat (kolagen dan glikosamin) dan elastin. Bagian luar didalam rongga vagina yaitu portio cervicis uteri (dinding) dengan lubang ostium uteri externum (luar, arah vagina) dilapisi epitel skuamokolumnar mukosa serviks, dan ostium uteri internum (dalam, arah cavum).

3. Corpus Uteri

Terdiri dari : paling luar lapisan serosa/peritonium yang melekat pada ligamentum letum uteri diintraabdomen, tengah lapisan muscular/miometrium berupa otot polos tiga lapis (dari luar kedalam arah serabut otot longitudinal, anyaman dan sirkular), serta dalam lapisan endometrium yang melapisi cavumdinding uteri, menebal dan runtuh sesuai siklus haid akibat pengaruh hormon-hormon ovarium. Posisi corpus intraabdomen mendatar dengan fleksi ke anterior, fundus uteri berada diatas vesica urinaria.

4. Ligamenta Penyangga uterus

Ligamentum latum uteri, ligamentum rotundum uteri, ligamentum cardinal, ligamentum ovarii, ligamentum sacrouterina propium, ligamentum infundibulovelvicum, ligamentum vesicouterina, ligamentum rectouterina.

5. Vaskularisasi uterus

Terutama dari arteri uterina cabang arteri hypogastrica/illiaca interna, serta arteri ovarica cabang aorta abdominalis.

6. Salping/Tuba Falopii

Embriologik uterus dan tuba berasal dari ductus Mulleri. Sepasang tuba kiri-kanan, panjang 8-14 cm, berfungsi sebagai jalan transportasi ovum dari ovarium sampai cavum uteri. (Purwaningsih, 2010).

2.1.2 Persalinan

A. Definisi persalinan

Menurut (Sulistyawati). Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hamper cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu. Adapun menurut proses berlangsungnya persalian dibedakan sebagai berikut:

1) Persalinan seponatan

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

2) Persalinan bantuan

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

3) Persalinan anjuran

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

2.1.3 *Sectio Caesarea*

A. Definisi *Sectio caesarea*

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* transperitonitis

- a. *Sectio caesarea* klasik atau corporal : insisi memanjang dibuat di korpus uteri
- b. *Sectio caesarea* profunda atau ismika : insisi melintang konfak pada segmen bawah Rahim

2. *Sectio caesarea* ekstra peritonitis 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 *Sectio Caesarea*

Indikasi klasik yang dapat dikemukakan sebagai dasar *section caesarea* adalah

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

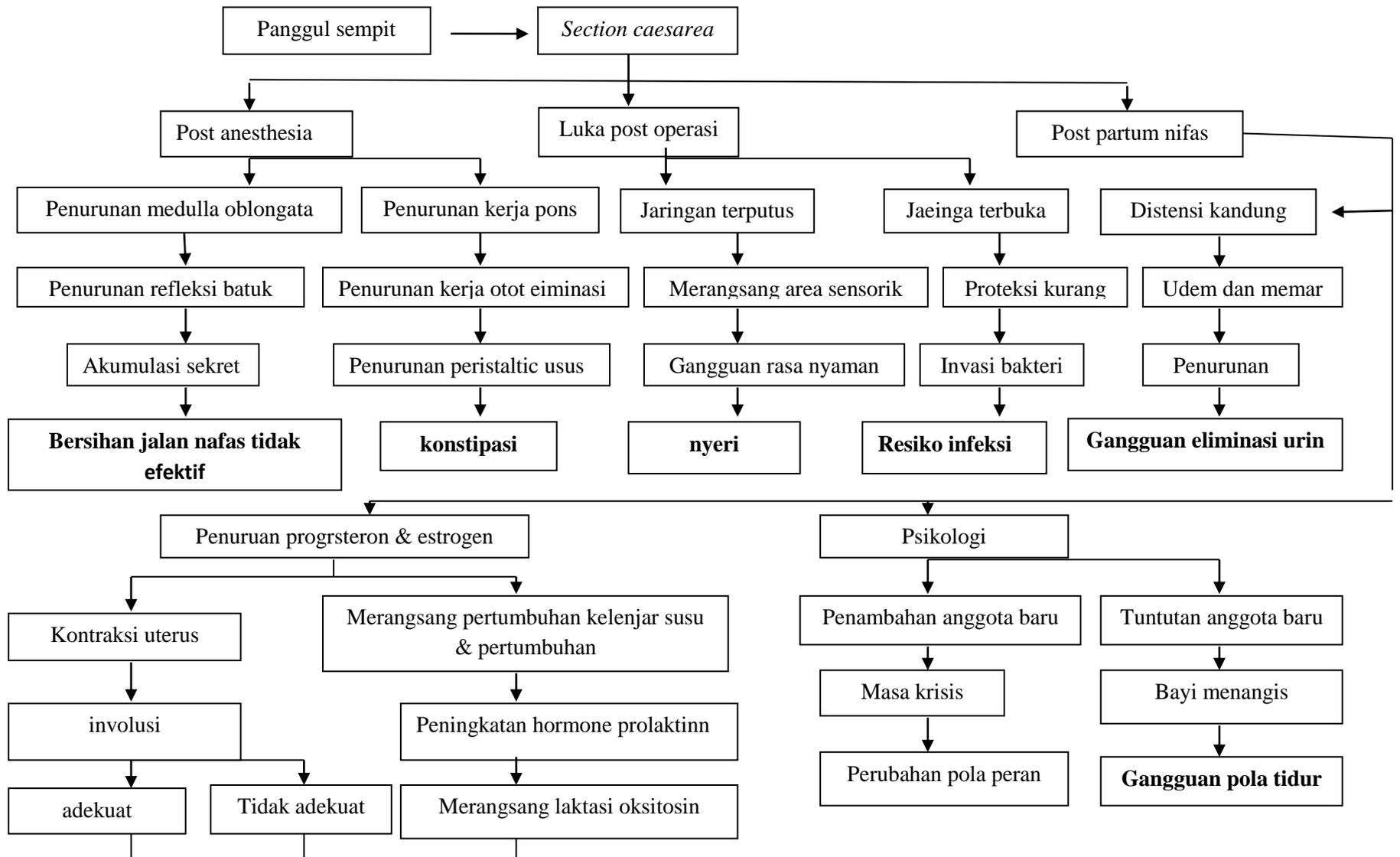
D. Patofisiologi

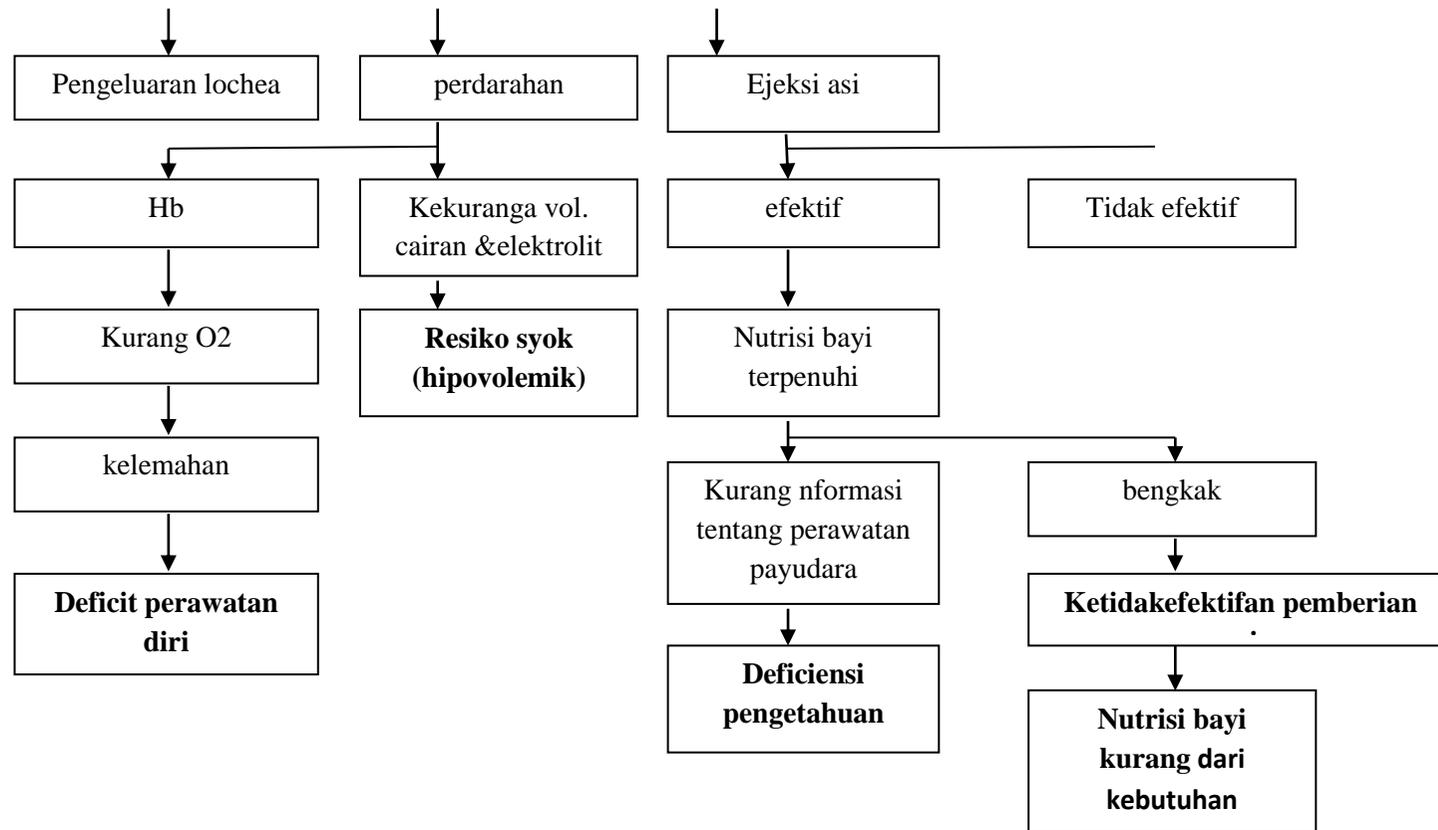
Sectio Caesarea merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gram dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan ini yaitu distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distorsia jaringan lunak, placenta previa dll, untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah 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 terjadi ketidakefektifan pemberian asi sehingga nutrisi bayi kurang dari kebutuhan, luka dari insisi terjadi jaringan terbuka sehingga invasi bakteri dan akan menyebabkan resiko infeksi. Oleh karena itu perlu diberikan antibiotik dan perawatan luka dengan prinsip steril. Luka operasi menjadikan jaringan terputus sehingga merangsang area sensorik dan mengakibatkan nyeri. Nyeri adalah salah utama karena insisi yang mengakibatkan gangguan rasa nyaman sehingga menjadikan gangguan pola tidur pada ibu.

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 kadangkadangkang 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 menjadikan ibu kekurangan volume cairan dan elektrolit sehingga resiko syok (hipovolemik). Perdarahan sehingga menyebabkan hemoglobin menurun dan mengakibatkan kekurangan oksigen, pasien kelemahan dan menyebabkan deficit perawatan diri. 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. Post partum nifas mengakibatkan distensi kandung kemih sehingga terjadi udem dan penurunan dan menjadikan gangguan eliminasi urine.

E. Pathway

2.1 Bagan Pathway *Section Caesarea*



Sumber: (Hardi,2015)

F. 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 (Dystasia).

- a. Fatal distress
- b. His lemah / melemah
- c. Janin dalam posisi sungsang atau melintang
- d. Bayi besar ($BBL \geq 4,2$ kg)
- e. Plasenta previa
- f. Kelainan letak
- g. Disproporsi cevalo-pelvik (ketidakseimbangan antara ukuran kepala dan panggul)
- h. Repture uteri mengancam
- i. Hydrocephalus
- j. Primi muda atau tua
- k. Partus dengan komplikas
- l. Panggul sempit
- m. Problema plasenta

G. Komplikasi *Sectio Caesarea*

Kemungkinan yang timbul setelah dilakukan operasi ini diantara lain :

1. Infeksi puerperal (Nifas)
 - a. Ringan, dengan suhu meningkat dalam beberapa hari.

- b. Sedang, suhu meningkat lebih tinggi disertai dengan dehidrasi dan perut sedikit kembung.
 - c. Berat, peritonealis, sepsis dan usus paraliti.
2. Perdarahan
 - a. Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka.
 - b. Perdarahan pada plasenta bed.
 3. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila peritonitis terlalu tinggi.
 4. Kemungkinan ruptur tinggi spontan pada kehamilan berikutnya (Padila, 2015).

2.1.4 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)

C. Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu :

1. Puerperium dini

Puerperium dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

2. Puerperium intermedial

Puerperium intermedial merupakan masa kepulihan menyeluruh dari organ – organ genital, yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3. Remote puerperium

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

D. 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 lochea.

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) Lochea

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

- 1) Lochea 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 berkontraksi 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 cardio*. 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 putusannya 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).

E. 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.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas

2.2.1 Pengkajian (Reeder, 2009)

1. 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.

2. 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.

3. Riwayat penyakit dahulu

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

4. Riwayat kesehatan keluarga.

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

5. 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, lingkaran kepala, lingkaran dada, lingkaran perut, lingkaran lengan dan APGAR Score.

3) Riwayat Ginekologi

a) Riwayat menstruasi

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

b) Riwayat perkawinan

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

c) Riwayat Keluarga Berencana

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

6. 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 (konstipasi sering terjadi setelah pasca bedah). 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.

7. 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 garvidarum*, 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, adakah gangguan pada fungsi penglihatan.

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 penikatan 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 *Seccio 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.

8. Data psikologis

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

9. Data Penunjang

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

2.2.2 Analisa Data

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

2.2.3 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 erdasarkan 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. Ketidak efektifan jalan nafas 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 kebutuhan nutrisi 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. Defisit perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelemahan postpartum
- i. Konstipasi
- j. Resiko syok (hipovolemik)
- k. Resiko perdarahan
- l. Defisiensi pengetahuan : perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.

2.2.4 Rencana Keperawatan

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan (Rohmah, 2012). Menurut *North American Nursing diagnosis Association 2015* Rencana Keperawatan pada diagnosa yang mungkin muncul dengan seksio sesarea adalah :

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kreteria Hasil	Intervensi
<p>Ketidakefektifan bersihan jalan nafas. Definisi : Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau produksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas.</p> <p>Batasan Karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada batuk • Suara nafas tambahan • Frekuensi nafas • Perubahan irama nafas • Sianosis • Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara • Penurunan bunyi nafas • Dispneu • Sputum dalam jumlah yang berlebihan • Batuk yang tidak efektif • Orthopneu • Gelisah • Mata terbuka lebar <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 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respiratory status : ventilation - Respiratory status : airway patency <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</p> <p>Airway suction</p> <ol 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 nasotracheal. 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> <ol 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 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

Sekresi dalam bronki

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
-

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 (International Association for the study Pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas 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., berjalan mondar-mandir mencari orang lain, aktivitas yang berkurang).
- Mengekspresikan perilaku (mis., gelisah, merengek, menangis)
- Masker wajah (mis., mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpecah atau tetap pada satu fokus meringis)
- Sikap melindungi area nyeri
- Fokus menyempit (mis., gangguan Melaporkan nyeri secara verbal

NOC

- (a) Pain level
- (b) Pain control
- (c) Comfort level

Kriteria hasil :

- Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik 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.

NIC

Pain Management

- a) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas.
 - b) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan.
 - c) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.
 - d) Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri
 - e) Evaluasi pengalaman nyeri masalah
 - 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 faktor 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 teknik nonfarmakologi (ajarkan teknik relaksasi genggam jari)
 - m) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
-

- Gangguan tidur

Factor yang berhubungan :

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

- 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
- z) Evaluasi efektivitas analgetik, tanda dan gejala.

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Definisi: Asupan nutrisi tidak cukup memenuhi kebutuhan metabolik.

Batasan karakteristik:

- Nyeri abdomen
- Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal
- Kurang makan
- Kurang informasi
- Tonus otot menurun

NOC

- Nutritional status
- Nutritional status: food and fluid
- Intake
- Nutritional status: nutrient intake
- Weight control.

Kriteria hasil :

- Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan
- Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan
- Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi

NIC

Nutrition Management

- a) Kaji adanya alergi makanan
- b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien
- c) Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe
- d) Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C
- e) Berikan substansi gula

<p>Faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faktor biologis • Faktor ekonomi • Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrient • Ketidak mampuan menelan makanan <p>Faktor psikologis</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada tanda mal nutrisi - Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan - Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti. 	<ul style="list-style-type: none"> 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.
<p>Ketidakefektifan pemberian ASI</p> <p>Definisi :</p> <p>Ketidak puas atau kesulitan ibu, bayi atau anak menjalani proses pemberian ASI</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakefektifan suplai ASI • Tampak ketidakadekuatan asupan susu • Tidak tampak tanda pelepasan oksitosin • Ketidak cukupan pengosongan setiap 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Breastfeding ineffective (b) Breathing pattern ineffective (c) Breasfeeding interrupted <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemantapan pemberian ASI : bayi: perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI. 	<p>NIC</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Evaluasi pola menghisap/ menelan bayi b) Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui. c) Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (reflek rooting, menghisap dan terjaga) d) Kaji kemampuan bayi untuk latch on dan menghisap secara evektif

<p>payudara setelah menyusui</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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"> - 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"> e) Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting 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
---	--	---

<p>Gangguan eliminasi urin Definisi: Disfungsi pada eliminasi urin</p> <p>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 <p>Infeksi saluran kemih</p>	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urinary elimination - Urinary continence <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</p> <p>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 eksisten) b) Memantau penggunaan obat dengan sifat kolinergik atau properti alfa agonis c) Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium channel blockers dan antikolinergik d) Menyediakan penghapusan prifasi e) Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiram toilet 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 <p>Menerapkan katerisasi intermiten.</p>
<p>Gangguan pola tidur 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 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anxiety reduction - Comfort level - Pain level - Rest: extent and patren - Sleep: extent and patren <p>Kriteria Hasil:</p>	<p>NIC</p> <p>Sleep Enhancement</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur b) Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat c) Fasilitas untuk mempertahankan aktivifas sebelum tidur (membaca ciptakan lingkungan

<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<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>yang nyaman)</p> <ul style="list-style-type: none"> d) Ciptakan lingkungan yang nyaman e) Kolaborasi pemberian obat tidur f) Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang tehnik tidur pasien g) Instruksikan untuk memonitor tidur pasien h) Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur i) Monitor/catat kebutuhan waktu tidur pasien setiap hari dan jam
<p>Resiko Infeksi Definisi: Mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik.</p> <p>Faktor-faktor resiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penyakit kronis • Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemajanan patogen • Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat : <ul style="list-style-type: none"> - Kerusakan integritas kulit - Trauma jaringan • Ketidakadekuatan pertahanan sekunder • Pemajanan terhadap patogen • Prosedur infasif 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Immune status - Knowledge: infection control - Risk control <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi - Mendeskripsi proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaan - Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi - Jumlah leukosit dalam batas normal <p>Menunjukkan perilaku hidup sehat</p>	<p>NIC Kontrol infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien b) Pertahankan tehnik isolasi c) Batasi pengunjung bila perlu d) Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung e) Gunakan antiseptik untuk cuci tangan f) Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan g) Gunakan baju, sarung tangan sesuai alat pelindung h) Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat. i) Tingkatkan intake nutrisi j) Berikan terapi antibiotik bila perlu 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 v) Ajarkan cara menghindari infeksi w) Laporkan kecurigaan infeksi
Defisit perawatan diri mandi Definisi: Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi/aktivitas perawatan diri untuk diri sendiri. Batasan Karakteristik: <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 Faktor yang berhubungan: <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan kokitif • Penurunan motivasi • Gangguan muskuloskeletal • Nyeri • Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh • Kendala lingkungan 	NOC <ul style="list-style-type: none"> - Activity Intolerance - Mobility: physical impaired - Self care deficit hygiene - Sensory perception, auditory disturbed Kriteria hasil: <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 tubuhsendiri 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: 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 	NIC Self care assistance : Bathing/hygiene <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 j) Memberikan bantuan sampai pasien dapat melakukan perawatan diri sepenuhnya.

tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral

Konstipasi	NOC	NIC
<p>Definisi: Penurunan pada frekuensi normal pada defekasi yang disertai oleh kesulitan atau pengeuaran tidak lengkap feses atau pengeluaran feses yang kering, keras dan banyak.</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri abdomen • Anoreksia • Darah merah pada feses • Perubahan pada pola defekasi • 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 <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fungsional: <ul style="list-style-type: none"> - Kelemahan otot abdomen - Kebiasaan mengabaikan dorongan defekasi - Perubahan lingkungan saat ini • Psikologis: <ul style="list-style-type: none"> - Depresi, stres emosi - Konfusi mental • Farmakologis: <ul style="list-style-type: none"> - Antikolinergik, - Deuretik 	<ul style="list-style-type: none"> - Bowel elamination - Hidration <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 untuk mencegah konstipasi - Feses lunak dan berbentuk. 	<p>Constipation/ impaction managemen</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Monitor tanda dan gejala konstipasi b) Monitor bising usus c) Monitor feses : frekuensi, konsistensi dan volume d) Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus e) Monitor tanda dan gejala ruptur usus/peritonitis f) Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi g) Dukung intake cairan h) Pantau tanda tanda dan gejala konstipasi i) Pantau tanda tanda dan gejala impaksi j) Memantau gerakan usus, termasuk konsistensi, frekuensi, bentuk, volume, dan warna. k) Memantau bising usus l) Anjurkan pasien atau keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses. m) Anjurkan pasien atau keluarga untuk diet tinggi serat n) Timbang pasien secara teratur o) Timbang pasien secara teratur. p) Ajarkan pasien dan keluarga tentang proses pencernaan yang normal.

<ul style="list-style-type: none"> - Simpatomimetik • Mekanis: <ul style="list-style-type: none"> - Ketidakseimbangan elektrolit • Fisiologis: <ul style="list-style-type: none"> - Perubahan pola makan - Asupan serat tidak cukup 		
<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 <p>Sindrom respons inflamasi sistemik</p>	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Syock prevention - Syock management <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 Syok prevention</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Monitor sirkulasi blood pressure, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, heart rate, ritme, dan kapiler refil 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 pasirm tentang tanda dan gejala datangnya syok n) Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok
<p>Resiko perdarahan Definisi: Beresiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan.</p> <p>Faktor resiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aneurisma • Sirkumsisi 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blood lose severity - Blood koagulation <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada hematuria dan hematemesis - Kehilangan darah yang terlihat - Tekanandarah dalam batas normal sistol dan 	<p>NIC Bleding precaution</p> <ol 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

<ul style="list-style-type: none"> • 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) • Trauma 	<p>diastol</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada perdarahan pervagina - Tidak ada distensi abdominal - Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal 	<ul style="list-style-type: none"> 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 pressure) l) Monitor status cairan yang meliputi intake dan output m) Pertahankan potensi IV line n) Lakukan pressure 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 : emesis, feses, urine, residu lambung, dan drainase luka s) Monitor kompli 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
<p>Defisit pengetahuan Definisi : Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang</p>	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Knowledge : disease proces - Knowledge : healt beavior 	<p>NIC Treching : disease proces</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan

berkaitan dengan topik tertentu.

Batasan Karakteristik:

- Perilaku hiperbola
- Ketidakakuratan mengikuti perintah
- Ketidakakuratan mengikuti tes (mis., hysteria, bermusuhan, agitasi, apatis)
- Pengukuran masalah

Faktor yang berhubungan:

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

Kriteria Hasil:

- Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tetang penyakit, kondisi, prognosis,program pegobatan.
- Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secar benar.
- Pasien dan keluarga mamu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya.

pasien tentang proses penyakit yang spesifik

- b) Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat.
- c) Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat
- d) Identifikasi kemampuan penyebab dengan cara yang tepat
- e) Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat
- f) Hindari jaminan yang kosong
- g) Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat
- h) Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan dating dan atau proses pengongtrolan penyakit
- i) Diskusikan pilihan terapi atau penanganann
- j) Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan
- k) Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan,dengan cara yang tepat

2.2.5 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*).

2.2.6 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.