

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

**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli  
Madya Keperawatan (A.Md.Kep) Pada Prodi DIII Keperawatan  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung

Oleh  
**GHASSANY MARTERANY**  
**AKX. 15. 039**



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

## **SURAT PERNYATAAN**

Dengan ini saya,

Nama : Ghassany Marterany

NPM : AKX.15.039

Program Studi : DIII Keperawatan

Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Operasi Seksio  
Sesarea Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di RSUD  
Dr. Slamet Garut.

Menyatakan,

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar profesional Ahli madya (AMD) di program Studi DIII keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila kemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Bandung, 19 April 2018

Yang membuat pernyataan

Ghassany Marterany

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

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

GHASSANY MARTERANY

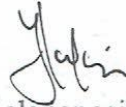
AKX. 15. 039

KARYA TULIS INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL 28 April 2018

Oleh

Pembimbing Ketua



Iceu Komalanengsih, SKM

Pembimbing Pendamping



Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners

NIP: 10114149

Mengetahui

Prodi DIII Keperawatan

Ketua,



Tuti Suprapti, S.Kp.,M.kep

NIK: 1011603

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

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

Oleh:  
Nama: Ghassany Marterany  
NIM : AKX. 15.039

Telah diuji  
Pada tanggal, 30 April 2018

Panitia Penguji

Ketua : Iceu Komalanengsih, SKM

(Pembimbing Utama)

Anggota :

1. Ingrid Dirgahayu, S.Kep.,MKM

(Penguji I)

2. Yati Nurhayati, AMK

(Penguji II)

3. Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners

(Pembimbing Pendamping)

.....  
*Juci*

.....  
*Ingrid*

.....  
*Yati*

.....  
*Anggi*

Mengetahui  
STIKes Bhakti Kencana Bandung

Ketua,



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

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan yang maha esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Seksio sesarea Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr, Slamet Garut.”** dengan sebaik – baiknya.

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

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, Terutama kepada :

1. H. Mulyana, SH, M, Pd, MH.Kes, selaku ketua yayasan adhi guna bhakti kencana Bandung.
2. Rd.Siti Jundiah, S, Kp., Mkep, Selaku ketua STIKes Bhakti kencana Bandung.
3. Tuti, S, Kp., Mkep Selaku Ketua program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung dan Selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
4. Iceu komalanengsih , SKM selaku pembimbing satu yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

5. Anggi jamiyanti, S.Kep.,Ners selaku pembimbing kedua yang telah membimbing selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Deti Fuji Adianti,S.kep.,Ners selaku pembimbing praktik lapangan yang telah memberikan bimbingan,arahan, dan motivasi sehingga penulis dapat melakukan asuhan keperawatan pada karya tulis ilmiah ini dengan baik selama praktek lapangan.
7. H.Erasmus Soerasdi, dr.,Sp.An.,KIC.,KMN(Alm), Selaku pendiri jurusan program studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat STIKes Bhakti Kencana bandung yang telah memperjuangkan kami sebagai penata Anestesi.
8. H. Husi Husaeni, dr.,Sp.An.,KIC.,M.kes, Selaku ketua Jurusan program studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat darurat.
9. H. Jajang Sujana Mail, dr.,Sp.An., Selaku Pelaksana Harian Jurusan program studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat.
10. Seluruh Dosen dan Staff Program studi Diploma III Keperawatan Anestesi dan Gawat Darurat Medik yang telah memberikan dukungan,arahan dan nasehat selama penulis mengikuti pendidikan dan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
11. Orang tua Tercinta Khairani mukidan dan Selasterry Johan, kedua adik-adikku( Adha Ibrahim dan Zulaikha Azzahra) yang telah memberikan semangat,motivasi dan dukungan baik secara moril

maupun materil,pengorbanan,kasih sayang yang sangat tulus serta do'a sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

12. Seluruh keluarga besar H. Mukidan dan H. Johan yang telah memberikan semangat, motivasi dan dukungan baik secara moril maupun materil serta do'a sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan.

13. Seluruh sahabat Dwi Ratiningsih, Jenica H, Lulu Asyfiyah, Farina Atfunisah, Rizkya shalya, Sriwida ningsih, Andika bagus, Agung Prasetyo, jajang, dan akatsuki. yang telah memberikan semangat, motivasi dan do'a sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah.

14. Seluruh senior, khususnya untuk Erwin Fikriansyah dan teman-teman seperjuangan angkatan XI.

Semoga amal baik bapak/ibu/saudara/i diterima oleh Allah SWT, dan diberikan balasan yang lebih baik oleh-Nya. Penulis menyadari dalam penyusunan Karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan Karya tulis yang lebih baik.

Bandung, 25 April 2018

Ghassany Marterany

## ABSTRAK

**Latar belakang:** Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Setiap pembedahan seperti tindakan operasi seksio sesarea akan mengalami nyeri luka post operasi. Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan. Mengatasi nyeri menggunakan Pendekatan non farmakologis salah satunya adalah teknik relaksasi napas dalam. **Tujuan:** melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif kepada ibu yang mengalami post operasi Seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kalimaya bawah di RSUD Dr. Slamet Garut. **Metode:** studi kasus untuk mengetahui masalah asuhan keperawatan pada ibu post operasi Seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Hasil:** Subyek yang digunakan dua orang pasien dalam jangka waktu penelitian 3 hari di ruangan Kalimaya bawah di RSUD Dr. Slamet Garut. Analisa data dilakukan dengan cara dituangkan opini. Metode pengumpulan data menggunakan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan dokumentasi. **Diskusi:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan, masalah keperawatan nyeri akut pada kasus 1 teratasi sebagian karena klien sudah pulang, kasus 1 dilakukan tindakan di RS hanya 1 hari kemudian langsung dievaluasi dan dilanjutkan dalam bentuk *home care*. Dan pada kasus 2 masalah keperawatan nyeri akut teratasi pada hari ke tiga. Nyeri juga merupakan suatu perasaan pribadi dimana ambang toleransi nyeri berbeda satu dengan yang lainnya. Mekanisme neurobiologis yang mendasari sudah semakin jelas. Sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap individu.

*Keyword : Teknik Relaksasi Napas dalam, Nyeri Akut post operasi Seksio sesarea*

Daftar pustaka : 13 Buku (2011-2018) 2 jurnal (2013 dan 2014)

## ABSTRACT

**Background:** *Sectio caesarea is one kind of giving birth the fetus technique with make an incision at uterine wall through the front wall of abdomen. Every surgery like sectio caesarea surgery will had wound pain after the surgery. Pain is experiance sensory and emotional which is not good. One kind to resolve the pain by non-pharmacological approach is deep breathing relaxation.* **Objective:** *The point of this research is carry out nursing care comprehensively to mothers who experienced sectio caesarea with acute pain of nursing problem in the kalimaya downstairs room at Dr. Slamet Garut hospital.* **Method:** *The design of this research use case studies for knowing nursing problem to the mothers who experienced after sectio caesarea with acute pain of nursing problem.* **Result:** *The subjects who used were 2 patients within 3 days in kalimaya downstairs at Dr. Slamet Garut hospital. Data analysis was done by giving opinion. Methode of collecting data by interview, observation, physical examination and documantation.* **Discussion:** *After nursing care was done by giving nursing intervension, acute pain of nursing problem in the first case have been partially resolve, because the client was going home. The first case was done in the hospital just one day then being evaluated and continued by doing home care. And the second case for acute pain of nursing problem was resolved on the third day. Pain is also an own feelings where the threshold of pain tolerance is different for each other. The underlying neurobiological mechanism is getting clear. So the nurse must caring comperehensively for handle nursing problems on each individual.*

*Keyword : deep breathing relaxation, post sectio caesarea with acute pain*

*Bibliography : 13 Books (2011-2018), 2 journals (2013 and 2014)*



## DAFTAR ISI

Halaman Judul dan Prasyarat Gelar.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan.....	iv
Kata Pengantar.....	v
Abstrak.....	viii
Daftar isi.....	ix
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Tabel.....	xiii
Daftar Bagan.....	xiv
Daftar Lampiran.....	xv
Daftar Singkatan.....	xvi
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	5
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat.....	
1.4.1 Teoritis.....	6
1.4.2 Praktis.....	6

<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	8
2.1 Konsep Penyakit .....	8
2.1.1 Anatomi dan Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita .....	8
2.1.2 Persalinan .....	13
2.1.3 Seksio sesarea .....	17
2.1.4 Masa Nifas .....	24
2.1.5 Masalah keperawatan Nyeri akut .....	31
2.2 Konsep Dasar Keperawatan .....	35
2.2.1 Pengkajian .....	36
2.2.2 Diagnosa .....	43
2.2.3 Intervensi .....	45
2.2.4 Implementasi .....	62
2.2.5 Evaluasi .....	62
<b>BAB III METODE PENULISAN KTI</b> .....	63
3.1 Desain .....	63
3.2 Batasan Istilah .....	63
3.3 Partisipan/Responden/Subyek Penelitian .....	64
3.4 Lokasi dan Waktu .....	64
3.5 Pengumpulan Data .....	65
3.6 Uji Keabsahan Data .....	65
3.7 Analisis Data .....	66
3.8 Etik Penulisan KTI .....	67
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b> .....	69
4.1 Hasil .....	69
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data .....	69
4.1.2 Pengkajian .....	69
4.1.3 Analisa Data .....	78
4.1.4 Diagnosa Keperawatan .....	81
4.1.5 Intervensi .....	84

4.1.6 Implementasi .....	88
4.1.7 Evaluasi .....	91
4.2 Pembahasan .....	93
4.2.1 Pengkajian .....	93
4.2.2 Diagnosis .....	94
4.2.3 Perencanaan .....	97
4.2.4 Tindakan .....	99
4.2.5 Evaluasi .....	102
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>103</b>
5.1 Kesimpulan .....	103
5.1.1 Tahap Pengkajian .....	103
5.1.2 Diagnosa Keperawatan .....	104
5.1.3 Intervensi Keperawatan .....	104
5.1.4 Implementasi Keperawatan .....	105
5.1.5 Evaluasi .....	105
5.2 Saran	
5.2.1 Rumah Sakit .....	106
5.2.2 Institusi Pendidikan .....	106

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN**

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Alat Kandung luar .....	8
Gambar 2.2	Alat Kandung dalam .....	10

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Perubahan Uterus selama Post partum .....	26
Tabel 4.1	Pengkajian .....	69
Tabel 4.2	Riwayat Penyakit .....	70
Tabel 4.3	Riwayat Ginekologi dan Obstetri .....	71
Tabel 4.4	Pola aktivitas sehari-hari .....	72
Tabel 4.5	Pemeriksaan Fisik .....	73
Tabel 4.6	Pemeriksaan Psikologis .....	76
Tabel 4.7	Hasil Pemeriksaan Diagnostik .....	77
Tabel 4.8	Program dan rencana pengobatan .....	78
Tabel 4.9	Analisa Data .....	78
Tabel 4.10	Diagnosa Keperawatan .....	81
Tabel 4.11	Intervensi .....	84
Tabel 4.12	Implementasi .....	88
Tabe; 4. 13	Evaluasi .....	91

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Patofisiologi.....	18
------------------------------	----

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran I	Lembar Bimbingan
Lampiran II	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran III	Lembar Observasi
Lampiran IV	Lembar Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus
Lampiran V	Satuan Acara Penyuluhan dan Leaflet
Lampiran VI	Jurnal

## DAFTAR SINGKATAN

SC	: Seksio sesarea
PAP	: Pendarahan Ante Partum
WHO	: <i>World Heart Organization</i>
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
ASI	: Air Susu Ibu
EKG	: Elektrokardiogram
TBC	: Tuberkulosis
DM	: Diabetes melitus
KB	: Keluarga Berencana
TB	: Tinggi Badan
BB	: Berat Badan
LK	: Lingkar Kepala
LB	: Lingkar Badan
APGAR	: <i>American Pediatric Gross Assessment Record</i>
ADL	: <i>Activity of Daily Living</i>
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
IUD	: <i>Intrauterine Device</i>
TTV	: Tanda-tanda Vital
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundud Uterus



IV	: Intra Vena
IM	: Intra Muskular
OUI	: Orifisium Uteri Interna
OUE	: Orivisium Uteri Eksterna
LBK	: Letak Belakang Kepala
HPHT	: Haid Pertama Haid Terakhir
TT	: Tetanus Toksoid
USG	: Ultrasonografi

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Seksio sesarea (SC) merupakan suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Amru Sofian, 2012). Indikasi dilakukan seksio sesarea yaitu plasenta previa, panggul sempit, disporsisi janin/panggul, ruptur uteri yang mengancam, partus lama, partus tak maju, distosia servik, pre-eklamsi dan hipertensi, dan mal presentasi janin. Bukan saja pembedahan menjadi lebih aman bagi ibu, tetapi juga jumlah bayi yang cedera akibat partus lama dan pembedahan traumatik vagina menjadi berkurang (NANDA,2015).

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2011, standar rata-rata seksio sesarea di sebuah negara adalah sekitar 5 sampai 15% per 1000 kelahiran di dunia, rumah sakit pemerintah rata-rata 11%, sementara di rumah sakit swasta bisa lebih dari 30%. Permintaan seksio sesarea (SC) di sejumlah negara berkembang melonjak pesat setiap tahunnya (Judhita, 2009). Menurut WHO, peningkatan persalinan dengan operasi seksio sesarea di seluruh negara terjadi semenjak tahun 2007-2008 yaitu 110.000 perkelahiran di seluruh Asia(Jurnal kesehatan vol. 5, no. 1 september 2013).

Di Indonesia sendiri, angka kejadian operasi seksio sesarea juga terus meningkat baik di rumah sakit pemerintah maupun swasta dari tahun 1991 sampai

2007. Di Indonesia angka persalinan dengan seksio sesarea mengalami peningkatan dari 5% menjadi 20% dalam 20 tahun terakhir. Angka kejadian seksio sesarea di Indonesia menurut data survey nasional tahun 2009 adalah 921.000 dari 4.039.000 persalinan angka kelahiran terdapat 22,8% dari seluruh total persalinan .

Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan kelahiran bedah seksio sesarea sebesar 9,8 % dengan proporsi tertinggi di DKI Jakarta (19,9%) dan terendah di Sulawesi Tenggara (3,3%) (Depkes RI, 2013). Berdasarkan data yang didapatkan dari *medical record* RSUD Dr Slamet Garut periode tahun 2015 sampai 2017, didapatkan kasus persalinan dengan tindakan Seksio sesarea sebanyak 3808 kasus.

Suatu pembedahan pasti menimbulkan berbagai keluhan dan gejala, dimana salah satu keluhan yang sering dikemukakan yaitu nyeri. Menurut penelitian Sloman, Rosen, dan Shir tahun 2005 ditemukan bahwa 75% pasien post operasi seksio sesarea mengalami nyeri sedang sampai berat setelah operasi. Pasien post seksio sesarea akan mengalami nyeri, rasa nyeri biasanya dirasakan setelah melahirkan. Pada saat pembedahan seksio sesarea, pasien tidak merasakan kesakitan karena adanya pengaruh obat bius. Obat bius biasanya akan menghilang sekitar 2 jam setelah proses persalinan selesai. Setelah efek bius habis, rasa nyeri pada bagian perut mulai terasa. Rasa nyeri yang dirasakan berasal dari luka post operasi. Selain itu, terjadinya juga kontraksi dan pengerutan rahim yang menyebabkan nyeri selama beberapa hari(Cunningham, 2005).

Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. Rasa nyeri ini timbul akibat trauma fisik yang disengaja atau tidak disengaja. Salah satu trauma fisik yang disengaja yaitu luka operasi dengan tindakan seksio sesarea. Nyeri yang dirasakan setiap orang mempunyai rentang nyeri yang berbeda-beda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif adalah menggunakan respon fisiologis tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Akan tetapi, pengukuran dengan teknik ini tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri (Tamsuri, 2007). Intensitas nyeri adalah jumlah nyeri yang terasa. Intensitas nyeri dapat diukur dengan menggunakan angka 0 sampai 10 pada skala intensitas nyeri (Maryunani, 2010).

Dampak yang dapat timbul dari nyeri post operasi seksio sesarea yaitu mobilisasi terbatas, *bonding attachment* (ikatan kasih sayang) terganggu atau tidak terpenuhi, perubahan emosi menjadi tidak stabil yang disebabkan oleh perubahan hormonal, faktor fisiologis, gangguan tidur, dan ketidaknyamanan dapat mengakibatkan depresi (Kasdu, 2003). Apabila nyeri tidak segera diatasi akan menyebabkan *Activity of Daily Living (ADL)* terganggu pada ibu dan akibatnya nutrisi bayi berkurang karena tertundanya pemberian ASI sejak awal, selain itu dapat mempengaruhi *Inisiasi Menyusui Dini (IMD)* terhadap daya tahan tubuh bayi (Afifah, 2009).

Perawat dapat mengatasi nyeri post seksio sesarea baik secara mandiri maupun kolaborasi dengan menggunakan dua pendekatan yaitu pendekatan farmakologis dan non farmakologis. Pendekatan farmakologis yaitu pendekatan

kolaborasi antara dokter dengan perawat yang menekankan pada pemberian obat yang mampu menghilangkan sensasi nyeri, sedangkan pendekatan non farmakologis merupakan pendekatan menggunakan manajemen keperawatan secara mandiri salah satunya adalah teknik relaksasi.

Teknik relaksasi yang paling sering digunakan pada setiap keadaan nyeri adalah teknik relaksasi napas dalam. Teknik relaksasi napas dalam dilakukan dengan mengajarkan dan menganjurkan klien mengatur napas yang baik, menarik napas dalam dan menghembuskan napas dengan mengeluarkan perasaan nyeri yang dirasakan. Secara psikologis napas dalam dapat meredakan stress, mengurangi rasa cemas, membantu memperbaiki fisik dan mental, mengurangi rasa gugup dan amarah. Sedangkan secara fisiologis napas dalam dapat memperbaiki sirkulasi darah, serta dapat mengurangi rasa nyeri. Karena teknik relaksasi napas dalam dipercaya dapat menurunkan intensitas nyeri dengan merelaksasikan otot skelet yang mengalami spasme (Nazarudin Umar, 2003).

Penelitian yang dilakukan oleh Sujatmiko tahun 2013 tentang pemberian metode relaksasi napas dalam terhadap penurunan nyeri pada pasien post operasi seksio sesarea, sebagian besar responden yaitu 66,2% atau 43 responden mengalami nyeri sedang sebelum diberikan metode relaksasi napas dalam. Sebagian besar responden yaitu 56,9% atau 37 responden mengalami nyeri ringan sesudah diberikan metode relaksasi napas dalam. Sehingga didapatkan hasil ada pengaruh pemberian metode relaksasi napas dalam terhadap penurunan nyeri pada pasien post operasi seksio sesarea di ruang pulih sadar RSUD Dr. Soeroto ngawi.

Berdasarkan hal di atas, maka penulis tertarik untuk menganalisa masalah keperawatan nyeri akut dengan tindakan keperawatan menggunakan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi skala nyeri yang akan dibuat menjadi judul karya tulis Asuhan Keperawatan pada klien post operasi Seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Dr. Slamet Garut.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latarbelakang diatas “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada Klien Yang Mengalami Operasi Seksio Sesarea Dengan Nyeri Luka Post Operasi di RSUD Dr. Slamet Garut.”

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan umum**

Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami operasi seksio sesarea dengan nyeri akut di RSUD Dr. Slamet Garut.

### **1.3.2 Tujuan khusus**

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien yang mengalami operasi seksio sesarea dengan nyeri akut di RSUD Dr. Slamet Garut.
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien yang mengalami operasi seksio sesarea dengan nyeri akut di RSUD Dr. Slamet Garut.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami operasi seksio sesarea dengan nyeri akut di RSUD Dr. Slamet Garut.

- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami operasi seksio sesarea dengan nyeri akut di RSUD Dr. Slamet Garut.
- e. Melakukan evaluasi pada klien yang mengalami operasi seksio sesarea dengan nyeri akut di RSUD Dr. Slamet Garut.

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat teoritis**

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memperluas dan menambah wawasan ilmu pengetahuan khususnya pada keperawatan maternitas mengenai pasien seksio sesarea tentang cara menurunkan intensitas nyeri dengan menggunakan teknik relaksasi napas dalam.

### **1.4.2 Manfaat praktisi**

#### **a. Bagi perawat**

Penulis mengharapkan karya tulis ilmiah ini perawat dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dalam memberikan pendidikan kesehatan pada pasien seksio sesarea tentang cara menurunkan intensitas nyeri dengan menggunakan teknik relaksasi napas dalam.

#### **b. Bagi Rumah sakit**

Penulis mengharapkan karya tulis ilmiah ini bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan khususnya pada pasien seksio sesarea tentang cara

menurunkan intensitas nyeri dengan menggunakan teknik relaksasi napas dalam.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Penulis mengharapkan karya tulis ilmiah ini dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu khususnya pada pasien seksio sesarea tentang cara menurunkan intensitas nyeri dengan menggunakan teknik relaksasi napas dalam.

d. Bagi klien

Penulis mengharapkan karya tulis ilmiah ini dapat menambah informasi kepada pasien tentang cara menurunkan intensitas nyeri dengan menggunakan teknik relaksasi napas dalam.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Penyakit

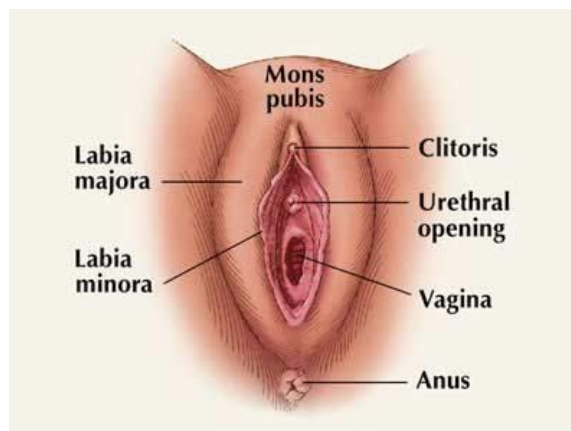
##### 2.1.1 Anatomi Alat Reproduksi Wanita

Alat kandungan atau system reproduksi di bagi atas 2 bagian:

- a. Alat kandungan luar (genetalia eksternal)

#### Gambar 2.1

##### Alat kandungan luar



*Sumber : Eniyati dan Sholihah, 2013*

- 1) Mons veneris

Daerah yang menggantung di atas simfisis, yang akan ditumbuhi rambut kemaluan (pubes) apabila wanita berangkat dewasa.

2) Bibir besar kemaluan (labia mayora)

Berada pada bagian kanan dan kiri, berbentuk lonjong yang pada wanita menjelang dewasa ditumbuhi juga oleh pubes lanjutan dari mons veneris.

3) Bibir kecil kemaluan (labia minora)

Bagian dalam dari bibir besar yang berwarna merah jambu. Di sini dijumpai frenulum klitoris, pereputium dan frenulum prudenti.

4) Klentit (klitoris)

Identik dengan penis pada pria, kira-kira sebesar kacang hijau sampai cabe rawit dan ditutupi oleh frenulum klitoris. Glans klitoris berisi jaringan yang dapat berereksi, sifatnya amat sensitive karena banyak memiliki serabut saraf.

5) Vulva

Bagian alat kandungan luar yang berbentuk lonjong, berukuran panjang mulai dari klitoris, kanan kiri dibatasi bibir kecil sampai ke belakang dibatasi perineum.

6) Vestibulum

Terletak di bawah selaput lender vulva, terdiri dari bulbus vestibule kanan dan kiri. Di sini dijumpai kelenjar vestibule mayor (kelenjar bartholini) dan kelenjar vestibulum minor.

7) Intoroitus vagina

Adalah pintu masuk ke vagina.

## 8) Selaput darah (hymen)

Merupakan selaput yang menutupi introitus vagina. Biasanya berlubang membentuk semilunaris, anularis lapisan septa atau fimbria. Bila tidak berlubang disebut atresia himenalis atau hymen imperforate. Hymen akan robek pada saat koitus apalagi setelah bersalin. Sisanya disebut kurunkula hymen.

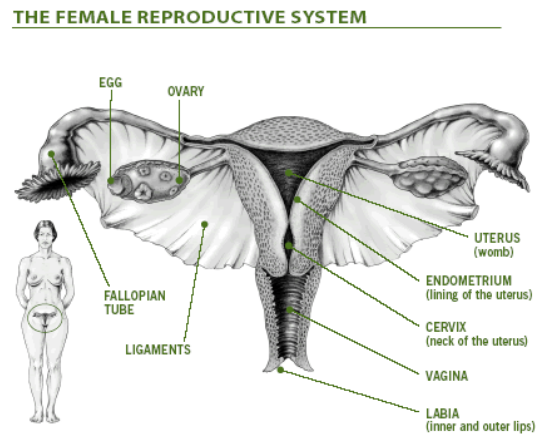
## 9) Lubang kemih (orifisium uretra eksterna)

Tepat keluarnya air kemih yang terletak di bawah klitoris. Di sekitar lubang kemih bagian kanan dan kiri didapati lubang kelenjar skene.

## 10) Perineum

Terletak di antara vulva dan anus.

## b. Alat kandung dalam (genitalia internal)

**Gambar 2.2****Alat kandung dalam**

*Sumber : Eniyati dan Sholihah, 2013*

1) Liang senggama (vagina)

Liang yang menghubungkan vulva dengan rahim. Ukuran panjang dinding depan 8 cm dan dinding belakang 10 cm.

Fungsi dari vagina adalah

- a) Saluran keluar untuk mengalirkan darah haid dan sekret lain dari rahim.
- b) Alat untuk bersenggama.
- c) Jalan lahir pada waktu bersalin.

2) Rahim (uterus)

Suatu struktur otot yang terletak kuat, bagian luarnya ditutupi oleh peritoneum sedangkan rongga dalamnya dilapisi oleh mukosa rahim. Bentuk rahim seperti bola lampu pijar, Mempunyai rongga yang terdiri dari tiga bagian besar, yaitu:

- a) Badan rahim (*korpus uteri*) berbentuk segitiga
- b) Leher rahim (*serviks uteri*) berbentuk silinder
- c) Rongga rahim (*kavum uteri*)

Bagian rahim antara kedua pangkal tuba disebut fundus uteri. Besarnya rahim berbeda-beda, tergantung pada usia dan pernah melahirkan anak atau belum. Terdapat juga saluran yang menghubungkan orifisium uteri interna (oui) dan orifisium uteri eksterna (oue) disebut kanalis servikalis.

Tiga lapisan yang menyusun dinding uterus :

- a) Lapisan serosa (lapisan peritoneum), lapisan luar yaitu peritoneum viserale.
  - b) Lapisan otot (lapisan miometrium), lapisan tengah lapisan ini berbentuk sirkuler dan di sebelah luar berbentuk longitudinal, diantara kedua lapisan ini terdapat lapisan otot oblik, berbentuk anyaman yang berperan penting dalam persalinan.
  - c) Lapisan mukosa (endomaterium), lapisan dalam endomaterium terdiri atas epitel kubik, kelenjar-kelenjar dengan jaringan banyak pembuluh-pembuluh darah yang berkeluk-keluk. Endometrium melapisi seluruh cavum uteri dan mempunyai arti penting dalam siklus haid pada seorang wanita dalam masa reproduksi.
- 3) Saluran telur (tuba falopii)
- Saluran yang keluar dari kornu rahim kanan dan kiri, panjangnya 12-13 cm dengan diameter 3-8 mm.
- Fungsi utama saluran telur:
- a) Sebagai saluran telur
  - b) Tempat terjadinya pembuahan
- 4) Indung telur (ovarium)

Terdapat dua indung telur, masing-masing di kanan dan kiri rahim. Bentuknya seperti almond, sebesar ibu jari. Menurut strukturnya ovarium terdiri dari:

- a) Kulit (korteks), terdiri dari
  - (1) Tunika albuginea, yaitu epitel berbentuk kubik
  - (2) Jaringan ikat
  - (3) Stroma, folikel primordial dan folikel de graaf
  - (4) Sel-sel warthard
- b) Inti (medulla)
  - (1) Stroma berisi pembuluh darah
  - (2) Serabut saraf
  - (3) Ikut serta mengatur haid

Fungsi indung telur:

- a) Menghasilkan sel telur (ovum)
- b) Menghasilkan hormon-hormon (progesterone dan estrogen)
- c) Ikut serta mengatur haid

### **2.1.2 Persalinan**

#### **a. Definisi**

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi, yang mampu hidup, dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Wiknjosastro, 2008).

b. Klasifikasi persalinan

1) Jenis persalinan berdasarkan cara persalinan antara lain :

a) Persalinan Normal

Proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala (LBK) dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.

b) Persalinan bantuan

Persalinan melalui vaginam dengan bantuan alat-alat atau melalui dinding perut dengan tindakan operasi seksio sesarea (SC).

2) Jenis persalinan berdasarkan usia kehamilan

a) Abortus adalah terhentinya proses kehamilan sebelum janin dapat hidup. Berat janin di bawah 1000 gram, atau usia kehamilan di bawah 28 minggu.

b) Partus prematurus adalah persalinan dari hasil konsepsi pada umur kehamilan 28-36 minggu janin dapat hidup, tetapi prematur. Berat janin 1.000-2.500 gram.

c) Partus matures/aterm (cukup bulan) adalah partus pada umur kehamilan 37-42 minggu, janin matur, berat badan di atas 2.500 gram.

d) Partus postmaturus (*serotinus*) adalah persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari waktu partus yang di taksir, janin disebut postmatur.

c. Sebab – sebab mulainya persalinan

Sebab-sebab mulainya persalinan belum diketahui dengan jelas, banyak faktor yang memegang peranan dan bekerja sama sehingga terjadi persalinan (Muchtart, 1998). Diantaranya:

1) Teori penurunan hormon

Satu sampai dua minggu sebelum persalinan terjadi penurunan kadar estrogen dan progesteron, progesteron mengakibatkan relaksasi otot-otot rahim, sedangkan estrogen meningkatkan kerentanan otot-otot rahim. Selama kehamilan terjadi keseimbangan antara kadar estrogen dan progesteron, tetapi akhir kehamilan terjadi penurunan kadar progesteron sehingga timbul his.

2) Teori distens rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang akan menyebabkan iskemik otot-otot rahim sehingga timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya.

3) Teori iritasi mekanis

Dibelakang serviks terletak ganglion servikalis, bila ganglion ini ditekan oleh kepala janin maka akan timbul kontraksi uterus.

4) Teori plasenta menjadi tua

Akibat plasenta tua menyebabkan turunnya kadar progesteron yang mengakibatkan ketegangan pada pembuluh darah, hal ini menimbulkan kontraksi rahim.

5) Teori prostaglandin



Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua menjadi sebab permulaan persalinan karena menyebabkan kontraksi pada miometrium pada setiap umur kehamilan.

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

1) Faktor power

Power adalah tenaga atau kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan tersebut meliputi his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligamen, dengan kerjasama yang baik dan sempurna.

2) Faktor passenger

Faktor lain yang berpengaruh terhadap persalinan adalah faktor janin, yang meliputi sikap janin, letak, presentasi, bagian terbawah dan posisi janin.

3) Faktor passage (jalan lahir)

Passage atau faktor jalan lahir dibagi menjadi

a) Faktor psikologi ibu

b) Faktor penolong

### 2.1.3 Seksio sesarea (SC)

#### a. Definisi

Seksio sesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Sarwono, 2005). Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Amru Sofian, 2012).

#### b. Jenis-jenis operasi seksio sesarea :

##### 1) Seksio sesarea abdomen

Seksio sesarea transperitonealis :

##### a) Seksio sesarea klasik (*corporal*)

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm. Tetapi saat ini teknik ini jarang dilakukan karena memiliki banyak kekurangan namun pada kasus seperti operasi berulang yang memiliki banyak perlengketan organ cara ini dapat dipertimbangkan.

##### b) Seksio sesarea ismika(*profunda*)

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim (*low cervical transfersal*) kira-kira sepanjang 10 cm.

## 2) Seksio sesarea vaginalis

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

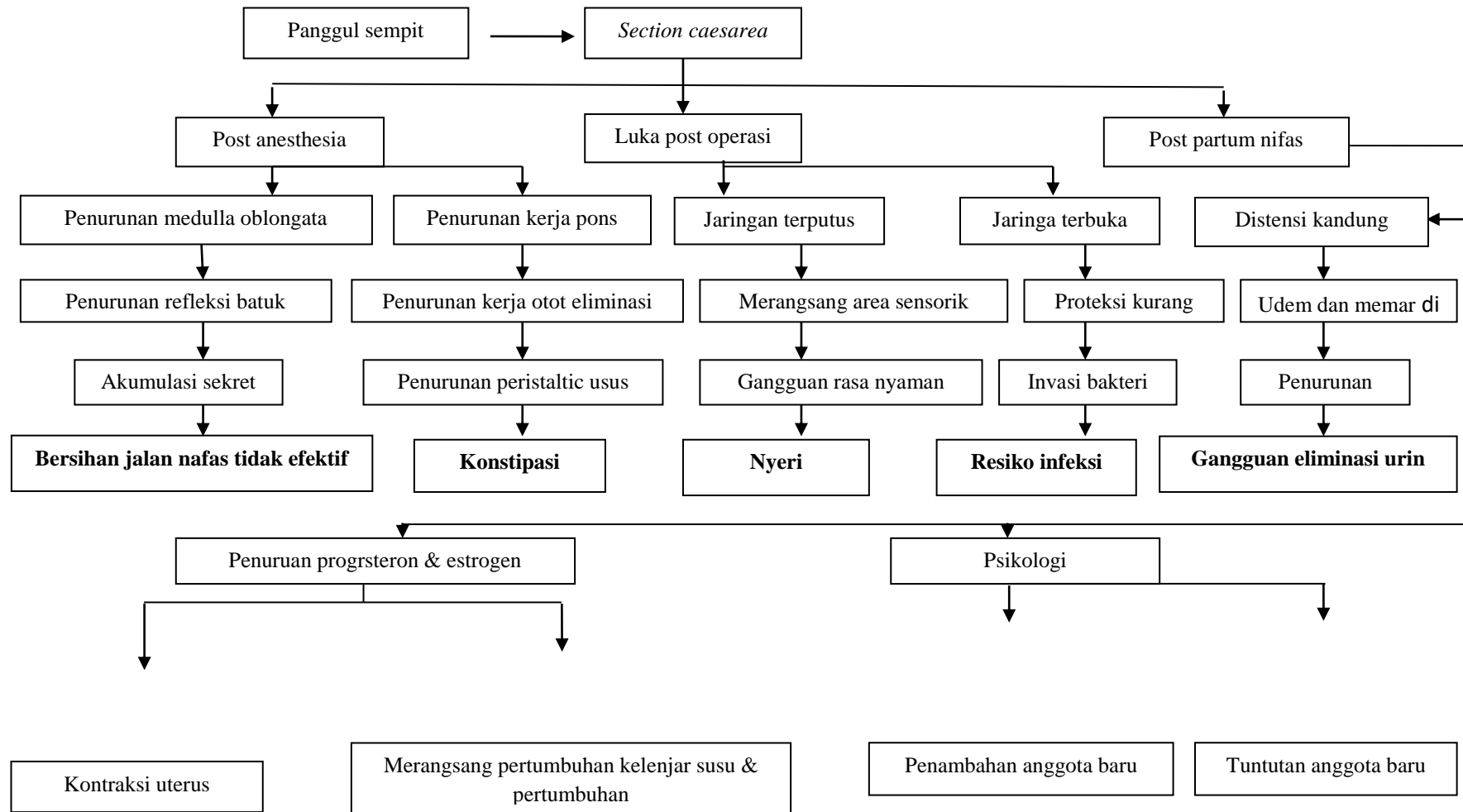
- a) Sayatan memanjang (*longitudinal*) menurut kroning
- b) Sayatan melintang (*transversal*) menurut Kerr
- c) Sayatan huruf T (*T-incision*)

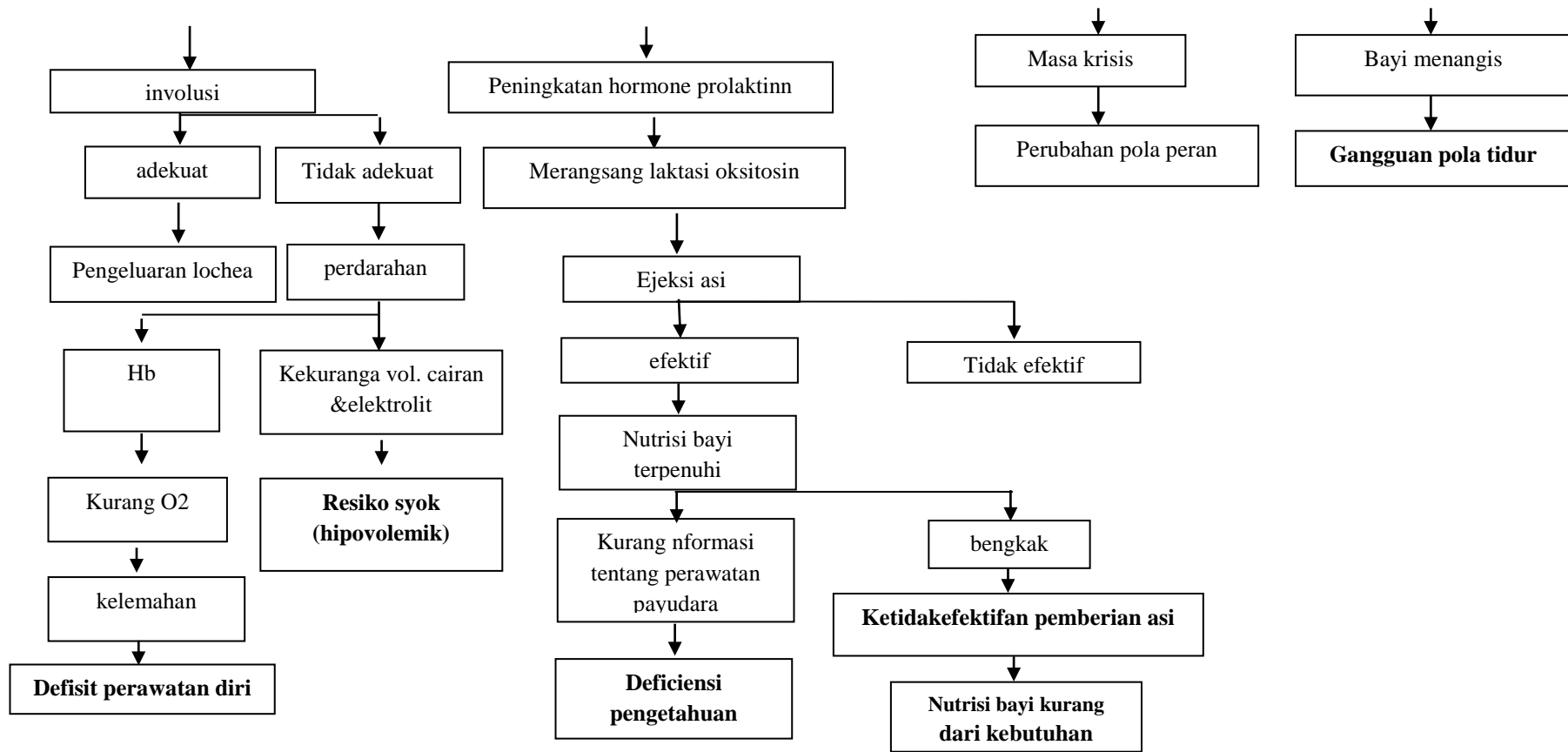
### c. Patofisiologi

Indikasi dilakukan seksio sesarea yaitu plasenta previa, panggul sempit, disproporsi janin/panggul, ruptur uteri yang mengancam, partus lama, partus tak maju, distosia servik, pre-eklamsi dan hipertensi, dan mal presentasi janin. Setelah dilakukan SC ibu akan mengalami post anestesi yang dapat beresiko pada ibu yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif akibat sekret yang berlebihan. Pada pasien post SC terdapat luka post operasi yang dapat menyebabkan nyeri pada luka operasi dan resiko infeksi yang mungkin terjadi. Setelah dilakukan SC ibu akan mengalami adaptasi post partum berupa distensi kandung kemih yang mengakibatkan eliminasi urine. Sedangkan akibat kurang informasi dan dari aspek fisiologi yaitu produk oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit.

**Bagan 2.1**

**Pathway Sectio Caesarea**





Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

#### d. Etiologi

##### 1) Etiologi yang berasal dari ibu

Pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua di sertai kelainan letak ada, *disporposi sefalo pelvik* (disporposi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama primigravida, solutio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsi-eklamsia, atas permintaan, kehamilan disertai penyakit(jantung,DM), gangguan perjalanan persalinan(kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya)

##### 2) Etiologi yang berasal dari janin

Fetal distress/gawat janin, mal presentasi mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi.

#### e. Indikasi seksio sesarea

##### 1) Plasenta previa sentralis dan lateralis (*posterior*)

##### 2) Panggul sempit

##### 3) Disporosi sefalopelvik yaitu ketidakseimbangan antara ukuran kepala dan ukuran panggul

##### 4) Rupture uteri mengancam

##### 5) Partus lama (*prolonged labor*)

##### 6) Partus tak maju (*obstructed labor*)

##### 7) Distosia serviks

- 8) Preeklamsi dan hipertensi
  - 9) Mal presentasi janin
    - a) Letak lintang
    - b) Letak bokong
    - c) Presentasi dahi dan muka (letak defleksi)
    - d) Presentasi rangkap jika reposisi tidak berhasil
    - e) Gemeli (kehamilan kembar)
- f. kontraindikasi seksio sesarea
- pada umumnya seksio sesarea tidak dilakukan :
- 1) janin mati
  - 2) Syok, anemia berat, sebelum diatasi
  - 3) Kelainan kongenital berat
- g. Komplikasi seksio sesarea
- 1) Infeksi puerperalis
- Ringan : dengan kenaikan suhu beberapa hari saja
- Sedang : dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung.
- Berat : dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik. Hal ini terjadi akibat infeksi intrapartal karena ketuban yang telah pecah terlalu lama.

2) Perdarahan

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

3) Komplikasi - komplikasi lain seperti luka kandung kemih, embolisme paru-paru. Kurang kuatnya parut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptura uteri.

h. Pemeriksaan penunjang (Tucker, Susan Martin, 1998)

- 1) Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- 2) Pemantauan EKG
- 3) JDL dengan diferensiasi
- 4) Elektrolit
- 5) Hemoglobin atau hematokrit
- 6) Golongn darah
- 7) Urinalisis
- 8) Amniosentesis terhadap maturitas paru jann sesuai indikasi
- 9) Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi
- 10) Ultrasound sesuai pesanan

i. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis pada pasien yang menjalani seksio sesarea adalah sebagai berikut :

- 1) Berikan cairan intravena sesuai indikasi



- 2) Jenis anestesi regional atau spinal
- 3) *Informed consent*
- 4) Tes laboratorium atau diagnostik sesuai indikasi
- 5) Pemberian oksigenasi sesuai indikasi
- 6) Observasi tanda-tanda vital di ruang pemulihan
- 7) Pemasangan kateter urin

#### **2.1.4 Nifas**

##### a. Definisi

Masa nifas (*peurperium*) adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira – kira 6 minggu (Saleha, 2007).

##### b. Tahapan masa nifas

###### 1) Puerperium Dini

Masa pulih dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

###### 2) Puerperium Intermedial

Masa kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

###### 3) Remote Puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila ibu selama hamil maupun bersalin, ibu mempunyai komplikasi,

masa ini bisa berlangsung 3 bulan bahkan lebih lama sampai tahunan (Hanifa, 2008).

c. Perubahan adaptasi fisiologi

1) Suhu

Suhu tubuh wanita inpartus tidak lebih dari  $37,2^{\circ}\text{C}$  sesudah partus dapat naik kurang lebih  $0,5^{\circ}\text{C}$  dari keadaan normal, namun tidak melebihi  $8^{\circ}\text{C}$ . Sesudah 2 jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal (Sulistiyawati, 2009).

2) Tekanan Darah

Tekanan darah sedikit mengalami penurunan sekitar 20 mmHg atau lebih pada tekanan sistol akibat dari hipotensi ortostatik yang ditandai dengan sedikit pusing pada saat perubahan posisi dari berbaring ke berdiri dalam 48 jam pertama. Tekanan darah tinggi pada saat post partum dapat menandakan terjadinya pre eklamsia post partum.

3) Nadi

Pada masa nifas, umumnya denyut nadi labil dibandingkan dengan suhu. Nadi berkisar antara 60 – 80 denyutan permenit setelah partus. Bila terdapat takikardi dan suhu tubuh tidak panas, mungkin ada perdarahan berlebih. Apabila denyut nadi diatas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau haemoragik postpartum lambat.

## 4) Pernapasan

Pernapasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula. Dalam hal ini, fungsi pernafasan kembali pada rentang normal wanita selama jam pertama postpartum. Nafas pendek, cepat atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelebihan cairan, eksaserbasi asma dan embolus paru

## 5) Perubahan dalam sistem reproduksi

## a) Uterus

Uterus akan mengalami Involusi uteri. Involusi uteri adalah perubahan yang merupakan proses kembalinya alat kandungan atau uterus dan jalan lahir setelah bayi dilahirkan hingga mencapai keadaan seperti sebelum hamil.

**Tabel 2.1****Perubahan uterus**

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari (minggu 1)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gram	5 cm

6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm
----------	--------	---------	--------

*Sumber : Eniyati dan Sholihah, 2013*

b) Lokhea

Lokhea adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa nifas. macam-macam lokhea :

- (1) Lokhea Rubra : lokhea yang terjadi pada hari ke 1-3 setelah persalinan, warna merah terang sampai dengan merah tua yang mengandung desidua.
- (2) Lokhea Sanguinolenta: lokhea hari ke 3-7 pasca persalinan. berwarna merah bercampur putih berisi darah dan lendir.
- (3) Lokhea Serosa : lokhea hari ke 7-14 berwarna kuning kecoklatan terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta.
- (4) Lokhea Alba : berwarna putih Mengandung leukosit, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati.

c) Serviks

Involusi serviks dan segmen bawah uterus setelah persalinan berbeda dan tidak kembali seperti pada keadaan sebelum hamil. Serviks menjadi sangat lembek/lunak, kendur dan terkulai.

d) Vagina dan perineum

Vagina yang semula sangat tegang akan kembali secara bertahap, dimana setelah satu hingga dua hari pertama postpartum, tonus otot vagina kembali, celah vagina tidak lebar dan vagina tidak lagi edema serta ukurannya kembali seperti ukuran sebelum

hamil pada minggu ke 6 sampai ke 8. Biasanya perineum setelah melahirkan menjadi agak bengkak dan mungkin ada luka jahitan bekas robekan atau episiotomy, yaitu sayatan untuk memperluas pengeluaran bayi. Proses penyembuhan luka episiotomy sama dengan luka operasi, biasanya berlangsung 2 sampai 3 minggu.

e) Abdomen

Pada hari pertama sesudah melahirkan saat berdiri, ibu post partum akan merasakan bahwa daerah perut terasa menggantung karena otot abdomen tidak dapat menahan isi abdomen.

f) Integument

Striae adalah perubahan warna seperti jaringan perut pada abdomen tidak dapat menghilang sempurna melainkan membentuk garis lurus yang sama.

g) Perubahan Berat Badan

Penurunan berat badan pada ibu setelah melahirkan terjadi akibat kelahiran bayi, plasenta dan cairan amnion atau ketuban. Diuresis juga menyebabkan penurunan berat badan selama masa postpartum awal. Pada minggu ke tujuh sampai ke delapan, ibu telah kembali ke berat badan sebelum hamil.

h) Payudara

Setelah melahirkan ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambatnya, kelenjar pituitary akan mengeluarkan prolaktin(hormon laktogenik) sampai hari ketiga

setelah melahirkan dan efek prolaktin pada payudara mulai bisa dirasakan.

i) Perubahan/adaptasi sistem endokrin

Selama proses kehamilan dan persalinan, terdapat perubahan pada sistem endokrin.

terutama pada hormon-hormon yang berperan proses tersebut yaitu:

- (1) Hormone plasenta
- (2) Hormone pituitary
- (3) Hormone hipotalamik puititaru ovarium
- (4) Hormone oksitosin
- (5) Hormone estrogen dan progesteron

d. Perubahan adaptasi psikologis

Fase-fase yang akan di alami oleh masa nifas antara lain :

1) *Fase Taking In:*

Periode yang terjadi pada hari pertama sampai kedua setelah melahirkan dimana ibu baru biasanya bersifat pasif dan bergantung, energi difokuskan pada perhatian ke tubuhnya atau dirinya. Fase ini merupakan periode ketergantungan dimana ibu mengharapkan segala kebutuhannya terpenuhi orang lain.

2) *Fase Taking Hold:*

Periode yang berlangsung 2-4 hari setelah melahirkan, dimana ibu menaruh perhatiannya pada kemampuannya menjadi orangtua

yang berhasil dan menerima peningkatan tanggung jawab terhadap bayinya. Fase ini sudah menunjukkan kepuasan (terfokus pada bayinya). Ibu mulai terbuka untuk menerima pendidikan kesehatan pada bayinya dan juga pada dirinya.

3) *Fase Letting Go:*

Periode ini umumnya terjadi setelah ibu baru kembali ke rumah, dimana ibu melibatkan waktu reorganisasi keluarga. Ibu menerima tanggung jawab untuk perawatan bayi baru lahir. Terjadi penyesuaian dalam hubungan keluarga untuk mengobservasi bayi.

e. Tujuan Pemberian Asuhan pada Masa Nifas

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologis.
- 2) Mendeteksi masalah, mengobati dan merujuk apabila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, cara dan manfaat menyusui, imunisasi, serta perawatan bayi sehari-hari.
- 4) Memberikan pelayanan KB (Sulityawati, 2009).

### 2.1.5 Masalah keperawatan Nyeri

#### a. Definisi

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (*international association for the study of pain*).

#### b. Penyebab Nyeri

Nyeri terjadi karena adanya stimulus nyeri, antara lain :

- 1) Fisik (termal, mekanik, elektrik)
- 2) Kimia

Apabila ada kerusakan pada jaringan akibat adanya kontinuitas jaringan yang terputus, maka histamin, bradikinin, serotonin, dan prostaglandin akan diproduksi oleh tubuh sehingga zat-zat kimia ini menimbulkan rasa nyeri.

#### c. Klasifikasi nyeri

##### 1) Nyeri Akut

Nyeri akut adalah suatu nyeri yang dapat dikenali penyebabnya, waktunya pendek, dan diikuti oleh peningkatan tegangan otot, serta kecemasan. peningkatan tegangan otot, dan kecemasan dapat meningkatkan resepsi nyeri.



## 2) Nyeri Kronis

Nyeri Kronis adalah suatu nyeri yang tidak dapat dikenali penyebabnya. Nyeri kronis biasanya terjadi pada rentang waktu 3-6 bulan(Marek&Green,2007).

### d. Patofisiologi Nyeri

Setiap prosedur pembedahan termasuk tindakan seksio sesarea mengakibatkan kontinuitas jaringan terputus(luka). Jaringan luka tersebut mengeluarkan prostaglandin dan leukotriens yang merangsang susunan saraf pusat, serta adanya plasma darah yang akan mengeluarkan plasma extravasation sehingga terjadi edema dan mengeluarkan bradikinin yang merangsang susunan saraf pusat, kemudian diteruskan ke spinal cord untuk mengeluarkan impuls nyeri. Nyeri juga terjadi akibat adanya stimulasi ujung saraf oleh bahan kimia yang dilepas pada saat operasi atau karena iskemi jaringan akibat gangguan aliran darah ke salah satu bagian jaringan. Area insisi mungkin menjadi sumber nyeri. Hal ini disebabkan oleh robeknya jaringan pada dinding perut dan dinding uterus. Selain itu, terjadinya juga kontraksi dan pengerutan rahim yang menyebabkan nyeri selama beberapa hari(Cunningham, 2005).

### e. Intensitas Nyeri

Nyeri yang dirasakan setiap orang mempunyai rentang nyeri yang berbeda-beda. Intensitas nyeri adalah jumlah nyeri yang terasa. Intensitas

nyeri dapat diukur dengan menggunakan angka 0 sampai 10 pada skala intensitas nyeri (Maryunani, 2010). Menurut pasero dan McCaffery (2005); Elkin, Perry, dan Potter (2000) umumnya untuk mengukur intensitas nyeri digunakan skala rentang 0-10, di mana : 0 = tidak ada nyeri, 1-2 = nyeri ringan, 3-4 = nyeri sedang, 5-6 = nyeri berat, 7-8 = nyeri sangat berat, 9-10 = nyeri buruk sampai tidak tertahankan.

f. Dampak Nyeri

Apabila nyeri tidak segera diatasi akan menyebabkan *Activity of Daily Living (ADL)* terganggu pada ibu dan akibatnya nutrisi bayi berkurang karena tertundanya pemberian ASI sejak awal, selain itu dapat mempengaruhi *Inisiasi Menyusui Dini (IMD)* terhadap daya tahan tubuh bayi (Afifah, 2009).

g. Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri terbagi menjadi 2 yaitu :

- 1) Pendekatan farmakologis yaitu pendekatan kolaborasi antara dokter dengan perawat yang menekankan pada pemberian obat yang mampu menghilangkan sensasi nyeri.
- 2) Pendekatan non farmakologis merupakan pendekatan menggunakan manajemen keperawatan secara mandiri salah satunya adalah teknik relaksasi napas dalam. Teknik relaksasi napas dalam dilakukan

dengan mengajarkan dan menganjurkan klien mengatur napas yang baik, menarik napas dalam dan menghembuskan napas dengan mengeluarkan perasaan nyeri yang dirasakan

h. Jurnal mengenai tehnik relaksasi napas dalam

Penelitian yang dilakukan oleh Wiwiek Widiatie yang berjudul Pengaruh Tehnik Relaksasi Napas Dalam terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Ibu post Seksio sesarea di Rumah sakit Unipdu Medika Jombang Jurnal Edu Health, Vol. 5 No. 2, September 2015 menyatakan bahwa tehnik relaksasi napas dalam menunjukkan adanya penurunan skala nyeri

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sujatmiko yang berjudul Pemberian Metode Relaksasi Napas Dalam Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Seksio sesarea. Jurnal Kesehatan, Vol. 5, No. 1, September 2013. Menyatakan ada pengaruh pemberian metode relaksasi napas dalam terhadap penurunan nyeri pada pasien post operasi seksio sesarea di ruang pulih sadar RSUD Dr. Soeroto Ngawi.

i. Manfaat pemberian relaksasi napas dalam

Karena banyak manfaat yang dapat diperoleh dari kegiatan bernapas dalam baik secara psikologis maupun fisiologis. Secara psikologis napas dalam dapat meredakan stress, mengurangi rasa cemas, membantu memperbaiki fisik dan mental, mengurangi rasa gugup dan amarah.

Sedangkan secara fisiologi napas dalam dapat memperbaiki sirkulasi darah, meningkatkan fungsi paru serta dapat mengurangi rasa nyeri karena mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorfin dan enkefalin.

Hormon endorfin merupakan substansi sejenis morfin yang berfungsi sebagai penghambat transmisi impuls nyeri ke otak. Endorfin mempengaruhi transmisi impuls nyeri dengan cara menekan pelepasan neurotransmitter di presinaps atau menghambat konduksi impuls nyeri di postsinaps (Monahan, Sands, Marek, & Green, 2007). Dan Karena teknik relaksasi napas dalam dipercaya dapat menurunkan intensitas nyeri dengan merelaksasikan otot skelet yang mengalami spasme (Nazarudin Umar, 2003).

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan**

Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan yang sistematis dan bersinambung meliputi tindakan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan individu atau kelompok baik yang aktual maupun potensial, kemudian merencanakan tindakan untuk menyelesaikan, mengurangi, atau mencegah terjadinya masalah baru dan melaksanakan tindakan atau menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dikerjakan. (Rohmah, 2009).

### 2.2.1 Pengkajian

#### a. Identitas klien dan penanggung jawab

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku, nama, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomor *medical record*, diagnosa medik, yang mengirim, cara masuk, alasan masuk, keadaan umum tanda vital. ( Jitowiyono dan Weni, 2010).

#### b. Riwayat Kesehatan

##### 1) Keluhan utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Misalnya, ibu dengan keluhan demam, keluar darah segar dan banyak, nyeri.

##### 2) Keluhan utama saat dikaji

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah pasien operasi( Jitowiyono dan Weni, 2010). Biasanya pada klien post operasi seksio sesarea mengeluh nyeri pada bagian luka operasi (Maryunani, 2015). Hal tersebut diuraikan dengan metode PQRST.

#### c. Riwayat penyakit dahulu

Meliputi penyakit yang lain yang dapat mempengaruhi penyakit sekarang, maksudnya apakah pasien pernah mengalami penyakit yang

sama. Seperti pada klien dengan post seksio sesarea apakah klien pernah seksio sesarea atau tidak sebelumnya.

d. Riwayat kesehatan keluarga.

Adakah anggota keluarga yang mempunyai penyakit keturunan seperti hipertensi, DM , jantung, atau riwayat penyakit menular seperti hepatitis atau TBC dan apakah keluarga pasien juga mempunyai riwayat persalinan patologis.

e. Riwayat obstetri dan Ginekologi

1) Riwayat Obstetri

a) Riwayat persalinan dahulu

Kaji riwayat kehamilan sebelumnya, persalinan dan nifas yang lalu, tahun persalinan, tempat persalinan, umur kehamilan, jenis kehamilan anak, BB anak, keluhan saat hamil, dan keadaan anak sekarang, pernah SC atau tidak sebelumnya.

b) Riwayat kehamilan sekarang

Pemeriksaan kehamilan saat ini, riwayat imunisasi, riwayat pemakaian obat selama hamil, dan keluhan selama hamil.

c) Riwayat persalinan sekarang

Yang perlu dikaji adalah indikasi dilakukan Sektio Sesarea, kaji jam, tanggal, jenis kelamin bayi, BB, TB, LK, LB, APGAR SCORE dan placenta.

d) Riwayat nifas sekarang

Kaji lochea, warna, bau, jumlah, tinggi pundus.

2) Riwayat Ginekologi

a) Menstruasi

Data ini memang tidak secara langsung berhubungan dengan masa nifas, namun dari data yang di peroleh, akan mempunyai gambaran tentang keadaan dasar dari organ reproduksinya. Menarche : Usia pertama kali haid, siklus dan lamanya haid, warna dan jumlah, HPHT dan taksiran kehamilan.

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

c) Riwayat Keluarga berencana

Pada klien Seksio Sesarea, penggunaan kontrasepsi tidak ada pengaruh penyebab klien dilakukan Seksio Sesarea.

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

1) Pola nutrisi

Biasanya pada klien yang menjalani operasi dengan jenis anestesi umum puasa sampai bising usus positif dan pada klien yang menjalani operasi dengan jenis anestesi spinal biasanya tidak harus puasa. Jika pengaturan menu makan yang dilakukan oleh pasien kurang seimbang sehingga ada kemungkinan beberapa komponen gizi tidak akan terpenuhi.

2) Pola minum

Dapat tanyakan pada pasien berapa kali ia minum dalam sehari dan dalam sekali minum dapat habis berapa gelas, Frekuensi minum dikalikan seberapa banyak dalam sekali minum akan diperoleh data jumlah intake cairan dalam sehari.

3) Pola Istirahat

Menggali informasi mengenai kebiasaan istirahat pada ibu supaya mengetahui hambatan yang mungkin muncul . Untuk istirahat malam, rata-rata waktu yang diperlukan adalah 6-8 jam .

4) Aktivitas Sehari-hari

Biasanya untuk anestesi spinal harus *bedrest* selama 24 jam. Aktivitas yang terlalu berat dapat menyebabkan perdarahan per vagina.

5) Personal hygiene

Berapa kali klien mandi dalam sehari dan kapan waktunya. Beberapa wanita ada yang kurang peduli dengan kebiasaan keramas, beranggapan bahwa keramas tidak begitu berpengaruh terhadap kesehatannya. Ganti baju minimal sekali dalam sehari. Dapat ditanyakan tiap berapa hari ia memotong kukunya atau apakah ia selalu memanjangkan kukunya.



j. Pemeriksaan Fisik *Head to Toe*

Tanda-tanda vital

1) Tekanan Darah

Setelah melahirkan banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik, yang kembali secara spontan tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari. perawat bertanggung jawab mengkaji resiko preeklamsi pascapartum, komplikasi yang relatif jarang, tetapi serius jika peningkatan tekanan darah signifikan.

2) Suhu

Suhu maternal kembali dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intrapartum dan stabil dalam 24 jam pertama post partum

3) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal selama beberapa jam pertama post partum. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat mempengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi diatas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi pascapartum lambat.

4) Pernafasan

Fungsi pernafasan kembali pada rentang normal wanita selama jam pertama pascapartum. Nafas pendek, cepat, atau perubahan lain

memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelebihan cairan, seperti eksaserbasi asma, dan emboli paru.

5) Kepala

Rambut : warna, kebersihan, mudah rontok atau tidak, adanya nyeri dan benjolan

6) Telinga: simetris, kebersihan, gangguan pendengaran

7) Mata:konjungtiva, sklera, kebersihan,kelainan,gangguan penglihatan.

8) Hidung : kebersihan, polip, alergi debu

9) Mulut :

(1) Bibir : Warna dan integritas jaringan (lembab,kering, atau pecah-pecah)

(2) Lidah : Warna dan kebersihan

(3) Gigi : Kebersihan dan karies

(4) Gangguan pada mulut (bau mulut)

(5) Leher : Pembesaran kelenjar tiroid dan limfe, pembesaran vena jugularis

(6) Dada : Simetris/tidak, Payudara : Dapat mengalami kongesti selama beberapa hari pertama post partum karena tubuhnya mempersiapkan. untuk Pengkajian payudara pada periode awal post partum meliputi penampilan dan integrasi putting posisi bayi pada payudara, adanya kolostrum, apakah payudara terisi susu, dan adanya sumbatan ductus, kongesti, dan tanda-tanda mastitis potensial.

#### 10) Perut

Bentuk, striae dan linea, kontraksi uterus, TFU pada saat bayi lahir setinggi pusat, 2 hari setelah melahirkan TFU 2 jari di bawah pusat, 1 minggu setelah melahirkan TFU pertengahan symphysis, 6 minggu setelah melahirkan bertambah kecil dan setelah 8 minggu TFU kembali dalam keadaan normal dengan berat 30 gram, kontraksi uterus keras seperti papan, bising usus biasanya mengalami penambahan akibat efek samping obat anestesi ketika post seksio sesarea. Pada bagian abdomen biasanya terdapat luka post seksio sesarea.

#### 11) Punggung dan bokong

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

#### 12) Genetalia

Umumnya pada ibu postpartum terjadi diuresis, sehingga 6 jam postpartum sudah ada keinginan berkemih. Vulva tidak edema, pengeluaran lochea rubra pada hari pertama dengan jumlah sedang dan sampai lochea serosa pada hari ketiga dengan jumlah sedang berbau amis atau kadang tidak berbau.

#### 13) Ekstremitas

pada ekstremitas bawah tidak ada edema pretibia/pedis, kesimetrisan ekstremitas, ada tidaknya varises, tidak adanya nyeri tekan.

k. Data psikososial

Pasien biasanya dalam keadaan labil, Pasien biasanya cemas akan keadaan seksualitasnya, Harga diri pasien terganggu.

l. Data penunjang

USG untuk menentukan letak implantasi plasenta, Pemeriksaan hemoglobin, Pemeriksaan hematokrit.

m. Analisa Data

Tahap terakhir dari pengkajian adalah analisa data untuk menentukan diagnosa keperawatan. Analisa data dilakukan melalui pengesahan data, pengelompokan data, menafsirkan adanya kesenjangan serta kesimpulan tentang masalah yang ada (Rencana Asuhan Keperawatan maternal dan bayi baru lahir Carol J. Green, 2012).

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap proses kehidupan/masalah kesehatan. Aktual atau potensial dan kemungkinan menimbulkan tindakan keperawatan untuk memecahkan masalah tersebut. Menurut Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) 2015 bahwa diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu post operasi Seksio Sesarea adalah:

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi)
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)
- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi postpartum.
- d. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.
- e. Gangguan eliminasi urine
- f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan lemah
- g. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko: episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.
- h. Defisit perawatan diri: mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan postpartum.
- i. Konstipasi
- j. Resiko syok (hipovolemik)
- k. Resiko perdarahan
- l. Defisiensi pengetahuan: perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

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

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

**Tabel 2.2 Intervensi Ketidakefektifan jalan nafas**

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
<p><b>Ketidakefektifan bersihan jalan nafas.</b>            Definisi :            Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau produksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas.</p> <p><b>Batasan Karakteristik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada batuk</li> <li>• Suara nafas tambahan</li> <li>• Frekuensi nafas</li> <li>• Perubahan irama nafas</li> <li>• Sianosis</li> <li>• Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara</li> <li>• Penurunan bunyi nafas</li> <li>• Dispneu</li> <li>• Sputum dalam jumlah yang berlebihan</li> <li>• Batuk yang tidak efektif</li> <li>• Orthopneu</li> <li>• Gelisah</li> <li>• Mata terbuka lebar</li> </ul> <p><b>Faktor yang berhubungan :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lingkungan :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perkokok pasif</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>NOC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respiratory status : ventilation</li> <li>- Respiratory status : airway patency</li> </ul> <p><b>Kriteria hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips).</li> <li>- Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentan normal, tidak ada suara nafas abnormal).</li> <li>- Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas</li> </ul>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Airway suction</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Pastikan kebutuhan oral /tracheal suction .</li> <li>b) Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning.</li> <li>c) Informasikan kepada klien dan keluarga tentang suctioning.</li> <li>d) Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan.</li> <li>e) Berikan O<sub>2</sub> dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suction nasotracheal.</li> <li>f) Gunakan alat steril setiap melakukan tindakan.</li> <li>g) Anjurkan pasien untuk istirahat dan nafas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal.</li> <li>h) Monitor status oksigen klien.</li> <li>i) Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suction.</li> <li>j) Hentikan suction dan berikan oksigen apabila pasien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi O<sub>2</sub> .</li> </ul> <p><b>Airway Management</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>k) Buka jalan nafas, gunakan tehnik chin lift, jaw thrust bila perlu.</li> <li>l) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi.</li> <li>m) Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan</li> <li>n) Pasang mayo bila perlu</li> <li>o) Lakukan visioterapi dada jika perlu</li> <li>p) Keluarkan secret dengan batuk atau suction</li> <li>q) Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan</li> <li>r) Lakukan suction pada mayo</li> <li>s) Berikan bronkodilator bila perlu</li> <li>t) Berikan pelembab udara kassa basah NaCl lembab</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengisap asap</li> <li>- Merokok</li> <li>• Obstruksi jalan nafas : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spasme jalan nafas</li> <li>- Mokus dalam jumlah berlebihan</li> <li>- Eksudat dalam jalan alveoli</li> <li>- Materi asing dalam jalan nafas</li> <li>- Adanya jalan nafas buatan</li> <li>- Sekresi bertahan/sisa sekresi</li> <li>- Sekresi dalam bronki</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>u) Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan</li> <li>v) Monitor respirasi dan status O<sub>2</sub></li> </ul>
---	--

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

**Tabel 2.3 Intervensi Nyeri Akut**

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
<b>Nyeri akut</b> Definisi : Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the study Pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung < 6 bulan.	<b>NOC</b> (a) Pain level (b) Pain control (c) Comfort level <b>Kriteria hasil :</b> - Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan). - Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan	<b>NIC</b> <b>Pain Management</b> a) Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. b) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan. c) Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien. d) Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri e) Evaluasi pengalaman nyeri masalalu f) Evaluasi bersama pasien dan kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau g) Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan. h) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.



**Batasan karakteristik :**

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

**Factor yang berhubungan :**

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

menggunakan manajemen nyeri.

- Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri).
- Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

- i) Kurangi factor presipitasi nyeri
- j) Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)
- k) Kaji dan tipe sumber nyeri untuk menentukan intervensi.
- l) Ajarkan tentang tehnik nonfarmakologi
- m) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
- n) Evaluasi keefektifan kontrol nyeri
- o) Tingkatkan istirahat
- p) Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
- q) Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri

**Analgetic administration**

- r) Tentukan lokasi karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
- s) Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
- t) Cek riwayat alergi
- u) Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgetik ketika pemberian lebih dari satu
- v) Tentukan pilihan analgetik tergantung tipe dan beratnya nyeri
- w) Pilih rute pemberian secara IV, IM, untuk pengobatan nyeri secara teratur
- x) Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali
- y) Berikan analgetik tepat waktu terutama saat nyeri hebat
- z) Evaluasi efektivitas analgetik, tanda dan gejala.

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

**Tabel 2.4 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi**

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Definisi: Asupan nutrisi tidak cukup memenuhi kebutuhan metabolik. <b>Batasan karakteristik:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nyeri abdomen</li> <li>• Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal</li> <li>• Kurang makan</li> <li>• Kurang informasi</li> <li>• Tonus otot menurun</li> </ul> <b>Faktor yang berhubungan:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faktor biologis</li> <li>• Faktor ekonomi</li> <li>• Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrient</li> <li>• Ketidak mampuan menelan makanan</li> <li>• Faktor psikologis</li> </ul>	<b>NOC</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nutritional status</li> <li>- Nutritional status: food and fluid</li> <li>- Intake</li> <li>- Nutritional status: nutrient intake</li> <li>- Weight control.</li> </ul> <b>Kriteria hasil :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan</li> <li>- Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan</li> <li>- Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi</li> <li>- Tidak ada tanda mal nutrisi</li> <li>- Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dari menelan</li> <li>- Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti.</li> </ul>	<b>NIC</b> <b>Nutrition Management</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Kaji adanya alergi makanan</li> <li>b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien</li> <li>c) Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe</li> <li>d) Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C</li> <li>e) Berikan substansi gula</li> <li>f) Yakinkan diet yang dimakan klien mengandung serat tinggi untuk mencegah konstipasi</li> <li>g) Berikan makanan yang terpilih (berdasarkan konsultasi ahli gizi)</li> <li>h) Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori</li> <li>i) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi</li> <li>j) Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan.</li> </ul> <b>Nutrition Monitoring</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>k) Bb pasien dalam batas normal</li> <li>l) Monitor adanya penurunan berat badan</li> <li>m) Montor tipe dan jumlah aktivitas yang bisa dilakukan</li> <li>n) Monitor lingkungan selama makan</li> <li>o) Monitor kulit kering dan pigmentasi</li> <li>p) Monitor turgor kulit</li> <li>q) Monitor kekeringan rambut kusam dan mudah patah</li> <li>r) Monitor mual muntah</li> <li>s) Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht</li> <li>t) Monitor pertumbuhan dan perkembangan</li> <li>u) Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva</li> </ul>

v) Monitor kalori dan intake nutrisi.

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

**Tabel 2.5 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI**

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
<p><b>Ketidakefektifan pemberian ASI</b>            Definisi :            Ketidak puasan atau kesulitan ibu, bayi atau anak menjalani proses pemberian ASI</p> <p><b>Batasan karakteristik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketidakefektifan suplai ASI</li> <li>• Tampak ketidakadekuatan asupan susu</li> <li>• Tidak tampak tanda pelepasan oksitosin</li> <li>• Ketidak cukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui</li> <li>• Kurang menambah berat badan bayi</li> </ul> <p><b>Faktor yang berhubungan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Defisit pengetahuan</li> <li>• Diskontinuitas pemberian ASI</li> <li>• Reflex menghisap buruk</li> <li>• Prematuritas</li> <li>• Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya</li> </ul>	<p><b>NOC</b></p> <p>(a) Breastfeeding ineffective            (b) Breathing pattern ineffective            (c) Breasfeeding interrupted</p> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kemantapan pemberian ASI : bayi: perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI.</li> <li>- Kemantapan pemberian ASI: ibu: kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI.</li> <li>- Pemeliharaan pemberian ASI: keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/ todler.</li> </ul>	<p><b>NIC</b></p> <p>a. Evaluasi pola menghisap/ menelan bayi            b. Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui.            c. Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (reflek rooting, menghisap dan terjaga)            d. Kaji kemampuan bayi untuk latch on dan menghisap secara efektif            e. Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting            f. Pantau integritas kulit puting ibu            g. Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar susu dan mastitis            h. Pantau kemampuan untuk mengurangi kongesti payudara dengan benar            i. Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi.</p> <p><b>Brest examination</b></p> <p><b>Laktation supresion</b></p> <p>j. Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan</p>

- 
- Penyapihan pemberian ASI
  - Diskontinuitas progresif pemberian ASI
  - Pengetahuan pemberian ASI tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makanan bayi melalui proses pemberian ASI, ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan seger, ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI, ibu tidak mengalami nyeri penekanan pada puting, mengenali tanda-tanda penurunan suplay ASI.
- keberhasilan proses pemberian ASI.
- k. Sediakan informasi tentang laktasi dan tehnik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI
  - l. Ajarkan pengasuhan bayi mengenai topik-topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran pemberian susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang
  - m. Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan, dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula
  - n. Apabila penyapihan diperlukan informasikan ibu mengenai kembalinya proses ovulasi dan seputar alat kontrasepsi yang sesuai
- Laktation konseling**
- o. Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI
  - p. Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu.
  - q. Diskusikan metode alternatif pemberian makanan bayi
-

## e. Gangguan eliminasi urine

**Tabel 2.6 Intervensi Gangguan Eleminasi Urin**

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

## f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

**Tabel 2.7 Intervensi Gangguan Pola Tidur**

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

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

**Tabel 2.8 Intervensi Resiko Infeksi**

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
<p><b>Resiko Infeksi</b>            Definisi:            Mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik.  <b>Faktor-faktor resiko:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyakit kronis</li> <li>• Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemajanan patogen</li> <li>• Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kerusakan integritas kulit</li> <li>- Trauma jaringan</li> </ul> </li> <li>• Ketidakadekuatan pertahanan sekunder</li> <li>• Pemajanan terhadap patogen</li> <li>• Prosedur infasif</li> </ul>	<p><b>NOC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Immune status</li> <li>- Knowledge: infection control</li> <li>- Risk control</li> </ul> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Mendeskripsi proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaan</li> <li>- Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</li> <li>- Jumlah leukosit dalam batas normal</li> <li>- Menunjukkan perilaku hidup sehat</li> </ul>	<p><b>NIC</b>  <b>Kontrol infeksi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien</li> <li>b) Pertahankan tehnik isolasi</li> <li>c) Batasi pengunjung bila perlu</li> <li>d) Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung</li> <li>e) Gunakan antiseptik untuk cuci tangan</li> <li>f) Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</li> <li>g) Gunakan baju, sarung tangan sesuai alat pelindung</li> <li>h) Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat.</li> <li>i) Tingkatkan intake nutrisi</li> <li>j) Berikan terapi antibiotik bila perlu</li> <li>k) Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local</li> <li>l) Monitor kerentanan terhadap infeksi</li> <li>m) Saring pengunjung terhadap penyakit menular</li> <li>n) Pertahankan teknik aseptik pada pasien yang beresiko</li> <li>o) Pertahankan teknik isolasi</li> <li>p) Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase</li> <li>q) Dorong masukan nutrisi yang cukup</li> <li>r) Dorong masukan cairan</li> <li>s) Dorong istirahat</li> <li>t) Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep.</li> <li>u) Anjurkan pasien dan keluarga mengenali tanda infeksi</li> <li>v) Ajarkan cara menghindari infeksi</li> <li>w) Laporkan kecurigaan infeksi</li> </ol>

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

**Tabel 2.9 Intervensi Defisit Perawatan Diri**

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



<p>dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi</li> <li>- Membersihkan dan mengeringkan tubuh</li> <li>- Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral</li> </ul>	<p>sepuhnya.</p>
--	------------------

#### i. Konstipasi

**Tabel 2.10 Intervensi Konstipasi**

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
<p><b>Konstipasi</b>            Definisi:            Penurunan pada frekuensi normal pada defeksi yang disertai oleh kesulitan atau pengeluaran tidak lengkap feces atau pengeluaran feces yang kering, keras dan banyak.</p> <p><b>Batasan Karakteristik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nyeri abdomen</li> <li>• Anoreksia</li> <li>• Darah merah pada feces</li> <li>• Perubahan pada pola defeksi</li> <li>• Penurunan volume feces</li> </ul>	<p><b>NOC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bowel elamination</li> <li>- Hidration</li> </ul> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mempertahankan bentuk feces lunak setiap 1-3 hari.</li> <li>- Bebas dari ketidak nyamanan dan konstipasi</li> <li>- Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi</li> <li>- Feses lunak dan berbentuk.</li> </ul>	<p><b>NIC</b>  <b>Constipation/ impaction managemen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Monitor tanda dan gejala konstipasi</li> <li>b) Monitor bising usus</li> <li>c) Monitor feces : frekuensi, konsistensi dan volume</li> <li>d) Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus</li> <li>e) Monitor tanda dan gejala ruptur usus/peritonitis</li> <li>f) Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi</li> <li>g) Dukung intake cairan</li> <li>h) Pantau tanda tanda dan gejala konstipasi</li> <li>i) Pantau tanda tanda dan gejala impaksi</li> <li>j) Memantau gerakan usus, termasuk konsistensi, frekuensi, bentuk, volume, dan warna.</li> <li>k) Memantau bising usus</li> </ul>

- Distensi abdomen
- Rasa tekanan rektal
- Keletihan umum
- Sakit kepala
- Bising usus hiperaktif
- Bising usus hipoaktif
- Peningkatan tekanan abdomen
- Adanya feses lunak, seperti pasta didalam rektum

Faktor yang berhubungan:

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

- l) Anjurkan pasien atau keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses.
- m) Anjurkan pasien atau keluarga untuk diet tinggi serat
- n) Timbang pasien secara teratur
- o) Timbang pasien secara teratur.
- p) Ajarkan pasien dan keluarga tentang proses pencernaan yang normal.

## j. Resiko syok (hipovolemik)

Tabel 2.11 Intervensi Resiko Syok

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

## k. Resiko perdarahan

Tabel 2.12 Intervensi Resiko Perdarahan

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

pembedahan, pemberian obat, pemberian produk darah defisiensi trombosit, kemoterapi).	w) Hindari penggunaan aspirin dan ibuprofen
---	---

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

**Tabel 2.13 Intervensi Defisit Pengetahuan**

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
<b>Defisit pengetahuan</b>	<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
Definisi :	- Knowledge : disease proces	<b>Treching : disease proces</b>
Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.	- Knowledge : healt beavior <b>Kriteria Hasil:</b>	a) Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik
<b>Batasan Karakteristik:</b>	- Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, program pengobatan.	b) Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat.
• Perilaku hiperbola	- Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.	c) Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat
• Ketidakakuratan mengikuti perintah	- Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim	d) Identifikasi kemampuan penyebab dengan cara yang tepat
• Ketidakakuratan mengikuti tes (mis., hysteria, bermusuhan, agitasi, apatis)		e) Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat
• Pengukuran masalah		f) Hindari jaminan yang kosong
<b>Faktor yang berhubungan:</b>		g) Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat
		h) Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit

- |   |                    |  |
|---|--------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Keterbatasan kognitif</li><li>• Salah intepretasi informasi</li><li>• Kurang pajanan</li><li>• Kurang minat dalam belajar</li><li>• Kurang dapat mengingat</li><li>• Tidak familiar dengan sumber informasi</li></ul> | kesehatan lainnya. | <ul style="list-style-type: none"><li>i) Diskusikan pilihan terapi atau penanganann</li><li>j) Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan</li><li>k) Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan,dengan cara yang tepat.</li></ul> |
|---|--------------------|--|

### 2.2.1 Implementasi

Menurut Mitayani tahun 2009 dalam buku “asuhan keperawatan maternitas” implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan, mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisa dan kesimpulan keperawatan dan bukan anas petunjuk petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain.

### 2.2.2 Evaluasi

Menurut Mitayani tahun 2009 dalam buku “asuhan keperawatan maternitas” evaluasi merupakan hasil perkembangan ibu dengan berpedoman kepada hasil dan tujuan yang hendak dicapai.