

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Post Sectio Caesarea (Post SC)

2.1.1 Definisi

Sectio Caesaria adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Sarwono,2009).

Sectio Caesaria adalah suatu cara melahirkan dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Amru sofian, 2012). *Sectio Caesaria* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina (Mochtar, 1998 dalam Siti, dkk 2013).

2.1.2 Etiologi

Ketuban pecah dini atau ketuban pecah sebelum waktunya adalah keluaran cairan dari jalan lahir atau vagina sebelum proses persalinan (Marmi, 2011). Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktu melahirkan atau sebelum inpartu, pada pembukaan <4 cm (fase laten) (Nugroho, 2010).

Sebab – sebab ketuban pecah dini dapat dijabarkan sebagai berikut :

a. Faktor Umum :

- 1) Infeksi STD (*Sexually Transmitted Disease*)

2) Faktor sosial : Perokok, peminum, keadaan sosial, ekonomi rendah

b.Faktor Keturunan :

1) Kelainan genetik

2) Faktor rendahnya vitamin C dan ion Cu dalam serum

c. Faktor Obstetrik, antara lain :

1) Overdistensi uterus

2) Kehamilan kembar

3) Hidramnion

4) Serviks inkompeten

5) Serviks konisasi/menjadi pendek

6) Terdapat *sefalopelvik* disproporsi

7) *Grandemultipara*

8) Tidak diketahui sebabnya

Dikemukakan bahwa kejadian ketuban pecah dini sekitar 5-8%. Lima persen diantaranya segera diikuti oleh persalinan dalam 5 – 6 jam, sekitar 95% diikuti oleh persalinan dalam 72 – 95 jam dan selebihnya memerlukan tindakan konservatif atau aktif dengan menginduksi persalinan atau operatif (Manuaba, 2008).

2.1.3 Patofisiologi

Terjadi kelainan pada ibu dan kelainan pada janin menyebabkan persalinan normal tidak memungkinkan dan akhirnya harus dilakukan tindakan *Sectio Caesarea*, bahkan sekarang *Sectio*

Caesarea menjadi salah satu pilihan persalinan (Sugeng, 2010).

Adanya beberapa hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat dilahirkan secara normal, misalnya plasenta previa, rupture sentralis dan lateralis, panggul sempit, partus tidak maju (partus lama), preeklamsi, distosia service dan malpresentasi janin, kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *Sectio Caesarea* (SC). Dalam proses operasi dilakukan tindakan yang akan menyebabkan pasien mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah defisit perawatan diri. Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansietas pada pasien. Selain itu dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan inkontinuitas jaringan, pembuluh darah dan saraf-saraf di daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamine dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri. Setelah semua proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post operasi, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi.

2.1.4 Klasifikasi *Sectio Caesarea*

Klasifikasi *Sectio Caesarea* menurut (Harry Oxorn, 2010).

a. *Sectio Caesarea transperitonealis profunda*

Sectio Caesarea transperitonealis profunda dengan insisi di segmen bawah uterus, insisi pada bawah rahim, bisa dengan teknik melintang atau memanjang. Keunggulan pembedahan ini adalah :

- 1) Perdarahan luka insisi tidak seberapa banyak
- 2) Bahaya peritonitis tidak besar
- 3) Perut uterus umumnya kuat sehingga bahaya ruptur uteri dikemudian hari tidak besar karena pada nifas segmen bawah uterus tidak seberapa banyak mengalami kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka dapat sembuh lebih sempurna.

b. *Sectio Caesarea klasik atau sectio caesarea corporal*

Pada *sectio caesarea klasik* ini dibuat kepada korpus uteri, pembedahan ini yang agak mudah dilakukan, hanya diselenggarakan apabila ada halangan untuk melakukan *sectio caesarea transperitonealis profunda*. Insisi memanjang pada segmen atas uterus.

c. *Sectio Caesarea ekstra peritoneal*

Sectio caesarea ekstra peritoneal dahulu dilakukan untuk mengurangi bahaya injeksi perporal akan tetapi dengan

kemajuan pengobatan terhadap injeksi pembedahan ini sekarang tidak banyak lagi dilakukan. Rongga peritoneum tidak dibuka, dilakukan pada pasien infeksi uteri berat.

d. *Sectio Caesarea hysterectomy*

Setelah sectio caesarea, dilakukan *hysterectomy* dengan indikasi :

- 1) Atonia uteri
- 2) Plasenta accrete
- 3) Mioma uteri
- 4) Infeksi intrauterin berat
- 5) Komplikasi

Komplikasi yang mungkin muncul dari tindakan *Sectio Caesarea* adalah komplikasi pembiusan, perdarahan pasca operasi *Sectio Caesarea*, syok perdarahan, obstruksi usus, gangguan pembekuan darah, dan cedera organ abdomen seperti usus, ureter, kandung kemih, pembuluh darah. Pada *Sectio Caesarea* juga bisa terjadi infeksi sampai sepsis apalagi pada kasus dengan ketuban pecah dini. Dapat juga terjadi komplikasi pada bekas luka operasi (Anggi, 2011).

Hal yang sangat mempengaruhi atau komplikasi pasca operasi yaitu infeksi jahitan pasca *Sectio Caesarea*, infeksi ini terjadi karena banyak faktor, seperti infeksi intrauterin, adanya penyakit penyerta yang berhubungan dengan infeksi misalnya, abses tubo faria,

apendisitis akut/perforasi, diabetes melitus, gula darah tidak terkontrol, kondisi imunocompromised misalnya, infeksi HIV, Tuberkulosis atau sedang mengkonsumsi kortikosteroid jangka panjang, gizi buruk, termasuk anemia berat, sterilitas kamar operasi atau alat tidak terjaga, alergi pada materi benang yang digunakan resisten terhadap antibiotic. Akibat infeksi ini luka bekas SC akan terbuka dalam minggu pertama pasca operasi. Terbukanya luka bisa hanya kulit dan subkulit saja, bisa juga sampai fascia yang disebut dengan burst abdomen. Umumnya, luka akan bernanah atau ada eksudat dan berbahaya jika dibiarkan karena kuman tersebut dapat menyebar melalui aliran darah. Luka yang terbuka akibat infeksi itu harus dirawat, dibersihkan dan dilakukan kultur dari cairan luka tersebut. (Valleria, 2012).

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- b. Pemantauan EKG
- c. JDL dengan diferensial
- d. Elektrolit
- e. Hemoglobin/hematocrit
- f. Golongan darah
- g. Amniosintesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- h. Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi
- i. Ultrasound sesuai pesanan

2.2 Konsep Nyeri Post Sectio Caesarea (SC)

1.1.1 Pengertian

Nyeri merupakan sensasi sensorik dari pengalaman subjektif yang dialami setiap individu dan berbeda persepsi antara satu orang dengan yang lain yang menyebabkan perasaan tidak nyaman, tidak menyenangkan berkaitan dengan adanya atau potensial kerusakan jaringan (Loue & Sajatovic, 2008).

Nyeri dapat didefinisikan sebagai sesuatu yang sukar dipahami dan fenomena yang kompleks meskipun universal, tetapi masih merupakan misteri. Nyeri adalah salah satu mekanisme pertahanan tubuh manusia yang menunjukkan adanya pengalaman masalah. Nyeri merupakan keyakinan individu dan bagaimana respon individu tersebut terhadap sakit yang dialaminya (Taylor, 2011).

1.1.2 Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Faktor yang mempengaruhi nyeri menurut Taylor (2011) diantaranya :

a. Budaya

Latar belakang etnik dan warisan budaya telah lama dikenal sebagai faktor yang mempengaruhi reaksi nyeri dan ekspresi nyeri tersebut. Perilaku yang berhubungan dengan nyeri adalah sebuah bagian dari proses sosialisasi. (Kozier, 2010). Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi

terhadap nyeri (Potter & Perry, 2006).

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan perbedaan yang telah dikodratkan Tuhan. Perbedaan antara laki-laki dengan perempuan tidak hanya dalam faktor biologis, tetapi aspek psikososial kultural juga membentuk berbagai karakter sifat gender. Karakter jenis kelamin dan hubungannya dengan sifat keterpaparan dan tingkat kerentanan memegang peranan tersendiri (contoh laki-laki tidak mengeluh nyeri, wanita boleh mengeluh nyeri) (Sjamsuhidajat, 2008). Jenis kelamin dengan respon nyeri laki-laki dan perempuan berbeda. Hal ini terjadi karena laki-laki lebih siap untuk menerima efek, komplikasi dari nyeri sedangkan perempuan suka mengeluhkan sakitnya dan menangis (Adha, 2014).

c. Usia

Dalam kamus besar Bahasa Indonesia adalah waktu hidup atau ada sejak dilahirkan. Menurut Retno purwandari (2008) semakin bertambah usia semakin bertambah pula pemahaman terhadap suatu masalah yang diakibatkan oleh tindakan dan memiliki usaha untuk mengatasinya. Umur lansia lebih siap melakukan dengan menerima dampak, efek dan komplikasi nyeri (Adha, 2014). Perbedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia anak-anak yang masih kecil memiliki

kesulitan memahami nyeri dan prosedur yang dilakukan perawat (Potter & Perry, 2006).

1.1.3 Makna Nyeri

Beberapa klien dapat lebih mudah menerima nyeri dibandingkan klien lain, bergantung pada keadaan dan interpretasi klien mengenai makna nyeri tersebut. Seorang klien yang menghubungkan rasa dengan hasil akhir yang positif dapat menahan nyeri dengan sangat baik. Sebaliknya, klien yang nyeri kroniknya tidak mereda dapat merasa lebih menderita. Mereka dapat berespon dengan putus asa, ansietas dan depresi karena mereka tidak dapat menghubungkan makna positif atau tujuan nyeri (Kozier, 2010).

a. Kepercayaan Spiritual

Kepercayaan spiritual dapat menjadi kekuatan yang mempengaruhi pengalaman individu dan nyeri. Pasien mungkin terbantu dengan cara berbincang dengan penasihat spiritual mereka (Taylor, 2011).

1) Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun (Potter & Perry, 2006).

2) Ansietas

Stimulus nyeri mengaktifkan bagian sistem limbic yang diyakini mengendalikan emosi seseorang, khususnya ansietas (Taylor, 2011).

3) Lingkungan dan Dukungan Keluarga

Individu dari kelompok sosio budaya yang berbeda memiliki harapan yang berbeda tentang orang, tempat mereka menumpahkan keluhan mereka tentang nyeri, klien yang mengalami nyeri seringkali bergantung pada anggota keluarga atau teman untuk memperoleh dukungan, bantuan, atau perlindungan. Apabila tidak ada keluarga atau teman , seringkali pengalaman nyeri membuat klien semakin tertekan (Potter & Perry, 2006)

4) Pengalaman Sebelumnya

Mahasiswa yang pernah mengalami haid kemungkinan akan lebih siap menghadapi nyeri dibandingkan remaja yang belum pernah. Namun demikian, pengalaman nyeri sebelumnya tidak berarti bahwa individu akan mengalami nyeri yang lebih mudah pada masa yang akan datang. Apabila individu sejak lama sering mengalami serangkaian nyeri tanpa pernah sembuh maka rasa takut akan muncul dan sebaliknya (Judha, 2012),

1.1.4 Tanda dan Gejala Nyeri

Tanda dan gejala nyeri ada bermacam-macam perilaku yang

tercermin dari pasien. Secara umum orang yang mengalami nyeri akan didapatkan respon psikologis berupa :

- a. Suara : Menangis, merintih, menarik/menghembuskan nafas
- b. Ekspresi wajah : Meringis
- c. Menggigit lidah, mengatupkan gigi, dahi berkerut, tertutup rapat/membuka mata atau mulut, menggigit bibir
- d. Pergerakan tubuh : Kegelisahan, mondar-mandir, gerakan menggosok atau berirama, bergerak melindungi bagian tubuh, imobilisasi, otot tegang
- e. Interaksi sosial : Menghindari percakapan dan kontak sosial, berfokus aktivitas untuk mengurangi nyeri, disorientasi waktu (Mohamad, 2012).

1.1.5 Proses atau Mekanisme Nyeri

Proses fisiologisnya yang berhubungan dengan persepsi nyeri diartikan sebagai *nosisepsi*. Menurut Taylor (2011) terdapat empat proses yang terlibat dalam mekanisme nyeri : Transduksi. Transmisi, persepsi dan modulasi.

1. Transduksi

Aktivasi dari reseptor nyeri terjadi selama proses transduksi. Transduksi merupakan proses dari stimulus nyeri yang diubah ke bentuk yang dapat diakses oleh otak (Taylor, 2011). Selama fase transduksi, stimulus berbahaya (cedera jari tengah) memicu pelepasan mediator biokimia (misal, *prostaglandin*, *bradikinin*,

serotonin, histamine, zat P)(Kozier, 2010).

- a. *Bradikinin* adalah vasodilator kuat untuk meningkatkan permeabilitas kapiler dan mengalami konstriksi otot polos, memiliki peran yang penting dari mediator kimia nyeri pada bagian yang cedera sebelum nyeri mengirimkan pesan ke otak. Bradikinin juga pemacu pengeluaran histamine dan kombinasi dengan respon inflamasi seperti adanya kemerahan, pembengkakan, dan nyeri yang merupakan ciri khas adanya reaksi inflamasi
- b. *Prostaglandin* adalah hormone seperti substansi tambahan untuk mengirim stimulus nyeri ke CNS
- c. *Substansi P/zat P* merupakan reseptor sensitif pada saraf untuk merasakan nyeri dan meningkatkan tingkat penembakkan saraf (Taylor, 2011).

Prostaglandin, substansi P, dan serotonin (adalah hormone yang akan aktif untuk menstimulasi otot polos, menghambat sekresi lambung dan proses vasokonstriksi) yaitu *neurotransmitter* atau substansi baik untuk meningkatkan atau menghambat target saraf.

Proses transduksi dimulai ketika *nociceptor* yaitu reseptor yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri teraktivasi. Aktivasi reseptor ini (*nociceptor*) merupakan sebagai bentuk respon terhadap stimulus yang datang seperti

kerusakan jaringan (Ardinata, 2007).

2. Transmisi

Impuls nyeri berjalan dari serabut saraf tepi ke *medulla spinalis*. Zat P bertindak sebagai *neurotransmitter*, yang meningkatkan pergerakan impuls menyebrangi setiap sinaps saraf dari neuron aferen primer ke neuron orde kedua di *kornu dorsalis medula spinalis*. Transmisi dari *medulla spinalis* dan *asendens*, melalui *traktus spinotalamikus*, ke batang otak dan thalamus. Lalu melibatkan transmisi sinyal antara thalamus ke korteks sensorik somatic tempat terjadinya persepsi nyeri (Kozier, 2010)

3. Persepsi

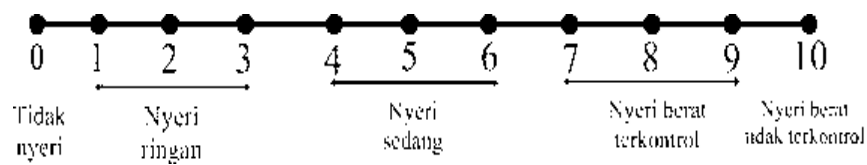
Persepsi dari nyeri melibatkan proses sensori bahwa akan datang persepsi nyeri (Taylor, 2011). Persepsi merupakan titik kesadaran seseorang terhadap nyeri. Stimulus nyeri ditransmisikan naik ke *medulla spinalis* ke thalamus dan otak tengah. Dari thalamus, serabut mentransmisikan pesan nyeri ke berbagai area otak, termasuk korteks sensori dan korteks asosiasi (di kedua *lobus parietalis*), *lobus frontalis* dan sistem limbik. Ada sel-sel didalam limbik yang diyakini mengontrol emosi, khususnya ansietas (Potter & Perry, 2006). Selanjutnya diterjemahkan dan tindak lanjut berupa tanggapan terhadap nyeri tersebut.

4. Modulasi

Proses dimana sensasi dari nyeri dihambat atau dimodifikasi disebut modulasi. Sensasi nyeri diantaranya dapat diatur atau dimodifikasi oleh substansi yang dinamakan *neuromodulator*. *Neuromodulator* merupakan campuran dari opioid endogen, yang keluar secara alami, seperti morfin pengatur kimia di ganglia spinal dan otak. Mereka memiliki aktivitas analgesic dan mengubah persepsi nyeri. *Endorpin* dan *enkefalin* merupakan *neuromodulator* opioid. *Endorphin* diproduksi di sinap neural tepatnya titik sekitar CNS. *Endorphin* ini merupakan penghambat kimia nyeri terkuat yang memiliki efek analgesic lama dan memproduksi *euphoria*. *Enkephalin* yang mana tersebar luas seluruhnya di otak dan ujung dorsal di ganglia spinal, dipertimbangkan sedikit potensi daripada *endorfin*. *Enkephalin* dapat mengurangi sensasi nyeri oleh penghambat yang dilepaskan dari substansi P dari neuron afferent terminal (Taylor, 2011).

5. Pengukuran Skala Nyeri

Pengukuran skala nyeri dalam penelitian ini menggunakan *Numeric Rating Scale*(NRS). Skala penilaian numeric lebih digunakan sebagai pengganti alat deskripsi kita. Klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0 – 10 (Taylor, 2011). Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik (Potter & Perry, 2006).



Gambar 1 Pengukuran Skala Nyeri

Keterangan :

- 0 (Tidak Nyeri) : Tidak ada keluhan nyeri haid/kram di area perut bagian bawah, wajah tersenyum, vocal positif, bergerak dengan mudah, tidak menyentuh atau menunjukkan area yang nyeri
- 1 – 3 (Nyeri Ringan) : Terasa kram pada perut bagian bawah, tetapi masih dapat ditahan , masih dapat melakukan aktivitas, masih dapat berkonsentrasi
- 4 – 6 (Nyeri Sedang) : Terasa kram di area perut bagian bawah, kram/nyeri tersebut menyebar ke pinggang, kurang nafsu makan, sebagian aktivitas dapat terganggu, sulit/susah berkonsentrasi, terkadang merengek kesakitan, wajah netral, tubuh bergeser secara netral, menepuk/meraih area yang nyeri
- 7 – 9 (Nyeri Berat) : Terasa kram hebat pada perut bagian bawah, nyeri menjalar ke pinggang, paha atau punggung, tidak ada nafsu makan, mual, badan lemas, tidak kuat beraktivitas, tidak dapat berkonsentrasi, menangis, wajah merenggut/meringis, kaki dan tangan tegang/tidak dapat digerakkan
- 10 (Nyeri Hebat) : Terasa kram yang berat sekali pada perut bagian bawah, nyeri menyebar ke pinggang, kaki, dan punggung, tidak mau makan, mual, muntah, sakit

kepala, badan tidak ada tenaga, tidak bisa berdiri atau bangun dari tempat tidur, tidak dapat beraktivitas, tangan menggenggam, mengatupkan gigi, menjerit, terkadang bisa sampai pingsan.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea (SC)

1.1.6 Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal proses keperawatan yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pemeriksaan fisik termasuk dalam tahap ini, tetapi bisa dimasukkan dalam tahapan diagnosis (Evania, 2013).

a. Pengumpulan Data

1) Identitas Klien

Terdiri dari nama, umur, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat, dan identitas suami

2) Identitas Penanggung Jawab

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat, serta hubungan dengan klien. (Ratnawati, 2017)

b. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Merupakan kronologis dari penyakit yang diderita saat ini (Evania, 2013).

a) Keluhan Utama masuk Rumah Sakit

Menguraikan keluhan pertama kali dirasakan, penanganan yang pernah dilakukan sampai klien dibawa ke Rumah Sakit dan penanganan pertama yang dilakukan saat di Rumah Sakit.

b) Keluhan Utama saat Dikaji

Meliputi keluhan yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah klien operasi. Umumnya klien mengeluh nyeri pada luka operasi. Keluhan yang diungkapkan saat dilakukan pengkajian, biasanya mengeluh nyeri pada daerah luka operasi. Keluhan ini diuraikan dengan metode PQIRST (Evania, 2013):

P : *Paliatif/Provokatif*, yaitu segala sesuatu yang memperberat dan memperingan keluhan. Pada post partum dengan Sectio caesarea biasanya klien mengeluh nyeri dirasakan bertambah apabila pasien banyak gerak dan dirasakan berkurang apabila klien beristirahat.

Q : *Quality/Quantity*, yaitu dengan memperhatikan bagaimana rasanya dan kelihatan. Pada post partum dengan Sectio caesarea biasanya klien mengeluh nyeri pada luka jahitan yang sangat perih seperti diiris-iris.

R: *Region/Radiasi*, yaitu menunjukan lokasi nyeri dan penyebarannya. Pada post partum dengan Sectio

caesarea klien mengeluh nyeri pada luka jahitan pada daerah abdomen biasanya tidak ada penyebaran ke daerah lain.

S: *Severity/Skala* ,yaitu menunjukan dampak dari keluhan nyeri yang dirasakan klien dan seberapa besar gangguan yang diukur dengan skala nyeri 0-10.

T: *Timing* ,yaitu menunjukan waktu terjadinya dan frekuensi keluhan tersebut. Pada post partum dengan Sectio caesarea biasanya nyeri dirasakan hilang timbul dengan frekuensi tidak menentu tergantung aktivitas yang dilakukan.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Meliputi penyakit lain yang dapat mempengaruhi penyakit sekarang, maksudnya apakah klien pernah mengalami penyakit yang sama.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi penyakit yang diderita klien dan keluarga apakah memiliki riwayat persalinan *Sectio caesarea*.

d. Riwayat Ginekologi dan Obstetri

1) Riwayat Ginekologi

Data ini penting untuk diketahui oleh tenaga kesehatan sebagai data acuan jika klien mengalami kesulitan post partum. Riwayat ginekologi pada klien *Sectio caesarea*

meliputi:

a) Riwayat Menstruasi

Yang harus dikaji adalah menarche atau usia pertama kali menstruasi. Pada wanita Indonesia usia pertama kali menstruasi umumnya 12-16 tahun. Selain itu, jarak antara menstruasi atau siklus yang biasanya sekitar 23-32 hari dengan lama menstruasi sekitar 7-14 hari. Dikaji pula keluhan saat mengalami menstruasi, dan hari pertama haid terakhir (HPHT) untuk menghitung usia kehamilan ibu dan tanggal taksiran partus.

b) Riwayat Perkawinan

Usia perkawinan, umur klien dan suami saat kawin, pernikahan yang ke berapa 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.

e. Riwayat Obstetri

Pada klien *Sectio caesarea* meliputi:

1) Riwayat Kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

a) Riwayat Kehamilan yang lalu

Mengidentifikasi riwayat kehamilan yang pernah

dialami klien, apakah kehamilan dengan penyulit, kontrol teratur, usia kehamilan saat melahirkan, keluhan selama hamil, imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam pemeriksaan kehamilannya.

b) Riwayat Persalinan yang lalu

Menjelaskan indikasi yang dilakukan pada pasien Sectio caesarea, kaji jam, tanggal, jenis kelamin bayi, Berat Badan, Tinggi Badan, Lingkar Kepala, Lingkar Badan, dan APGAR score dalam 1 dan 5 menit pertama

c) Riwayat Nifas yang lalu

Mengidentifikasi riwayat nifas sebelumnya.

2) Riwayat Kehamilan, dan persalinan Sekarang

a) Riwayat kehamilan sekarang

Yang perlu dikaji yaitu pemeriksaan kehamilan setiap bulan, riwayat imunisasi, riwayat pemeriksaan kehamilan dan tempat klien memeriksakan kehamilannya, riwayat pemakaian obat selama hamil dan keluhan selama hamil

b) Riwayat Persalinan Sekarang

Menjelaskan indikasi yang dilakukan pada pasien

Sectio caesarea, kaji jam, tanggal, jenis kelamin bayi, Berat Badan, Tinggi Badan, Lingkar Kepala, Lingkar Badan, dan APGAR score dalam 1 dan 5 menit pertama.

f. Pola Aktivitas Sehari-hari

Pengkajian pada pola aktivitas sehari-hari klien menurut Evania (2013) meliputi:

1) Pola Nutrisi

Mengkaji jenis, jumlah, dan waktu makan selama di rumah maupun di Rumah Sakit.

2) Makan

Menjelaskan dan membandingkan pola makan klien selama hamil dan ketika setelah melahirkan di Rumah Sakit. Perlu dikaji menu, frekuensi, dan keluhan dalam makanan. Pada menu makanan dikaitkan dengan pola diet seimbang dengan klien. Jika pengaturan menu makanan yang dilakukan oleh klien kurang seimbang sehingga kemungkinan ada beberapa komponen gizi tidak akan terpenuhi. Tenaga kesehatan dapat menanyakan pada klien tentang apa saja yang ia makan dalam sehari (nasi, sayur, lauk pauk, buah-buahan, makanan selingan dan lain-lain), serta keluhan atau kesulitan klien dalam mengonsumsi makanan. Pada

klien *post Sectio caesarea* akan terjadi penurunan dalam pola makanan dan akan terasa mual karena efek dari anestesi yang masih ada dan bisa juga dari faktor nyeri akibat *Sectio caesarea*.

3) Minum

Menanyakan kepada klien tentang pola minum, antara lain frekuensi ia minum dalam sehari, jumlah perhari, jenis minuman, dan keluhan saat minum.

g. Pola Eliminasi

Mencakup kebiasaan Buang Air Besar (BAB) dengan menjelaskan frekuensi, warna, konsistensi, dan keluhan. Pola eliminasi Buang Air Kecil (BAK) menjelaskan frekuensi, jumlah, warna, dan keluhan saat Buang Air

Kecil. Biasanya terjadi penurunan karena faktor psikologis dari klien yang masih trauma, dan otot-otot masih berelaksasi.

h. Istirahat tidur

Membandingkan istirahat tidur klien meliputi tidur siang dan malam beserta keluhannya ketika hamil dan setelah melahirkan di Rumah Sakit. Menggali informasi mengenai kebiasaan istirahat pada klien supaya mengetahui hambatan yang mungkin muncul. Dapat menanyakan tentang berapa lama klien tidur di siang dan malam hari. Untuk istirahat

malam, rata-rata waktu yang diperlukan adalah 6-8 jam. Pola istirahat tidur menurun karena klien merasa kesakitan dan lemas akibat dari tindakan pembedahan *Section caesarea*.

i. Personal Hygiene

Mengidentifikasi pola personal hygiene klien berupa mandi, gosok gigi, keramas, gunting kuku, dan ganti pakaian. Perlu dikaji berapa kali klien mandi dan ganti pakaian dalam sehari, frekuensi dan kapan ia keramas, gunting kuku. Kemudian membandingkan polanya ketika hamil dan setelah melahirkan di Rumah Sakit.

j. Aktivitas

Menjelaskan perbandingan aktivitas klien selama hamil dan setelah melahirkan di Rumah Sakit. Data ini memberikan gambaran kepada tenaga kesehatan tentang beberapa aktivitas yang biasa dilakukan klien.

k. Pemeriksaan Fisik

Yang dilakukan pada klien meliputi:

1) Keadaan Umum

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui keadaan umum ibu, seperti kesadaran, postur tubuh, cara berjalan, raut wajah, dan tanda-tanda vitalnya seperti tensi, nadi, respirasi serta suhu (Ratnawati, 2017).

2) Tanda-tanda Vital

Mengkaji suhu badan, nadi, tekanan darah, dan pernafasan. Pada suhu badan, apabila 24 jam post partum suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan, apabila dalam keadaan normal suhu badan akan biasa lagi. Pada nadi, denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali permenit. Pada tekanan darah, biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Pada pernafasan, keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi.

3) Antropometri

Mengkaji tinggi badan klien, berat badan sebelum hamil, dan berat badan setelah melahirkan.

1. Pemeriksaan Fisik *Head to Toe*

Ini dilakukan mulai dari kepala, secara berurutan sampai ke kaki (head to toe). Mulai dari keadaan umum, tanda-tanda vital, kepala wajah, mata, telinga, hidung, mulut dan tenggorokan, leher, dada, paru-paru, jantung, abdomen, ginjal, punggung, genetalia, rektum, serta ekstremitas

1) Mata

Kaji warna konjungtiva, kebersihan, kelainan dan fungsi penglihatan. Pada pasien post partum terkadang adanya pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva, dan kadang-kadang keadaan selaput mata pucat (anemia) karena proses persalinan yang mengalami perdarahan, sklera kuning.

2) Telinga

Biasanya bentuk telinga simetris atau tidak, bagaimana kebersihan telinga adakah cairan yang keluar dari telinga dan fungsi telinga.

3) Hidung

Inspeksi bentuk, kebersihan, pernafasan cuping hidung, palpasi ada tidaknya nyeri tekan dan fungsi penciuman. Pada pasien post partum kadang-kadang ditemukan pernafasan cuping hidung.

4) Mulut

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

5) Leher

Ada tidaknya pembesaran tiroid dan pembesaran limpa, nyeri saat menelan, ada tidaknya peningkatan vena jugularis, dan ada tidaknya kaku kuduk.

6) Dada

Jantung : Bentuk dada tampak simetris dan bunyi jantung normal

Paru - Paru: Pengembangan dada simetris dan tidak terdengar suara tambahan

Payudara : Payudara tampak simetris, areola menghitam dan tidak ada nyeri tekan

Payudara akan terasa hangat, keras, dan agak nyeri.

Beberapa ibu akan mengalami pembengkakan, kondisi ini bersifat sementara, biasanya 24 jam sampai 48 jam setelah melahirkan. dikaji puting susu menonjol atau tidak, hiperpigmentasi areola

7) Abdomen

Kaji bentuk abdomen, striae, bunyi bising usus, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, dan keadaan luka operasi. Lembek atau lunak dan kendur, terdapat luka post Sectio caesarea tertutup perban (REEDA), fundus uteri setinggi pusat pada hari pertama dan 1-2 cm dibawah pusat setelah 3 hari, teraba keras. Apakah distensi abdomen, dan kandung kemih

8) Punggung

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

9) Bokong dan Genetalia

Kaji kebersihan bokong. Umumnya pada klien post Sectio caesarea dipasang dower kateter. Kaji kebersihan vagina dan lochea.

10) Anus

Hemoroid (varises anus) umumnya ditemui. Hemoroid interna dapat membuka saat klien mengejan ketika melahirkan.

11) Ekstremitas

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

m. Data Psikologis

Perubahan Psikologis selama Post Partum menurut Solehati (2015), pada ibu post partum termasuk pada fase *taking hold* (period atau tingkah laku mandiri dan ketergantungan) dimana pada fase ini, ibu mulai tertarik untuk merawat bayinya.

n. Konsep Diri

1) Gambaran Diri

Mengungkapkan tentang persepsi dan perasaan tentang

bentuk penampilan. Pada umumnya, pada klien post partum mengeluh perubahan badannya selama kehamilan dan setelah persalinan.

2) Ideal Diri

Persepsi individu tentang bagaimana klien bersikap atau berperilaku berdasarkan standar, tujuan, keinginan atau nilai kepribadian. Sebagian besar ibu mengatakan ingin cepat sembuh dan pulang ke rumah agar bisa beraktivitas seperti biasanya.

3) Harga Diri

Persepsi dari klien tentang perasaannya setelah melahirkan. Klien dengan post partum normalnya tidak malu dengan keadaan, ada rasa bahagia dan bangga bagi seorang ibu yang melahirkan.

4) Peran

Seperti perilaku yang diharapkan secara sosial yang berhubungan dengan fungsi individu pada berbagai kelompok. Seorang ibu harus bisa merawat dan mendidik bagi anak-anak.

5) Identitas Diri

Kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penelitian. Umumnya sebagian klien mengungkapkan bahwa dirinya merupakan ibu dari

anak-anak.

o. Data Sosial

Kaji hubungan dan pola interaksi klien dengan keluarga, perawat, dan lingkungan sekitar.

p. Kebutuhan *Bounding Attachment*

Mengidentifikasi kontak dengan bayi sesering mungkin.

q. Kebutuhan Pemenuhan Seksual

Kaji pemenuhan kebutuhan seksual klien pada masa *Section caesarea*

r. Data Spiritual

Mengidentifikasi keyakinan spiritual klien, ada tidaknya gangguan dalam melaksanakan ibadah.

s. Pengetahuan Tentang Perawatan Diri Masa pada Masa Nifas

Mengkaji pengetahuan klien tentang perawatan payudara, cara merawat payudara, dan cara merawat luka operasi.

t. Data penunjang

Pengetahuan tentang tujuan, prosedur, hasil dari pemeriksaan laboratorium dan tes diagnostik diperlukan untuk keberhasilan pemeriksaan yang merupakan sekumpulan informasi yang berguna untuk menetapkan masalah keperawatan, serta meningkatkan intervensi keperawatan yang tepat waktu dan sesuai dengan kriteria

hasil yang diharapkan.

u. Terapi

Merupakan data obat yang dikonsumsi atau diberikan kepada klien.

v. Analisa Data

Dalam melakukan analisis data, diperlukan kemampuan menghubungkan data dengan penyebab berdasarkan konsep, teori, dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah keperawatan klien.

1.1.7 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada ibu post Sectio Caesarea menurut Tim Pokja DPP PPNI (2017) :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai
- c. Konstipasi berhubungan dengan ketidakaturan kebiasaan
- d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan pada
- e. Risiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif

1.1.8 Rencana Keperawatan

Table 1 Rencana Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut (D.0077)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat (5) 2. Keluhan nyeri menurun (5) 3. Meringis menurun (5) 4. Sikap protektif menurun (5) 5. Gelisah menurun (5) 6. Kesulitan tidur menurun (5) 7. Menarik diri menurun (5) 8. Berfokus pada diri sendiri menurun (5) 9. Diaforesis menurun (5) 10. Perasaan depresi (tertekan) menurun (5) 11. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun (5) 12. Anoreksia menurun (5) 13. Perineum terasa tertekan menurun (5) 14. Uterus teraba membulat menurun (5) 15. Ketegangan otot menurun (5) 16. Pupil dilatasi menurun (5) 17. Muntah menurun (5) 18. Mual menurun (5) 19. Frekuensi nadi membaik (5) 20. Pola nafas membaik (5) 21. Tekanan darah membaik (5) 22. Proses berpikir membaik (5) 23. Fokus membaik (5) 24. Fungsi berkemih membaik (5) 25. Perilaku membaik (5) 26. Nafsu makan membaik (5) 27. Pola pikir membaik <p>Luaran Tambahan :</p>	<p>Intervensi Utama □ Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi Istirahat dan tidur 3. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara

		<p>Kontrol nyeri meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat (5) 2. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat (5) 3. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat (5) 4. Dukungan orang terdekat meningkat (5) 5. Keluhan nyeri menurun (5) 6. Penggunaan analgesik menurun (5) 	<p>mandiri</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> <p>Intervensi Tambahan □ Edukasi nutrisi (I.08243)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) 2. Identifikasi riwayat alergi obat 3. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri 4. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik 5. Monitor efektivitas analgesik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu 2. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum 3. Tetapkan target efektivitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien 4. Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan <p>Edukasi Jelaskan efek terapi dan efek samping obat</p> <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi</p>
2.	Gangguan mobilitas fisik ((D.0054)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan mobilitas fisik meningkat dan dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas 	<p>Intervensi Utama □ Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik

		<p>meningkat (5)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kekuatan otot meningkat (5) 3. Rentang gerak meningkat (5) 4. Nyeri menurun (5) 5. Kecemasan menurun (5) 6. Gerakan terbatas menurun (5) <p>Luaran Tambahan : Motivasi Meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pikiran berfokus masa depan meningkat (5) 2. Upaya menyusun rencana tindakan meningkat (5) 3. Upaya mencari sumber sesuai kebutuhan meningkat (5) 4. Upaya mencari dukungan sesuai kebutuhan meningkat (5) 5. Perilaku bertujuan meningkat (5) 6. Inisiatif meningkat (5) 7. Harga diri positif meningkat (5) 8. Keyakinan positif meningkat (5) 9. Berani mencari pengalaman baru meningkat (5) 10. Penyelesaian tugas meningkat (5) 11. Pengambilan kesempatan meningkat (5) 12. Bertanggung jawab meningkat (5) 	<p>melakukan pergerakan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. Pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) <p>Intervensi Tambahan □ Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup\ 6. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur
--	--	---	--

			<p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi : Kolaborasi pemberian analgetik</p>
3.	Konstipasi (D.0149)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan, diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrol pengeluaran feses meningkat (5) 2. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun (5) 3. Mengejan saat defekasi menurun (5) 4. Distensi abdomen menurun (5) 5. Teraba massa pada rectal menurun (5) 6. Urgency menurun (5) 7. Nyeri abdomen menurun (5) 8. Kram abdomen menurun (5) 9. Konsistensi feses membaik (5) 10. Frekuensi BAB membaik (5) 11. Peristaltik usus membaik (5) <p>Luaran Tambahan : Fungsi Gastrointestinal membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toleransi terhadap makanan meningkat (5) 2. Mual menurun (5) 3. Muntah menurun (5) 4. Dyspepsia menurun (5) 5. Nyeri abdomen menurun (5) 	<p>Intervensi Utama <input type="checkbox"/> Manajemen Eliminasi Fekal (I.04151)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi masalah khusus dan penggunaan obat pencabar 2. Identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal 3. Monitor buang air besar misal warna frekuensi konsistensi volume 4. Monitor tanda dan gejala diare konstipasi atau infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan air hangat setelah makan 2. Jadwalkan waktu defekasi bersama pasien 3. Sediakan makanan tinggi serat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus 2. Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses 3. Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik, sesuai toleransi 4. Anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas 5. Anjurkan mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada

		6. Distensi abdomen menurun (5) 7. Regurgitasi menurun (5) 8. Jumlah residu cairan lambung saat inspirasi menurun (5) 9. Darah pada feses menurun (5) 10. Hematemesis menurun (5) 11. Frekuensi BAB membaik (5) 12. Konsistensi feses membaik (5) 13. Peristaltik usus membaik (5) 14. Nafsu makan membaik (5) 15. Jumlah feses membaik (5) 16. Warna feses membaik (5)	kontraindikasi Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat suppositoria anal, Jika perlu Intervensi Tambahan □ Manajemen Konstipasi (I.04155) Observasi 1. Periksa tanda gejala konstipasi 2. Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume, dan warna) 3. Identifikasi faktor risiko konstipasi (mis. obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat) 4. Monitor tanda dan gejala ruptur usus dan atau peritonitis Terapeutik 1. Anjurkan diet tinggi serat 2. Lakukan masase abdomen, jika perlu 3. melakukan evakuasi feses secara manual, jika perlu 4. Berikan enema atau irigasi, jika perlu Edukasi 1. Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan 2. Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi 3. melatih buang air besar secara teratur 4. Ajarkan cara mengatasi konstipasi atau impaksi Kolaborasi 1. Konsultasi dengan tim medis tentang penurunan atau peningkatan frekuensi suara usus Kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu
4.	Menyusui tidak efektif (D.0029)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan, diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil : 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat (5) 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat (5) 3. Miksi bayi lebih dari 8 kali/	Intervensi Utama □ Edukasi Menyusui (I.12393) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik 1. Sediakan materi dan media

		<p>24 jam meningkat (5)</p> <p>4. Berat badan bayi meningkat (5)</p> <p>5. Tetesan/pancaran ASI meningkat (5)</p> <p>6. Suplai ASI adekuat meningkat (5)</p> <p>7. Puting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan meningkat (5)</p> <p>8. Kepercayaan diri ibu meningkat (5)</p> <p>9. Bayi tidur setelah menyusui meningkat (5)</p> <p>10. Payudara ibu kosong setelah menyusui meningkat (5)</p> <p>11. Intake bayi meningkat (5)</p> <p>12. Hisapan bayi meningkat (5)</p> <p>13. Lecet pada puting menurun (5)</p> <p>14. Kelelahan maternal menurun (5)</p> <p>15. Kecemasan maternal menurun (5)</p> <p>16. Bayi rewel menurun (5)</p> <p>17. Bayi menangis setelah menyusui menurun (5)</p> <p>Luaran Tambahan : Perletakan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mempraktikan perilaku sehat selama hamil meningkat (5) Menyiapkan perlengkapan bayi sebelum kelahiran meningkat (5) Verbalisasi perasaan positif terhadap bayi meningkat (5) Mencium bayi meningkat (5) Tersenyum kepada bayi meningkat (5) Melakukan kontak mata dengan bayi meningkat (5) Berbicara kepada bayi meningkat (5) Bermain dengan bayi meningkat (5) 	<p>pendidikan kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan Berikan kesempatan untuk bertanya Dukung ibu mengingatkan kepercayaan diri dalam menyusui Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan konseling menyusui Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (latch on) dengan benar Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin) <p>Intervensi Tambahan □ Konseling Laktasi (I.03093)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan melakukan konseling menyusui Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui <p>Identifikasi permasalahan yang Ibu alami selama proses menyusui</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Gunakan teknik mendengarkan aktif (mis. duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan Ibu) Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar <p>Edukasi</p> <p>Ajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu</p>
--	--	---	---

		9. Berespon dengan isyarat bayi meningkat (5) 10. Menghibur bayi meningkat (5) 11. Menggendong bayi untuk menyusui/ memberi makan meningkat (5) 12. Mempertahankan bayi bersih dan hangat meningkat (5) 13. Bayi menatap orang tua meningkat (5) 14. Kekhawatiran menjalankan peran orang tua menurun (5) 15. Konflik hubungan orangtua dan bayi/ anak menurun (5) 16. Kekhawatiran akibat hospitalisasi menurun (5) 17. Penghalang fisik menurun (5) 18. Penyalahgunaan zat menurun (5)	
5.	Risiko Infeksi (D.0142)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan, diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan meningkat (5) 2. Kebersihan badan meningkat (5) 3. Demam menurun (5) 4. Kemerahan menurun (5) 5. Nyeri menurun (5) 6. Bengkak menurun (5) 7. Vesikel menurun (5) 8. Cairan berbau busuk menurun (5) 9. Sputum berwarna hijau menurun (5) 10. Drainase purulen menurun (5) 11. Pyuria menurun (5) 12. Periode malaise menurun (5) 13. Periode menggigil menurun (5) 14. Letargi menurun (5) 15. Gangguan kognitif menurun (5) 	Intervensi utama : Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi Kolaborasi pemberian imunisasi, jika

		<p>16. Kadar sel darah putih membaik (5)</p> <p>17. Kultur darah membaik (5)</p> <p>18. Kultur urin membaik (5)</p> <p>19. Kultur sputum membaik (5)</p> <p>20. Kultur area luka membaik (5)</p> <p>21. Kultur feses membaik (5)</p> <p>22. Nafsu makan membaik (5)</p> <p>Luaran Tambahan :</p> <p>Integritas Kulit Dan Jaringan Meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elastisitas meningkat (5) 2. Hidrasi meningkat (5) 3. Perfusi jaringan meningkat (5) 4. Kerusakan jaringan menurun (5) 5. Kerusakan lapisan kulit menurun (5) 6. Nyeri menurun (5) 7. Perdarahan menurun (5) 8. Kemerahan menurun (5) 9. Hematoma menurun (5) 10. Pigmentasi abnormal menurun (5) 11. Jaringan parut menurun (5) 12. Nekrosis menurun (5) 13. Abrasi kornea menurun (5) 14. Suhu kulit membaik (5) 15. Sensasi membaik (5) 16. Tekstur membaik (5) 17. Pertumbuhan rambut membaik (5) 	<p>perlu</p> <p>Intervensi Tambahan : Manajemen Imunisasi atau Vaksinasi (I.14508)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi riwayat kesehatan dan riwayat alergi 2. Identifikasi kontraindikasi pemberian imunisasi (mis. reaksi anafilaksis terhadap vaksin sebelumnya dan atau sakit parah dengan atau tanpa demam) 3. Identifikasi status imunisasi setiap kunjungan ke pelayanan kesehatan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan suntikan pada bayi di bagian paha anterolateral 2. Dokumentasikan informasi vaksinasi (mis. nama produk, tanggal kadaluarsa) 3. Jadwalkan imunisasi pada interval waktu yang tepat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan, manfaat, reaksi yang terjadi, jadwal, dan efek samping 2. Informasikan imunisasi yang diwajibkan pemerintah (mis. Hepatitis B, BCG, difteri, tetanus, pertusis, H. influenza, polio, campak, measles, rubella) 3. Informasikan imunisasi yang melindungi terhadap penyakit namun saat ini tidak diwajibkan pemerintah (mis. influenza, pneumokokus) 4. Informasikan vaksinasi untuk kejadian khusus (mis. rabies, tetanus) 5. Informasikan penundaan pemberian imunisasi tidak berarti mengulang jadwal imunisasi kembali <p>Informasikan penyedia layanan pekan imunisasi nasional yang menyediakan vaksin gratis</p>
--	--	--	---

1.1.9 Implementasi

Implementasi keperawatan yaitu serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan dan pengobatan dan tindakan untuk memperbaiki kondisi dan pendidikan untuk klien dan keluarga atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul di kemudian hari (Safitri, 2019).

1.1.10 Evaluasi

Evaluasi adalah usaha untuk mengukur dan memberi nilai secara objektif pencapaian hasil yang telah direncanakan sebelumnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Sitanggang, 2018).

Evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah (Metasari, 2018). Pada tahap evaluasi, perawat dapat mengetahui seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaan yang telah tercapai.

2.4 Relaksasi Benson

Relaksasi Benson merupakan pengembangan metode respon relaksasi dengan melibatkan faktor keyakinan pasien, yang dapat menciptakan suatu lingkungan internal sehingga dapat membantu pasien mencapai kondisi kesehatan dan kesejahteraan lebih tinggi (Purwanto, 2006).

Macam – macam relaksasi pernafasan (Solehati, 2015) :

a. Relaksasi Pernafasan Diafragma

Pernafasan diafragma merupakan pernapasan yang pelan, sadar dan dalam. Metode ini melibatkan gerakan sadar abdomen bagian bawah atau daerah perut. Pernafasan diafragma berfokus pada sensasi tubuh semata dengan merasakan udara mengalir dari hidung atau mulut secara perlahan – lahan menuju ke paru dan berbalik melalui jalur yang sama sehingga semua indra lain rangsangannya dihambat

b. Relaksasi Nafas Dalam

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan

c. Autogenic Relaxation

Autogenic relaxation merupakan jenis relaksasi yang

diciptakan sendiri oleh individu bersangkutan. Cara seperti ini dilakukan dengan menggabungkan imajinasi visual dan dengan menarik nafas secara perlahan

d. Relaksasi Benson

Respon relaksasi dengan melibatkan faktor keyakinan pasien, yang dapat menciptakan suatu lingkungan internal sehingga dapat membantu pasien mencapai kondisi kesehatan dan kesejahteraan lebih tinggi. Relaksasi Benson yaitu suatu teknik untuk menghilangkan nyeri insomnia (tidak bisa tidur) atau kecemasan. Cara pengobatan ini merupakan bagian pengobatan spiritual. Pada teknik ini pengobatan sangat fleksibel dapat dilakukan dengan bimbingan mentor, bersama-sama atau sendiri. Teknik ini merupakan upaya untuk memusatkan perhatian pada suatu focus dengan menyebut berulang-ulang kalimat ritual dan menghilangkan berbagai pikiran yang mengganggu. Teknik pengobatan ini dapat dilakukan 10-15 menit sekali dalam sehari.

Pengaruh proses pernapasan pada relaksasi benson yang berfokus pada kata ataupun kalimat yang sesuai dengan keyakinan klien yang diucapkan berulang kali dengan ritme teratur disertai dengan sikap pasrah kepada Allah Swt, akan mengakibatkan penurunan terhadap konsumsi oksigen oleh tubuh dan otot-otot tubuh menjadi rileks. Apabila O₂ dalam otak tercukupi maka manusia ada dalam kondisi seimbang. Kondisi ini akan

menimbulkan keadaan lebih rileks dan merasa nyaman secara umum pada manusia.

Perasaan rileks akan diteruskan ke hipotalamus untuk menghasilkan hormon Corticotropin Releasing. Selanjutnya hormon corticotropin akan merangsang kelenjar di bawah otak untuk meningkatkan produksi Proopiomelanokortin (POMC) akibatnya produksi enkephalin oleh medulla adrenal meningkat. Kelenjar di bawah otak juga menghasilkan β endorphin sebagai neurotransmitter yang mempengaruhi suasana hati menjadi rileks. Meningkatnya encephalin dan β endorphin dan klien akan merasa lebih rileks dan merasa nyaman (Yusliana 2015).