

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

Sectio caesarea adalah suatu tindakan mengeluarkan janin dengan cara membuat insisi pada dinding uterus melalui dinding perut berupa sayatan (Sofian, 2012).

Sectio caesarea adalah mengeluarkan janin dengan cara melakukan pembedahan melalui insisi pada dinding abdomen dan uterus (Oxom & Wiliam, 2010).

2.1.1 Anatomi Genitalia

Anatomi Genitalia menurut (Wagiyo Ns & Putrono, 2016):

1. Organ Eksterna Vulva

1) Mons Pubis atau Mons Veneris

Daerah ini mulai ditumbuhi rambut pubis pada masa pubertas, lapisan lemak di bagian anterior *symphisis os pubis*.

2) Labia Mayora

Lapisan lemak lanjutan *mons pubis* kearah bawah dan belakang, banyak mengandung *plexus vena*, *ligamentum rotundum* uteri berakhir pada batas atas

labia majora di bagian bawah perineum, labia majora menyatu (pada *commisura posterior*).

3) Labia Minora

Terdapat pembuluh darah, otot polos, dan ujung serabut saraf, lifatan jaringan tipis di balik *labia majora*, tidak mempunyai folikel rambut.

4) Clitoris

Terdiri dari *corpus clitoridis* yang tertanam di dalam dinding anterior vagina dan *coput atau glans clitoridis* yang terletak dibagian *superior*.

5) Vestibulum

Terdapat 6 lubang atau *orificium*, yaitu *orificium urethrae externum*, *introitus vaginae*, *ductus glandulae Bartholini* kanan-kiri dan *duktus skene* kanan-kiri, antara fourchet dan vagina terdapat *fossa navicularis*. Daerah dengan batas atau *clitoris*, batas bawah *fourche*, batas *lateral labia majora*.

6) Introitus atau Orificium Vagina

Terletak di bagian bawah *vestibulum*.*hymen* normal terdapat lubang kecil untuk aliran darah menstruasi, dapat berbentuk bulan sabit, bulat, oval, cribiformis, septum atau *fimbrae*. Pada gadis (virgo) tertutup lapisan tipis bermukosa yaitu selaput dara atau

hymen, utuh tanpa robekan. *Hymen* dapat robek dan bentuk lubang menjadi tidak beraturan dengan robekan (misalnya berbentuk *fimbriae*) akibat *coitus* atau trauma lain. Bentuk *himen post partum* disebut *parous*. Hymen yang abnormal, misalnya primer tidak berlubang (*hymen imperforata*) dapat menyebabkan darah menstruasi terkumpul di rongga *genitalia interna*.

7) Vagina.

Vagina memiliki dinding venteral dan dinding dorsal yang elastis, rongga *muskulomembranosa* berbentuk tabung mulai dari tepi *cervix uteri* dibagian kranial dorsal sampai ke pulva di bagian *kaudal venteral*. Bagian atas vagina berbentuk dari *duktus Mulleri*, bawah dari sinus *urogienitalis*, fungsi vagina adalah untuk mengeluarkan sekresi uterus pada haid, untuk jalan lahir dan untuk kopulasi (persetubuhan).

8) Perineum

Perineal body adalah *raphae median m.levator ani*, antara anus dan vagina. Daerah antara tepi bawah vulva dengan tepi depan anus, batas otot-otot diafragma pelvis (*m.levator ani, m.coccygeus*) dan

diafragma urogenitalis (m.perinealis transversus profunda, m.constrictor urethra).

2. Genitalia Interna

1) Uterus (Rahim)

Selama kehamilan berfungsi sebagai tempat implatasi, retensi, dan nutrisi konseptus dan suatu organ muskular berbentuk seperti buah pir, dilapisi *peritoneum* (jaringan serosa). Pada saat persalinan terdapat kontraksi uterus dan pembukaan serviks uterus, isi konsepsi dikeluarkan.

2) Serviks Uteri

Bagian luar di dalam 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*). Bagian terbawah uterus, terdiri dari pars vaginalis (berbatasan atau menembus dinding dalam vagina dan *pars supravaginali*) terdapat 3 komponen utama, yaitu otot polos, jalinan jaringan ikat (kolagen dan glikosamin), dan elastin.

3) Corpus Uteri

Posisi *corpus intraabdomen* mendatar dengan fleksi ke anterior, *fundus uteri* berada di atas *vesica urinaria*,

selama pertumbuhan dan perkembangan proporsi ukuran *corpus* terhadap *isthmus* dan *serviks uterus* bervariasi. Terdiri dari lapisan paling luar lapisan serosa atau *peritoneum* yang melekat pada *ligamentum latum uteri* di *intraabdomen*, tengah lapisan *muscular* atau *myometrium* berupa otot polos tiga lapis (dari luar ke dalam arah serabut otot longitudinal, anyaman dan sirkular).

4) Ligamentum Penyangga Uterus

Terdiri dari beberapa bagian yang disebut *ligamentum rotundum*, *ligamentum latum*, *ligamentum cardinale*, *ligamentum ovarii*, *ligamentum sacrterina propium*, *ligamentum vesicouterina*, *ligamentum infundibulopelvicum*, dan *ligamentum rectouterina*.

5) Vaskularisasi Uterus

Terutama dari *arteri ovarica* cabang *aorta abdominalis* dan *arteri uterina* cabang *arteri hypogastrica* atau *illaca*.

6) Tuba Falopi

Panjang 8-14 cm sepasang tuba kiri-kanan, berfungsi sebagai jalan transfortasi ovum dari ovarium sampai *cavum uteri*, *embriologik uterus* dan tuba berasal dari *ductus Mulleri*. Dinding tuba terdiri dari tiga lapisan,

yaitu (*muscular, longitudinal dan sirkular*), serosa, serta mukosa dengan *epitel bersilia*.

7) Pars Isthmica (Proksimal atau Isthamus)

Terdapat *sfinger uterutuba* pengendali transfer *gamet* dan bagian dengan *lumen* ter sempit.

8) Pars Ampularis (Medial atau Ampula)

Pada hamil ektopik (Patologik) sering juga terjadi implantasi di dinding tuba dan tempat yang sering terjadi *fertilasi* di daerah ampula atau *infundibulum*.

9) Pars Infundibulum (Distal)

Fimbriae berfungsi sebagai “menangkap” ovum yang keluar saat ovulasi dari permukaan ovarium masuk ke dalam tuba, dan dilengkapi dengan *fimbriae* serta *ostium tubae abdominale* pada ujungnya, melekat dengan permukaan ovarium.

10) Mesosalping

Jaringan ikat penyangga tuba

11) Ovarium

Ovarium berfungsi dalam pembentukan dan pematangan folikel menjadi ovum (dari sel epitel *germinal primordial* di lapisan terluar epitel ovarium di korteks), ovulasi (pengeluaran ovum), sintesis dan sekresi hormon-hormon steroid (estrogen oleh teka *interna folikel*,

progesterone oleh *korpus luteum pascaovulasi*). Organ endokrin berbentuk oval, terletak dalam rongga *peritoneum*, sepasang kiri kanan, dilapisi *mesovarium*, sebagai jaringan ikat dan jalan pembuluh darah dan saraf, terdiri dari *korteks* dan *medulla*. Ovarium terfiksasi oleh *ligamentum ovarii proprium*, *ligamentum infundibulopelvicum*, dan jaringan ikat mesovarium, berhubungan dengan *pars infundibulum tuba falopi* melalui perlekatan *fimbrae*. Fimbrae “menangkap” ovum yang dilepaskan pada saat ovulasi.

2.1.2 Etiologi

1. Etiologi yang berasal dari ibu.

Etiologi yang berasal dari ibu yaitu primi para tua disertai dengan kelainan letak ada, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/ panggul), primigravida dengan kelainan letak, terdapat sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, panggul sempit, plasenta previa terutama pada primigravida, tingkat I-III solusio plasenta, terdapat komplikasi kehamilan yaitu preeklampsia-eklampsia, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), kista ovarium, mioma uteri yang menyebabkan gangguan perjalanan persalinan (Nurarif & Kusuma, 2015).

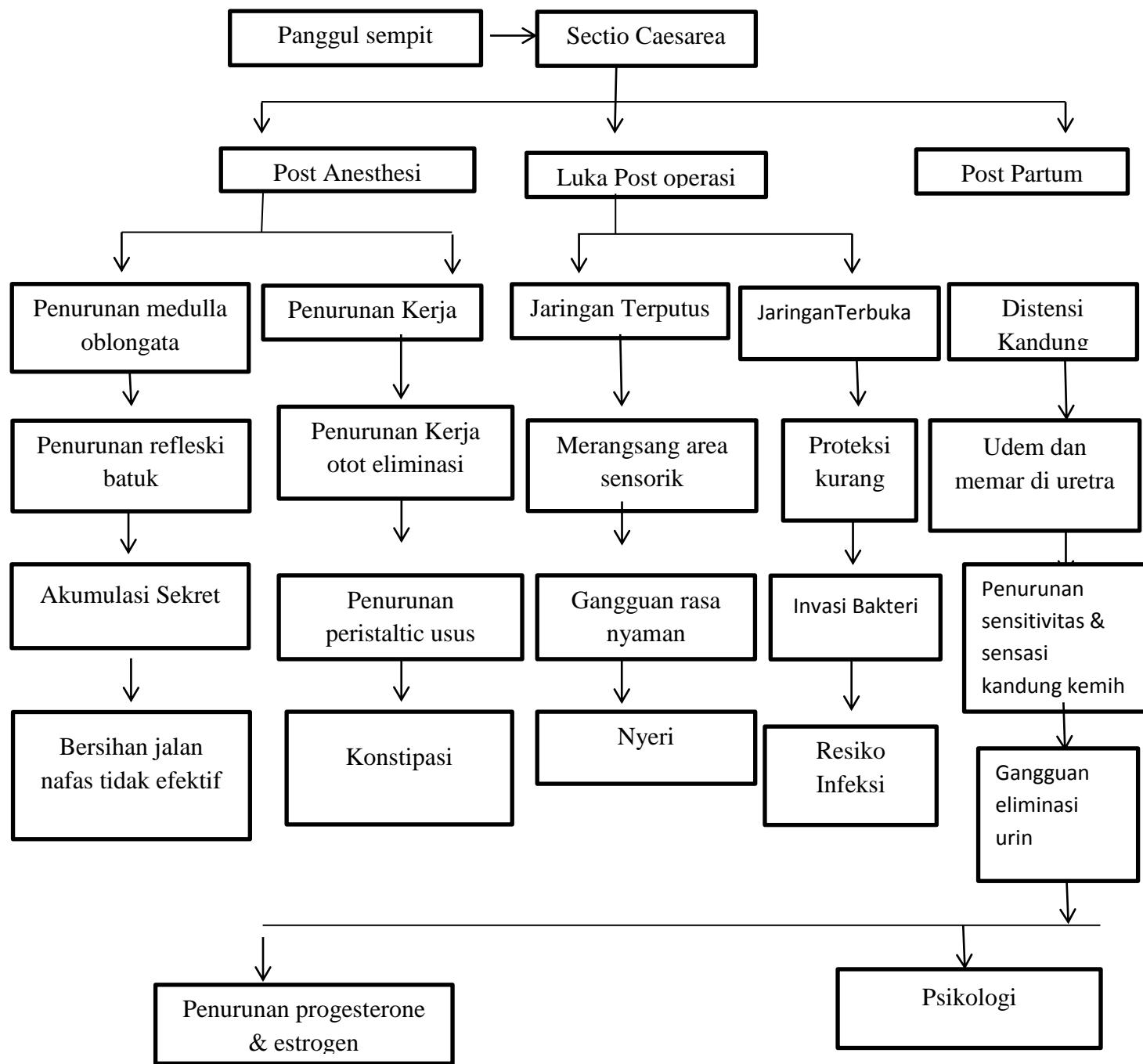
2. Etiologi yang berasal dari janin

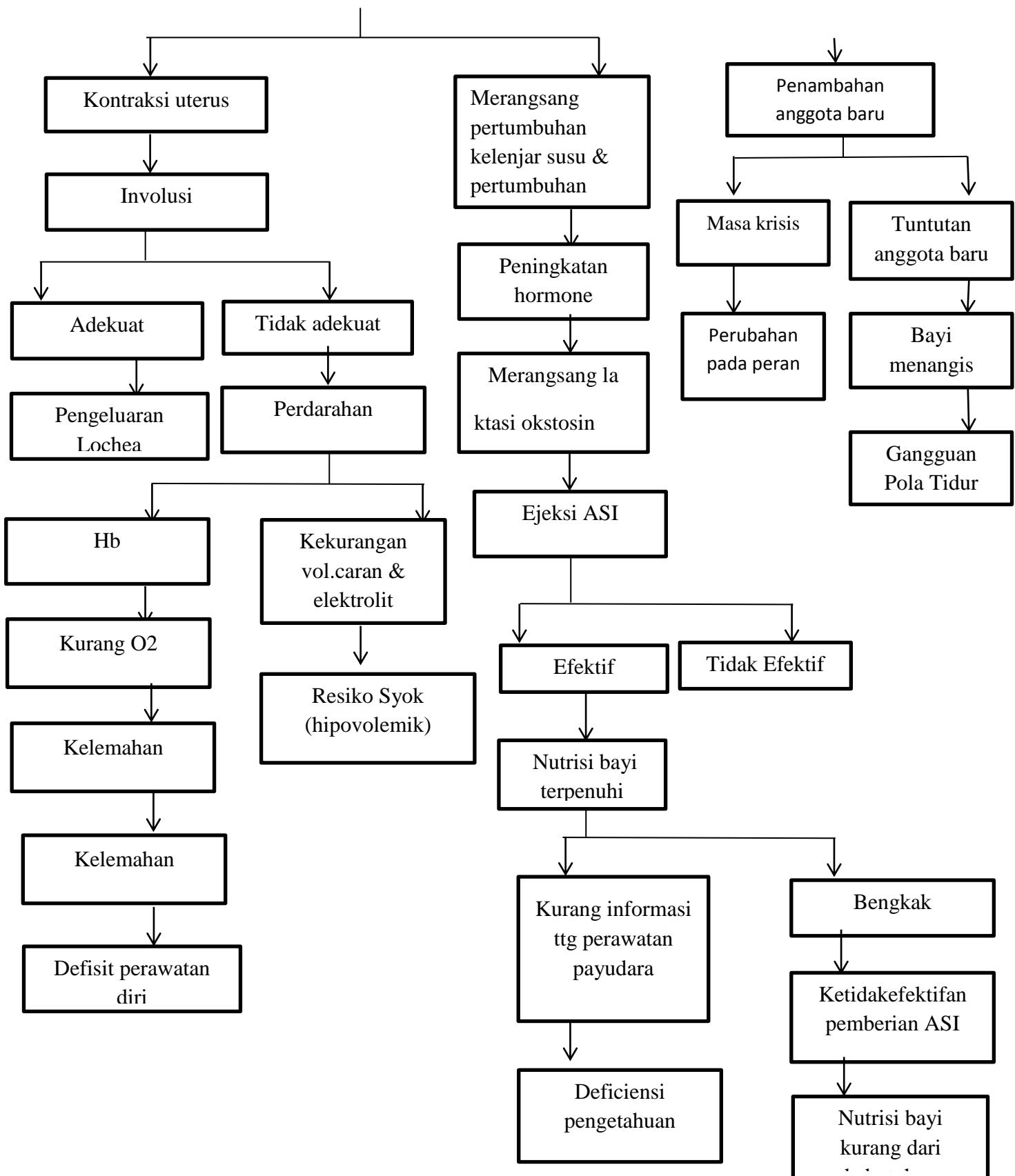
Yaitu fetal distress/gawat janin, kedudukan janin mal presentasi dan mal posisi janin, pembukaan yang kecil pada prolapsus tali pusat, vakum atau forceps ekstraksi menyebabkan kegagalan persalinan (Nurarif & Kusuma, 2015)

2.1.3 Patofisiologi

Pembedahan SC merupakan tindakan insisi pada abdomen yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan, saraf-saraf, pembuluh darah di sekitar daerah insisi. Selain itu akan merangsang pengeluaran bahan-bahan yang dapat menstimulus reseptor nyeri seperti histamine, serotonin, bradikinin, ion kalium, substansi P dan prostaglandin, serta mengakibatkan adanya respon nyeri (Kozier, 2010). Ketika ibu mengalami nyeri maka akan takut melakukan mobilisasi dini karena kepercayaan seseorang terhadap budayanya apabila sering bergerak setelah melahirkan maka benang jahitannya akan terputus dan lebih sakit jika melakukan mobilisasi dan ibu semakin takut untuk melakukannya (Chapman, 2006 dalam S Anis Satus, 2017). Mobilisasi dini post sc sangat perlu dilakukan jika tidak akan memberi dampak terhadap ibu seperti peningkatan suhu, perdarahan abnormal, thrombosis, involusi yang tidak baik,

aliran darah tersumbat, peningkatan intensitas nyeri (Suryani, 2010 dalam S anis Satus, 2017)





(Nurarif & Kusuma, 2015)

2.1.4 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
2. Pemantauan EKG
3. JDL dengan diferensial
4. Elektrolit
5. Hemoglobin/Hematokrit
6. Golongan Darah
7. Urinalis
8. Amniosentesis terhadap muturitas paru janin sesuai indikasi
9. Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi
10. Ultrasound sesuai pesanan.

(Nurarif & Kusuma, 2015)

2.1.5 Penatalaksanaan

1. Pemberian cairan.

Penggantian cairan ini pada saat pasien kritis atau kehilangan cairan terlalu banyak baik dalam bentuk air maupun darah.
2. Post operasi pada hari kedua pasien dapat duduk.
3. Adanya pemberian obat-obatan.
4. Perawatan luka.
5. Perawatan payudara.

Perawatan payudara ini supaya produksi ASI lancar dan menghindari kesulitan dalam menyusui (Oxom & Wiliam, 2010).

2.1.6 Adaptasi Post Partum

Post partum adalah berlangsung selama kira-kira 6 minggu, setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil (Siti Saleha, 2013 dalam Wahyuningsih Sri, 2019).

a) Tahapan masa post partum

1. *Immediate Postpartum* (setelah plasenta lahir-24 jam)

Masalah yang sering terjadi pendarahan karena atonia uteri, karena itu perlu melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lokia, tekanan darah dan suhu, dan setelah plasenta lahir sampai 24jam.

2. Early postpartum (24 jam-1 mg)

Uteri normal tidak ada perdarahan, lokia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapat makanan dan cairan serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3. Late post partum (1 mg-6 mg)

Melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling/pendidikan kesehatan Keluarga Berencana (KB) (Wahyuningsih Sri, 2019).

b) Kebutuhan masa post partum

- 1) Nutrisi dan cairan
- 2) Ambulasi
- 3) Eliminasi
- 4) Kebersihan diri
- 5) Istirahat dan tidur

(Wahyuningsih Sri, 2019).

c) Perubahan fisiologis pada Masa post partum

1. Uterus

Uterus akan mulai mengeras karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya setelah plasenta lahir. Uterus berangsur-angsur mengecil sampai keadaan sebelum hamil (Wahyuningsih Sri, 2019).

Tabel 1.1

Perubahan Uterus

Waktu	TFU	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gr
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gr
1 mg	½ pst symps	500 gr
2 mg	Tidak teraba	350 gr
6 mg	Bertambah kecil	50 gr
8 mg	Normal	30 Gr

(Sumber Wahyuningsih Sri, 2019).

2. Lochea

Selama masa post partum mengeluarkan cairan/secret berasal dari kavum uteri dan vagina. Berikut ini, beberapa jenis lokia (Wahyuningsih Sri, 2019). :

a. Lokia Rubra

berlangsung 2 hari post partum berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput desidua, ketuban, meconium, verniks lanugo.

b. Lokia Sanguilenta

Berlangsung 3-7 hari post partum berwarna merah kuning berisi darah dan6ensit.

c. Lokia serosa

Berlangsung 7-14 hari post partum berwarna kuning karena mengandung serum, jaringan desidua, leukosit dan eritrosit.

d. Lokia alba

Berlangsung 14 hari-2 minggu berwarna putih terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua.

3. Endometrium

Kontraksi menonjol ke kavum uteri karena bekas implantasi plasenta, endometrium akan rata setelah hari ke 3 dan hari ke 1 endometrium tebal 2,3 mm.

Perubahan terjadi dengan timbulnya thrombosis, degenerasi dan nekrosis di tempat implantasi (Wahyuningsih Sri, 2019).

4. Serviks

Setelah 7 hari setelah persalinan serviks menganga dapat di lalui 1 jari, setelah 4 minggu rongga bagian luar kembali normal (Wahyuningsih Sri, 2019).

5. Vagina dan Perineum

Perinium yang terdapat laserasi atau jahitan serta udem akan berangsur-angsur pulih sembuh 6-7 hari tanpa infeksi. Vagina seperti ukuran nullipara dan berangsur-angsur luasnya berkurang, hymen berubah menjadi karunkula mitiformis dan tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil. Minggu ke tiga rugae vagina kembali. Oleh karena itu vulva hygiene perlu dilakukan (Wahyuningsih Sri, 2019).

6. Mamae/payudara

jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya selama kehamilan mempersiapkan makanan bagi bayi. Wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Ada 2 mekanisme : produksi susu, sekresi susu atau *let down*. Pada hari ke tiga setelah melahirkan efek prolactin pada payudara mulai dirasakan, sel acini yang menghasilkan ASI mulai berfungsi. Oksitoksin merangsang ensit let down (*mengalirkan* pada saat

bayi menghisap, sehingga menyebabkan ejeksi ASI (Wahyuningsih Sri, 2019).

7. Sistem pencernaan

Ibu merasa lapar setelah persalinan 2 jam tidak ada alasan menunda pemberian makan, kecuali ada komplikasi persalinan, konstipasi terjadi karena psikis takut BAB karena ada luka jahit perineum (Wahyuningsih Sri, 2019).

8. Sistem perkemihan

Kurang dari 40% wanita post partum mengalami proteinuria non patologis, kecuali pada kasus preeklamsi. Pelvis ginjal beregang dan dilatasi selama kehamilan, kembali normal akhir minggu ke 4 setelah melahirkan (Wahyuningsih Sri, 2019).

9. Sistem muskoloskeletal

Saat kehamilan ligament, fasia, diafragma pelvis meregang dan berangsur-angsur mengecil seperti semula (Wahyuningsih Sri, 2019).

10. Sistem Endokrin

1. Okstitoksin membantu uterus kembali normal sehingga berperan dalam konstraksi uterus untuk mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin.

2. Prolatin, jika ibu post partum tidak menyusui dalam 14-21 hari timbul menstruasi. Dikeluarkan oleh kelenjar dimana pituitrin merangsang pengeluaran prolaktin untuk produksi ASI.
3. Estrogen dan progesteron, progesterone meningkat setelah melahirkan estrogen menurun (Wahyuningsih Sri, 2019).

11. Tanda-tanda vital

1. Suhu tubuh

Saat post partum naik kurang lebih 0,5C, setelah 2 jam post partum normal.

2. Nadi dan pernafasan

Nadi dapat bradikardi jika terjadi takikardi waspada terjadi pendarahan, pernafasan akan sedikit meningkat setelah persalinan lalu kembali normal.

3. Tekanan darah setelah beberapa hari kadang naik lalu kembali normal asalkan tidak ada penyakit yang menyertai dan BB turun rata-rata 4,5 kg.

4. Adanya striae pada dinding abdomen tidak dapat dihilangkan sempurna dan berubah jadi putih (striae albicans) (Wahyuningsih Sri, 2019).

a) Adaptasi psikologis

Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut (Pitriani Risa & Rika Andriani, 2014)

1. *Fase Taking In* (Masa Ketergantungan)

Terjadi pada hari ke 1 sampai ke 2, ibu biasanya fokus terhadap diri sendiri, mungkin pasif dan tergantung, biasanya ibu tidak menginginkan kontak dengan bayinya tetapi bukan berarti tidak memperhatikan, pada fase ini ibu lebih perlu informasi bayinya dibandingkan cara merawat bayinya.

2. *Fase Taking Hold* (Fase independen)

Terjadi pada hari ke 3 sampai hari ke 10, perasaan ibu pada fase ini sensitive sehingga mudah tersinggung jika komunikasi kurang hati-hati. Ibu mulai berusaha mandiri dan berinisiatif, perhatian terhadap kemampuan mengatasi fungsi tubuhnya seperti buang air kecil dan buang air besar, ingin belajar tentang perawatan diri dan bayi.

3. Fase Letting Go (Pase interdependen)

Terjadi setelah hari ke-10 post partum, ibu menerima peran dan tanggung jawab baru, terdapat penyesuaian dalam hubungan keluaraga termasuk bayinya dan peningkatan kemandirian dalam merawat diri dan bayinya.

Pada masa post partum terdapat perubahan perasaan

sebagai respon alami terhadap rasa lelah yang di rasakan dan akan kembali secara perlahan.

2.2 Konsep Nyeri

2.2.3 Definisi Nyeri

Nyeri adalah bentuk ketidaknyamanan baik emosional maupun sensori yang berhubungan dengan resiko atau aktualnya kerusakan jaringan tubuh, bisa disebabkan mekanisme proteksi bagi tubuh dan menyebakan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri timbul ketika jaringan sedang rusak (Andarmoyo Sulistyo, 2013)

2.2.4 Fisiologi Nyeri

Munculnya nyeri sangat berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan, reseptor nyeri yang dimaksud adalah *nociceptor*, merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit myelin yang tersebar pada mukosa dan kulit, khususnya pada, dinding arteri, hati, visera, persendian, dan kantong empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respon akibat adanya rangsangan atau stimulasi. Stimulasi berasal dari zat kimiawi diantaranya seperti bradikinin, histamine, prostaglandin.

Stimulasi yang diterima oleh reseptor tersebut ditransmisikan berupa impuls-impuls nyeri ke sumsum tulang belakang oleh dua jenis serabut, yaitu serabut A (Delta) yang

bermielin rapat dan serabut lamban (serabut C). Impuls- impuls yang ditransmisikan ke serabut C. Serabut-serabut aferen masuk ke spinal melalui akar dorsal (*dorsal root*) serta sinaps dan pada dorsal hom. Dorsal hom tersebut terdiri atas beberapa lapisan atau amina yang saling bertautan, diantara lapisan dua dan tiga membentuk *substansia gelatinosa* yang merupakan saluran utama impuls. Kemudian, impuls nyeri menyebrangi sumsum tulang belakang pada inteneuron dan bersambung ke jalur spinal ascendens yang paling utama, yaitu jalur *spinathalamic tract* (STT) atau jalur spinothalamust dan spinoreticular tract (SRT) yang membawa informasi mengenai sifat dan lokasi nyeri. Dari proses transmisi terdapat dua jalur mekanisme terjadinya nyeri, yaitu jalur opiate dan jalur nonopiate. Jalur opiate ditandai oleh pertemuan reseptor pada otak yang terdiri atas jalur spinal descendens dari thalamus, yang melalui otak tengah dan medulla, ke tanduk dorsal sumsum tulang belakang yang berkonduksi dengan nociceptor impuls supresif. Serotonin merupakan neurotransmitter dalam impuls supresif. Sistem supresif lebih mengaktifkan stimulasi nociceptor yang ditransmisikan oleh serabut A. Jalur nonopiate yang kurang banyak diketahui mekanismenya (Uliyah Musrifatul & Hidayat A.Aziz Alimul, 2008).

2.2.5 Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi dua, yakni nyeri akut dan kronis. Nyeri akut merupakan nyeri yang tidak melebihi 6 bulan dan timbul secara mendadak dan cepat menghilang, serta ditandai dengan adanya peningkatan tegangan otot. Nyeri kronis merupakan nyeri yang biasanya berlangsung waktu cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan dan timbul secara perlahan-lahan. Termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatis. Tabel berikut ini menunjukkan beberapa kategori pembagian nyeri ke dalam ditinjau dari sifat terjadinya, diantaranya nyeri terbakar dan nyeri tertusuk. (Uliyah Musrifatul & A, Aziz Alimul Hidayat, 2008).

Tabel 1.2

Perbedaan Nyeri Akut dan Kronis

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronis
---------------	------------	--------------

Pengalaman	Suatu kejadian.	Suatu suasasi, status eksistensi.
Sumber	Sebab eksternal atau penyakit dalam.	Tidak diketahui atau pengobatan yang terlalu lama.
Serangan	Mendadak .	Bisa mendadak, berkembang.
Waktu	Sampai enam bulan	Selalu lebih dari enam bulan, sampai bertahun-tahun.
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri tidak diketahui dengan pasti.	Daerah nyeri kulit dibedakan intensitasnya, sehingga sulit dievaluasi (perubahan perasaan)
Gejala-gejala klinis	Pola respons yang khas dengan gejala yang lebih jelas	Pola respons yang bervariasi, sedikit gejala-gejala (adaptasi)
Pola	Terbatas	Berlangsung terus sehingga dapat bervariasi.
Perjalanan	Biasanya berkurang setelah beberapa saat	Penderitaan meningkat setelah beberapa saat.

(Sumber (Uliyah Musrifatul & Hidayat A.Aziz Alimul, 2008).

Selain klasifikasi nyeri diatas, terdapat jenis nyeri yang spesifik, diantaranya nyeri somatic, nyeri visceral, nyeri menjalar (*referent pain*), nyeri psikogenik, nyeri phantom dan ekstremitas, nyeri neurologis dan lain-lain. Nyeri somatic dan nyeri visceral ini umumnya bersumber dari kulit dan jaringan dibawah kulit (superfisial) pada otot dan tulang, perbedaan antara kedua jenis nyeri ini dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 1.3**Perbedaan Nyeri somatic dan Nyeri Viseral**

Karakteristik	Nyeri Somatis	Nyeri viseral
Kualitas	Superfisial Tajam, menusuk,	Dalam Tajam,tumpul,tumpul,nyeri
Menjalar	Membakar Tidak Toheren, abrasi	Nyeri terus Tidak, toheren, panas
Stimulasi		Iskemia pergeseran tempat Spasmus, aritasi kimiawi (tidak ada toheren)

2.2.6 Pengukuran Intensitas Nyeri1. Skala nyeri menurut *Hayward*

Skala nyeri menurut Hayward dapat dituliskan sebagai berikut

- a. 0= Tidak nyeri
- b. 1-3 = nyeri ringan
- c. 4-6= nyeri sedang
- d. 7-9= sangat nyeri, tetapi masih bisa terkendali dengan aktivitas yang bisa dilakukan.
- e. 10= sangat nyeri dan tidak bisa dikendalikan .

2. Skala nyeri menurut McGill

Skala nyeri menurut McGill dapat di tuliskan sebagai berikut

- a. 0= Tidak nyeri
 - b. 1 = nyeri ringan
 - c. 2= nyeri sedang
 - d. 3= nyeri berat atau parah
 - e. 4= nyeri sangat berat
 - f. 5= nyeri hebat
3. Skala wajah atau wong-Baker FACES Rating Scale

Skala Wajah dapat di gambarkan Sebagai berikut :

- a. 0 = Tidak sakit
- b. 2 = sedikit sakit
- c. 4= agak mengganggu
- d. 6= megganggu aktivitas
- e. 8= sangat mengganggu
- f. 10= tak tertahankan

(Micron Medical Multemedia,2015)

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

1. Pemeriksaan Fisik pada Ibu

Tujuan pengkajian yaitu untuk mengidentifikasi dan mengumpulkan data pasien, mengenal masalah kebutuhan kesehatan, keperawatan pasien baik fisik, mental, sosial, dan lingkungan (Dermawan, 2012).

Pengkajian keperawatan pada ibu post *sectio caesarea* menurut (Jitowiyono & Kristiyansari, 2012) adalah :

a. Identitas pasien

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomer medrec.

b. Keluhan Utama

Biasanya data subyektif mengeluh nyeri dan data obyektif klien tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

Karakteristik nyeri dikaji dengan istilah PQRST sebagai berikut :

- P (provokatif atau paliatif) merupakan data dari penyebab, apa yang memperberat dan apa yang mengurangi. pertanyaan yang ditunjukan pada pasien berupa

1. Apa yang menyebabkan klien nyeri ?
2. Apa saja yang mampu mengurangi ataupun memperberat nyeri terhadap klien?
3. Apa yang anda lakukan ketika nyeri pertama kali dirasakan?

- Q (kualitas atau kuantitas) merupakan nyeri apa yang dirasakan pasien, tampilannya. pertanyaan yang ditanyakan berupa.
 1. Bagaimana gejala nyeri yang dirasakan?
 2. Sejauh mana nyeri yang di rasakan pasien sekarang dengan nyeri yang dirasakan sebelumnya, apakah nyeri hingga mengganggu aktifitas?
- R (Regional atau area yang terpapar nyeri atau radiasi) biasanya dimana lokasi nyeri dan penyebarannya. klien nyeri, data yang ditanyakan berupa :
 1. Dimana gejala nyeri terasa?
 2. Apakah nyeri dirasakan menyebar atau merambat?
- Skala merupakan data yang mengenai seberapa nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan biasanya seberapa rentang nyeri dari 1-10
- T (Timing atau waktu) biasanya mengenai kapan nyeri yang dirasakan, biasanya pertanyaan yang ditujukan :
 1. Kapan gejala nyeri mulai dirasakan?

2. Seberapa sering nyeri terasa, apakah tiba-tiba atau bertahap?

a. Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang berisi pengkajian data yang dilakukan untuk mengetahui penyebab dilakukannya operasi *sectio caesarea*. Misalnya letak bayi seperti sungsang dan lintang, plasenta previa.

b. Riwayat Kesehatan dahulu

Riwayat penyakit dahulu adalah penyakit yang pernah diderita pasien sebelumnya, seperti penyakit hipertensi/plasenta previa. Serta riwayat operasi lainnya maupun operasi kandung section caesarea.

1) Riwayat Obstetri

a) Riwayat kehamilan

Berapa kali dilakukan pemeriksaan ANC, Hasil Laboratorium : USG, Darah, Urine, Keluhan selama kehamilan termasuk impresi dan stuasi emosional (Nurbaeti Irma et al, 2013).

b) Riwayat persalinan

a. Riwayat Persalinan lalu

Umur kehamilan saat bersalin, jenis persalinan, penolong persalinan, BB bayi, kelainan fisik, kondisi anak saat ini (Nurbaeti Irma et al, 2013).

b. Riwayat nifas pada persalinan lalu

Keadaan lochia, kondisi perdarahan selama nifas, tingkat aktivitas setelah melahirkan, keadaan abdominal, nyeri pada payudara, kebersihan pemberian ASI (Nurbaeti Irma et al, 2013).

c. Riwayat KB dan perencanaan keluarga.

Jenis kontrasepsi yang digunakan, kebutuhan kontrasepsi yang pernah digunakan, kebutuhan kontrasepsi yang akan datang, penambahan anggota baru di masa mendatang (Nurbaeti Irma et al, 2013).

c. Riwayat kesehatan keluarga Apakah keluarga pasien memiliki riwayat penyakit keturunan seperti Hipertensi/Diabetes.

d. Kebiasaan Sehari-Hari

a. Pola nutrisi

Ibu biasanya efek dari analgesia, anastesia dan kelelahan, kebanyakan ibu akan merasa sangat lapar sehingga terjadi peningkatan nafsu makan, diperlukan waktu 3-4 hari

sebelum faal usus kembali normal (Nurbaeti et all, 2013)

b. Pola istirahat tidur

Pasien post *sectio caesarea* terjadi perubahan pada pola tidur dan istirahat karena nyeri yang dirasakan akibat luka pembedahan dan adanya kelahiran bayi.

c. Pola eliminasi

Pada pasien post *sectio caesarea* biasanya akan terpasang kateter urine (Nurbaeti et al, 2013).

d. Pola hygiene

Kondisi ibu melahirkan dengan SC biasanya dalam melakukan perawatan diri sendiri dan bayinya masih dibantu karena keterbatasan dalam merawat diri (Suryani & Anik, 2015).

e. Aktivitas

Biasanya kondisinya ibu post SC keadaannya lemah dan nyeri akibat tindakan operasi, sehingga dibantu dalam perawatan diri dan bayi (Suryani & Anik, 2015)

2) Pemeriksaan fisik Ibu

a. Tanda-tanda vital

1) Temperatur

Suhu tubuh akan meningkat pada 24 jam pertama, periksa 1 kali pada jam pertama.

2) Nadi

Takikardi adalah salah satu tanda-tanda syok. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan kira-kira 600-800 ml, periksa setiap 15 menit pada satu jam pertama, kemudian 30 menit pada jam berikutnya.

3) Pernafasan

Pernafasan biasanya akan kembali normal setelah 1 jam dan periksa setiap 15 menit (Mansur & Dahlan, 2014).

4) Tekanan Darah

Setelah melahirkan banyak wanita yang mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik, yang kembali secara spontan dalam beberapa hari, periksa setiap 15 menit selama satu jam atau sampai stabil. Komplikasi yang relative jarang, tetapi serius, jika peningkatan tekanan darah signifikan (Mansur & Dahlan, 2014).

1. Kepala

pemeriksaan fisik meliputi bentuk kepala, apakah ada benjolan atau lesi, kebersihan kepala, dan biasanya pada wajah ibu post partum terdapat chloasma gravidarum.

2. Mata

Pemeriksaan mata meliputi kesimetrisan dan kelengkapan mata, mata konjungtiva anemis atau tidak biasanya ada keadaan dimana konjungtiva anemis karena proses persalinan yang mengalami perdarahan, pergerakan bola mata, refleks pupil terhadap cahaya, gangguan pada sistem penglihatan, fungsi penglihatan (Suryani & Anik, 2015).

3. Hidung

Pemeriksaan hidung meliputi kondisi lubang hidung, cuping hidung, warna mukosa ,fungsi penciuman dan nyeri tekan (Suryani & Anik, 2015).

4. Telinga

Bentuk simetris, kebersihan telinga, fungsi pendengaran, adakah gangguan pada fungsi pendengaran (Suryani & Anik, 2015).

5. Leher

Pemeriksaan leher meliputi ada pembengkakan atau tidak ada, kelenjar tiroid, vena jugularis, biasanya pada pasien post partum terjadi pembesaran kelenjar tiroid karena adanya proses menerang yang salah.

6. Dada

a. Paru-paru

Bunyi pergerakan dada simetris, pernafasan vesikuler atau tidak, pernafasan regular, apakah ada suara tambahan seperti ronchi dan wheezing.

b. Jantung

Bunyi jantung I dan II regular atau irreguler, tunggal atau tidak, intensitas kuat atau tidak, apakah ada bunyi tambahan seperti murmur dan gallop

c. Payudara

Pemeriksaan meliputi inspeksi warna kemerahan atau tidak, ada oedema atau tidak. Hiperpigmentasi aerola mamae serta penonjolan dari papilla maame. Hal ini menandai apabila aerola mamae dipijat, keluarlah cairan kolostrum, palpasi yang

dilakukan untuk menilai apakah adanya benjolan, serta mengkaji adanya nyeri tekan.

7. Abdomen

Bising usus tidak ada, samar, atau jelas. Kontraksi uterus kuat dan teratur selama 12 jam pertama, dan ini berlanjut selama 2-3 hari berikutnya, meskipun frekuensi dan intensitas dikurangi. Terdapat linea nigra, teraba lembut, tunggi fundus uterus, nyeri, perabaan distensi blas dan terdapat luka insisi (Suryani & Anikk, 2015)

8. Genitalia

Pemeriksaan genitalia pemerikaaan pada vulva. Pengeluaran lokhea meliputi warna, bau, jumlah, dan konsistensinya (Suryani dan Anik, 2015).

9. Anus

Pada pemeriksaan apakah terdapat hemoroid atau tidak

10. Integumen

Pemeriksaan umumnya setelah persalinan terjadi penurunan melanin dan menyebabkan berkurangnya hiperpigmentasi kulit. Dilihat

warna, torgor, kelembapan, suhu tubuh,
tekstur, hiperpigmentasi

11. Ekstremitas

Pada pemeriksaan kaki apakah terdapat:
varisces, reflek patella, oedema, nyeri tekan
atau panas pada betis. Adanya tanda human,
caranya dengan meletakan 1 tangan pada lutut
ibu dan di lakukan tekanan ringan agar lutut
tetap lurus. Bila ibu merasakan nyeri pada
betis dengan tindakan tersebut, tanda human
(+)

2. Pemeriksaan fisik pada Bayi

Pemeriksaan fisik bayi baru lahir menurut Yulianti Nila
Trisna & Karmilan Lestari,N,S, 2019).
yaitu :

a. Penilaian APGAR SCORE

Apgar Score adalah sarana untuk menilai kondisi bayi,
skor ini digunakan oleh dokter untuk mentukan tindakan
yang perlu dilakukan pada saat bayi lahir, apgar score
meliputi Denyut jantung bayi, Nafas, Gerakan, Warna
kulit, Refeks (Rahmatullah Irfan & Nurcholid Umam,
2016)

Table 1.4
Penilaian APGAR SCORE

Tanda	0	1	2
Appereac h (Warna kulit)	Biru Pucat	Tubuh Merah Ekstremi tas Biru	Merah seluruh tubuh
Pulse(Denyut jantung)	Tidak ada	Kurang dari 100x/me nit	Lebih dari 100x/m enit
Greemac e (Reaksi terhadap rangsang an)	Tidak ada	Merintih	Batuk, bersin
Activity (Tonus otot)	Lunglai	Lemah (Fleksi ekstremit as)	Gerak aktif (Fleksi kuat)
Respirati on (Usaha nafas)	Tidak ada	Tidak Teratur	Tangis kuat
Sumber (Yulianti Nila Trisna & Karmilan			

Lestari,N,S, 2019).

Keterangan

Hasil Apgar Score : 0-3 : Asfiksia Berat

Hasil Apgar Score : 4-6 : Asfiksia Ringan

Hasil Apgar Score : 7-10 : Normal

3. Pemeriksaan Tanda-tanda vital dan Antropometri

a) Frekuensi pernafasan

Sebelum menentukan denyut apeks hitung pernafasan selama 60 detik pada saat bayi tenang. Frekuensi yang normal adalah 30 sampai 60 kali per menit.

b) Denyut jantung

Normalnya adalah 120 sampai 160 kali per menit, hitung denyut apeks selama 60 detik di atas apeks jantung.

c) Suhu

Ukur suhu setiap 4 jam sampai 30 menit sampai bayi stabil.

d) Pengukuran panjang badan

Rata-rata panjang bayi cukup bulan adalah 49,5 cm, ukur bayi dengan meletakan di tempat yang rata dan luruskan kakinya sebelum mengukur.

e) Ukuran lingkar kepala

Rata-rata lingkar kepala adalah 35,5 dan ukur melingkar bagian oksiput yang terbesar

f) Ukuran lingkar dada

rata-rata lingkar dada adalah 33 cm, biasanya 2 sampai 3 cm lebih kecil daripada lingkar kepala dan ukur melingkar bagian oksiput yang terbesar.

g) Pemeriksaan fisik Head To To

1. Kepala

Lihat apakah ukuran dan tampilan normal, raba sepanjang garis sutera dan fontanel. Periksa adanya trauma kelahiran seperti caput suksedaneum, sefal hematoma, perdarahan subaponeurotik atau fraktur

tulang tengkorak, apakah ada kelainan kongenital seperti asensefali, mikrosefali, kraniotabes (Yulianti Nila Trisna & Karmilan Lestari,N,S, 2019).

2. Wajah

Wajah simetris, perhatikan kelaianan wajah yang khas seperti sindrom down atau sindrom piere robin, perhatikan kelainan wajah akibat trauma lahir seperti laresasi, fasialis

3. Mata

Periksa jumlah dan letak mata, periksa apakah ada glaucoma atau tidak, periksa adanya trauma seperti palpebral, perdarahan konjungtiva atau retina, apabila ditemukan epichantus melebar kemungkinan bayi mengalami sindrom down (Yulianti Nila Trisna & Karmilan Lestari,N,S, 2019).

4. Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, periksa apakah ada pernafasan cuping hidung, periksa adanya secret yang mukopurulen yang terkadang berdarah kemungkinan adanya sifilis kongenital. (Yulianti Nila Trisna & Karmilan Lestari,N,S, 2019).

5. Mulut

Kaji kesimetrisannya, periksa apakah bibir sumbing, adanya gigi granula, periksa keutuhan langit-langit, perhatikan adanya bercak putih pada gusi atau palatum yang biasanya terjadi akibat *epistein's pearl* atau gusi. Periksa lidah apakah membesar atau bergerak (Yulianti Nila Trisna & Karmilan Lestari,N,S, 2019).

6. Telinga

Lihat jumlah telinga, bentuk dan posisinya. Perhatikan letak daun telinga, daun telinga yang letaknya rendah (low set ears) terdapat bayi yang mengalami sindrom tertentu (Pierre-robin) (Yulianti Nila Trisna & Karmilan Lestari,N,S, 2019).

7. Leher

Lihat simetris atau tidak, biasanya leher bayi pendek. Periksa adanya trauma leher yang menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis, lakukan perabaan untuk mengidentifikasi adanya pembengkakan. Periksa adanya pembesaran kelenjar tyroid dan vena jugularis (Yulianti Nila Trisna & Karmilan Lestari,N,S, 2019).

8. Dada

simetris dan sesuai dengan gerakan abdomen, pernapasan normalnya dangkal, bunyi nafas dapat menunjukkan ronki basah dan ronki kering. Kontur dan simetrisitas normalnya adalah bulat dan simetris, pembesaran payudara dapat tampak 2 sampai 3 hari disebabkan oleh ibu. Bunyi jantung sekitar 90% murmur adalah sementara dan berhubungan dengan penutupan tidak lengkap ductus arteriosus atau foramen ovale.

9. Abdomen

Kontur abdomen normalnya adalah bulat dan menonjol yang disebabkan oleh otot abdominal yang lemah, bising usus normalnya dapat di dengar bila bayi tenang. Pada beberapa jam pertama tali pusat normalnya tampak putih dan seperti gelatin, dengan dua arteri dan satu vena, dalam beberapa jam mulai kering

10. Genitalia

Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4cm dan lebar 1-1,3 cm, periksa posisi lubang uretra dan prepusium tidak boleh ditarik karena akan menyebabkan fimosis.

Pada bayi perempuan labia majora menutupi labia

minora, lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Yulianti Nila Trisna & Karmilan Lestari,N,S, 2019).

11. Anus dan Rectum

Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya miokanium secara umum keluar 24jam pertama, jika sampai 48jam berate meconium *plug syndrom*, *megakolon* atau obstruksi saluran pencernaan (Yulianti Nila Trisna & Karmilan Lestari,N,S, 2019).

12. Ekstremitas Atas

Kedua lengan sama panjang dan lengan bebas bergerak, periksa jumlah jari apakah *polidaktili* atau *sidaktili*, telapak tangan harus terbuka, garis tangan yang hanya satu buah berkaitan dengan abnormalitas kromosom seperti trisomy 21.

13. Ekstremitas Bawah

Periksa kesimetrisan kaki, periksa panjang kedua kaki, kedua tungkai harus dapat bergerak bebas, periksa adanya polidaktili dan sidaktili. Periksa adanya refleks-refleks pada bayi baru lahir seperti refleks berkedip, tonic neck, tanda Babinski, refleks moro's, refleks menggenggam, plantar grasp rooting, startle, menghisap dan stepping.

14. Tanda Lahir

Periksa adanya tanda lahir seperti Port wine, salmon patch, hemangioma, strawberry hemangioma, cavemous hemangioma, venous malformations, pigmented nevi atau tahi lalat, dysplastic nevi atau tahi lalat, dysplastic nevi atau tahi lalat besar, Mongolia spots, nevus sebaceous, dan sebagainya.

4. Data penunjang

a. Jumlah darah lengkap

Hemoglobin atau hematocrit (HB/HT) mengevaluasi efek dari kehilangan darah pada pembedahan dan mengkaji perubahan dari kadar pra operasi (Wahyuningsih Sri, 2019). HB normal pada ibu nifas adalah 11-12 gr% jika dibawah 10 maka perkembangan janin akan terganggu dan dapat menyebabkan perdarahan Sedangkan Hematocrit wanita dewasa sekitar 36%-46% (Mustika Dian Nintyasari & Dewi Puspitaningrum, 2017)

b. Urinalis

Permeriksaan tambahan didasarkan pada kebutuhan individual, kultur urine, darah, vaginal dan lochea (Wahyuningsih Sri, 2019). Pemeriksaan Urine untuk mengetahui infeksi saluran kencing, kadar gula darah dan fungsi ginjal yang sering ditemukan pada ibu hamil. Jika

protein dalam urine positif maka ibu hamil berpotensi mengalami preeklamsia, sedangkan kadar gula darah menunjukan diabetes militus ataupun kencing manis (Mustika Dian Nintyasari & Dewi Puspitaningrum, 2017)

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada pasien post *Sectio Caesarea*

menurut Nurarif & Kusuma, 2015) adalah :

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d obstruksi jalan nafas (respon obat anestesi)
2. Nyeri akut b.d agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi).
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum.
4. Ketidakefektifan pemberian ASI b.d kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.
5. Hambatan eliminasi urine.
6. Gangguan pola tidur b.d kelelahan.
7. Resiko infeksi b.d faktor resiko: episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.
8. Defisit perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, toileting, b.d kelelahan post partum.
9. Konstisipasi

10. Resiko syok (hipopolemik)
11. Resiko perdarahan
12. Defisiensi pengetahuan: perawatan post partum b.d kurangnya informasi tentang penanganan post partum.

2.3.3 Intervensi Dan Rasionalisasi

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d obstruksi jalan nafas (respon obat anestesi)

Tabel 2.1

Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas

Diagnosa	Tujuan dan hasil	Intervensi	Rasional
Keperawatan			

Ketidakefektifan bersih NOC jalan nafas.	NIC
Definisi : ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran nafas untuk mempertahankan bersihnya jalan nafas.	Airway suction
Batasan Karakteristik :	
1. Tidak ada batuk 2. Suara nafas tambahan 3. Perubahan frekuensi nafas 4. Perubahan irama nafas 5. Sianosis 6. Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara. 7. Penurunan bunyi nafas. 8. Dispnea 9. Sputum dalam jumlah yang berlebihan 10. Batuk yang tidak efektif 11. Orthopneu 12. Gelisah 13. Mata terbuka lebar	1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspnea (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) 2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa terkekik, irama nafas, frekuensi, pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) 3. Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas.
Faktor-faktor yang berhubungan :	
1. Lingkungan a) Perokok pasif b) Mengisap asap 2. Obstruksi jalan nafas. a) Spasme jalan nafas. b) Mokus dalam jumlah berlebihan c) Eksudat dalam jalan alveoli d) Materi asing dalam jalan nafas e) Adanya jalan nafas buatan f) Sekresi bertahan/sisa sekresi. g) Sekresi dalam bronki	1. Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning 2. Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning 3. Informasi an pada klien dan keluarga tentang suctioning 4. Minta klien nafas dalam sebelum suctioning 5. Berikan O2 dengan menggunakan kan nasal untuk memfasilitasi suksion nasotrachea 6. Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan 7. Anjurkan pasien untuk istirahat dan nafas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrachea 8. Monitor status oksigen pasien
	1. Hidrasi yang adekuat membantu mempertahankan sekresi tetap encer dan meningkatkan ekspektorasi 2. Ronki dan mengidentifikasi kasikan sekresi dan ketidakmampuan untuk membersihkan jalan nafas 3. Memberi pengertian kepada klien/ keluarga tentang terapi yang dilakukan 4. Memaksimalkan upaya batuk, ekspansi paru, dan drainase 5. Oksigen tambahan diperlukan selama distress pernafasan 6. Menjaga keadaan aseptic 7. Memaksimalkan upaya batuk, ekspansi paru, dan drainase 8. Mengetahui keadaan pernafasan 9. Memfasilitas

3. Fisiologis	9. Ajarkan keluarga bagaimana cara melakuakn suksion	i dalam pemberian terapi.
a) Jalan nafas alergik		
b) Asma		
c) Penyakit paru obstruksi kronik		
d) Hiperplasi dinding bronkial		
e) Infeksi		
f) Disfungsi neuromuscular		
	Airway management	
	1) Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu	1. Untuk mempertahkan jalan nafas
	2) Posisikan pasien untuk memaksim alkan ventilasi	2. Mencegah lidah mengobstrusi lidah
	3) Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan	3. Menentukan jenis alat bantu yang digunakan
	4) Pasang mayo bila perlu	4. Mempermudah melakukan pengeluaran sekresi
	5) Lakukan fisioterapi dada jika perlu	5. Meningkatkan ventilasi di semua paru dan membantu drainase sekresi
	6) Keluarkan secret dengan batuk atau suction	6. Membantu drainase sekresi
	7) Auskultasi suara nafas, cepat adanya tambahan	7. Ronki dan mengidentifikasi kasikan sekresi dan ketidakmampuan untuk membersihkan jalan nafas
	8) Lakukan suction pada mayo	8. Mempermudah drainase sekresi
	9) Berikan bronkodilator bila perlu	9. Meningkatkan ventilasi dan pengeluaran sekresi
	10) Berikan	10. Menjaga kelembapan

pelembab	11. Membantu
udara	mencairkan
kassa	sekresi
basah	sehingga
NaCl	meningkatka
Lembab	n
11) Atur intake	ekspektorasi
untuk	.
cairan	
mengopti	
malkan	
keseimbangan	
gan	

-
2. Nyeri akut b.d agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi).

Tabel 2.2**Nyeri akut**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan hasil	Intervensi	Rasional
<p>Nyeri akut</p> <p>Definisi : Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang actual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan jaringan yang actual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (international Association for the study of pain) awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat dianstisipasi</p>	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Pain level</i> 2. <i>Pain control</i> 3. <i>Comport level</i> 4. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 5. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan manajemen nyeri 6. Mampu mengenal i nyeri (skala, intensitas , frekuensi dan tanda nyeri) 7. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang <p>Kriteria hasil :</p>	<p>NIC</p> <p>Pain management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien. 4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau 6. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan 7. kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri merupakan pengalaman subjektif. Pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektivitas medikasi dan kemajuan penyembuhan. Perubahan pada karakteristik nyeri 2. Isyarat non verbal dapat atau tidak dapat mendukung intensitas nyeri klien, tetapi mungkin merupakan satu satunya indikator jika klien tidak dapat menyatakan secara verbal 3. Meyakinkan klien untuk mendapatkan perawatan yang intensif 4. Menentukan kultur pada klien 5. Dapat membedakan nyeri saat ini dari pola nyeri sebelumnya 6. Keberadaan perawat dapat mengurangi perasaan ketakutan dan ketidakberdayaan 7. Meredakan

atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan.	suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.	ketidaknyamanan dan mengurangi energi sehingga meningkatkan kemampuan coping
Batasan karakteristik :		
1. Perubahan selera makan	8. Kurangi faktor presipitasi nyeri	8. Membantu dalam menegakan diagnosis dan menentukan kebutuhan terapi
2. Perubahan tekanan darah	9. Pilih dan lakukan penanganan nyeri(farmakologi, non fatmakologi dan interpersonal)	9. Meningkatkan istirahat, mengarahkan kembali perhatian dan meningkatkan coping
3. Perubahan frekwensi jantung	10. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi	10. Mempermudah penentuan perencanaan
4. Perubahan frekwensi pernapasan	11. Ajarkan tentang teknik non farmakologi	11. Seseorang melakukan relaksasi pernafasan untuk mengendalikan nyeri, di dalam tubuh tersebut meningkatkan komponen saraf parasimpatik secara stimulan maka hormone adrenalin dan kortisol yang dapat menyebabkan stress akan menurun sehingga meningkatkan konsentrasi sera merasa merasa tenang untuk mengatur napas (Pratiwi, Ratna, 2012)
5. Laporan isyarat	12. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri	12. Meningkatkan kenyamanan dan memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain
6. Diaphoresis	13. Evaluasi keefektifan control nyeri	13. Untuk mengetahui
7. Perilaku distraksi (mis.,berjalan n mondarn mandir mencari orang lain	14. Tingkatkan istiraha	

	dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang)	15. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil	efektifitas pengontrolan nyeri
8.	Mengekpres ikan perilaku (mis., gelisah, merengek. Menangis)	14. Mengurangi ketidaknyamanan pada klien	14. Mengurangi ketidaknyamanan pada klien
9.	Masker wajah (mis., mata kurang berbahaya, tampak kacau, gerakan mata terpencar atau tetap pada satu fokus meringis)	15. Nyeri hebat yang tidak reda oleh tindakan rutin dapat mengindikasikan perkembangan komplikasi dan kebutuhan intervensi lebih lanjut	15. Nyeri hebat yang tidak reda oleh tindakan rutin dapat mengindikasikan perkembangan komplikasi dan kebutuhan intervensi lebih lanjut
10.	Sikap melindungi	Analgesic Administration 1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat. 2. Cek intruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi 3. Pilih analgesic yang diperlukan atau kombinasi dari analgesic ketika pemberian lebih dari Satu 4. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri	Analgesic Administration 1. Untuk mengevaluasi medikasi dan kemajuan penyembuhan 2. Mengevaluasi keefektifan terapi yang diberikan 3. Menentukan jenis analgesik yang sesuai 4. Menentukan jenis rute untuk memberikan terapi 5. Menentukan rute yang sesuai untuk terapi 6. Untuk mengetahui perkembangan atau kefektifitasan terapi 7. Menurunkan ketidaknyamanan dan memfasilitasi kerja sama

area nyeri	5. Pilih rute pemberian secara IV,IM untuk pengobatan nyeri secara teratur	dengan intervensi terapeutik lain.
11. Fokus menyempit (mis., gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berpikir, penurunan intraksi dengan orang dan lingkungan)	6. Monitor vital sign sebelum dan sesudah ‘	8. Untuk mengetahui efektivitas dari terapi farmakologis
	7. Berikan analgesic tepat waktu terutama saat nyeri hebat	
	8. Evaluasi efektifitas analgesic, tanda dan gejala.	
12. Indikasi nyeri yang dapat diamati		
13. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri		
14. Sikap tubuh melindungi		
15. Dilatasi pupil		

16. Melaporkan

nyeri secara

verbal

17. Gangguan

tidur.

Faktor yang

berhubungan

- agen cedera

(mis.,biologi

s,zat kimia,

fisik,

psikologis)

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d

kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post

partum.

Table 2.3

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan hasil	Intervensi	Rasional
<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan.</p> <p>Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolismik.</p> <p>Batasan</p> <p>Karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none">1. kram abdomen2. nyeri abdomen	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none">1. Nutrional Status2. Nutrional Status : food and fluid3. Intake4. Nutrional Status: nutrient intake5. Weight control6. Adanya <p>Kriteria hasil :</p>	<p>NIC</p> <ul style="list-style-type: none">Nutrition Management1. Kaji adanya alergi makanan2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan	<ul style="list-style-type: none">1. Pilihan intervensi bergantung pada penyebab yang mendasari2. Metode pemberian makan dan kebutuhan kalori ditentukan

3. menghindari makanan	peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan	protein dan vitamin Fe	berdasarkan stuasi individual dan kebutuhan spesifik
4. berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal	7. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan	4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C	3. Meningkatkan defisit dan memantau keefektifan terapi nutrisi
5. kerapuhan kapiler	8. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi	5. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi	4. Memaksimal kan asupan zat gizi
6. diare	9. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi	6. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)	5. Pertimbangkan pilihan individual dapat memperbaik i asupan diet
7. kehilangan rambut berlebihan	10. Menunjukkan peningkatan fungsi	7. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian	6. Memaksimal kan asupan zat gizi
8. bising usus hiperaktif	11. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti.	8. Monitor umlah nutrisi dan kandungan kalori	7. Mengidentifikasi toleransi makanan dan difisiensi serta kebutuhan
9. kurang makanan		9. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi	8. Mengetahui asiupan gizi yang akan diberikan
10. kurang informasi		10. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan	9. Untuk mengetahui pemahaman nutrisi klien
11. kurang minat pada makanan			10. Mengetahui adanya ketidakseimbangan nutrisi
12. penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat			
13. kesalahan konsepsi			
14. kesalahan informasi			
15. mambran mukosa pucat			
16. ketidakmampuan memakan makanan			
17. tonus otot menurun			
18. mengeluh gangguan sensasi rasa			
19. mengeluh asupan makanan kurang dari RDA (recommend ed daily allowance)			
20. cepat kenyang			
Nutrition Monitoring			
	1. BB pasien dalam batas normal	1. Menjaga keseimbangan nutrisi	
	2. Monitor adanya penurunan berat badan	2. Mengetahui adanya ketidakseimbangan nutrisi	
	3. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan	3. Mengetahui	

	setelah makan	4. Monitor interaksi anak atau orangtua selama makan	aktivitas yang harus dilakukan atau tidak karena bisa membuang energy
21.	sariawan rongga perut	5. jadwalakan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan	4. Lingkungan yang nyaman mempengaruhi selama makan
22.	steatorea	6. Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi	5. Memaksimal kan asupan nutrisi
23.	kelemahan otot pengunyah	7. Monitor turgor kulit	6. Asupan yang kurang mempengaruhi perubahan fisik
24.	kelemahan otot untuk menelan.	8. Monitor pucat kemerahan dan kekeringan jaringan konjungtiva	7. Mengetahui ketidakseimbangan nutrisi
Faktor-faktor yang berhubungan		Monitor mual dan muntah	8. Asupan yang kurang mempengaruhi perubahan fisik
1.	faktor biologis	9. Monitor kalori dan intake nutrisi	9. Mengukur keefektifan bantuan nutrisi
2.	faktor ekonomi	10. Catat jika lidah berwarna mengental scarlet	10. Mengeahui adanya kekurangan vitamin B .
3.	ketidakmamp uan untuk mengabsorb si nutrien		
4.	ketidakmam puan untuk mencerna makanan		
5.	ketidakmam puan menelan makanan		
6.	faktor psikologis		

4. Ketidakefektifan pemberian ASI b.d kurang pengetahuan ibu,

terhentinya proses menyesui.

Tabel 2.4

Ketidakefektifan pemberian ASI

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan pemberian ASI b9.d	NOC 1. Breastfeeding	NIC Breastfeeding Assistance	

kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyesui.	ineffective	1. Evaluasi pola menghisap/mene lan bayi	1. Meng etahui perke mban
Definisi : Ketidakpuasan atau kesulitan ibu, bayi, atau anak menjalani proses pemberian ASI.	2. Breathing pattern Ineffective	2. Tentukan keinginan Dan Motivasi Ibu untuk menyusui dari bayi (misalnya reflex rooting, menghisap dan terjaga)	2. Meng etahui perke mban
Batasan Karakteristik :	Kriteria Hasil :	3. Breastfeeding interrupted	3. Pantau integritas kulit putting ibu
1. Ketidakadekuatan suplai ASI	1. Kementapan pemberian ASI : Bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI.	4. Pantau berat badan dan pola eliminasi Bayi	2. Mene ntuka n
2. Bayi melengkung menyesuaikan diri dengan payudara	2. Kemantapan pemberian ASI : IBU : kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tetap dan menyusu dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama penderitaan ASI	Breast mempertahankan Examination	3. Kele mbaban dan kelembuta n untuk bayi
3. Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusui	3. Pemeliharaan pemberian ASI: keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/toddler.	1. Fasilitas proses bantuan interaktif untuk membantu keberhasilan proses pemberian asi	4. Melih at keekti fan
4. Bayi rewel dalam jam pertama setelah menyusui	4. Penyapihan Pemberian Asi :	2. Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik , cara mengumpulkan dan menyimpan ASI	1. Memb antu menge ktifkan pember ian
5. Ketidakmampuan bayi untuk latch-on pada payudara ibu secara tepat	5. Diskontinuitas progresif pemberian ASI	3. Ajarkan pengasuh bayi mengenai topic-topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran member susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang	2. Ibu baru mungk in
6. Menolak latching on	6. Pengetahuan Pemberian ASI : tingkat pemahaman yang ditunjukan mengenai laktasi dan pemberian	4. Ajarkan orang tua mempersiapkan,	3. Mem erikan
7. Tidak responsive terhadap kenyamanan lain			
8. Ketidakcukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui			
9. Ketidakcukupan kesempatan untuk mengisap payudara			
10. Kurang menambah berat badan bayi			
11. Tidak tampak tanda pelepasan ositosin			
12. Tampak ketidakadekuatan asupan susu			
13. Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui			
14. Penurunan berat badan bayi terus-menerus			
15. Tidak menghisap			

Faktor berhubungan	payudara menerus	teris-	makan melalui proses pemberian ASI Ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI ibu tidak mengalami nyeri tekan pada putting mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI .	menyimpan menghangatkan dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula	pengetahuan dasar
	1. Deficit pengetahuan 2. Anomaly bayi 3. Bayi menerima makanan tambahan dengan putting buatan 4. Diskontinuitas pemberian ASI 5. Ambivalen ibu 6. Ansietas ibu 7. Anomaly payudara ibu 8. Keluarag tidak mendukung 9. Pasangan tidak mendukung 10. Reflek menghisap buruk 11. Prematuritas 12. Pembedahan payudara sebelumnya 13. Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya.			Lacation Counsling 1. Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI 2. Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu 3. Diskusikan metode alternative Pemberian makan bayi.	4. Mengantikan untuk nutrisi pada bayi 1. Mendapatkan dukungan berhubungan dengan rasio keberasilan ASI 2. Memberikan pengetahuan untuk ibu 3. Mengantikan nutrisi untuk bayi

5. Hambatan eliminasi urine.

Tabel 2.5

Hambatan eliminasi urine.

Diagnosa	Tujuan dan hasil	Intervensi	Rasional
keperawatan			
Hambatan eliminasi urine	NOC	NIC	
Definisi : Disfungsi eliminasi urine	1. <i>Urinary elimination</i> 2. <i>Urinary Continuence</i>	Urinary Retention Care	1. Pola berkemih mengidentifikasi karakteristik kandung kemih
Batasan karakteristik	Kriteria Hasil : 1. Disuria 2. Sering berkemih 3. Anyang-	1. Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinuitas	2. Mengetahui obat yang sedang

	anyangan	kosong	(misalnya, output urin, pola berkemih, fungsi	digunakan terapi
4.	Nokturia	secara penuh		
5.	Inkontinensia urine	4. Tidak ada residu urine >100-200 cc	kognitif, dan masalah kencing (praeksisten)	3. Pemindaian kandung kemih bermanfaat dalam menentukan pasca berkemih
6.	Retensi urine	5. Intake cairan dalam rentang normal	2. Memantau penggunaan obat dengan sifat	4. Untuk mempermudah mengeluarkan urin
7.	Dorongan berkemih	6. Bebas dari ISK	alpha agonis	5. Memantau oengeluaran urin
Faktor yang berhubungan		7. Tidak ada spasme bladder	3. Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit)	6. Mengetahui perkembangan dari output dan intake
Kondisi terkait		8. Balance cairan seimbang	4. Masukan kateter kemih sesuai	7. Disfungsi kandung kemih beragam, tetapi dapat mencakup kehilangan kontraksi kandung kemih dan ketidakmampuan untuk merelaksasi sfingter urine
1.	Obstruksi anatomik		5. Anjurkan pasien/Keluarga untuk merekam output urin sesuai	8. Untuk mengurangi spastisitas kandung kemih dan gejala perkemihan dan terkait yaitu frekuensi, urgensi, inkontinensia, dan nokturia.
2.	Gangguan sensorik motoric		6. Memantau asupan dan keluaran	
3.	Infeksi saluran kemih		7. Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi	
			8. Menerapkan katerisasi intermiten, sesuai	
			9. Merujuk ke spesialis kontinensian,sesuai	
				9. Spesialis kontinensia membantu membuat rencana asuhan individual untuk memenuhi kebutuhan spesifik klien dengan

menggunakan teknik dan produk kontinensia terbaru.

6. Gangguan pola tidur b.d kelelahan

Table 2.6

Gangguan pola tidur

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan pola tidur	NOC	NIC	
Definisi : Merupakan jumlah waktu dan kualitas tidur akibat faktor eksternal.	1. <i>Anxiety reduction</i> 2. <i>Comfort level</i> 3. <i>Rest : extent and pattern</i> 4. <i>Sleep : extent and pattern</i>	Sleep Enhancement 1. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat 2. Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca) 3. Ciptakan lingkungan yang nyaman 4. Kolaborasi pemberian obat tidur	1. Meningkatkan relaksasi dan kesiapan tidur 2. Meningkatkan kesiapan untuk tidur 3. Meningkatkan coping klien 4. Medikasi terjadwal dapat meningkatkan istirahat atau tidur
Batasan karakteristik 1. Kesulitan berfungsi sehari-hari 2. Kesulitan memulai tertidur 3. Kesulitan mempertahankan tetap tidur 4. Ketidakpuasan tidur 5. Tidak merasa cukup istirahat 6. Terjaga tanpa jelas penyebabnya	Kriteria Hasil : 1. Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari 2. Pola tidur, kualitas dalam batas normal 3. Perasaan seger	5. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien 6. Intrusikan untuk memonitor tidur pasien	5. Mengatasi dan meningkatkan kesiapan untuk tidur 6. Klien lebih mudah menoleransi
Faktor yang berhubungan 1. Gangguan karena cara tidur pasangan tidur 2. Kendala lingkungan 3. Kurang privasi 4. Pola tidur tidak menyehatkan	4. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur.	7. Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur 8. Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam .	7. Mengakibatkan klien tidak merasa beristirahat dengan baik 8. Mengetahui

7. Resiko infeksi b.d faktor resiko: episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan

pertolongan persalinan.

Tabel 2.7**Resiko Infeksi**

Diagnosa	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Keperawatan			
Resiko Infeksi	NOC	NIC Infection Control (control infeksi)	
<p>Definisi : Mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik</p> <p>Faktor-faktor resiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penyakit kronis <ul style="list-style-type: none"> 1. Diabetes miltus 2. Obesitas • Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemanjangan pathogen • Pertahanan tubuh primer yang tidak cukup untuk menghindari pemanjangan pathogen • Pertahanan tubuh primer yang tidak adukuat • Gangguan peritalitis <ul style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan integritas kulit (pemasangan kateter intravena, prosedur invasif) 2. Perubahan sekresi pH 3. Penurunan kerja siliaris 	<p>1. <i>Immune Status</i></p> <p>2. <i>Knowledge : Infection control</i></p> <p>3. <i>Risk control</i></p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi mendeskpr ipsikan proses penularan, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaks anaannya</p> <p>2. Menunjukan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</p> <p>3. Jumlah leukosit dalam batas normal</p> <p>4. Menunjukan perilaku hidup sehat</p>	<p>1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain</p> <p>2. Batasi pengunjung bila perlu</p> <p>3. Intrusuikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien</p> <p>4. Gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan</p> <p>5. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</p> <p>6. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung</p> <p>7. Pertahankan lingkungan aseptic selama pemasangan alat</p> <p>8. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk</p>	<p>1. mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait</p> <p>2. Individu telah meengalami gangguan dan beresiko tinggi terpajan infeksi</p> <p>3. Pertahanan lini depan ini adalah untuk klien, pemberi asuhan kesehatan dan masyarakat</p> <p>4. Faktor ini dapat menjadi kunci yag paling sederhana tetapi merupakan kunci terpenting untuk pencegahan infeksi yang didapat dirumah sakit</p> <p>5. Mengurangi resiko infeksi</p> <p>6. Faktor ini dapat menjadi kunci yang paling sederhana tetapi merupakan kunci terpenting untuk pencegahan infeksi yang di dapat di rumah sakit</p> <p>7. Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait</p>

4. Pecah ketuban dini	umum	alat
5. Pecah ketuban lama	9. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing	8. Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkat alat
6. Merokok	10. Tingkatkan intake nutrisi	9. Mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri dalam saluran perkemihian
7. Statis cairan tubuh	11. Berikan terapi antibiotic bila perlu	10. Fungsi imun dipengaruhi oleh asupan nutrisi
8. Trauma jaringan (mis., trauma destruksi jaringan)	Infectionprotection (proteksi terhadap infeksi)	11. Terapi bersifat sistemik dan diarahkan pada organisme teridentifikasi tertentu seperti bakteri anaerob, jamur, dan basili gram negative
• Ketidakadekuatan Pertahanan sekunder	12. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal	12. Untuk menentukan adanya infeksi
1. Penurunan hemoglobin	13. Parthankan teknik asepsis pada pasien yang bresiko	13. Mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri
2. Imunosupresi (mis., imunitas didapat tidak adekuat, agen farmaseutikal termasuk imonusupresan, steroid, antibodi, monoclonal, imunomudulator)	14. Berikan perawatan kulit pada area epidema	14. Mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri
3. Supresi respon inflamasi	15. inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase	15. Memberikan deteksi dini perkembangan proses infeksi
• Vaksinasi tidak adekuat	16. inspeksi kondisi luka/ insisi bedah	16. Memberikan deteksi dini perkembangan proses infeksi
• Pemajaman terhadap pathogen lingkungan meningkat	17. dorong masukan nutrisi yang cukup	17. Membantu memperbaiki resistensi umum terhadap penyakit dan mengurangi resiko infeksi dari sekresi yang statis
1. Wabah	18. dorong masukan cairan	18. Membantu memperbaiki resistensi umum
• Prosedur invasif	19. instrksikan pasien untuk minum antibiotic sesuai resep	
• Malnutrisi	20. ajarkan pasien dan keluarga	

	tanda dan gejala infeksi	terhadap penyakit dan mengurangi resiko infeksi dr sekresi yang statis
21.	ajarkan cara menghindari infeksi	
22.	laporkan kultur positif	
19.	Terapi bersifat sistemik dan diarahkan pada organisme Teridentifikasi tertentu seperti bakteri anaerob, jamur, dan basili gram negative	
20.	Mendeteksi dini adanya tanda dan gejala infeksi	
21.	Mendeteksi dini adanya tanda dan gejala infeksi	
22.	Untuk mengidentifikasi pathogen dan mikroba	

8. Defisit perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, toileting, b.d
kelelahan post partum.

Tabel 2.8

Defisit Perawatan Diri

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi Rasional
Defisit perawatan diri	NOC	NIC
Definisi	1. <i>Activity intolerance</i> 2. <i>Mobility physical impaired</i> 3. <i>Self care derficit hygiene</i> 4. <i>Sensori perception auditory disturbed</i>	care assistance : Bathing dan hygine
Ketidakmampuan melakukan pembersihan diri seksama secara mandiri	1. pertibangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri	1. Mengetahui apa yang dibutuhkan oleh klien
Bastasan karakteristik	Kriteria hasil : 1. Perawatan diri ostonomi: tindakan pribadi mempertahankan osttonomi untuk eliminasi	2. Memberikan informasi untuk ambulasi rencana 3. Membuat rencana untuk
1. Ketidakmampuan mengakses kamar mandi 2. Ketidakmampuan menjangkau sumber air 3. Ketidakmampuan mengeringkan	2. pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri	

	tubuh	2. perawatan diri : aktivitas kehidupan sehari-hari ADL mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	3. menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan	memenuhi kebutuhan individual
4.	Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi		4. tempat handuk, sabun,deodora n alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan disamping tempat tidur atau dikamar mandi	4. Mempukan klien untuk mengatur diri sendiri
5.	Ketidakmampuan mengatur air mandi			5. Meningkatkan partisipasi dalam asuhan
6.	Ketidakmampuan membasuh tubuh		3. perawatan diri : hygiene mampu untuk membersihkan tubuh secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	6. Meredakan ketidaknyamanan dan menjaga privasi klien
Faktor yang berhubungan		4. perawatan diri hygiene oral : mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	5. menyediakan artiekl pribadi yang diinginkan (misalnya : deodorant,siak t gigi, sabun mandi, sampo, lotion dan produk aromaterapi)	7. Partisipasi klien dalam perawatan diri dapat meringankan atas persepsi kehilangan kemandirian
Kondisi terkait		5. mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi	6. menyediakan lingkungan yangetrapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal memfasilitasi diri mandi pasien, sesuai memantau pembersihan kuku menurut kemampuan perawatan diri pasien	8. Mengetahui keadaan bersih klien
		6. membersihkan dan mengerjakan tubuh	7. mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygie	9. Melihat perubahan keadaan fisik klien
			8. memantau memeriksa pasien	10. Partisipasi
			9. memantau integritas kulit pasien	
			10. memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsika	

n perawatan
diri .

9. Konstisipasi

Tabel 2.9

Konstisipasi

Diaagnosa	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Keperawatan			
Konstisipasi Definisi : Penurunan pada frekwensi normal defekasi yang disertai oleh kesulitan atau pengeluaran tidak lengkap fases/atau pengeluaran fases yang kering, keras, dan banyak. Batasan Karakteristik 1. Nyeri abdomen 2. Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot 3. Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resistensi otot 4. Anoraksia 5. Penampilan tidak khas pada lansia(mis., perubahan pada status mental, inkontinensia urinarius, jatuh yang tidak penyebabnya, peningkatan suhu tubuh) 6. Borborigmi 7. Darah merah pada feses 8. Perubahan pada pola defekasi 9. Penurunan frekwensi 10. Penurunan volume	NOC 1. Bowel elimination 2. Hydration Kriteria hasil : 1. Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari 2. Bebas dari ketidaknyamanan dan konstisipasi 3. Mengidentifikasi indicator untuk mencegah konstisipasi 4. Feses lunak dan berbentuk	NIC Constipation/ imoaction management 1. monitor tanda dan gejala konstipasi 2. monitor bising usus 3. monitor feses frekuensi, konsistensi dan volume 4. konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkata n bising usus 5. jelaskan etiologi dan rasionalisa si tindakan terhadap pasien 6. identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstisipasi	<ul style="list-style-type: none">1. Mendeteksi dini keadaan konstipasi2. Menentukan kesiapan terhadap pemberian makan peroral3. Melihat keektifan terapi4. Mencegah komplikasi5. Memberikan pengetahuan dasar6. Mendeteksi dini penyebab konstipasi7. Merangsang eliminasi dan mencegah konstipasi defekasi8. Membantu mengembalikan fungsi usus

fases			
11. Distensi abdomen	7. dukung intake cairan	9. Melihat perkembangan gejala	
12. Rasa rektal penuh	8. kolaborasi kan	konstipasi	
13. Rasa tekanan rectal	pemberian laksatif		10. Melihat adanya perubahan
14. Keletihan umum	9. pantau tanda-tanda dan gejala konstipasi		11. Bising usus biasanya tidak terdengar setelah prosedur
15. Feses keras dan berbentuk	10. Frekuensi, bentuk, volume dan warna		12. Melanjutkan rencana selanjutnya
16. Sakit kepala	11. Memantau bising usus		13. Mengetahui adanya komplikasi lain
17. Bising usus hiperaktif	12. konsultasi kan dengan dokter tentang penurunan/kenaikan frekuensi bising usus		14. Mengetahui penyebab pada pasien
18. Bising usus hipoaktif	13. pantau tanda-tanda dan gejala pecahnya usus dan/ atau peritonitis		15. Melakukan feses dan merangsang peristaltic
19. Peningkatan tekanan abdomen	14. jelaskan etiologi masalah dan pemikiran untuk tindakan untuk pasien		16. Melihat adanya perubahan
20. Tidak dapat makan, mual	15. mendorong meningkatkan asupan cairan, kecuali dikontraindikasikan		17. Mendukung adanya perubahan pada pasien
21. Rembesan feses cair	16. Anjurkan pasien/keluarga		18. Membantu mengembalikan bising usus
22. Nyeri pada saat defekasi			19. Untuk mempermudah melakukan feses
23. Massa abdomen yang dapat diraba			20. Membantu mengembalikan fungsi usus
24. Adanya feses lunak, seperti pasta didalam rectum			21. Merencanakan tindakan selanjutnya
25. Perkusi abdomen pekak			22. Memberi pengetahuan dasar
26. Sering flatus			23. Mendeteksi dini untuk konstipasi
27. Mengejan pada saat defekasi			24. Memberi
28. Tidak dapat mengeluarkan feses			
29. Muntah			
Faktor yang berhubungan			
• Fungsional			
- kelemahan otot abdomen			
- kebiasaan mengabikan dorongan defekasi			
- ketidakadekuatan toileting(mis., batasan waktu posisi untuk defekasi, privasi)			
- kurang aktivitas fisik			
- kebiasaan defekasi tidak teratur			
- perubahan lingkungan saat ini			
• Psikologis			
14. Depresi, stress			

emosi		
15. Konfusi mental	untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja	pengetahuan dasar tentang pencegahan
• Farmakologi		
16. Antasida mengandung alumunium		
17. Antikolinergik, Antikonvulsan		
18. Antidepresan	17. Ajarkan pasien/kel uarga bagaimana untuk menjaga buku harian makanan	
19. Agens Antilipemik		
20. garam bismuth	18. Anjurkan pasien/ keluarga untuk diet tinggi serat	
21. kalsium karbonat		
22. penyekat saluran kalsium	19. anjurkan pasien/ keluarga pada penggunaan yang tepat dari obat pencahar	
23. diuretic, Garam besi		
24. Penyalaha gunaan laksatif	20. anjurkan pasien/ keluarga pada hubungan asupan diet, olahraga, dan cairan sembelit/ impaksi	
25. Agens antiinflamasi non steroid		
26. Opiate, Fenotiazid, sedative	21. menyarankan pasien untuk berkonsult asi dengan dokter jika sembelit atau impaksi terus ada	
27. Simpatomimetik		
• Mekanis		
28. Ketidakseimbangan elektrolit		
29. Kemoroid		
30. Penyakit Hirschspung		
31. Gangguan neurologist		
32. Obesitas		
33. Obstruksi Pasca Bedah		
34. Kehamilan		
35. Pembesaran prostat		
36. Abses rectal		
37. Fisura anak rektal		
38. Striktur anak rectal		
39. Prolaps rectal, ulkus rectal		
40. Rektokel, tumor		
• Fisiologis		
41. Perubahan pola makan		
42. Perubahan makanan		
43. Penurunan motilitas traktus gastrointestinal		
44. Dehidrasi		
45. Ketidakadekuatan gigi geligi	22. menginformasikan pasien	
46. Ketidakadekuatan		

hygiene oral	prosedur penghapus an manual dari tinja
47. Asupan serat tidak cukup	23. ajarkan pasien atau keluarga tentang proses pencernaan yang normal
48. Asupan cairan tidak cuku	24. ajarkan / pasien / keluarga tentang kerangka waktu untuk resolusi sembelit.
49. Kebiasaan makan buruk	

10. Resiko syok (hipopolemik)

Tabel 2.10

Resiko syok (hipopolemik)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional

Resiko syok (hipopolemik)	NOC	NIC	
Definisi : Rentan mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa, yang dapat mengganggu kesehatan.	1. Syok prevention 2. Syok management	Syok Prevention 1. Monitor sirkulasi BP, warna kulit, denyut jantung, HR, dan ritme, nadi perifer, dan kapiler refill 2. Monitor tanda inadekuat oksigenasi jaringan	1. Mengidentifikasi dan efektifitas serta kebutuhan terapi 2. Menghindari adanya hipoksemia selama perdarahan
Faktor resiko 1. Akan dikembangkan	1. Nadi dalam batas yang diharapkan 2. Irama jantung dalam batas yang diharapkan	3. Monitor suhu dan pernafasan 4. Monitor input dan output	3. Mengetahui tanda dari syok 4. Mengetahui kasar kehilangan cairan/darah
Kondisi terkait 1. Hipotensi 2. Hipovolemia 3. Hipoksemia 4. Hipoksia 5. Infeksi 6. Sepsis 7. Sindrom respons inflamasi sistemik (systemic inflammatory response syndrome)	3. Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan 4. Irama pernafasan dalam batas yang diharapkan 5. Natrium serum dbn 6. Klorida serum dbn 7. Klorida serum dbn 8. Kalsium serum dbn 9. Magnesium serum dbn 10. PH darah serum dbn	5. Monitor tanda awal syok 6. Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat 7. Berikan cairan IV dan atau oral yang tepat 8. Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok 9. Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok	5. Mengetahui informasi tanda dari syok 6. Mengurangi pengeluaran berlebihan 7. Mengganti dan mempertahankan volume sirkulasi dan perfusi 8. Memberikan pengetahuan dasar untuk tanda gejala syok 9. Memberikan deteksi dini untuk atasi gejala syok
Hidrasi :	1. Indicator : 2. Mata cekung tidak ditemukan 3. Demam tidak ditemukan 4. TD dbn 5. Hematokrit DBN	Syok management 1. Monitor tekanan nadi 2. Monitor status cairan, input output 3. Catat gas darah 4. EKG, sesuai 5. Monitor nilai laboratorium (misalnya,	1. Mengidentifikasi dan efektivitas serta kebutuhan terapi 2. Mengetahui kasar kehilangan

	CBC dengan diferensial) koagulasi profil,ABC, tingkat laktat, budaya, dan profil kimia	cairam/tubuh
6.	Masukan dan memelihara besarya kebosanan akses IV	3. Mengidentifikasi efektivitas serta kebutuhan terapi
		4. Mengetahui perkembangan dan mengetahui efektifitas serta kebutuhan terapi
		5. Mempertahankan volume sirkulasi dan perfusi
		6.

11. Resiko perdarahan

Tabel 2.11

Resiko perdarahan

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko perdarahan Definisi : Rentan mengalami penurunan volume	NOC 1. Blood severity 2. Blood	NOC Bleeding precautions 1. Monitor ketat tanda-	1. Mengetahui tanda resiko perdarahan 2. Membantu

darah, yang dapat mengganggu kesehatan	koagulation	tanda perdarahan	menentukan kebutuhan penggantian darah
Faktor Resiko :	Kriteria Hasil :		
1. Kurangnya pengetahuan tentang kewaspadaan perdarahan	1. Tidak ada hematuria dan hematemesis	2. Catat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan	3. Mengurangi pengeluaran darah berlebih
Populasi berisiko	2. Kehilangan darah yang terlihat	4. Mengurangi pengeluaran darah berlebih	4. Mengurangi pengeluaran darah berlebih
1. Riwayat jatuh	3. Tekanan dalam batas normal sistol diastole	5. Pertahanakan bed rest selama perdarahan aktif	5. Asupan nutrisi untuk menggantikan output
Kondisi Terkait	4. Tidak ada perdarahan pervagina	6. Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan	
1. Aneurisme	5. Tidak ada distensi abdominal	7. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K	
2. Sirkumsisi	6. Hemoglobin dan hematocrit dalam batas normal		
3. Koagulopati intravaskuler diseminata	7. Plasma, PT, PTT dalam batas normal		
4. Gangguan gastrointestinal			
5. Gangguan fungsi hati			
6. Kuagulopati inheren			
7. Komplikasi pascapartum			
8. Komplikasi kehamilan			
9. Trauma program pengobatan			
Bleeding reduction			
	1. Identifikasi penyebab perdarahan	1. Mengetahui penyebab perdarahan	
	2. Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonary capillary / artery wedge pressure)	2. Mengetahui keadaan tekanan darah	
	3. Monitor status cairan yang meliputi intake dan output	3. Mengetahui adanya tanda resiko perdarahan	
Bleding Reduction:wound / luka			
	1. Gunakan ice pack pada area perdarahan	1. Untuk mengurangi pengeluaran perdarahan	
	2. Lakukan	2. Untuk mengurangi pengeluaran	

	pressure dressing (perban yang menekan) pada area luka	3. Tinggikan ekstremitas yang perdarahan 4. Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan 5. Intruksikan pasien untuk membatasi aktivitas	perdarahan 3. Membantu aliran darah mengalir lambat 4. Dapat digunakan untuk menentukan perkiraan kasar kehukangan darah 5. Mengurangi adanya pengeluaran perdarahan
Bleeding reduction : gastrointestinal			
	1. Observasi adanya darah dalam batas sekresi cairan tubuh : emesis, feces, urine, residu lambung dan drainase luka 2. Monitor complete blood count dan leukosit 3. Kurangi faktor setress 4. Berikan cairan intravena	1. Kehilangan atau pengagntian faktor oembekuan yang tidak adekuat 2. Mengetahui perkiraan kasar kehilangan darah 3. Mencegah timbul perdarahan yang berlebihan 4. Mengganti kehilangan pada cairan/darah	

12. Defisiensi pengetahuan: perawatan post partum b.d kurangnya informasi tentang penanganan post partum.

Tabel 2.12

Defisiensi pengetahuan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
-------------------------	------------------	------------	----------

Defisiensi pengetahuan: perawatan post partum b.d kurangnya informasi tentang penanganan post partum.	NOC	NIC Teaching : disease process
Definisi : Keadaan atau defisien informasi kognitif yang berkaitan dengan topic tertentu, atau kemahiran. Batasan Karakteristik :	1. Knowledge disease process 2. Knowledge health behavior	1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang penyakit yang spesifik 2. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat 3. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat 4. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat 5. Rujuk yang tepat agensi di komunitas local, dengan cara yang tepat 6. Instrusikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat.
Kondisi Terkait	Kriteria Hasil :	1. Memberikan dasar pengetahuan sehingga klien dapat membuat pilihan terinformasi secara benar 2. Menyediakan dasar pengetahuan bagi klien 3. Berbagai penyebab berdasarkan situasi individual 4. Informasi spesifik secara individual menciptakan dasar pengetahuan 5. Memberikan pemantauan yang berkelanjutan 6. Membantu menetapkan dan meningkatkan pemahaman tentang informasi
1. Gangguan fungsi kognitif 2. Gangguan memori	1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi prognosis dan program pengobatan 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar 3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya.	

Sumber : (Nuarif dan kusuma, 2015, Doenges 2014)