

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Sistem Reproduksi Wanita

2.1.1 Anatomi dan Fisiologi Genitalia Eksterna

1. Tundun (Mons Veneris)

Bagian menonjol yang meliputi simpisis terdiri dari jaringan dan lemak. Bagian yang dilapisi lemak terletak di atas simpisis pubis. Area ini mulai ditumbuhi bulu (pubis hair) pada masa pubertas.

2. Labia Mayora

Memiliki bentuk lonjong yang merupakan lanjutan dari mons veneris. Kedua bibir ini bertemu di bagian bawah dan membentuk perineum. Labia mayora bagian luar tertutup rambut yang merupakan kelanjutan dari rambut mons veneris. Labia mayora bagian dalam tanpa rambut, yaitu selaput yang mengandung kelenjar sebase (lemak). Labia mayora pada wanita dewasa memiliki ukuran panjang 7-8 cm, lebar 2-3 cm, tebal 1-1,5 cm. pada anak-anak kedua labia mayora sangat berdekatan.

3. Labia Minora

Lipatan bagian dalam bibir besar (labia mayora) yaitu bibir kecil yang tanpa rambut. Setiap labia minora terdiri dari suatu

jaringan tipis yang lembab dan berwarna kemerahan. Bagian atas labia minora akan bersatu membentuk preputium dan *frenulum clitoridis*, sementara bagian di bibir kecil ini mengelilingi orifisum vagina bawahnya akan bersatu membentuk *fourchette*.

4. Klitoris

Salah satu bagian terpenting alat reproduksi ;uar yang bersifat erektile. Glans clitoridis mengandung banyak pembuluh darah dan serat saraf sensori sehingga sangat sensitif. Terdiri dari glans, corpus dan 2 buah crura, dengan panjang rata-rata tidak melebihi 2 cm.

5. Vestibulum (serambi)

Rongga yang ada diantara bibir kecil (labia minora). Vestibula terdapat 6 buah lubang, yaitu orifisum urethra eksterna, introitus vagina, 2 buah muara kelenjar bartholini, dan 2 buah muara kelenjar paraurethral. Kelenjar bartholini berfungsi mensekresikan cairan mukoid ketika terjadi rangsangan seksual. Kelenjar bartholini juga menghalangi masuknya bakteri *Neisseria gonorrhoeae* maupun bakteri-bakteri patogen.

6. Himen (selaput dara)

Lapisan tipis ini yang menutupi sebagian besar dari liang senggama, di tengahnya belubang supaya kotoran menstruasi dapat mengalir keluar. Yang terdiri dari jaringan ikat kolagen dan elastis. Bentuk dari himen masing-masing wanita berbeda-beda, ada yang berbentuk seperti bulan sabit, konsistensinya ada yang kaku da

nada yang lunak, lubangnya ada yang seujung jari dan ada yang dapat dilalui satu jari. Saat melakukan koitus pertama sekali dapat terjadi robekan, biasanya pada bagian posterior.

7. Perineum (kerampang)

Panjangnya kurang lebih 4 cm, terletak di antara vulva dan anus. Dibatasi oleh otot-otot musculus levator ani dan musculus coccygeus. Otot-otot berfungsi untuk menjaga kerja dari sphincter ani.

2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Genitalia Interna

1. Vagina

Vagina terletak antara kandung kemih dan rectum. Panjang bagian depannya sekitar 9 cm dan dinding belakangnya sekitar 11 cm. Saluran muskulo-membraneus yang menghubungkan rahim dengan vagina. Jaringan muskulusnya merupakan kelanjutan dari musculus sfingter ani dan musculus levator ani, oleh karena itu dapat dikendalikan. Sel dinding vagina mengandung banyak glikogen yang menghasilkan asam susu dengan pH 4,5 keasaman vagina memberikan proteksi terhadap infeksi. Bagian serviks yang menonjol kedalam vagina disebut portio. Portio uteri membagi puncak (ujung) vagina menjadi :

- a. Forniks anterior-forniks dekstra
- b. Firniks posterior-forniks sinistra

Fungsi utama vagina yaitu :

- c. Saluran untuk mengeluarkan lendir uterus dan darah menstruasi
- d. Alat hubungan seks
- e. Jalan lahir pada waktu persalinan

2. Uterus

Uterus merupakan jaringan otot yang kuat, terletak di pelvis minor diantara kandung kemih dan rectum. Dinding belakang dan depan dan bagian atas tertutup peritoneum, sedangkan bagian bawah berhubungan dengan kandung kemih. Vaskularisasi uterus berasal dari arteri uterine yang merupakan cabang utama dari arteri iliaka interna (arteri hipogastrika interna).

Untuk mempertahankan posisinya, uterus disangga beberapa ligamentum, jaringan ikat dan peramentrium. Ukuran uterus tergantung pada usia wanita dan paritas. Ukuran anak-anak 2-3 cm, nullipara 6-8 cm, dan > 80 gram pada wanita hamil. uterus dapat menahan beban hingga 5 liter.

Bentuk uterus seperti bola lampu dan gepeng

- a. Korpus uteri : berbentuk segitiga
- b. Servik uteri : berbentuk silinder
- c. Fundus uteri : bagian korpus uteri yang terletak diatas kedua pangkal tuba.

Dinding uterus terdiri 3 lapisan yaitu :

a. Peritoneum

Dinding rahim bagian luar yang menutupi bagian luar uterus. Adalah penebalan yang diisi jaringan ikat dan pembuluh darah limfe dan urat syaraf. Peritoneum meliputi tuba dan mencapai dinding abdomen.

b. Lapisan otot

Ada tiga susunan otot rahim yaitu lapisan luar, lapisan tengah, dan lapisan dalam. Lapisan tengah membentuk lapisan tebal anyaman serabut otot rahim. Lapisan tengah ditembus oleh pembuluh darah arteri dan vena. Bagian rahim yang terletak antara ostium uteri internum anatomikum, yang merupakan batas dari kavum uteri dan kanalis servikal dengan ostium uteri histologikum (dimana terjadi perubahan selaput lendir kavum uteri menjadi selaput lendir serviks) disebut isthmus. Isthmus uteri ini akan menjadi segmen bawah rahim dan meregang saat persalinan. Lengkungan serabut ini membentuk angka delapan sehingga saat terjadi kontraksi pembuluh darah terjepit rapat, dengan demikian pendarahan dapat terhentikan. Makin kearah serviks, otot rahim makin berkurang, dan jaringan ikatnya bertambah.

c. Endometrium

Pada saat konsepsi endometrium mengalami perubahan menjadi desidua, sehingga memungkinkan terjadi implantasi

(nidasi). Pada endometrium terdapat lubang kecil yang merupakan muara dari kelenjar endometrium. Variasi tebal tipisnya dan fase pengeluaran lendir endometrium ditentukan oleh perubahan hormonal dalam siklus menstruasi. Lapisan epitel serviks berbentuk silindris, dan bersifat mengeluarkan cairan secara terus-menerus, sehingga dapat membasahi vagina.

Kedudukan uterus dalam tulang panggul ditentukan oleh tonus otot rahim sendiri, tonus ligamentum yang menyangga tonus otot-otot panggul. Ligamentum yang menyangga uterus adalah :

- 1) Ligamentum latum : ligamentum patum seolah-olah tergantung pada tuba fallopi
- 2) Ligamentum rotundum (teres uteri) : terdiri dari otot polos dan jaringan ikat. Fungsunya menahan uterus dalam posisi enterfleksi
- 3) Ligamentum infundibulopelvikum : menggantung dinding uterus ke dinding panggul
- 4) Ligamentum kardinale machenrod : menghalangi pergerakan uterus ke kanan dan ke kiri
- 5) Ligamentum sacro-uterinum : merupakan penebalan dari ligamentum kardinale machenrod, menuju os.sacrum.
- 6) Ligamentum vesiko-uterinum : merupakan jaringan ikat agak longgar sehingga dapat mengikuti perkembangan uterus saat hamil dan persalinan.

3. Tuba fallopi

Panjang tuba fallopi 12 cm dan berdiameter antara 3-8 mm. tuba fallopi merupakan tubule-muskuler. Fungsinya sangat penting, yaitu untuk menangkap ovum yang dilepaskan saat ovulasi, sebagai saluran dari spermatozoa ovum dan hasil konsepsi. Tempat terjadinya konsepsi dan tempat pertumbuhan dan perkembangan hasil konsepsi sampai mencapai bentuk blastula yang siap melakukan implantasi.

4. Ovarium

Kelenjar yang berbentuk seperti buah kenari terletak di kiri dan kanan uterus di bawah tuba uterine dan terikat di sebelah belakang oleh ligamentum latum uterus. Ovulasi adalah pematangan folikel de graaf dan mengeluarkan ovum. Setiap bulan sebuah folikel berkembang dan sebuah ovum dilepaskan pada saat kira-kira pertengahan (hari ke-14) siklus menstruasi. Ketika dilahirkan wanita memiliki cadangan ovum sebanyak 100.000 buah didalam ovariumnya, bila habis menopause.

Ovarium yang disebut juga indung telur, mempunyai 3 fungsi yaitu :

- a. Memproduksi ovum
- b. Memproduksi hormone estrogen
- c. Memproduksi progesterone

Awal wanita mengalami pubertas yaitu sekitar usia 13-14 tahun dimulai pertumbuhan folikel primordial ovarium yang

mengeluarkan hormone estrogen. Estrogen merupakan hormone terpenting pada wanita. Pengeluaran hormone ini menumbuhkan tanda seks sekunder pada wanita seperti payudara membesar, pertumbuhan rambut pubis, pertumbuhan rambut ketiak, dan akhirnya terjadi pengeluaran darah menstruasi pertama yang disebut menarche.

Di awal menstruasi sering tidak teratur karena folikel graaf belum melepaskan ovum yang disebut ovulasi. Disaat folikel graaf belum melepaskan ovum, estrogen dapat kesempatan untuk menumbuhkan tanda-tanda seks sekunder. Pada usia 17-18 tahun menstruasi sudah teratur dengan interval 28-30 hari yang berlangsung kurang lebih 2-3 hari disertai dengan ovulasi, sebagai kematangan organ reproduksi wanita.

(Evelyn C. Pearce, 2013)

2.2 Konsep Dasar Sectio Sesarea

2.2.1 Definisi

Sectio caesarea memiliki istilah yang berasal dari bahasa latin yaitu caedere yang berarti menyayat atau memotong. Tindakan pembedahan yang bertujuan melahirkan bayi dengan membuka dinding perut dan rahim ibu istilah tersebut mengacu pada ilmu obstetric (Ist et.al, 2011; Todman, 2007; Lia et.al, 2010).

Suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat diatas 500 gram, melalui sayatan atau insisi pada dinding abdomen dan uterus yang masih utuh yaitu disebut *section sesarea* (Oxorn & Forte, 2010). Section sesareayaitu suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding perut (Sofian, 2012).

2.2.2 Etiologi

Menurut Jitowijoyono & Kristiyanasari (2012) etiologi *Sectio Sesarea* yaitu :

1. Indikasi yang berasal dari ibu

Yaitu sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, primigravida dengan kelainan letak, primiparatua disertai kelainan letak ada, disporposi sefalo pelvic (disporposijanin/panggul).

Plasenta previa terutama pada primi gravida, solusio plasenta tingkat I-II, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, diabetes mellitus), komplikasi kehamilan, gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

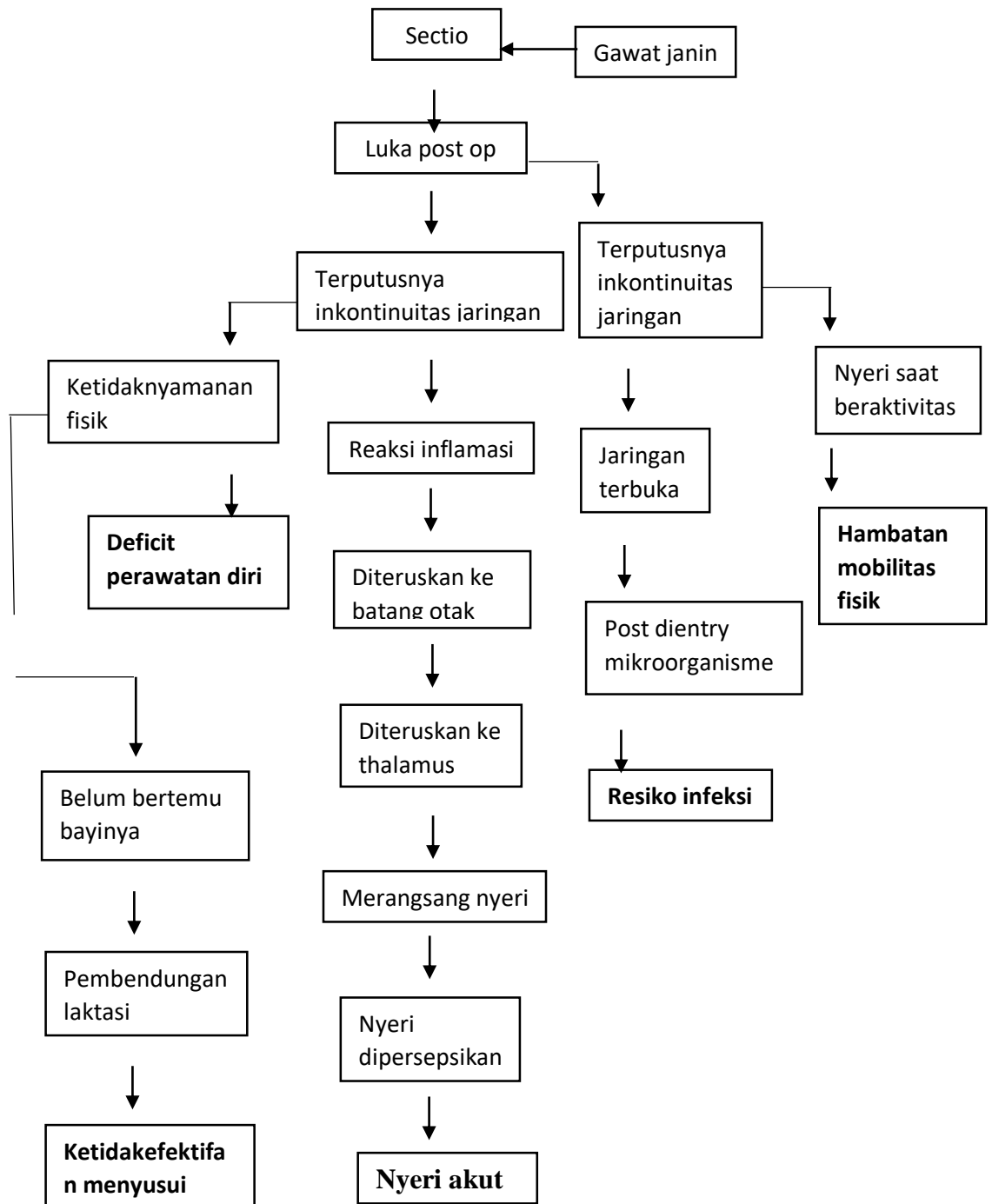
2. Indikasi yang berasal dari janin

Mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, *fetal distress* atau gawat janin, proplasus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau foreeps ekstraksi.

2.2.3 Patofisiologi

Bagan 2.1

Pathway Sectio Sesare



2.2.4 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut Doengoes (2010) meliputi :

1. Haemoglobin atau hematokrit (HB/HT) untuk mengkaji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan.
2. Leukosit (WBC) mengidentifikasi adanya infeksi
3. Tes golongan darah, lama pendarahan, waktu pembekuan darah
4. Urinalis/kultur urine
5. Pemeriksaan elektrolit

2.2.5 Komplikasi Sectio Sesarea

1. Perdarahan

Perdarahan yang terjadi pada sectio sesarea dapat terjadi karena adanya atonia uteri, pelebaran insisi uterus, kesulitan mengeluarkan plasenta dan hematoma ligamentum latum.

2. Infeksi

Infeksi seksio sesarea selain terjadi di daerah insisi infeksi tersebut juga dapat terjadi di daerah lain seperti traktus genitalia, traktus urinaria, paru-paru, dan traktus respiratori atas.

3. Gangguan mobilitas fisik

4. Trauma psikologis akibat hilangnya rahim

5. Kerusakan pada traktus urinarius dan usus termasuk pembentukan fistula

6. Dapat mengakibatkan obstruksi usus baik mekanis maupun peralitu
Oxom & force (2010)

2.2.6 Penatalaksanaan *Post Sectio Sesarea*

1. Pemberian cairan : cairan yang diberikan biasanya DS 10%, gram fisiologi dan RL. Karena 24 jam pertama penderita puasa pasca operari, maka pemberian cairan intravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lain.
2. Diet : pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6-10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh. Pemberian cairan perinfus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah dilakukan pemberian minuman dan makanan per oral.
3. Mobilisasi : mobilisasi dilakukan secara bertahap, miring kanan miring kiri. Mobilisasi dapat dimulai sejak 6-10 jam setelah di operasi. Hari kedua *post* operasi, klien dapat didudukan selama 5 menit dan diminta untuk nafas dalam lalu menghembuskannya dengan perlahan-lahan. Posisi tidur terlentang dapat diubah ke posisi setengah duduk(semifowler). Belajar berjalan dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke 3-5 *post* operasi.
4. Kateterisasi : kateter biasanya terpasang 24-28 jam/lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan klien. Kandung kemih yang penuh dapat menimbulkan rasa nyeri.

5. Pemberian *therapy* obat : obat yang biasanya diberikan pada klien *post* sileksio sesarea dapat berupa antibiotic, analgetik dan obat untuk memperlancar saluran pencernaan.
6. Perawatan luka : perawatan luka biasanya dapat dilakuakn setelah *post* operasi hari kedua.
7. Observasi tanda-tanda vital : tekanan darah, susu, respirasi, dan nadi.

2.3 Masa Nifas

2.3.1 Definisi

Masa nifas biasanya berlangsung selama 6 minggu dan dimulai setelah 2 jam postpartum dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti seperti keadaan sebelum hamil, namun secara keseluruhan baik secara fisiologis maupun secara psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan. Jika secara fisiologis sudah terjadi perubahan pada bentuk semula sebelum habil, akan tetapi secara psikologis masih terganggu maka dikatakan masa nifas tersebut belum berjalan dengan sempurna. (Siti nunung et.al, 2013)

2.3.2 Tahapan Masa Nifas

Ada 3 tahap dalam masa nifas yaitu

1. *Peurperium dini (immediate peurperium)* : pemulihan dimana ibu sudah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (waktu 0-24 jam postpartum). Dalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
2. *Peurperium intermedial (early peurperium)* :dimana pemulihan dari organ-organ reproduksi secara menyeluruh selama kurang lebih 6-8 minggu.
3. *Remote peurperium (later peurperium)* : Jika selama kehamilan dan persalinan ibu mengalami komplikasi, waktu untuk sehat bisa lebih lama. waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan yang sempurna secara bertahap.

(Siti nunung et.al, 2013)

2.3.2 Perubahan Fisiologi Masa Nifas

1. System Reproduksi

a. Uterus

Uterus berangsur-angsur kembali menjadi kecil dan akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

Tabel 2.3.1

Involusi	TFU	Berat	Diameter	Keadaan
		Uterus	Bekas	Serviks
			Melekat	
			Plasenta	
Setelah plasenta lahir	Sepusat	1000 gr	12,5 cm	Lembek
1 minggu	Pertengahan pusat simpisis	500 gr	7,5 cm	Dapat dilalui 2 jari
2 minggu	Tak teraba	350 gr	5 cm	Dapat dimasuki 1 jari
6 minggu	Sebesar hamil	50 gr	2,5 cm	

b. Lochea

Cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas disebut lochea.

Macam-macam lochea :

- 1) Lochea rubra (*cruenta*) : berwarna merah segar berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, selama 2 hari postpartum.
- 2) Lochea sanguinolenta : berwarna merah kuning berisi darah dan lendir, terjadi di hari 3-7 postpartum.
- 3) Lochea serosa : cairan bukan darah lagi, berwarna kuning, pada hari ke 7-14 post partum.
- 4) Lochea alba : cairan putih yang keluar setelah 2 minggu postpartum.
- 5) Lochea purulenta : keluar cairan seperti nanah berbau busuk, biasanya terjadi karena adanya infeksi.

c. Serviks

Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup. Serviks berevolusi bersama-sama uterus.

d. Vulva dan vagina

Selama proses melahirkan bayi vulva dan vagina mengalami penekanan yang sangat besar dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses melahirkan, kedua organ ini berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali ke keadaan semula dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.

e. Perineum

Pada postnatal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonus ototnya walaupun tetap kendur dari pada keadaan sebelum melahirkan, karena setelah melahirkan perineum menjadi kendur diakibatkan oleh teregangnya kepala bayi yang bergerak maju.

f. Payudara

ASI yang akan pertama kali muncul pada awal nifas adalah ASI kolostrum berwarna kuning yang sudah terbentuk pada tubuh ibu saat usia kehamilan kurang lebih 12 minggu.

Setelah kehamilan plasenta, konsentrasi estrogen dan progesterone menurun, prolactin dilepaskan dan sintesis ASI dimulai.

Perubahan pada payudara dapat terjadi :

- 1) Kolostrum sudah ada saat persalinan. Produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan.
- 2) Penurunan kadar progesterone secara tepat dengan peningkatan hormone prolactin setelah persalinan.
- 3) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.

2. System Perkemihan

Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Buang air kencing sulit selama 24 jam

pertama. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormone estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini dapat menyebabkan diuresis.

3. System Kardiovaskuler

Cardiac output terus meningkat selama kala I dan kala II persalinan. *Cardiac output* tetap tinggi dalam beberapa waktu sampai 48 jam postpartum. *Cardiac output* akan kembali ke keadaan semula seperti sebelum hamil dalam 2-3 minggu.

jumlah sel darah merah dan haemoglobin kembali normal pada hari ke-5. Meskipun kadar estrogen mengalami penurunan yang sangat besar selama masa nifas, kadarnya masih tetap tinggi daripada normal.

4. System Pencernaan

Kurangnya makanan berserat selama proses persalinan dan adanya rasa takut dari ibu karena perineum sakit, keadaan tersebut dapat menimbulkan konstipasi pada masa nifas. Kebanyakan kasus bisa sembuh spontan dengan mengkonsumsi makanan berserat, dapat juga diberikan supusitoria per rektal untuk melunakkan tinja.

5. System Endokrin

Progesterone turun pada hari ke-3 *post partum*, kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam *post partum*, kadar prolactin dalam darah berangsur-angsur hilang.

6. System Muskuloskeletal

Tahapan mobilisasi yang dapat dilakukan oleh ibu *post partum* dengan seksio sesarea yaitu :

- a. Setelah 2 jam operasi berlatih nafas dalam dan latihan kaki
- b. Setelah 6 jam lakukan gerakan miring kanan miring kiri
- c. Setelah 12 jam dianjurkan untuk duduk dan setelah 24 jam belajar berdiri dan berjalan.

Ambulasi pada umumnya dimulai 4-8 jam *post partum*, ambulasi dini dapat mencegah terjadinya komplikasi dan membantu mempercepat proses evolusi (suryani dan Atik 2015).

7. System Integumen

Penurunan melanin setelah persalinan menyebabkan berkurangnya *hyperpigmentasi* kulit.

8. Perubahan Psikologis pada Masa Nifas

a. Fase *taking in*

Fase ini dapat disebut periode ketergantungan, berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua melahirkan. Pada fase ini ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri.

b. Fase *taking hold*

Pada fase ini timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Fase ini merupakan periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan.

c. Fase *letting go*

Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan, di fase ini ibu sudah bisa menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai orang tua.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien *Post* Seksio Sesarea

2.4.1 Pengkajian

1. Identitas pasien

Meliputi nama, umur, agama, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, status perkawinan, ruang rawat, tanggal masuk, nomor *medical record*, diagnose medic, alamat.

2. Data riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

a) Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Menarasikan keluhan utama yang dirasakan klien. Biasanya ibu merasa perutnya mulas dan mengaku hamil. Tindakan yang sudah dilakukan sebelum masuk ke rumah sakit, tindakan yang dilakukan setelah masuk rumah sakit sampai klien mendapatkan perawatan.

b) Keuhan Utama Saat Dikaji

Keluhan yang paling dirasakan klien saat dilakukan pengkajian *post* seksio sesarea adalah nyeri, cemas, kurang pengetahuan tentang perawatan luka lalu diuraikan dalam konsep PQRST dalam bentuk narasi.

- 1) *Provokatif* dan *paliatif* : apa penyebabnya, apa yang memperberat, dan apa yang mengurangi. Seberapa berat keluhan nyeri yang dirasakan pasien dengan *post* seksio sesarea, nyeri dirasakan karena ada luka operasi seksio sesarea.
- 2) *Quality* atau kuantitas : dirasakan seperti apa, tampilannya, suaranya, berapa banyak. Seberapa sering rasa nyeri itu timbul pada ibu *post* seksio sesarea.
- 3) *Region* : lokasi dimana dan penyebarannya bagaimana. Pada ibu *post* seksio sesare yang mengeluh nyeri biasanya lokasinya dibagian abdomen.
- 4) *Severity/scale* : intensitas (skala) pengaruh terhadap aktivitas. Pada pasien *post* seksio sesarea berbeda dalam skala nyerinya, untuk mengetahui berapa skala nyeri yang dirasakan biasanya dapat dilihat dari ekspresi dan tingkah laku pasien.
- 5) *Timing* : kapan muncul keluhan, berapa lama keluhan itu muncul, bersifat (tiba-tiba,sering,bertahap). Nyeri dirasakan bertahap pada pasien post seksio sesarea.

b. Riwayat kesehatan dahulu

Apakah klien pernah mengalami penyakit yang sama meliputi penyakit yang lain yang dapat mempengaruhi penyakit sekarang, misal diabetes mellitus, hipertensi, obesitas, plasenta previa .

c. Riwayat kesehatan keluarga

Penyakit yang diderita klien apakah keluarga juga mempunyai penyakit yang sama dengan klien.

d. Riwayat ginekologi dan obstetric

1) Riwayat ginekologi

a) Riwayat menstruasi

Siklus haid, lamanya haid, banyaknya darah (warna, bau, cair, gumpalan), *menarche desminore*, HPHT.

b) Riwayat perkawinan (suami istri)

Usia perkawinan, umur klien dan suami saat menikah, pernikahan beberapa bagi klien dan suami.

c) Riwayat keluarga berencana

Jenis kontrasepsi yang digunakan sebelum hamil, lamanya menggunakan kontrasepsi, kontrasepsi yang digunakan setelah persalinan. Kontrasepsi jenis IUD paling efektif untuk ibu post seksio.

2) Riwayat obstetric

a) Riwayat kehamilan dahulu

Masalah yang dialami saat kehamilan sebelumnya

b) Riwayat kehamilan sekarang

Usia kehamilan, keluhan saat hamil, vaksin tetanus toxoid atau imunisasi TT diberikan selama kehamilan untuk mencegah resiko tetanus pada wanita hamil dan bayi yang belum lahir, imunisasi TT diberikan sebanyak tiga kali. Perubahan berat badan selama hamil, tempat memeriksakan kehamilan dan berapa kali klien memeriksakan kehamilan.

c) Riwayat persalinan dahulu

Umur kehamilan, tanggal partus, jenis partus, berat badan anak waktu lahir, panjang badan anak waktu lahir, tempat persalinan.

d) Riwayat persalinan sekarang

Persalinan yang beberapa kali bagi klien, tanggal melahirkan, jenis partus, lamanya proses melahirkan, berat badan anak waktu lahir, panjang badan anak waktu lahir APGAR *score* dalam 1 menit pertama dan 5 menit pertama.

e) Riwayat nifas dahulu

Masalah atau keluhan pada masa nifas sebelumnya

f) Riwayat nifas sekarang

Adanya perdarahan, jumlah darah, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri.

e. Pola aktivitas sehari-hari dirumah dan di rumah sakit

1) Pola nutrisi

Makan : frekuensi, jumlah, jenis makanan, porsi makan, keluhan kehilangan nafsu makan pada ibu *post* seksio sesarea dikeluhkan dihari ke tiga

Minum : frekuensi, jumlah, jenis minuman, keluhan

2) Pola eliminasi

BAB : frekuensi, warna, konsistensi dan keluhan

BAK : frekuensi, jumlah, warna, dan keluhan

Apakah terjadi diuresis setelah melahirkan, ada tidaknya inkontinensia, pada ibu *post* seksio biasanya takut untuk BAB karena ada luka insisi. Diuresis terjadi diantara hari kedua dan kelima.

3) Pola istirahat dan tidur

Tidur malam : waktu dan lama

Tidur siang : waktu dan lama

Pada ibu *post* seksio biasanya terjadi gangguan rasa nyaman untuk tidur karena ada nyeri pada luka insisi operasi seksio sesarea.

Pola tidur biasanya menurun karena ibu merasa kesakitan setelah tindakan pembedahan seksio sesarea.

4) *Personal hygiene*

Frekuensi mandi, gosik gigi, gunting kuku, keramas, ganti pakaian. Biasanya ibu *post* seksio sesarea mengalami nyeri sehingga dalam melakukan perawatan diri masih dibantu.

5) Aktivitas

Aktivitas sehari-hari klien dirumah maupun di rumah sakit, sebelum melahirkan dan sesudah melahirkan. Kemampuan mobilisasi beberapa saat setelah melahirkan.

f. Pemeriksaan fisik

1) Pemeriksaan fisik ibu

a) Keadaan umum

Berupa tingkat kesadaran dan penampilan. Keadaan klien dengan *post* seksio sesarea biasanya *composmentis* (kesadaran maksimal), keadaan tampak baik dan biasanya sedikit meringis karena nyeri (Suryani dan Anik, 2015).

b) Tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital biasanya berupa tekanan darah, suhu, respirasi, dan nadi. Tekanan darah untuk ibu *post* partum pada hari 1-3 biasanya meningkat. Keadaan ini akan kembali normal selama beberapa hari. Suhu pada ibu *post* partum pada hari ke 4 akan terjadi sedikit peningkatan kemungkinan disebabkan karena aktivitas payudara, jika

suhu naik lebih dari 38⁰c pada hari ke dua sampai hari-hari berikutnya kemungkinan adanya infeksi atau sepsis nifas. Denyut nadi ibu *post* partum akan mrlambat sampai sekitar 60 x/menit, karena pada waktu persalinan ibu istirahat penuh. Pernafasan pada umumnya lambat atau normal, jika ada pernafasan cepat *post* partum (>30 x/menit) kemungkinan karena adanya ikutan tanda-tanda syok.

c) Antopometri

Berupa tinggi badan, berat badan sebelum hamil, berat badan saat hamil, berat badan setelah melahirkan. Penurunan berat badan pada ibu *post* seksio sebanyak 2-3 kg.

d) Pemeriksaan fisik ibu

(1) Kepala

Bentuk kepala, adanya nyeri tekan dan lesi atau tidak, distribusi rambut, warna, penyebarannya.

(2) Wajah

Bentuk wajah, penampilan, ekspresi, nyeri tekan, adanya kloasma gravidarum. Pembengkakan pada wajah merupakan salah satu gejala dari adanya preeklamsi walaupun gejala utamanya adalah protein

urine. Ibu *post* seksio tidak semuanya mengalami pembengkakan pada wajah.

(3) Mata

Warna konjungtiva, konjungtiva ibu *post* seksio biasanya anemis dikarenakan saat melahirkan mengeluarkan banyak darah. Pergerakan bola mata, reflek pupil saat dirangsang oleh cahaya, ada tidaknya gangguan penglihatan.

(4) Telinga

Bentuk telinga apakah sejajar dengan ujung mata atau tidak, fungsi pendengaran.

(5) Hidung

Kebersihan hidung, pernafasan cuping hidung, nyeri tekan, fungsi penciuman.

(6) Mulut

Mukosa bibir, adanya karies gigi atau tidak, jumlah gigi, pembesaran tonsil.

(7) Leher

Ada tidaknya pembesaran tyroid, ada tidaknya nyeri saat menelan, ada tidaknya penarikan vena jugularis.

(8) Dada

Meliputi jantung, paru-paru, dan payudara. Dengarkan suara jantung, ada tidaknya nyeri tekan, dengarkan

suara paru-paru ada suara tambahan atau tidak, ada sesak atau tidak. Payudara biasanya setelah 24 jam pertama akan mengeluarkan kolostrum, cairan kuning. Payudara akan terasa keras dan sedikit nyeri setelah 48 jam pasca melahirkan.

(9) Abdomen

Pada abdomen ibu postpartum biasanya yang dikaji adalah TFU, adanya linea nigra, ada atau tidaknya infeksi pada sekitar luka insisi seksio sesarea.

Tinggi fundus uterus dan berat uterus menurut masa involusi

Tabel 2.4.1

Involusi	TFU	Berat Uterus	Diameter Bekas Melekat Plasenta	Keadaan Serviks
Setelah plasenta lahir	Sepusat	1000 gr	12,5 cm	Lembek
1 minggu	Pertengahan pusat simpisis	500 gr	7,5 cm	Dapat dilalui 2 jari
2 minggu	Tak teraba	350 gr	5 cm	Dapat dimasuki 1 jari
6 minggu	Sebesar hamil	50 gr	2,5 cm	

(10)Punggung dan bokong

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

(11) Anus

Lihat kondisi anus terdapat hemoroid atau tidak.

(12) Ekstremitas

Ada perubahan pada ukuran kaki, untuk ekstremitas atas pada umumnya tidak ada perubahan.

e) Pemeriksaan fisik bayi

(1) Keadaan umum

Kesadaran dan tampilan bayi dilakukan dengan pemeriksaan *APGAR score*.

(2) Antropometri

Pengukuran berat badan, panjang badan, lingk kepala, lingk lengan, lingk abdomen, lingk dada.

g. Analisa data

Dalam pengelompokan data dibedakan atas data subjektif dan data objektif. Analisa data didapatkan saat melakukan pengkajian selanjutnya dikelompokkan dan dilakukan analisa serta sintesis data.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan pada Klien *Post Partum*

Menurut Asuhan Keperawatan berdasarkan diagnose medis dan NANDA (*Nort American Nursing Diagnosis Association*) 2015 bahwa diagnose keperawatan yang dapat muncul pada ibu *post partum* dengan seksio sesarea yaitu (Nurarif, 2015) :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomy).
2. Resiko infeksi berhubungan dengan factor resiko : episiotomy, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.
3. Ketidakefektifan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (*mucus* dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi).
4. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi *postpartum*.
5. Gangguan eliminasi urine.
6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan.
7. Kurang perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik.
8. Konstipasi.
9. Resiko syok (hipovolemik).
10. Resiko perdarahan.

11. Defisiensi pengetahuan : perawatan *postpartum* berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan *postpartum*.
12. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.

2.4.3 Rencana Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomy).

Tabel 2.1

Intervensi Nyeri Akut

Diagnose Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Nyeri akut Definisi : Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang actual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (<i>International Association for the study of Pain</i>) : yang tiba-tiba atau lambat dan intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang	NOC <i>1. Pain Level</i> <i>2. Pain Control</i> <i>3. Comfort Level</i> Kriteria Hasil : 1.Mampu mengontrol nyeri (mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri). 2.Melaporkan bahwa nyeri berkurang menjadi 103 (0-10) dengan menggunakan manajemen nyeri	NIC Mengkaji etiologi/faktor pendukung dan pencetus : 1.Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan factor presipitasi. Mengevaluasi respon klien terhadap nyeri : 2.Observasi reaksi <i>nonverbal</i> dan ketidaknyamanan sebelum melakukan	Mengkaji etiologi/factor pendukung dan pencetus : 1. Mengidentifikasi factor pencetus atau pemicu dan factor yang mengurangi 2. Klien mungkin tidak secara verbal melaporkan nyeri dan ketidaknyamanan secara langsung

<p>daoat di antisipasi atau di prediksi dan berlangsung <6 bulan.</p> <p>Batasan</p> <p>Karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan selera makan 2. Perubahan tekanan darah 3. Perubahan frekuensi jantung 4. Perubahan frekuensi pernafasan 5. Laporan isyarat 6. Diaphoresis 7. Perilaku distraksi(mis, berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktifitas lain, aktifitas yang berulang) 8. Mengekspresikan perilaku (mis, gelisah, merengek, menangis) 9. Masker wajah (mis, mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu focus meringis) 10. Sikap melindungi area nyeri 11. Fikus menyempit 	<p>Klien mungkin tidak 100% terbebas dari nyeri namun dapat merasa bahwa “tiga” ketidaknyamanan yang dpat dikendalikan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mampu menggali nyeri (skala, intensita, frekuensi, dan tanda nyeri). 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang, ditandai dengan : klien tidak tampak meringis, tidak berkeringat, mata tidak berpencar. 	<p>tindakan <i>nonfarmakologi</i>.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Observasi reaksi <i>nonverbal</i> setelah melakukan tindakan <i>nonfarmakologi</i>. 4. Observasi tanda-tanda vital. <p>Membantu klien menggali metode dalam mengurangi/mengendalikan nyeri :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Evaluasi penerimaan klien tentang manajemen nyeri. 6. Berikan terapi <i>non farmakologi</i>, terapi relaksasi nafas dalam sebagai intervensi <i>nonfarmakologi</i> dan kaji skala nyeri. 7. Beri informasi dalam penyuluhan tentang manajemen nyeri <i>nonfarmakologi</i>. 	<p>bermanfaat dalam mengenali adanya nyeri mengindikasikan kebutuhan untuk evaluasi lanjut.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Klien mungkin tidak secara verbal melapokan nyeri dan ketidaknyamanan secara langsung bermanfaat dalam mengenali adanya nyeri mengindikasikan kebutuhan untuk evaluasi lanjut. 4. Tekanan darah, nadi, suhu, respirasi. 5. Untuk mrngrtahui keefektifan manajemen nyeri farmakologi maupun <i>nonfarmakologi</i>. 6. Mampu menurunkan stress fisik maupun emosional, dapat menurunkan intensitas nyeri. 7. Perhatian utama sebagian besar klien/keluarga adalah nyeri dan ketidaknyamanan
---	---	---	--

(mis, gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang da lingkungan)		
12. Indikasi nyeri yang dapat diamati	8. Mengobservasi skala nyeri sebelum tindakan relaksasi nafas dalam.	8. Untuk mengetahui perubahan intensitas nyeri sebelum dilakukan tindakan relaksasi nafas dalam.
13. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri	<i>Analgesic Administration</i>	
14. Sikap tubuh melindungi	9. Evaluasi efektifitas analgesic, tanda dan gejala.	9. Mengetahui efektifitas terapi farmakologi.
15. Dilatasi pupil	10. Lanjutkan kolaboratif analgesic pada klien.	10. Analgesic yang beragam meliputi pil, injeksi, dosis intravena, atau analgesic regional (mis, analgesic epidural dan spinal).
16. Melaporkan nyeri secara verbal		
17. Gangguan tidur.		
Factor yang berhubungan :		
1. Agen cedera (mis, biologis, zat kimia,fisik, psikologis)		

Sumber : (Nuraris & Kusuma, 2015,Doenges, 2015)

2. Resiko infeksi berhubungan dengan factor resiko : episiotomy, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.

Tabel 2.2

Intervensi Resiko Infeksi

Diagnose Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko infeksi Definisi : Beresiko tinggiterhadap invasi organisme pathogen Factor resiko : 1. Penyakit kronis(diabetes mellitus, obesitas). 2. Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemanjangan pathogen. 3. Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat. 1) Gangguan peristaltis 2) Integritas kulit(pemasangan kateter intravena, prosedur invasive) 3) Perubahan sekresi pH 4) Penurunan kerja siliaris 5) Pecah	NOC <i>1. Immune status</i> <i>2. Knowledge :Infection control</i> <i>3. Risk control</i> Kriteria Hasil : 1.Menyatakan pemahaman penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan. 2.Menunjukan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi. 3.Mencapai penyembuhan luka yang tepat waktu ; tidak mengalami drainase purulent ; tidak mengalami demam	NIC Untuk menentukan factor resiko/pendukung 1. Kaji adanya factor spesifik pejamu yang mempengaruhi imunitas seperti trauma, gaya hidup, usia ekstrim, adanya penyakit yang mendasari. 2. Observasi kulit/jaringan disekitar cedera;inspeksi area jahitan, insisi pembedahan, luka. 3. Pantau nilai raboratorium untuk mengurangi	Untuk menentukan factor resiko/pendukung 1. Trauma : jalur umum masuknya pathogen. 2. Kemerahan, hangat, pembengkakan, nyeri, lapisan merah merupakan tanda perkembangan infeksi setempat yang dapat memiliki implikasi sistemik jika terapi terlambat. 3. Untuk mengidentifikasi adanya pathogen dan pilihan terapi.

ketuban dini	factor resiko yang ada.	
6) Merokok		4. Pertahanan pertama terhadap infeksi terkait layanan kesehatan(healthcare-associated infection, HAI).
7) Stasis cairan tubuh	4. Ajarkan teknik mencuci tangan yang tepat.	
8) Trauma jaringan(mis, trauma destruksi jaringan)		5. Mengurangi factor resiko yang ada.
4. Ketidakadekuatan pertahanan	5. Penyuluhan tentang cara mengurangi potensi infeksi Pascaoperasi (mis, tindakan perawatan luka atau balutan, menghindari orang lain yang mengidap infeksi).	
1) Penurunan haemoglobin		6. Fungsi imun dipengaruhi oleh asupan protein, keseimbangan antara asupan asam lemak omega-6 dan omega-3, dan E, dalam jumlah yang adekuat.
2) Immunosupresi (mis, imunitas didapat tidak adekuat)	6. Lakukan atau dorong diet seimbang dengan menekankan protein untuk mendukung system imun.	7. Menentukan keefektifan terapi dan adanya efek samping.
3) Supresi respon inflamasi		
5. Vaksinasi tidak adekuat	7. Beri dan pantau regimen obat (antimikroba, antibiotic topical) dan catat respon klien.	8. Balutan steril menutupi luka pada 24 jam pertama kelahiran sesarea membantu melindungi luka dari kontaminasi. Rembesan dapat menandakan hematoma.
6. Pemajanan terhadap pathogen lingkungan meningkat	8. Inspeksi balutan abdominal terhadap eksudat atau rembesan.	
7. Wabah		
8. Prosedur invasive		
9. Malnutrisi		

-
- | | |
|--|--|
| <p>9. Dorong klien untuk mandi shower dengan menggunakan air hangat setiap hari.</p> <p>10. Kaji suhu, nadi, dan sel darah putih.</p> <p>11. Ganti balutan luka bedah atau luka lain jika perlu dengan menggunakan teknik aseptik.</p> <p>Meningkatkan kesehatan (oenyuluhan/pertimbangan/pemulangan)</p> <p>12. Instruksikan klien/kerabat mengenai teknik untuk melindungi integritas kulit merawat lesi dan mencegah penyebaran infeksi di rumah.</p> | <p>9. Mandi biasanya diizinkan di hari kedua setelah melahirkan sesarea, meningkatkan higienis.</p> <p>10. Demam pasca hari operasi ke-3, leukosit dan takikardi menunjukkan infeksi.</p> <p>11. Mencegah timbulnya pertumbuhan infeksi</p> <p>Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan/pemulangan)</p> <p>12. Memberi pengetahuan dasar untuk perlindungan diri sendiri.</p> |
|--|--|

Sumber : (Nuraris & Kusuma, 2015, Doenges, 2015)

3. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (*mucus* dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi).

Tabel 2.3

Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas

Diagnose Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan bersihan jalan nafas Definisi : Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dan saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas. Batasan Karakteristik : 1. Tidak ada batuk 2. Tidak ada suara nafas tambahan 3. Perubahan frekuensi nafas 4. Perubahan irama nafas 5. Sianosis 6. Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara 7. Penurunan	NOC 1. Status pernafasan : kepatenan jalan nafas 2. Pengendalian aspirasi 3. Kognisi Kriteria Hasil ; 1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dispneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah). 2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal). 3. Mampu mengidentifikasi dan mencegah	NIC Mempertahankan jalan nafas yang adekuat 1. Evaluasi frekuensi/kedalaman pernafasan dan suara nafas. 2. Atur posisi sesuai usia dan kondisi/gangguan. Mengeluarkan sekresi 3. Tinggikan kepala tempat tidur atau ubah posisi bila diperlukan. 4. Dorong dan	Mempertahankan jalan nafas yang adekuat 1. Takipnea biasanya terjadi pada beberapa derajat dan dapat terlihat saat terjadi stress pernafasan. 2. Mengatur posisi kembali kepala menjadi sesuatu yang diperlukan untuk membuka atau mempertahankan jalan nafas tetap terbuka pada individu mengalami mobilisasi atau gangguan. Mengeluarkan sekresi 3. Posisi yang tinggi atau tegak lurus memfasilitasi fungsi pernapasan dengan penggunaan gravitasi. 4. Untuk

<p>bunyi nafas</p> <p>8. Dipsneu</p> <p>9. Sputum dalam jumlah yang berlebihan</p> <p>10. Batuk yang tidak efektif</p> <p>11. Orthopneu</p> <p>12. Gelisah</p> <p>13. Mata terbuka lebar</p> <p>Factor yang berhubungan :</p> <p>1. Lingkungan</p> <p>1) Perokok pasif</p> <p>2) Mengisap asap</p> <p>3) Merokok</p> <p>2. Obstruksi jalan nafas</p> <p>1) Spasme jalan nafas</p> <p>2) Mokus dalam jumlah berlebihan</p> <p>3) Eksudat dalam jalan alveoli</p> <p>4) Adanya jalan nafas buatan</p> <p>5) Sekresi bertahan/sisa sekresi</p> <p>6) Jalan nafas alergik</p> <p>7) Asma</p> <p>8) Penyakit paru obstruktif</p> <p>9) Hiperplasi dinding</p>	<p>factor yang dapat menghambat jalan nafas.</p>	<p>instruksikan klien untuk latihan nafas dalam dan batuk terarah.</p>	<p>memaksimalkan upaya batuk, ekspansi paru, dan drainase, dan mengurangi gangguan nyeri.</p>
		<p>5. Mobilisasi klien sedini mungkin.</p>	<p>5. Mengurangi resiko efek etelaktasis, yang meningkatkan ekspansi paru dan drainase bagian paru yang berbeda.</p>
		<p>6. Beri obat (mis, expektoran bronchodilator, mukolitik, dan anti inflamasi) sesuai indikasi.</p>	<p>6. Mereleksasikan otot polos pernapasan, mengurangi edema jalan nafas, mengeluarkan sekresi.</p>
		<p>7. Beri nebulizer ultrasonic atau alat pelembab udara ruangan humidifier.</p>	<p>7. Memberikan kelembapan sehingga membantu mengurangi kekentalan sekresi.</p>
		<p>Mengkaji perubahan, catat komplikasi :</p>	<p>Mengkaji perubahan, catat komplikasi :</p>
		<p>8. Auskultasi suara nafas, dengan mencatat perubahan dalam pergerakan udara.</p>	<p>8. Untuk memastikan status saat ini dan efek terapi untuk membersihkan jalan nafas.</p>
		<p>9. Pantau tanda-tanda vital. Observasi peningkatan frekuensi pernapasan, gelisah/ansietas, dan penggunaan otot bantu nafas.</p>	<p>9. Menunjukkan perburukan gawat napas.</p>
		<p>Meningkatkan kesehatan (penyuuhan/pertimbangan pulang):</p>	<p>Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pulang):</p>
		<p>10. Demonstrasikan atau bantu</p>	

bronchial	klien/kerabat	10. Agar klien/kerabat
10) Infeksi	dalam melakukan	dapat melakukan
11) Disfungsi	teknik	pembersihan jalan
neuromusc	pembersihan jalan	nafas atau latihan
ular	penguatan otot	penguatan otot
	pernafasan, perkusi	pernapasan dengan
	dada jika	mandiri
	diindikasikan.	
	11. Tinjau latihan	11. Memfasilitasi
	nafas, teknik batuk	pemulihan pasca
	efektif, dan	operasi, mengurangi
	penggunaan alat	resiko pneumonia.
	bantu tambahan	
	pada penyuluhan	
	pra operasi.	

Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2015, Doenges, 2015)

4. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi *postpartum*.

Tabel 2.4

Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Intervensi Kriteria Hasil	Rasional
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan	NOC 1. <i>Nutritional status</i> 2. <i>Nutritional status : food and fluid intake</i> 3. <i>Weight control</i> Kriteria Hasil : 1. Adanya peningkatan	NIC Mengevaluasi tingkat <i>deficite</i> 1. Kaji berat badan saat ini, bandingkan dengan berat badan yang biasa, dan berat badan

metabolic	berat badan	sesuai usia	
Batasan	sesuai tujuan	2. Pantau	2. Untuk menentukan
Karakteristik :	2. Berat badan	pemeriksaan	tingkat <i>deficit</i> nutrisi
1. Kram	idealsesuai	laboratorium(glu	dan efek pada fungsi
2. Nyeri	dengan tinggi	kosa, fungsi hati,	tubuh yang
3. Menghindari	badan	elektrolit, zat	menentukan
makanan	3. Mampu	besi, albumin	kebutuhan diet
4. Berat badan	mengidentifikas	serum, kolestrol)	khusus
20% atau lebih	i kebutuhan	3. Lakukan	3. Untuk menetapkan
dibawah berat	nutrisi	kolaborasi	tujuan nutrisi ketika
badan ideal	4. Tidak ada	dengan tim	klien memiliki
5. Kerapuhan	tanda-tanda	antardisiplin	kebutuhan diet
kapiler	malnutrisi		khusus, malnutrisi
6. Diare	5. Menunjukan		berat
7. Kehilangan	peningkatan	Kebutuhan terapi	Kebutuhan terapi
rambut	fungsi	kondisi khusus	kondisi khusus
berlebihan	pengecapan dan	4. Beri obat untuk	4. Untuk meningkatkan
8. Bising usus	menelan	nyeri atau mual,	kenyamanan fisik
hiperaktif	6. Tidak terjadi	dan pantau efek	dan nafsu makan
9. Kurang	penurunan berat	samping obat	
makanan	badan yang	5. Bantu dalam	5. Untuk memperbaiki
10. Kurang	berarti	terapi guna	asupan dan
informasi		mengoreksi atau	penggunaan zat gizi
11. Kurang minat		mengendalikan	
12. Penurunan		factor penyebab	
berat badan		yang mendasari	
dengan asupan			
makanan		Meningkatkan	Meningkatkan asupan
adekuat		asupan diet	diet
13. Kesalahan		6. Beri banyak	6. Memperbaiki
konsepsi		makanan kecil	kesempatan untuk
14. Kesalahan		sesuai indikasi	meningkatkan jumlah
informasi			gizi yang dikonsumsi
15. Membrane			dalam waktu 24 jam
mukosa pucat		7. Hindari makanan	7. Untuk mengurangi
16. Ketidakmamp		yang	ketidaknyamanan
uan memakan		menyebabkan	setelah makan
makanan		intoleransi	
17. Tonus otot		mobilitas	
menurun		lambung	
18. Mengeluh			
gangguan		Meningkatkan	Meningkatkan
sensasi rasa		kesehatan	kesehatan (penyuluhan)
19. Mengeluh		(penyuluhan)	
		8. Beri informasi	8. Untuk mengetahui

asupan makanan kurang	mengenai nutrisi	pemahaman klien
20. Cepat kenyang setelah makan	9. Timbang berat badan setiap minggu dan dokumentasikan	9. Untuk memantau keefektifan rencana diet
21. Sariawan rongga mulut		
22. Steatorea		
23. Kelemahan otot mengunyah		
24. Kelemahan otot untuk menelan		
Factor Yang Berhubungan :		
1. Factor biologis		
2. Factor ekonomi		
3. Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrient		
4. Ketidakmampuan untuk mencerna makanan		
5. Ketidakmampuan menelan makanan		
6. Factor psikologis		

Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2015, Doenges, 2015)

5. Gangguan eliminasi urine

Tabel 2.5

Intervensi Gangguan Eliminasi Urine

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan Eliminasi Urine Definisi : Disfungsi pada eliminasi urine Batasan Karakteristik : 1. Dysuria 2. Sering berkemih 3. Anyang-anyangan 4. Inkontinensia 5. Nokturia 6. Retensi 7. Dorongan Factor Yang Berhubungan : 1. Obstruksi anatomic 2. Penyebab multiple 3. Gangguan sensori motoric 4. Infeksi saluran kemih	NOC 1. Eliminasi urin 2. Kontinensia urin 3. Perawatan diri : eliminasi urin Kriteria Hasil: 1. Klien mengatakan pemahaman tentang kondisi 2. Klien mengetahui factor penyebab khusus 3. Klien mengetahui pola eliminasi normal atau berpartisipasi dalam tindakan untuk mengoreksi uatau mengompensasi defek 4. Klien menunjukan perilaku untuk mencegah infeksi urin 5. Klien mampu menangani perawatan kateter urin atau	NIC Mengkaji factor penyebab atau pendukung 1. Tentukan asupan cairan harian klien yang biasa baik jumlah dan pilihan minuman catat kondisi kulit dan membrane mukosa, warna urin Mengkaji tingkat gangguan/disabilitas 2. Pastikan pola eliminasi klien sebelumnya dan bandingkan dengan situasi saat ini 3. Membantu mengatasi/mencegah gangguan perkemihan/anjuran asupan cairan hingga 200-3000 ml/hari 4. Bantu meningkatkan eliminasi yang rutin misalnya latihan kandung kemih 5. Implementasikan dan pantau	Mengkaji factor penyebab/pendukung 1. Untuk menentukan tingkat nutrisi Mengkaji tingkat gangguan/disabilitas 2. Untuk membantu dalam identifikasi dan terapi disfungsi tertentu 3. Mempertahankan fungsi ginjal, mencegah infeksi, pembentukan batu urin, menghindari kerak sekitar kateter 4. Untuk orang dewasa yang utuh secara kognitif dan secara fisik mampu melakukan eliminasi sendiri 5. Untuk memodifikasi

stoma dan alat setelah diversi urin	intervensi untuk masalah eliminasi khusus misalnya latihan dasar panggul atau modalitas latihan kembali kandung kemih	terapi sesuai kebutuhan
	Meningkatkan kesehatan(penyuluhan /pertimbangan pulang)	
	6. Pertimbangkan pentingnya mempertahankan area perineum tetap kering dan bersih	6. Mengurangi resiko infeksi.

Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2015, Doenges, 2015)

6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

Tabel 2.6

Intervensi Gangguan Pola Tidur

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan pola tidur Definisi : Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat factor eksternal Batasan Karakteristik : 1. Perubahan pola tidur normal	NOC <i>1. Anxiety reduction</i> <i>2. Comfort level</i> <i>3. Pain level</i> <i>4. Rest : Extent and Pattern</i> <i>5. Sleep : Extent an Pattern</i> Kriteria Hasil : 1. Jumlah tidur dalam batas	NIC Mengkaji factor penyebab atau pendukung 1. Identifikasi adanya factor yang diketahui mengganggu tidur, termasuk penyakit saat ini Mengevaluasi tidur dan tingkat	Mengkaji factor penyebab atau pendukung 1. Untuk mengetahui penyebab susah tidur klien Mengevaluasi tidur dan tingkat disfungsi

2. Penurunan kemampuan berfungsi	normal jam/hari	6-8	disfungsi	2. Kaji pola tidur yang biasa dan bandingkan dengan gangguan tidur saat ini	2. Untuk mengetahui intensitas tidur klien
3. Ketidakpuasan tidur	2. Pola tidur, kualitas dalam batas normal				
4. Menyatakan sering terjaga	3. Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat			3. Kaji mengenai kualitas tidur dan respon dari kurangnya tidur yang berkualitas	3. Membantu mengklarifikasi persepsi klien mengenai kualitas tidur
5. Menyatakan tidak mengalami kesulitan tidur	4. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur				
6. Menyatakan tidak merasa cukup istirahat					Membantu klien mencapai pola istirahat tidur yang optimal
Factor yang berhubungan					
7. Kelembaban lingkungan sekitar				4. Nyalakan music yang lembut, lingkungan yang tenang	4. Untuk meningkatkan relaksasi
8. Suhu lingkungan sekitar					
9. Tanggung jawab memberi asuhan				5. Meminimalkan factor yang mengganggu tidur	5. Untuk meningkatkan kualitas tidur klien
10. Perubahan pejanan terhadap cahaya gelap				6. Pantau aktivitas perawatan tanpa membangunkan klien	6. Periode tidur tanpa gangguan yang lebih lama terutama didalam hari
11. Gangguan (mis, untuk tujuan terapeutik, pemantauan, pemeriksaan laboratorium)					Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pulang)
12. Kurang control tidur				Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pulang)	
13. Kurang privasi, pencahayaan				7. Yakinkan klien bahwa tidak dapat tidur sekali-kali tidak mengancam kesehatan	7. Pengetahuan bahwa insomnia sekali-kali umum terjadi dan tidak membahayakan
14. Bising, bau gas					
15. Restrain fisik,					

teman tidur
16. Tidak familier
dengan prabot
tidur

Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2015, Doenges, 2015)

7. Kurang perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, toileting
berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik.

Tabel 2.7

Intervensi Kurang Perawatan Diri

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Kurang perawatan diri mandi Definisi : Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi/aktivitas perawatan diri sendiri.	NOC 1. Mendemonstrasikan teknik untuk memenuhi perawatan diri 2. Mengidentifikasi dan menggunakan sumber-sumber yang ada.	NIC 1. Kaji status psikologi klien dan kondisi yang ada (nyeri, trauma pembedahan)	1. Membantu menetapkan tujuan yang realistis dan membuat dasar untuk mengevaluasi keefektifan intervensi sehingga sesuai dengan aspek psikologis dan kondisi klien
Batasan karakteristik : 1. Ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi 2. Ketidakmampuan mengeringkan tubuh 3. Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi 4. Ketidakmampuan menjangkau sumber air 5. Ketidakmampuan mengatur air	Kriteria Hasil: 1. Perawatan diri mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu 2. Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh 3. Skala nyeri berkurang menjadi 1-3 (0-10)	2. Motivasi klien untuk segera mungkin melakukan latihan mobilitas, kemudian ditingkatkan secara bertahap 3. Berikan bantuan perawatan diri mandi/hygine, makan	2. Mobilisasi sedini mungkin dapat mempengaruhi status kesehatan 3. Memenuhi kebutuhan perawatan diri klien

-
- mandi
6. Ketidakmampuan membasuh tubuh

Factor yang berhubungan

1. Gangguan kognitif
 2. Penurunan motivasi
 3. Kendala lingkungan
 4. Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh
 5. Ketidakmampuan merasakan hubungan special
 6. Efek anestesi
 7. Ketidaknyamanan fisik
 8. Gangguan musculoskeletal
 9. Gangguan neuromuscular
 10. Nyeri
 11. Gangguan persepsi
 12. Ansietas berat
-

Sumber : (Nurarif & Kusuma,2015, Doenges,2015)

8. Konstipasi

Tabel 2.8

Intervensi Konstipasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Konstipasi	NOC	NIC	
Definisi :	1. Defekasi	Identifikasi factor penyebab	Identifikasi factor penyebab
Penurunan pada frekuensi normal pada defeksi yang	2. Status nutrisi	1.Tinjau program diet harian, dengan	1. Ketidakseimbangan nutrisi
	3. Perawatan diri		

disertai oleh kesulitan atau pengeluaran tidak lengkap feses atau pengeluaran feses yang kering, keras dan banyak	Kriteria Hasil: 1. Menetaokan atau memperoleh kembali pola defekasi yang normal	mencatat apakah diet kurang serat	mempengaruhi jumlah dan konsistensi feses, serat makanan yang tidak adekuat menyebabkan fungsi usus yang buruk
Batasan Karakteristik : 1. Nyeri abdomen 2. Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot 3. Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resistensi otot 4. Anoreksia 5. Penampilan tidak khas pada lansia (missal, perubahan pada status mental, inkontinensia urinarius) 6. Borborigmi 7. Darah merah pada feses 8. Perubahan pola pada defeksi 9. Penurunan frekuensi 10. Penurunan volume feses 11. Distensi abdomen 12. Rasa rektal penuh 13. Rasa tekanan rektal	2. Menyatakan pemahaman tentang etiologic dan intervensi atau solusi yang tepat untuk situasi individu 3. Memperlihatkan perilaku atau perubahan gaya hidup untuk mencegah 4. Berpartisipasi dalam proram defekasi sesuai indikasi	2. Lakukan auskultasi abdomen 3. Lakukan palpasi abdomen Pola eliminasi normal 4. Diskusikan kebiasaan eliminasi yang normal 5. Catat factor yang biasanya menstimulasi aktivitas usus dan setiap gangguan yang ada Mengkaji pola eliminasi saat ini 6. Catat warna, bau, konsistensi, jumlah dan frekuensi feses setiap kali defekasi selama fase pengkajian 7. Pastikan durasi masalah saat ini dan tingkat kekhawatiran klien	2. Untuk mengetahui adanya lokasi dan karakteristik bising usus yang menggambarkan aktifitas usus 3. Agar mengetahui adanya kekerasan, distensi, dan massa/retensi feses Pola eliminasi normal 4. Membantu mengidentifikasi persepsi klien terhadap masalah 5. Untuk mengetahui aktivitas usus dan gangguan yang ada pada klien Mengkaji pola eliminasi saat ini 6. Dasar untuk perbandingan 7. Konstipasi pasca bedah dapat menyebabkan distress yang hebat Memfasilitasi kembalinya pola

14. Keletihan umum	kembalinya pola eliminasi yang normal	eliminasi yang normal
15. Feses keras dan berbentuk	8. Tinjau program medikasi klien saat ini dengan dokter	8. Menentukan obat yang menyebabkan konstipasi
16. Sakit kepala	9. Lakukan mandi dengan rendam duduk sebelum defekasi	9. Untuk merelaksasikan sfingter
17. Bising usus hiperaktif	10. Dukung terapi penyebab medis yang mendasari jika tepat	10. Dapat memperbaiki fungsi usus
18. Bising usus hipoaktif		
19. Peningkatan tekanan abdomen	Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pulang)	Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pulang)
20. Tidak dapat makan, mual	11. Beri informasi dan sumber kepada klien mengenai diet, latihan fisik, cairan, dan penggunaan laktasif yang tepat sesuai indikasi	11. Membantu klien menangani konstipasi
21. Rembesan feses cair	12. Beri dukungan social dan emosional	12. Membantu mengatasi disabilitas actual yang berkaitan dengan manajemen usus jangka panjang
22. Nyeri pada saat defekasi	13. Identifikasi tindakan khusus yang dilakukan jika masalah tidak terselesaikan	13. Intervensi yang tepat waktu
23. Massa abdomen yang dapat diraba		
24. Adanya feses lunak		
25. Perkusi abdomen pekak		
26. Sering flatus		
27. Mengejan pada saat defekasi		
28. Tidak dapat mengeluarkan feses		
29. Muntah		
Factor yang berhubungan :		
1. Fungsional :		
1) Kelemahan otot abdomen		
2) Kebiasaan mengabaikan dorongan defekasi		

-
- 3) Ketidakad
ekuatan
toileting
 - 4) Kurang
aktivitas
fisik
 - 5) Kebiasaan
defekasi
tidak
teratur
 - 6) Perubahan
lingkungan
saat ini

Psikologis:

1. Depresi, stress
emosi
2. Konfusi
mental

Farmakologis:

1. Antasida
mengandung
aluminium
 2. Antikolinergik
,
antikonvulsan
 3. Antidepresan
 4. Agens
antilipemil
 5. Garam
bismuth
 6. Kalsium
karbonat
 7. Penyekat
saluran kalium
 8. Diuretic,
garam besi
 9. Penyalahguna
an laktasif
 10. Agen anti-
inflamasi non
steroid
 11. Opiate,
fenotiazid,
sedative
-

12. Simptomimetik

Mekanis

1. Ketidakseimbangan elektrolit
2. Hemoroid
3. Penyakit hirschprung
4. Gangguan neurologist
5. Obesitas
6. Obstruksi pasca bedah
7. Kehamilan
8. Pembesaran prostat
9. Abses rektal
10. Fisura anak rektal
11. Striktur anak rektal
12. Prolapse rektal, ulkus rektal
13. Rektokel, tumor

Fisiologis

1. Perubahan pola makan
 2. Perubahan makanan
 3. Penurunan motilitas traktus gastroenterestinal
 4. Dehidrasi
 5. Ketidakadekuatan gigi geligi
 6. Ketidakadekuatan hygiene oral
 7. Asupan serat tidak cukup
 8. Asupan cairan
-

tidak cukup
9. Kebiasaan
makan buruk

Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2015, Doenges, 2015)

9. Resiko syok (hipovolemik)

Tabel 2.9

Intervensi Resiko Syok (Hipovolemik)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Intervensi Kriteria Hasil	Rasional
Resiko syok Definisi : Beresiko terhadap ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh	NOC 1. Syok prevention 2. Syok management Kriteria Hasil :	NIC Kaji factor penyebab/pendukung syok 1. kaji riwayat adanya penyebab syok hipovolemik, seperti trauma, pembedahan Kaji factor penyebab/pendukung syok 1. Menunjukkan volume darah yang bersirkulasi menurun

yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nadi dalam batas yang diharapkan 2. Irama jantung dalam batas yang diharapkan 3. Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan 4. Iramanafas dalam batas yang diharapkan 5. Natrium serum dalam batas normal 6. Kalium serum dalam batas normal 7. Klorida serum dalam batas normal 8. Kalsium serum dalam batas normal 9. Magnesium serum dalam batas normal 10. pH darah serum dalam batas normal 11. hidrasi indicator: <ol style="list-style-type: none"> 1) mata cekung tidak ditemukan 2) demam tidak ditemukan 3) tekanan darah dalam batas 	<ol style="list-style-type: none"> 2. infeksi kulit, catat adanya luka terumatis atau luka pembedahan 3. Kaji tanda-tanda vital <p>Mencegah kemungkinan penyebab syok</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Kolaborasi terapi terhadap kondisi yang mendasari 5. Beri cairan elektrolit, koloid sesuai indikasi <p>Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pulang)</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Instruksikan klien mengenai cara mencegah kondisi yang mendasari penyebab syok termasuk dehidrasi 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Untuk mengetahui adanya trauma 3. Untuk mengetahui kondisi klien <p>Mencegah kemungkinan penyebab syok</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Untuk memaksimalkan sirkulasi sistemik 5. Untuk mempertahankan volume sirkulasi dan mencegah kondisi syok <p>Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pulang)</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Untuk meningkatkan pengetahuan
--	---	---	---

-
- normal
4) hematokrit
dalam
batas
normal
-

Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2015, Doenges, 2015)

10. Resiko Perdarahan

Tabel 2.10

Intervensi Resiko Perdarahan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko perdarahan Definisi : Beresiko mngalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan.	NOC 1. <i>Blood lose severity</i> 2. <i>Blood koagulation</i> Kriteria Hasil : 1. Tidak	NIC Mengkaji factor prnyebab/pendukung 1. Catat factor kehamilan sesuai indikasi	Mengkaji factor penyebab/pendukung 1. Banyak fsktor yang dapat terjadi, termasuk overdistensi uterus, kehamilan kembar,

Factor Resiko :	hematuria dan		
1. Aneurisme	hematemesis		
2. Sirkumsisi	2. Kehilangan		
3. Defisiensi pengetahuan	darah yang terlihat		
4. Koagulopati intevaskuler diseminata	3. Tekanan darah dalam batas mormal		
5. Riwayat jatuh	4. Tidak ada perdarahan pervaginam		
6. Gangguan gastrointestinal	5. Tidak ada distensi abdominal		
7. Gangguan fungsi hati	6. Haemoglobin dan mematokrit dalam batas normal	Untuk mengevaluasi perdarahan potensial	Untuk mengevaluasi perdarahan potensial
8. Koagulopati inheren (mis, trombositopenia)	7. Plasma, PT, PTT dalam batas normal	2. Pantau perineum dan tinggi fundus pada klien pasca partum : luka balutan	2. Untuk mengidentifikasi kehilangan darah aktif
9. Komplikasi pasca partum		3. Kaji tanda-tanda vital	3. Untuk mengetahui kondisi klien
10. Komplikasi terkait kehamilan		4. Pantau data laboratorium (mis, darah lengkap, Hb, jumlah dan fungsi trombosit)	4. Untuk mengevaluasi resiko perdarahan
11. Trauma		5. Bantu dengan terapi yang mendasari yang menyebabkan kehilangan darah, seperti terapi medis infeksi ssistemik	5. Terapi kondisi yang mendasari terjadinya perdarahan dapat mencegah atau menghentikan komplikasi perdarahan
12. Efek samping terkait terapi (mis, pembedahan)		6. Berkolaborasi dalam mengevaluasi kebutuhan untuk menghentikan kehilangan darah atau komponen darah khusus	6. Untuk menggantikan kehilangan darah yang terjadi

	Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pulang)	Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pulang)
	7. Kebutuhan untuk tindak lanjut medis dan pemeriksaan laboratorium secara teratur ketika mendapat anti koagulan.	7. Untuk menentukan perubahan dosis yang dibutuhkan
	8. Ajari teknik untuk klien pasca partum untuk memeriksa fundusnya sendiri	8. Mencegah kehilangan darah

Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2015, Doenges, 2015)

11. Defisiensi pengetahuan : perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum

Tabel 2.11

Intervensi Defisit Pengetahuan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Deficit pengetahuan Definisi : Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif	NOC <i>1.Knowlwdge : disease process</i> <i>2.Knowledge : healt beavior</i>	NIC Untuk menentukan factor lain yang berhubungan dengan belajar 1. Catat factor	Untuk menentukan factor lain yang berhubungan dengan belajar 1. untuk mengetahui

yang berkaitan dengan topic tertentu.	Kriteria Hasil :	personal	kemampuan dan keinginan untuk belajar serta memahami informasi baru
Batasan Karakteristik :	1.Klien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kndisi, prognosis, program pengobatan	Untuk menentukan prioritrs bersama klien	untuk menentukan prioritas bersama klien
1. Perilaku hiperbola	2.Klien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar	2. Tentukan kebutuhan klien yang paling mendesak dari sudut pandang klien dan perawat	2. mengidentifikasi apakah klien dan perawat bersama-sama dalam pemikiran mereka dan memberi poin awal untuk penyuluhan dan perencanaan hasil untuk keberhasilan yang optimal
2. Ketidakakuratan mengikuti perintah	3.Klien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya.	Untuk menentukan isi yang dimasukkan	untuk menentukan isi yang dimasukkan
3. Ketidakakuratan mengikuti tes (misalnya, hysteria, bermusuhan, agitasi apatis)		3. Identifikasi informasi yang perlu diingat pada tingkat perkembangan dan pendidikan klien	3. Agar informasi mudah dipahami
4. Pengukuran masalah		Untuk mengembangkan tujuan pembelajaran	Untuk mengembangkan tujuan pembelajaran
Factor yang berhubungan :		4.Nyatakan tujuan secara jelas dengan ucapan pembelajaran untuk memenuhi kebutuhan pembelajaran	4. Untuk memahami pentingnya materi bagi pembelajaran
1. Keterbatasan kognitis		Untuk mengidentifikasi metode penyuluhan yang dilakukan	Untuk mengidentifikasi mtode penyuluhan
2. Salah intepretasi informasi		5.Libatkan klien dan	5. Untuk membuat
3. Kurang pajanan			
4. Kurang minat dalam belajar			
5. Kurang dapat mengingat			
6. Tidak familiar dengan sumber informasi			

	keluarga dengan menggunakan materi sesuai usia	proses belajar lebih efektif
	6. Libatkan dengan orang lain yang memiliki masalah yang sama	6. Untuk saling memberi informasi
	Untuk memfasilitasi pembelajaran	Untuk memfasilitasi pembelajaran
	7. Minta klien menafsirkan isi dengan kata-katanya sendiri, lakukan demonstrasi	7. Mengevaluasi pembelajaran
	Untuk meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pulang)	Untuk meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pulang)
	8. beri akses informasi mengenai orang yang dapat dihubungi	8. Untuk memudahkan mengakses informasi

Sumber : (Nurarif & Kusuma,2015, Doenges, 2015)

12. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya psoses menyusui

Tabel 2.12

Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan pemberian ASI Definisi : Ketidakpuasan atau kesulitan ibu, bayi atau anak	NOC 1. Pengetahuan pemberian ASI 2. Pemantapan pemberian ASI ibu dan bayi	NIC Mengidentifikasi factor penyebab/pendukung 1. Kaji pengetahuan	Mengidentifikasi factor penyebab/pendukung 1. Mengidentifikasi

menjalani proses pemberian ASI	Kriteria Hasil :	klien tentang pemberian ASI	i kebutuhan saat ini dan masalah yang ditemui
Batasan Karakteristik :	1. Kemantapan pemberian ASI :	2. Dorong diskusi pengalaman pemberian ASI	2. Mengidentifikasi kebutuhan saat ini dan masalah yang ditemui
1. Ketidakadekuatan suplai ASI	Bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI	3. Catat pengalaman yang tidak memuaskan sebelumnya	3. Untuk mengetahui penyebab ketidakadekuatan pemberian ASI
2. Bayi melengkung menyesuaikan diri dengan payudara	2. Kemantapan pemberian ASI :	4. Lakukan pengkajian fisik (payudara dan putting)	4. Mengetahui penyebab ASI tidak lancer
3. Bayi menangis pada payudara	Ibu : kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dan payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI	5. Riwayat kehamilan, persalinan	5. Beberapa kondisi dapat menghalangi pemberian ASI
4. Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusui	3. Pemeliharaan pemberian ASI :	6. Tentukan perasaan ibu misal ketakutan	6. Indikator kondisi emosi yang mendasari
5. Bayi rewel dalam jam pertama setelah menyusui	keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/toddler	Mengkaji factor penyebab/pendukung bayi	Mengkaji factor penyebab/pendukung
6. Ketidakmampuan bayi untuk latch-on pada payudara ibu secara tepat	4. Penyapihan pemberian ASI	7. Tentukan masalah menyusui atau anomaly bayi celah palatum	7. Mengindikasikan kebutuhan intervensi
7. Menolak latching on	5. Diskontinuitas progresif pemberian ASI	8. Tentukan apakah bayi puas setelah menyusui	8. Menunjukkan proses pemberian ASI
8. Tidak responsive terhadap kenyamanan lain	6. Pengetahuan pemberian ASI :	9. Beri dukungan emosional pada ibu	Membantu ibu mengembangkan keterampilan ASI yang adekuat
9. Ketidakcukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui	tingkat pemahaman yang ditunjukkan	Meningkatkan kesehatan	9. Motivasi untuk tidak stres
10. Ketidakcukupan kesempatan untuk menghisap payudara			
11. Kurang menambah berat badan bayi			
12. Tidak tampak			

tanda pelepasan ositosin	mengenal laktasi dan pemberian makan bayi	(penyuluhan/pertimbangan pulang)	Meningkatkan kesehatan (penyuluhan/pertimbangan pulang)
13. Tampak ketidakadekuatan asupan susu	melalui proses pemberian ASI	10. Penyuluhan tentang pentingnya pemberian ASI	10. Mendapatkan dukungan
14. Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui	ibu mengenali isyarat lapar dari bayi		
15. Penurunan berat badan bayi terus-menerus			
16. Tidak mengisap payudara			
Factor Yang Berhubungan			
1. Deficit pengetahuan			
2. Anomaly bayi			
3. Bayi menerima makanan tambahan dengan puting buatan			
4. Diskontinuitas pemberian ASI			
5. Ambivalen ibu			
6. Ansietas ibu			
7. Anomaly payudara ibu			
8. Keluarga tidak mendukung			
9. Pasangan tidak mendukung			
10. Reflex menghisap buruk			
11. Prematuritas			
12. Pembedahan payudara sebelumnya			
13. Riwayat			

kegagalan
menyusui
sebelumnya

Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2015, Doenges, 2015)

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi mengacu pada pelaksanaan rencana keperawatan yang disusun. Tindakan dilakukan berdasarkan tingkat ketergantungan ibu *Post partum* Seksio Sesarea (Doenges, 2015).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan hasil akhir yang diharapkan pada asuhan keperawatan ibu IPost Ipartum seksio sesarea adalah mampu melakukan perawatan diri mandiri, mampu mengatasi deficit perawatan diri, dan meningkatkan kemandirian. Masalah ketidaknyamanan fisik akibat seksio sesarea salah satunya yaitu nyeri, dalam kondisi ini ibu mendapatkan bantuan dari perawat dan keluarga dengan cara mengajadi tekruk mengurangi nyeri. Diharapkan dengan adanya bantuan yang diberikan ibu mampu melakukan perawatan diri secara mandiri supaya terhindar dari infeksi karena adanya luka operasi sesarea dan memperlihatkan rasa nyaman (Suryani, Anik, 2015).

2.5 Nyeri

2.5.1 Definisi

Nyeri adalah kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subyektif karena perasaan nyeri berbeda setiap orang dalam hal skala dan tingkatannya. Ada beberapa teori tentang terjadinya rangsangan nyeri, di antaranya (Barbara C.Long, 1989):

1. teori pemisahan (*Specifity Theory*)

teori ini mengatakan, rangsangan sakit masuk ke medulla spinalis (*spinal cord*) melalui karnu dorsalis yang bersinaps didaerah posterior, kemudian naik ke tractus lissur dan menyilang di garis median ke sisi lainnya, dan berakhir di korteks sensoris tempat rangsangan nyeri tersebut diteruskan.

2. Teori pola (*Pattern Theory*)

Rangsangan nyeri masuk melalui akar ganglion dorsal ke medulla spinalis dan merangsang aktivitas sel T. Hal ini mengakibatkan suatu respon yang merangsang ke bagian yang lebih tinggi, yaitu korteks serebri, serta kontraksi menimbulkan respond an otot berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri. Persepsi dipengaruhi oleh modalitas respon dari reaksi sel T.

3. Teori pengendali gebang (*Gate Control Theory*)

Teori ini mengatakan, nyeri tergantung dari kerja serat saraf besar dan kecil yang keduanya berada didalam akar ganglion doralis.

Rangsangan serat besar dapat langsung merangsang korteks serebri. Hasil persepsi ini akan dikembalikan kedalam medulla spinalis melalui serat eferen dan reaksi mempengaruhi aktivitas sel T. Rangsangan serat kecil akan menghambat aktivitas substansi gelatinosa dan membuka pintu mekanisme, sehingga merangsang aktivitas sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri.

4. Teori transmisi dan inhibisi

Adanya stimulus pada nociceptor melalui transmisi implus-implus saraf, sehingga implus nyeri menjadi efektif oleh neurotransmitter yang spesifik. Kemudian inhibisi implus nyeri menjadi efektif oleh implus-implus pada serabut-serabut besar yang memblok implus-implus pada serabut lamban dan endogen opiate system supresif.

2.5.2 Klasifikasi Nyeri

1. Nyeri berdasarkan sifatnya

- a. *Incidental pain* : yaitu nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang
- b. *Steady pain* : yaitu nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu yang lama

c. *Paroximal pain* : yaitu nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan kuat. Nyeri tersebut menetap kurang lebih 10-15 menit, hilang timbul.

2. Nyeri berdasarkan lamanya waktu serangan

a. Nyeri akut

Nyeri yang dirasakan dalam waktu yang sangat singkat dan berakhir dalam enam bulan, sumber dan daerah nyeri diketahui dengan jelas.

b. Nyeri kronis

Nyeri yang dirasakan lebih enam bulan. Nyeri ini polanya beragam dan berlangsung berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun. Nyeri akan terus timbul kembali.

3. Nyeri berdasarkan berat ringannya

a. Nyeri ringan

Nyeri dengan intensitas rendah biasanya seseorang dapat menjalankan aktivitas seperti biasa (tidak mengganggu aktivitas).

b. Nyeri sedang

Menimbulkan reaksi fisiologis maupun psikologis.

c. Nyeri berat

Intensitas nyeri yang tinggi. Biasanya seseorang yang mengalami nyeri tersebut sudah tidak dapat mengendalikannya. Penggunaan obat analgesic dapat membantu untuk pereda nyeri.

4. Pengukuran derajat nyeri

Ada beberapa cara untuk membantu mengetahui akibat nyeri menggunakan skala assessment nyeri unidimensional (tunggal) atau multidimensi.

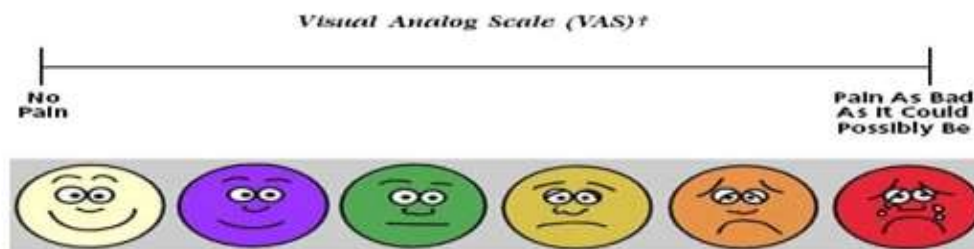
a. Unidimensional:

- 1) Hanya mengukur intensitas nyeri
- 2) Cocok (appropriate) untuk nyeri akut
- 3) Skala yang biasa digunakan untuk evaluasi pemberian analgetik
- 4) Skala assessment nyeri unidimensional ini meliputi :

a) Visual Analog Scale (VAS)

Visual analog scale (VAS) adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Skala linier ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter (Gambar 1). Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala dapat dibuat vertikal atau horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya/reda rasa

nyeri. Digunakan pada pasien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaannya sangat mudah dan sederhana. Namun, untuk periode pasca bedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi.

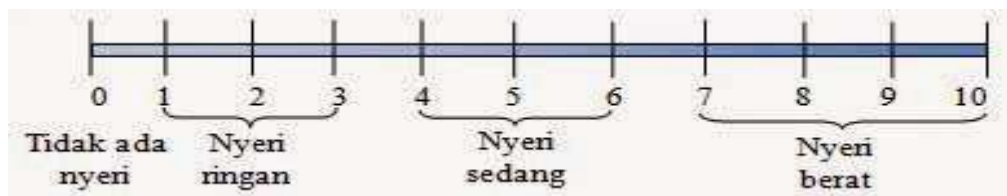


Gambar 2.1 . Visual Analog Scale (VAS)

b) Verbal Rating Scale (VRS)

Skala ini menggunakan angka-angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Dua ujung ekstrem juga digunakan pada skala ini, sama seperti pada VAS atau skala reda nyeri (Gambar 2). Skala numerik verbal ini lebih bermanfaat pada periode pascabedah, karena secara alami verbal / kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Skala verbal menggunakan kata-kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat

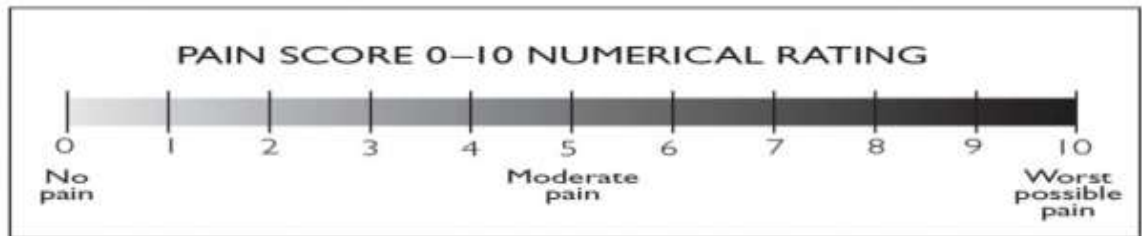
nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/ nyeri hilang sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri.



Ganbar 2.2 Visual Rating Scale(VRS)

c) Numeric Rating Scale (NRS)

Dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesik.



Gamar 2.3 Numeric Rating Scale

d) Wong Baker Pain Scale

Digunakan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka.



Gambar 2.4 Wong Baker Pain Scale

2.5.3 Penatalaksanaan Nyeri

1. Farmakologi

- a. Analgesik non opioid : AINS, asetaminofen, tramadol. Hanya diberikan bila diduga ada proses peradangan dan adanya kompresi pada jaringan saraf.

- b. Analgesik ajuvan-medikasi neuroaktif : antikonvulsan, anti depresan, antihistamin, amfetamin, steroid, benzodiazepin, simpatolitik, obat anti spasme otot dan neuroleptika. Antikonvulsan dan antidepresan yang paling sering digunakan karena mempunyai efek sentral dan memperbaiki mood dan depresi. Carbamazepin telah dizinkan oleh FDA untuk terapi nyeri.
- c. Analgesik opioid: kodein, morfin, oksikodon kurang responsif untuk NN, sehingga kadang dibutuhkan dosis tinggi.
- d. Analgesik topikal : Capsaicin topikal menghilangkan substansi P, mempengaruhi nosiseptor serabut C dan reseptor panas. Banyak digunakan pada neuralgia herpetik akut dan neuralgia post herpetik.

2. Nonfarmakologi

a. Distraksi

Teknik distraksi adalah teknik yang dilakukan untuk mengalihkan perhatian klien dari nyeri. Teknik distraksi yang dapat dilakukan adalah:

- 1) Melakukan hal yang sangat disukai, seperti membaca buku, melukis, menggambar dan sebagainya, dengan tidak meningkatkan stimuli pada bagian tubuh yang dirasa nyeri.

- 2) Melakukan kompres hangat pada bagian tubuh yang dirasakan nyeri.
- 3) Bernapas lembut dan berirama secara teratur.
- 4) Menyanyi berirama dan menghitung ketukannya.

b. Therapy music

Therapy musik adalah proses interpersonal yang digunakan untuk mempengaruhi keadaan fisik, emosional, mental, estetik dan spiritual, untuk membantu klien meningkatkan atau mempertahankan kesehatannya. Therapy musik digunakan oleh individu dari bermacam rentang usia dan dengan beragam kondisi; gangguan kejiwaan, masalah kesehatan, kecacatan fisik, kerusakan sensorik, gangguan perkembangan, penyalahgunaan zat, masalah interpersonal dan penuaan. Therapy ini juga digunakan untuk mendukung proses pembelajaran, membangun rasa percaya diri, mengurangi stress, mendukung latihan fisik dan memfasilitasi berbagai macam aktivitas yang berkaitan dengan kesehatan.

c. Relaksasi

Teknik relaksasi didasarkan kepada keyakinan bahwa tubuh berespon pada ansietas yang merangsang pikiran karena nyeri atau kondisi penyakitnya. Teknik relaksasi dapat menurunkan ketegangan fisiologis.

Teknik ini dapat dilakukan dengan kepala ditopang dalam posisi berbaring atau duduk dikursi. Hal utama yang dibutuhkan dalam pelaksanaan teknik relaksasi adalah klien dengan posisi yang nyaman, klien dengan pikiran yang beristirahat, dan lingkungan yang tenang. Teknik relaksasi banyak jenisnya, salah satunya adalah relaksasi autogenic. Relaksasi ini mudah dilakukan dan tidak berisiko.

Ketika melakukan relaksasi autogenic, seseorang membayangkan dirinya berada didalam keadaan damai dan tenang, berfokus pada pengaturan napas dan detakan jantung.

d. Hypnosis

Adalah suatu teknik yang menghasilkan suatu keadaan tidak sadar diri yang dicapai melalui gagasan- gagasan ang disampaikan oleh penghipnosisan. Mekanisme kerja hypnosis tidak jelas tetapi tidak tampak diperantarai oleh system endokrin. Keefektifan hypnosis tergantung pada kemudahan hipnotik individu.

e. Akupuntur

Akupuntur adalah tehnik pengobatan tradisional yang berasal dari Cina untuk memblok *chi* dengan menggunakan jarum dan menusukkannya ke titik-titik tubuh tertentu yang bertujuan untuk menciptakan keseimbangan *yin* dan *yang*.