

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST *SECTIO CAESAREA*
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
PEMBERIAN ASI DI RUANG ZADE
RSU DR.SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh :

INDAH NOVITA SARI

NIM : AKX.15.047



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

2018

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Indah Novita Sari
NPM : AKX.15.047
Program Studi : D III Keperawatan
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post *Sectio Caesarea*
Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan
Pemberian ASI 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 diperguruan 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 dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Bandung, 21 Maret 2018
Yang Membuat Pernyataan




Indah Novita Sari

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST *SECTIO CAESAREA*

DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN

PEMBERIAN ASI DI RUANG ZADE

RSU DR.SLAMET GARUT

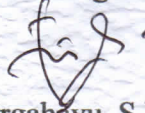
INDAH NOVITA SARI

AKX.15.047

**KARYA TULIS INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 21 APRIL 2018**

Oleh

Pembimbing Ketua



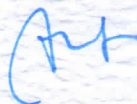
**Inggrid Dirgahayu, S.Kp,MKM
NIK: 10104019**

Pembimbing Pendamping



**Yati Nurhayati, AMK
NIK:**

**Mengetahui
Prodi DIII Keperawatan
Ketua,**



**Tuti Suprapti, S.Kp.,M.KEP
NIK: 1011603**

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST *SECTIO CAESAREA*
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
PEMBERIAN ASI DI RUANG ZADE
RSU DR.SLAMET GARUT**

Oleh :
Indah Novita Sari
AKX.15.047

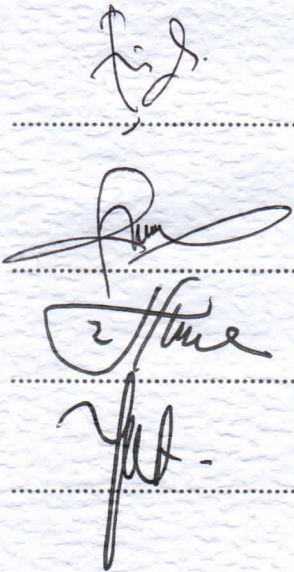
Telah diuji
Pada tanggal, 28 April 2018

Panitia Penguji

Ketua : Ingrid Dirgahayu, S.Kp,MKM
(Pembimbing Utama)

Anggota :

1. Sri Lestari, M.Keb
(Penguji I)
2. Vina Vitniawati, S.Kep,Ners
(Penguji II)
3. Yati Nurhayati, AMK
(Pembimbing Pendamping)



Mengetahui

STIKes Bhakti Kencana Bandung

Ketua,

Rd.Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep.

NIK: 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 *SECTIO CAESAREA* DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN PEMBERIAN ASI DI RSUD.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, S.H.,M.Pd.,M.H.Kes. selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd.Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep. selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. H. Husi Husaeni, dr.,SpAn.,KIC.,M.Kes. selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. H. Jajang Sujana Mail, dr.,Sp.An. sebagai Ketua Pelaksana Harian Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik STIKes Bhakti Kencana Bandung.
5. Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep. selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
6. Ingrid Dirgahayu S.Kp.,MKM selaku pembimbing pertama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Yati Nurhayati AMK selaku pembimbing kedua yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

8. Staf dosen dan karyawan program studi DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik.
9. H. Maskut Farid, dr., MM. selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
10. Ai Tati Rohaeni, S.Kep.,Ners selaku CI Ruangan Zade yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr. Slamet Garut.
11. Terimakasih kepada Bapak Isworo dan Ibu Tri Wahyuni yang telah memberikan dorongan semangat serta dengan tulus selalu mendoakan dan mengharapakan keberhasilan anakmu.
12. Terimakasih kepada jasmine, windi, dan diki yang selalu memberikan semangat dan motivasi untuk penulis menyelesaikan karya tulis ini.
13. Terimakasih kepada teman-teman kosan Sumbara Squad yang selalu memberikan dukungan dan motivasi .
14. kepada semua teman-teman angkatan XI terimakasih atas kerjasamanya dan dukungannya.

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, 21 April 2018

Indah Novita Sari

ABSTRAK

Latar Belakang : *Sectio Caesarea* adalah suatu persalinan buatan, yaitu janin dilahirkan melalui satu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta bobot janin diatas 500 gram. Dampak yang muncul pada *sectio cesarea* mobilisasi terganggu, adanya trombo emboli, *Activity Of Dailing Living* (ADL) terganggu, inisiasi menyusui dini (IMD) tidak terpenuhi dan mengakibatkan masalah padan proses menyusui serta produksi ASI pada ibu. Tujuan dilakukannya penelitian ini mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif pada klien post operasi *sectio caesarea* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD dr.Slamet Garut. **Metode :** Studi kasus yaitu penelitian terhadap suatu kejadian atau peristiwa yang mengandung masalah sehingga perlu ditelaah kemudian dicari cara-cara penanggulangannya antara lain melalui penelitian. Studi kasus ini dilakukan pada dua klien post operasi *sectio caesarea* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI. **Hasil :** Ketidakefektifan pemberian ASI, setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan breast care dan pijat oksitosin teratasi, pada klien 1 ada pengeluaran ASI yang keluar 10 ml sedangkan klien 2 pengeluaran ASI 40 ml. **Kesimpulan :** Klien dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap klien post operasi *sectio caesarea* hal ini disebabkan karena adanya masalah-masalah dalam pemberian ASI. Sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien.
Keyword : Post Operasi *Sectio Caesarea*, Ketidakefektifan Pemberian ASI, Asuhan Keperawatan.
Daftar Pustaka : Buku 18 (2009-2018), 3 Jurnal (2015-2017), 4 Website.

ABSTRACT

Background: *Sectio Caesarea* is an artificial labor, the fetus was born through one incision in abdominal wall and uterine wall with requirement the uterus in good condition and weight of the fetus is above 500 gram. Impact that appear on *sectio caesarea* is mobilization disrupted, the presence of trombo emboli, *Activity of Dailing Living* (ADL) interrupted, early initiation breastfeeding is not fulfilled and causes problem in the breastfeeding process and also mother's milk production. The purpose of this research is able to do nursing care directly and comprehensively on post-operation clients *sectio caesarea* with nursing problem ineffectiveness of breastfeeding in General Hospital dr.Slamet Garut. **Method:** The case study is research of case or occasion which contain problem so need to be reviewed and then find the ways by research. This case study was conducted on two post-operation *sectio caesarea*. Clients with nursing problem ineffectiveness breastfeeding. **Result:** ineffectiveness of breastfeeding, after nursing care done by giving intervention nursing breast care and oxytocin massage resolved, on client 1 release breast milk 10 ml while client 2 release breast milk 40 ml. **Conclusion:** Client with nursing problem of ineffective breastfeeding does not always have a same response on every post-operation *sectio caesarea* client is due to problems in breastfeeding. So the nurse have to do the comprehensive care for nursing problem on every client.
Keyword : Post Operation *Sectio Caesarea*, Ineffectiveness Breastfeeding, Nursing Care.
Bibliography : 18 Books (2009-2018), 3 Journals (2015-2017), 4 Websites

DAFTAR ISI

	Halaman
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar.....	v
Abstrak	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel	xii
Daftar Bagan	xiv
Daftar Lampiran	xv
Daftar Singkatan	xvi
 BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat	7
1.4.1 Manfaat Teoritis	7
1.4.2 Manfaat Praktis	7

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit	9
2.1.1 Persalinan	9
2.1.2 Sectio Caesarea	9
2.1.3 Masa Nifas	15
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	27
2.2.1 Pengkajian	27
2.2.2 Diagnosa	37
2.2.3 Perencanaan	38
2.2.4 Penatalaksanaan	51
2.2.5 Evaluasi	52

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian	53
3.2 Batasan Istilah	53
3.3 Partisipan/Responden/Subyek Penelitian	54
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	54
3.5 Pengumpulan Data	55
3.6 Uji Keabsahan Data	56
3.7 Analisa Data	56
3.8 Etik Penelitian	58

BAB IV METODE PENELITIAN

4.1 Hasil	61
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	61

4.1.2 Pengkajian	61
4.1.3 Analisa Data	76
4.1.4 Diagnosa Keperawatan	79
4.1.5 Perencanaan	82
4.1.6 Implementasi	85
4.1.7 Evaluasi	92
4.2 Pembahasan	94
4.2.1 Pengkajian	95
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	96
4.2.3 Perencanaan	97
4.2.4 Penatalaksanaan	100
4.2.5 Evaluasi	101
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan	103
5.2 Saran	105

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Payudara	19
---------------------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas	39
Tabel 2.2	Nyeri Akut	40
Tabel 2.3	Ketidakseimbangan Nutrisi	41
Tabel 2.4	Ketidakefektifan Pemberian ASI	43
Tabel 2.5	Gangguan Eliminasi Urine	44
Tabel 2.6	Gangguan Pola Tidur	45
Tabel 2.7	Resiko Infeksi	45
Tabel 2.8	Defisit Perawatan Diri	47
Tabel 2.9	Konstipasi	47
Tabel 2.10	Resiko Syok (Hipovolemik)	49
Tabel 2.11	Resiko Perdarahan	50
Tabel 2.12	Defisiensi Pengetahuan	51
Tabel 4.1	Identitas Klien	61
Tabel 4.2	Riwayat Kesehatan	62
Tabel 4.3	Riwayat Ginekologi Dan Obstetri	64
Tabel 4.4	Pola Aktivitas Sehari-hari	66
Tabel 4.5	Pemeriksaan Fisik Ibu	68
Tabel 4.6	Pemeriksaan Bayi	72
Tabel 4.7	Pemeriksaan Psikologi	73
Tabel 4.8	Hasil Pemeriksaan Diagnostik	76
Tabel 4.9	Analisa Data	76

Tabel 4.10 Diagnosa Keperawatan	79
Tabel 4.11 Perencanaan	82
Tabel 4.12 Implementasi	85
Tabel 4.13 Evaluasi Keperawatan	92

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Sectio Caesarea	13
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Lembar Konsultasi
Lampiran II	Lembar Catatan Revisi Ujian KTI
Lampiran III	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran IV	Lembar Observasi
Lampiran V	Lembar Persetujuan Dan Justifikasi Studi Kasus
Lampiran VI	Jurnal
Lampiran VI	Satuan Acara Penyuluhan
Lampiran VII	Leaflet
Lampiran IX	Standar Operasional Prosedur

DAFTAR SINGKATAN

ASI	: Air Susu Ibu
WHO	: <i>World Health Organization</i>
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
ADL	: <i>Activity Of Dailing Living</i>
USG	: Ultrasonografi
HPHT	: Haid Pertama Haid Terakhir
APGAR	: <i>American Pediatric Gross Assesment</i>
DM	: Diabetes Melitus
TKTP	: Tinggi Kalori Tinggi Protein
BB	: Berat Badan
TB	: Tinggi Badan
TBC	: Tuberculosis
TD	: Tekanan Darah
N	: Nadi
S	: Suhu
R	: Respirasi
PB	: Panjang Badan
DJJ	: Denyut Jantung Janin
ICS	: Intercosta
ROM	: Range Of Motion

O2	: Oksigen
IV	: Intra Vena
IM	: Intra Muskular
Hb	: Hemoglobin
HT	: Hematokrit
WBC	: White Blood Cell
BP	: Blood Pressure
HR	: Heart Rate
CVP	: Central Venus Pressure
MAP	: Mean Arterial Pressure
EKG	: Eco kardo Graphi
TTV	: Tanda-tanda Vital
PT	: Prothorombin Time
PTT	: Partial Thromboplastin Time
TT	: Tetanus Toksoit

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sectio caesarea yaitu suatu persalinan buatan dimana janin didahulukan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan saraf rahim dalam keadaan utuh serta berat di atas 500 gram (Mitayani, 2009). Sedangkan definisi lain *sectio caesarea* adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan diperut ibu (*laparotomi*) dan rahim (*histerotomi*) untuk mengeluarkan bayi. Bedah sesar umumnya dilakukan ketika proses persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan karena berisiko kepada komplikasi medis (Purwastuti & Siwi, 2015).

World Health Organization (WHO) menetapkan indikator persalinan caesarea 5-15 % untuk setiap negara. Hasil Riskesdas tahun 2013 menunjukkan kelahiran dengan metode operasi sesar sebesar 9,8 persen dari total 49.603 kelahiran sepanjang tahun 2010 sampai dengan 2013. Data mengenai persalinan *sectio caesarea* di Jawa Barat berkisar antara 7%-9% dari total persalinan (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2012). Di Kabupaten Garut pada tahun 2012 angka persalinan melalui *sectio caesarea* berkisar antara 7%-8% dari per 100.000 total persalinan (Dinkes Kabupaten Garut, 2012).

Berdasarkan data yang penulis dapat dari rekam medik RSUD Slamet Garut periode tahun 2015-2017, didapatkan kasus persalinan 12.582 kasus. Dari 12.582 kasus terdapat persalinan spontan sebanyak 8.774 kasus (69,73%) dan persalinan dengan *sectio caesarea* sebanyak 3.808 kasus (30,26%).

Sectio caesarea mempunyai dampak tersendiri pada ibu antara lain tindakan anestesi, keadaan sepsis yang berat, mobilisasi terganggu, adanya trombo emboli, *Activity Of Dailing Living* (ADL) terganggu, inisiasi menyusui dini (IMD) tidak terpenuhi yang mengakibatkan masalah pada proses menyusui serta produksi ASI pada ibu. Organisasi Kesehatan Dunia WHO (*World Health Organization*) merekomendasikan agar setiap bayi baru lahir mendapatkan ASI eksklusif selama enam bulan, namun pada sebagian ibu tidak memberikan ASI eksklusif karena alasan ASI tidak keluar. Persalinan dengan *sectio caesarea* dapat menghambat terbentuknya produksi dan pengeluaran ASI.

Produksi ASI pada ibu post *sectio caesarea* sebelum dilakukan tindakan apapun sebesar 28,75 %, hal ini termasuk kurang dari normal sehingga dapat diketahui bahwa sebagian besar ibu post *sectio caesarea* mengalami produksi ASI nya tidak lancar (Mawaddah, 2015). Klien post operasi *sectio caesarea* dengan indikasi plasenta previa totalis saat pembedahan banyak mendapatkan obat-obatan koagulan dan karena efek anestesi dapat menghambat hormon

prolaktin yang akan menghambat proses produksi ASI. Ketidakefektifan pemberian ASI adalah ketidakpuasan atau kesulitan ibu, bayi atau anak dalam proses pemberian ASI (Amru, 2013).

Berdasarkan data yang didapatkan dari ruang zade selama satu bulan pada Maret 2018 terdapat 93 klien post operasi *sectio caesarea* dan hasil wawancara langsung di ruang zade selama satu bulan pada maret 2018 didapatkan 41 klien yang mengalami ketidakefektifan dalam proses pemberian ASI dikarenakan ketidaktahuan cara perawatan payudara untuk memperlancar produksi ASI (Rekam medik ruangan zade, 2018).

ASI adalah emulsi lemak dalam larutan protein, laktosa, dan garam-garam organik yang disekresi oleh kedua belah kelenjar payudara ibu, sebagai makanan utama bagi bayi. ASI makanan terbaik bagi bayi, karena memiliki komposisi gizi yang paling lengkap untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi. Pemberian ASI segera setelah lahir merupakan suatu upaya untuk merangsang pengeluaran ASI (Janiwarty & Jan, 2013).

Dampak yang bisa muncul apabila tidak diberikan ASI bagi ibu yaitu menghambat proses involusi uterus, berisiko untuk hamil dalam jangka waktu cepat karena hormon untuk mempertahankan laktasi tidak menekan ovulasi, BB sulit kembali normal setelah melahirkan, meningkatkan terjadinya anemia, terjadi bendungan ASI, tidak terciptanya hubungan batin antara ibu dan bayi. Sedangkan dampak

bagi bayi bila tidak diberikan ASI yaitu nutrisi bayi tidak terpenuhi, bayi sering menangis, kekebalan sistem imun mudah menurun, lebih rentan terkena penyakit pada sistem pencernaan seperti diare (Janiwarty & Jan, 2013).

Pemberian ASI sangat penting bagi ibu post *sectio caesarea* dan juga bagi bayi. Untuk menunjang memperbanyak ASI dapat dengan meningkatkan frekuensi menyusui, ibu harus relaks, mengonsumsi sayur, dan lakukan perawatan payudara (Marmi, 2012). Berdasarkan jurnal Perbedaan Metode Pijat Oksitosin dan Breast Care Dalam Meningkatkan Produksi Asi Pada Ibu Post Partum (Titik, 2017) Perawatan payudara adalah suatu kegiatan yang dilakukan secara sadar dan teratur untuk memelihara kesehatan payudara dengan tujuan untuk mempersiapkan laktasi pada waktu post partum. Pijat oksitosin adalah tindakan yang dilakukan oleh suami pada ibu menyusui yang berupa back massage pada punggung ibu untuk meningkatkan pengeluaran hormon oksitosin. Pijat oksitosin yang dilakukan oleh suami akan memberikan kenyamanan pada ibu sehingga akan memberikan kenyamanan pada bayi yang disusui, manfaat pijat oksitosin adalah membantu ibu secara psikologis, menenangkan, tidak stress; membangkitkan rasa percaya diri; membantu ibu agar mempunyai pikiran dan perasaan baik tentang bayinya, meningkatkan produksi ASI; memperlancar ASI; melepas lelah, ekonomis serta praktis.

Peran perawat diruangan yang sudah dilakukan untuk melancarkan pengeluaran ASI pada ibu post operasi dengan *sectio caesarea* adalah dengan memberikan ASI sedini mungkin dan membantu ibu untuk menyusui dengan posisi yang benar tetapi perawatan payudara dan pijat oksitosin belum dilakukan oleh perawat ruangan untuk memperlancar pengeluaran ASI sehingga muncul masalah ketidakefektifan pemberian ASI.

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk membuat karya tulis yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi *Sectio Caesarea* Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pemberian ASI Di ruang Zade RSUD Dr.Slamet Garut”.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan pada klien post operasi *sectio caesarea* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI yang dilakukan tindakan keperawatan dengan *breast care* dan pijat oksitosin di RSUD dr.Slamet Garut ?.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penulis mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan secara langsung dan komprehensif baik bio-psiko-sosial dan spiritual

pada klien post operasi *sectio caesarea* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD dr. Slamet Garut.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien post operasi *sectio caesarea* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD dr. Slamet Garut.
2. Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien post operasi *sectio caesarea* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD dr. Slamet Garut.
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien post operasi *sectio caesarea* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD dr. Slamet Garut.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien post operasi *sectio caesarea* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD dr. Slamet Garut.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada klien post operasi *sectio caesarea* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD dr. Slamet Garut.
6. Melakukan dokumentasi keperawatan pada klien post operasi *sectio caesarea* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD dr. Slamet Garut.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini ditujukan untuk ilmu keperawatan, diharapkan hasil penelitian dapat digunakan sebagai bahan pembelajaran keperawatan khususnya bagian maternitas yang membahas tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan ketidakefektifan pemberian ASI.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat membantu perawat dalam mengatasi masalah ketidakefektifan pemberian ASI pada klien post operasi dengan *sectio caesarea* dengan perawatan payudara (*breast care*) dan pijat oksitosin untuk memperlancar ASI.

2. Rumah Sakit Rsud dr.Slamet Garut

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan solusi dalam menangani masalah ketidakefektifan pemberian ASI pada klien post operasi dengan *sectio caesarea* dengan perawatan payudara (*breast care*) dan pijat oksitosin untuk memperlancar ASI.

3. Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pembelajaran untuk kedepannya dapat menerangkan lebih detail kembali tentang perawatan payudara (*breast care*) dan pijat oksitosin untuk memperlancar ASI pada klien post operasi dengan *sectio caesarea*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Persalinan

Persalinan merupakan bagian dari proses melahirkan. Sebagai respons terhadap kontraksi uterus, segmen bawah uterus teregang dan menipis, serviks berdilatasi, jalan lahir terbentuk dan bayi bergerak turun ke bawah melalui rongga panggul (Kevin, 2014).

Jenis-jenis persalinan : (Janiwarty & Jan, 2013)

1. Persalinan alamiah (spontan)
2. Persalinan dengan alat
3. Persalinan Caesar

2.1.2 Sectio Caesarea

Sectio Caesarea merupakan suatu persalinan buatan, yaitu janin dilahirkan melalui satu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta bobot janin diatas 500 gram (Solehati & Eli, 2015)

1. Indikasi *Sectio Caesarea* (Jatiwiyono & Kristiyansari, 2010)

Berasal dari Ibu :

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak , disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk,

terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsia-eklamsia, kehamilan yang disertai dengan penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

Berasal dari janin :

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

2. Kontraindikasi (Jatiwiyono & Kristiyansari, 2010)

- a. Janin mati.
- b. Syok, anemia berat, sebelum diatasi.
- c. Kelainan kongenital berat.

3. Komplikasi (Jatiwiyono & Kristiyansari, 2010)

a. Infeksi puerperalis

Komplikasi ini bersifat ringan, seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas, bersifat berat seperti peritonitis, sepsis.

b. Pendarahan

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

- c. Komplikasi - komplikasi lain seperti luka kandung kemih, embolisme paru-paru. Kurang kuatnya parut pada dinding

uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptura uteri.

- d. Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak, ialah kurang kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptura uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah *sectio caesarea* klasik.

4. Klasifikasi *Sectio Caesarea* (Sofian, 2013).

- a. *Sectio caesarea* klasik atau korporal dengan insisi memanjang pada korpus uteri kira kira sepanjang 10 cm.
- b. *Sectio caesarea* ismika atau profunda atau *low cervical* dengan insisi pada segmen bawah rahim, melintang kira kira sepanjang 10 cm.
- c. *Sectio caesarea* ekstrapéritonealis, yaitu *sectio caesarea* tanpa membuka peritonium parietale, dengan demikian tidak membuka kavum abdominis.

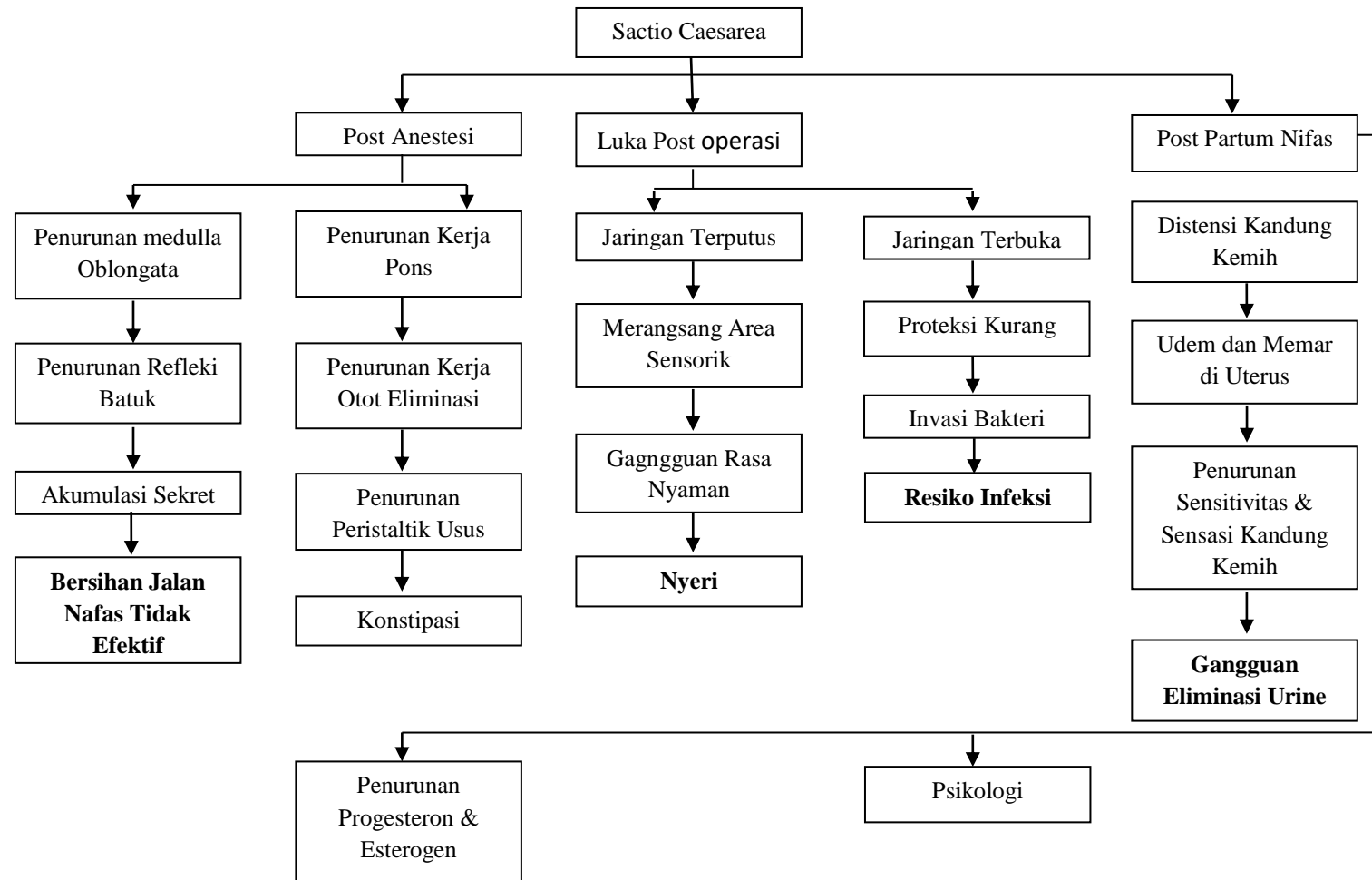
5. Pemeriksaan Penunjang (Huda & Kusuma, 2015)

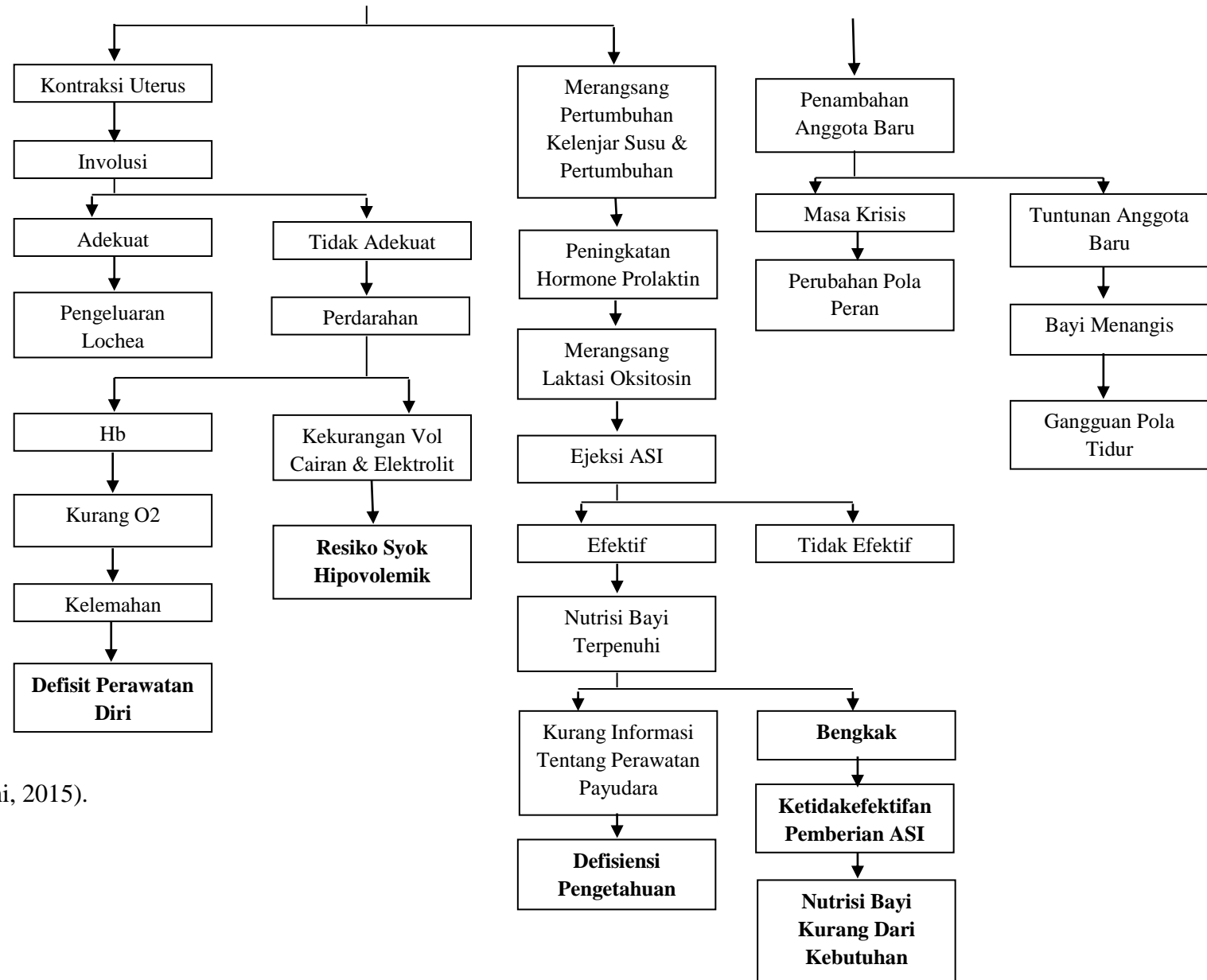
- a. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin.
- b. Pemantauan EKG.
- c. JDL dengan diferensial.
- d. Elektrolit.
- e. Hemoglobin/Hematokrit.
- f. Golongan darah.
- g. Urinalisis.

- h. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi.
- i. Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi.
- j. USG, untuk menentukan letak impiantasi plasenta.

6. Patofisiologi

Terjadi kelainan pada ibu dan janin yang menyebabkan tidak mungkin dilakukannya persalinan pervaginaan, sehingga dianjurkan untuk dilakukannya tindakan *sectio caesarea*. Dalam proses operasi dilakukannya tindakan anestesi yang menyebabkan pasien mengalami masalah imobilisasi, kelemahan dan defisit perawatan diri tertanggung. Penurunan medulla oblongata, penurunan reflek batuk, akumulasi sekret berlebih dan akan mengakibatkan bersihan jalan tidak efektif, selain itu efek anestesi yang terjadi penurunan peristaltik usus yang menyebabkan konstipasi serta penurunan sensitivitas & sensasi kandung kemih akan mengakibatkan gangguan eliminasi urine. Luka operasi merangsang area sensorik dan menimbulkan nyeri, adanya luka operasi dengan jaringan terbuka dan proteksi yang kurang akan menyebabkan resiko infeksi. Kontraksi uterus yang tidak adekuat, adanya perdarahan dapat menyebabkan resiko syok hipovolemik, kurang informasi tentang perawatan post partum dapat menyebabkan ketidakefektifan pemberian ASI, nutrisi bayi tidak terpenuhi, bayi sering menangis dapat mengganggu pola tidur.

Bagan 2.1 Pathway *Sectio Caesarea*



(Amin & Hardhi, 2015).

2.1.3 Masa Nifas

Masa nifas adalah masa setelah partus selesai sampai pulihnya kembali alat-alat kandungan seperti sebelum hamil. Lamanya nifas ini kira-kira 6-8 minggu (Siwi & Purwastuti, 2015).

1. Tahapan Masa Nifas (Sulistyawati, 2009)

Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu :

a. Periperium dini

Masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

b. Periperium intermedial

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

c. Remote periperium

Masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi.

2. Adaptasi Fisiologis Masa Nifas

a. Sistem Reproduksi

1) Involusi Uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan bobot hanya 60 gram. Proses involusi uterus terbagi menjadi, iskemia miometrium disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah

pengeluaran plasenta membuat uterus relative anemi dan menyebabkan serat otot atrofi, autolysis merupakan proses pengerusakan secara jaringan hipertropi yang berlebihan hal ini disebabkan karena penurunan hormone esterogen dan progesteron dan efek oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uteri sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus (Sukarni & Wahyu, 2013).

2) Involusi Tempat Plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata dan kira-kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu ke 2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm (Sukarni & Wahyu, 2013).

3) Perubahan ligamen

Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis serta fascia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah janin lahir, berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala (Sukarni & Wahyu, 2013).

4) Perubahan pada serviks

Perubahan pada serviks ialah bentuk serviks menganga seperti corong, segera setelah bayi baru lahir. Disebabkan oleh corpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi,

sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah perbatasan antara corpus dan serviks berbentuk semacam cincin (Sukarni & Wahyu, 2013).

5) Lochea

Lochea mempunyai bau yang amis meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea mengalami perubahan karena proses involusi (Sukarni & Wahyu, 2013).

Macam-macam lochea : (Siwi & Purwastuti, 2015)

- a) Lochea rubra (cruenta) : berisi cairan darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium, selama 2 hari post partum.
- b) Lochea sanguinolenta : berwarna kuning berisi darah dan lendir, hari 3-7 post partum.
- c) Lochea serosa : berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 post partum.
- d) Lochea alba : cairan putih, setelah 2 minggu.
- e) Lochea purulenta : terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- f) Locheastasis : lochea tidak lancar keluar.

6) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol (Sulistyawati, 2009).

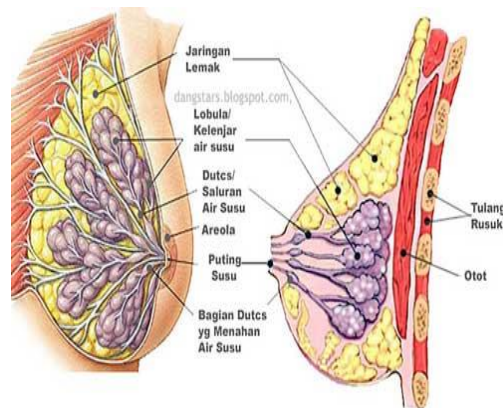
7) Perineum

Segera setelah melahirkan perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju (Sulistyawati, 2009).

8) Payudara

Selama kehamilan, hormon prolaktin dari plasenta meningkat tetapi ASI biasanya belum keluar karena masih dihambat oleh kadar estrogen yang tinggi. Pada hari kedua atau ketiga pasca persalinan, kadar estrogen dan progesteron turun drastis, sehingga pengaruh prolaktin lebih dominan dan pada saat inilah mulai terjadi sekresi ASI. Beberapa perubahan pada payudara, papila mammae akan membesar, lebih tegak, dan tampak lebih hitam, seperti seluruh aerola mammae karena hiperpigmentasi di bawah stimulus MSH,

adanya produksi kolostrum, tidak adanya ukuran payudara dengan jumlah ASI (Ratnawati, 2018). Ada 3 bagian utama payudara, korpus (badan), aerola, papila atau puting. Aerola mammae (kalang payudara) letaknya mengelilingi puting susu dan berwarna kegelapan yang disebabkan oleh penipisan dan penimbunan pigmen pada kulitnya, sedangkan struktur payudara terdiri dari tiga bagian, yakni kulit, jaringan subkutan (jaringan bawah kulit), dan corpus mammae.



Gambar 2.1 Payudara (Siwi & Purwastuti, 2015).

Dua reflek pada ibu yang sangat penting dalam proses laktasi yaitu refleks prolaktin dan reflek aliran timbul akibat perangsangan puting susu oleh hisapan bayi.

a) Refleks Prolaktin

Hisapan bayi membuat ujung saraf peraba yang terdapat pada puting susu terangsang. Rangsangan tersebut oleh serabut afferent dibawa ke hipotalamus di dasar otak, lalu memacu hipofise anterior untuk mengeluarkan

hormone prolaktin ke dalam darah. Melalui sirkulasi prolaktin memacu sel kelenjar (alveoli) untuk memproduksi air susu.

b) Refleks Aliran (*Let Down Reflex*)

Rangsangan yang ditimbulkan oleh bayi saat menyusui selain mempengaruhi hipofise anterior mengeluarkan hormon prolaktin juga mempengaruhi hipofise posterior mengeluarkan hormon oksitosin. Tanda-tanda lain *let-down* adalah tetesan pada payudara lain yang sedang dihisap oleh bayi. Refleks ini dipengaruhi oleh kejiwaan ibu (Siwi & Purwastuti, 2015).

Masalah-masalah dalam pemberian ASI yaitu, puting susu lecet, payudara bengkak, tersumbatnya saluran laktiferus, radang payudara, ASI berkurang, bayi bingung puting, dan stress atau rasa sakit (Suherni dkk, 2009). Berdasarkan jurnal Perbedaan Pijat Oksitocin Dan Breastcare Terhadap Waktu Pengeluaran Asi Di Rsia Dinda Tangerang (Yunita, 2016). Breast Care bertujuan untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya saluran produksi ASI sehingga memperlancar pengeluaran ASI. Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidaklancaran produksi ASI. Pijat oksitosin adalah pemijatan pada sepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai tulang costae kelima-keenam

dan merupakan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan (Biancuzzo, 2003; Indiyani, 2006; Yohmi & Roesli, 2009). Pijatan ini berfungsi untuk meningkatkan hormon oksitosin yang dapat menenangkan ibu, sehingga ASI pun otomatis keluar. Sedangkan menurut jurnal Perbedaan Metode Pijat Oksitosin Dan Breast Care Dalam Meningkatkan Produksi Asi Pada Ibu Post Partum (Titik, 2017) Perawatan payudara adalah suatu kegiatan yang dilakukan secara sadar dan teratur untuk memelihara kesehatan payudara dengan tujuan untuk mempersiapkan laktasi pada waktu post partum. Pijat oksitosin adalah tindakan yang dilakukan oleh suami pada ibu menyusui yang berupa back massage pada punggung ibu untuk meningkatkan pengeluaran hormon oksitosin. Pijat oksitosin yang dilakukan oleh suami akan memberikan kenyamanan pada ibu sehingga akan memberikan kenyamanan pada bayi yang disusui, manfaat pijat oksitosin adalah membantu ibu secara psikologis, menenangkan, tidak stress; membangkitkan rasa percaya diri; membantu ibu agar mempunyai pikiran dan perasaan baik tentang bayinya, meningkatkan produksi ASI; memperlancar ASI; melepas lelah, ekonomis serta praktis.

b. Sistem Pencernaan

Biasanya ibu akan mengalami konstipasi setelah persalinan disebabkan karena pada waktu persalinan alat pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebih pada waktu persalinan, kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktivitas tubuh. Selain konstipasi akibat dari penurunan dari sekresi kelenjar pencernaan dan mempengaruhi perubahan sekresi, serta penurunan kebutuhan kalori yang menyebabkan kurang nafsu makan (Sulistyawati, 2009).

c. Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung biasanya ibu akan sulit buang air kecil 24 jam pertama. Kemungkinan penyebab keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih sesudah ini mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung.

Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan 12-36 jam post partum. Kadar hormone esterogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok (Sulistyawati, 2009).

d. Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh-pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot-

otot uterus terjepit. Sebagai akibat terputusnya serat-serat elastic kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada waktu hamil, dinding abdomen masih agak lunak dan kendur untuk sementara waktu (Sulistyawati, 2009).

e. Sistem Endokrin

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan, prolaktin darah akan meningkat dengan cepat pada wanita yang tidak menyusui, terjadi penurunan kadar esterogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar mammae dan menghasilkan ASI (Sulistyawati, 2009).

f. Sistem Kardiovaskuler

Pada persalinan vagina kehilangan darah sekitar 200-500 ml. Sedangkan dengan persalinan pada SC pengeluaran dua kali lipatnya. Perubahan terdiri dari volume darah dan hematokrit. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dalam tubuhnya haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sedikala. Umumnya ini terjadi pada 3-5 hari post partum (Sulistyawati, 2009).

g. Sistem Hematologi

Leukosit yang meningkat dengan jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama proses persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari post partum. Jumlah hemoglobin,

hematokrit, dan eritrosit sangat bervariasi pada saat awal masa post partum sebagai akibat dari volume darah, plasenta, dan tingkat volume darah yang berubah-ubah (Sulistyawati, 2009).

h. Perubahan Tanda-Tanda Vital

Dalam 24 jam post partum suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras melahirkan kehilangan cairan, dan kelelahan. Pada hari ke 3 suhu tubuh naik lagi karena adanya pembentukan ASI, payudara menjadi bengkak dan menjadi warna merah karena banyaknya ASI. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat (normalnya pada dewasa 60 x/menit). Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum dapat menandakan terjadinya pre eklamsia post partum. Pernapasan selalu berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan denyut nadi tidak normal maka pernapasan juga akan mengikutinya (Sulistyawati, 2009).

3. Adaptasi Perubahan Lain Pada Persalinan *Sectio Caesarea*

a. Ambulasi Dini

Ambulasi dini merupakan gerak awal setelah proses operasi. Pada hari pertama post sectio caesarea biasanya pasien masih dipengaruhi oleh efek anestesi, sehingga proses ambulasi dini mengalami hambatan (Yeyeh dkk, 2011).

b. Nyeri

Biasanya dirasakan pada daerah akibat luka operasi. Untuk mengatasi rasa sakit pada pasien maka anjurkan melakukan teknik relaksasi atau nafas dalam serta memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter (Yeyeh dkk, 2011).

c. Nutrisi dan Cairan

Pada ibu post partum sectio caesarea masih dianjurkan untuk puasa apabila ibu belum flaktus dan bising usus belum terdengar untuk menghindari aspirasi. Apabila pasien sudah flatus dan bising usus (8-12 x/menit) makan pasien diperbolehkan untuk minum 1 sendok tiap 1 jam kemudian setelah dicoba untuk diet lunak tinggi kalori tinggi protein (TKTP) (Yeyeh dkk, 2011).

d. Aktivitas

Pasien pasca bedah mengalami gangguan aktivitas. Hal ini disebabkan karena rasa nyeri yang ditimbulkan dari luka dan adanya penurunan dari kekuatan otot dan kelemahan otot, sehingga pasien dibantu oleh keluarga atau perawat (Yeyeh dkk, 2011).

e. Personal Hygiene

Kebutuhan personal hygiene pada pasien post sectio caesarea tidak terpenuhi karena keadaan pasien yang masih lemah (Yeyeh dkk, 2011).

f. Eliminasi

Kebanyakan pasien dapat berkemih secara spontan dalam waktu 8 jam setelah melahirkan. Selama kehamilan terjadi peningkatan cairan ekstraseluler 50%. Setelah melahirkan cairan ini dieliminasi sebagai urine. Mungkin terdapat aseton dalam urine pada pasien yang mengalami persalinan lama atau mereka yang mengalami dehidrasi. Peristaltik akan mengalami penurunan selama 24 jam. Konstipasi sering terjadi setelah pasca bedah. Hal ini timbul dikarenakan efek anestesi narkoti, kurang aktivitas, tidak ada intake makanan yang mengandung serat (Yeyeh dkk, 2011).

g. Istirahat/Tidur

Pada pasien post sectio caesarea biasanya mengalami kurang tidur akibat dari adanya nyeri yang dirasakan pada daerah abdomen (Yeyeh dkk, 2011).

4. Adaptasi Psikologis Pada Masa Nifas

Proses adaptasi psikologi sudah terjadi selama kehamilan, menjelang proses kelahiran maupun setelah persalinan. Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas yaitu:

a. Fase *taking in*

Periode ketergantungan, berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua melahirkan. Pada fase ini ibu sedang berfokus pada dirinya sendiri.

b. Fase *taking hold*

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

c. Fase *letting go*

Periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya (Siwi & Purwastuti, 2015).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian (Jitawiyono & Kristiyani, 2010).

1. Identitas Pasien

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomor medical record, diagnosa medik, tanggal rencana operasi, tanggal pengkajian.

2. Data Riwayat kesehatan

a. Keluhan Saat Masuk Rumah Sakit

Keluhan yang menyebabkan klien dibawa ke rumah sakit dan penanganan pertama yang dilakukan.

b. Riwayat Kesehatan Saat Dikaji

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah pasien operasi diuraikan dengan metode PQRST.

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Meliputi penyakit yang lain yang dapat mempengaruhi penyakit sekarang. Maksudnya apakah pasien pernah mengalami penyakit yang sama atau mengalami proses pembedahan.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi penyakit yang diderita pasien dan apakah keluarga pasien ada juga mempunyai riwayat persalinan, ada tidak anggota keluarga yang mempunyai penyakit keturunan seperti hipertensi, DM, jantung, atau riwayat penyakit menular seperti hepatitis atau TBC.

5. Riwayat obstetri dan Genekologi

a. Riwayat Genekologi

1) Riwayat menstruasi

Usia pertama kali haid, lama haid, siklus menstruasi, masalah selama haid, dan HPHT (Ratnawati, 2018).

2) Riwayat perkawinan

Usia perkawinan, perkawinan beberapa, usia berapa saat menikah, jumlah anak (Ratnawati, 2018).

3) Riwayat Keluarga Berencana

Apakah klien sebelumnya menggunakan kontrasepsi, jenis

kontrasepsi yang digunakan sebelum hamil, waktu dan lamanya, apakah ada masalah, jenis kontrasepsi yang akan digunakan dan alasan apa yang membuat klien memilih kontrasepsi tersebut (Ratnawati, 2018).

b. Riwayat Obstetri

1) Riwayat Kehamilan Dahulu

Kehamilan dahulu tentang pemeriksaan kehamilan dimana dan berapa kali, riwayat imunisasi sewaktu hamil, riwayat pemakaian obat selama kehamilan, dan ada tidaknya keluhan selama kehamilan dahulu (Ratnawati, 2018).

2) Riwayat Kehamilan Sekarang

Kehamilan sekarang tentang pemeriksaan kehamilan dimana dan berapa kali, perawatan dan pengobatan yang didapat, ada tidaknya keluhan selama kehamilan yang sekarang (Ratnawati, 2018).

c. Riwayat Persalinan

1) Riwayat Persalinan Dahulu

Berapa kali klien hamil, persalinan dan nifas yang lalu, tanggal lahir anak sebelumnya, usia anaknya sekarang, jenis kelamin, berapa umur kehamilan pada saat klien melahirkan sebelumnya, jenis persalinan yang telah klien lakukan sebelumnya, tempat persalinan, dan apakah ada komplikasi

yang terjadi pada ibu dan bayi pada saat persalihan dahulu (Ratnawati, 2018).

2) Riwayat Persalinan Sekarang

Tanggal persalinan, tipe persalinan yang dilakukan, lama persalinan apa terjadi pembukaan atau penyulit, jumlah perdarahan, jenis kelamin bayi, BB bayi, PB bayi, dan APGAR score (Ratnawati, 2018).

d. Riwayat Nifas

1) Riwayat Nifas Dahulu

Kaji lochea jenis apa, warna, ada tidaknya bau, jumlah perdarahan yang keluar, dan tinggi fundus pada nifas dahulu (Ratnawati, 2018).

2) Riwayat Nifas Sekarang

Kaji lochea jenis apa, warna, ada tidaknya bau, jumlah yang keluar, dan tinggi fundus pada nifas sekarang. Jenis lochea pada ibu post partum hari 1-2 yaitu lochea rubra (Ratnawati, 2018).

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

a. Pola nutrisi

Makan dan minum : frekuensi, jenis makanan, porsi makan, ada tidaknya keluhan dan caranya perlu bantuan atau tidak . Pada ibu post *sectio caesarea* akan terjadi penurunan dalam pola makan karena efek dari obat anestesi yang masih ada

(Solehati & Eli, 2015). Pasien dianjurkan untuk puasa apabila ibu belum flatus dan bising usus belum terdengar untuk menghindari aspirasi (Yeyeh dkk, 2011).

b. Pola eliminasi

BAB dan BAK : frekuensi, warna, bau dan keluhan serta caranya, kebanyakan pasien dapat berkemih secara spontan dalam waktu 8 jam setelah melahirkan. Terjadi penurunan peristaltik selama 24 jam, konstipasi sering terjadi dikarenakan efek anestesi narkotik, kurang aktivitas, tidak ada intake makanan yang mengandung serat (Yeyeh dkk, 2011).

c. Pola istirahat dan tidur

Tidur malam : lama dan ada tidaknya keluhan, tidur siang: lama dan keluhan. Pada pasien post *sectio caesarea* biasanya mengalami kurang tidur akibat dari adanya nyeri yang dirasakan pada daerah abdomen (Yeyeh dkk, 2011).

d. Personal hygiene

Mencakup frekuensi mandi, gosok gigi, gunting kuku, mencuci rambut dan ganti pakaian serta caranya mandiri atau dibantu. Kebutuhan personal hygiene pada pasien post *sectio caesarea* tidak terpenuhi karena keadaan pasien yang masih lemah (Yeyeh dkk, 2011).

e. Aktifitas dan latihan

Kegiatan aktivitas klien sehari-hari serta kegiatan waktu luang saat sebelum melahirkan dan saat di rawat di RS. Pada pasien post *sectio caesarea* biasanya mengalami gangguan aktivitas karena rasa nyeri dan adanya penurunan kekuatan otot dan kelemahan otot (Yeyeh dkk, 2011).

7. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik digunakan untuk mengetahui kondisi klien secara menyeluruh dari kepala sampai kaki. Keadaan umum klien biasanya tampak lemah, kesadaran *compos mentis* (Nurul, 2012). Dalam 24 jam post partum suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}$ - 38° C) sebagai akibat kerja keras melahirkan kehilangan cairan, dan kelelahan, denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat, tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan (Yeyeh dkk, 2011).

a. Kepala

Perhatikan bentuk, distribusi rambut, bersih, warna rambut, adanya nyeri tekan dan lesi.

b. Wajah

Penampilan, ekspresi nyeri tekan, adanya edema atau pitting udem pada dahi, ada tidaknya *cloasma gravidarum*.

c. Mata

Warna konjungtiva, bentuk, warna sklera, pergerakan bola mata, reflek pupil terhadap cahaya, gangguan pada system penglihatan, fungsi penglihatan.

d. Telinga

Bentuk, kebersihan telinga, fungsi pendengaran.

e. Hidung

Bentuk, ada sekret atau tidak, ada tidaknya pernafasan cuping hidung, ada tidak nyeri tekan, ada polip atau tidak, dan fungsi penciuman.

f. Mulut

Keadaan mulut, mukosa bibir, keadaan gigi ada karies atau tidak, jumlah gigi, pembesaran tonsil ada atau tidak.

g. Leher

Ada tidak pembesaran tyroid dan limfe, ada tidak nyeri saat menelan, ada tidak penikatan vena jugularis, ada tidak kaku kuduk.

h. Dada

1) Paru-paru

Suara nafas resonan dan vesikuler, tidak ada suara tambahan seperti wheezing dan ronchi.

2) Jantung

Bunyi jantung reguler S1 lebih terdengar pada ICS 5 dan ICS 2 tetapi lebih terdengar pada ICS 2, tidak ada suara tambahan seperti gallop atau murmur.

3) Payudara

Bentuk payudara simetris, warna areola mengalami hiperpigmentasi, keadaan puting, ada tidak pembengkakan, adanya kolostrum atau pengeluaran ASI, ada tidaknya benjolan, ada nyeri tekan atau tidak.

i. Abdomen

Lembek atau lunak, terdapatnya luka operasi *sectio caesarea* ± 10 cm, fundus uteri setinggi pusat pada hari pertama dan 1-2 cm dibawah pusat setelah 3 hari, teraba keras, terdapat striae atau linea.

j. Punggung dan bokong

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

k. Genetalia

Ada tidaknya 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.

l. Anus

Ada tidaknya lesi, hemoroid, dan nyeri tekan.

m. Ekstremitas Atas

Pada ekstremitas atas ada tidak udem, refleks patella, ada tidaknya tanda homan, ada tidaknya nyeri tekan atau panas pada betis, kaji ROM aktif.

n. Ekstremitas Bawah

Pada ekstremitas bawah ada tidak varises, udem, refleks patella, ada tidaknya tanda homan, ada tidaknya nyeri tekan atau panas pada betis, Kaji ROM aktif (Nurul, 2012)

8. Data psikologis

a. Adaptasi Psikologi Post Partum

Pada hari pertama sampai hari kedua melahirkan, klien berada pada fase taking in dimana pada fase ini ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri (Siwi & Purwastuti, 2015).

b. Konsep Diri

1) Gambaran diri

Persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai.

2) Ideal diri

Harapan klien setelah pulang dari rumah sakit terhadap lingkungan maupun terhadap kesembuhannya.

3) Harga diri

Penilaian klien terhadap pengungkapan harga dirinya.

4) Peran

Peran klien yang diemban dalam keluarga/ kelompok/ masyarakat.

5) Identitas klien

Pengakuan klien terhadap status atau posisinya dalam keluarga/kelompok/masyarakat, serta kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan (Dermawan, 2012).

9. Data Sosial

Hubungan dan pola interaksi klien dengan keluarga dan lingkungan sekitar (Dermawan, 2012).

10. Kebutuhan Bounding Attachment

Biasanya tahap bounding attachment pada ibu setelah persalinan yaitu pengenalan (acquaintance), dengan melakukan kontak mata, menyentuh, berbicara, dan mengeksplorasi segera setelah mengenal bayinya (Siwi & Purwastuti, 2015).

11. Kebutuhan Pemenuhan Seksual

Ibu yang baru melahirkan boleh melakukan hubungan seksual kembali setelah 6 minggu persalinan. Batasan waktu 6 minggu didasarkan atas pemikiran pada masa itu semua luka akibat persalinan, termasuk luka bekas *sectio caesarea* biasanya telah sembuh dengan baik (Siwi & Purwastuti, 2015).2015).

12. Data Spiritual

Keyakinan hidup atau kepercayaan yang di anut klien, optisme kesembuhan, dan tentang ada tidaknya gangguan dalam melaksanakan ibadah (Ratnawati, 2018).

13. Pengetahuan Tentang Perawatan Diri

Pengetahuan klien tentang perawatan diri setelah persalinan meliputi perawatan payudara, perawatan luka, dan masalah kontrasepsi (Ratnawati, 2018).

14. Data Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium dan test diagnostik dapat digunakan perawat sebagai data objektif untuk menentukan masalah kesehatan klien (Dermawan, 2012).

2.2.2 Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan kongnitif dalam pengembangan daya fikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan (Dermawan, 2012).

2.2.3 Diagnosa Keperawatan

Masalah yang lazim muncul (Nanda Nic-Noc, 2015).

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi).

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi).
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum.
4. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.
5. Gangguan eliminasi urine.
6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan.
7. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko: episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.
8. Defisit perawatan diri, mandi/ kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan post partum.
9. Konstipasi.
10. Resiko perdarahan.
11. Resiko Syok (Hipovolemik).
12. Defisiensi pengetahuan: perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post partum.

2.2.4 Intervensi Keperawatan

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi).

Tujuan : Jalan nafas kembali normal tidak ada obstruksi.

Kriteria hasil :

- a. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips).
- b. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal).
- c. Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas.

Tabel 2.1 Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas

Intervensi
1. Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning.
2. Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning.
3. Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning.
4. Minta klien nafas dalam sebelum suctioning dilakukan.
5. Berikan O ₂ dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suction nasotrakeal.
6. Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan.
7. Anjurkan pasien untuk istirahat dan nafas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal.
8. Monitor status oksigen pasien.
9. Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suction.
10. Hentikan suction dan berikan oksigen apabila pasien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi O ₂ .
11. Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu.
12. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi.
13. Identifikasi pasien perlunya pemasangan jalan nafas buatan.
14. Pasang mayo bila perlu.
15. Lakukan fisioterapi dada bila perlu.
16. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction.
17. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan.
18. Lakukan suction pada mayo.
19. Berikan bronkodilator bila perlu.
20. Berikan pelembab udara kassa basah NaCl lembab.
21. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan.
22. Monitor respirasi dan status O ₂ .

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi).

Tujuan : Nyeri berkurang.

Kriteria hasil :

- a. Mampu mengontrol nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).
- b. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
- c. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri).
- d. Mengatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

Tabel 2.2 Nyeri Akut

Intervensi
1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi.
2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan.
3. Gunakan komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.
4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri.
5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau.
6. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau.
7. Bantun pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan.
8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.
9. Kurangi faktor presipitasi nyeri.
10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal).
11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi.
12. Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi.
13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri.
14. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri.
15. Tingkatkan istirahat.
16. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil.
17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri.
18. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan derajat nyeri sebelum pemberian obat.

-
19. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi.
 20. Cek riwayat alergi.
 21. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu.
 22. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri.
 23. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal.
 24. Pilih rute pemberian secara IV,IM untuk pengobatan nyeri secara teratur.
 25. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali.
 26. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat.
 27. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala.
-

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

Tujuan : nutrisi tercukupi dan seimbang.

Kriteria hasil :

- a. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan.
- b. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan.
- c. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi.
- d. Tidak ada tnda-tanda malnutrisi.
- e. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan.
- f. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti.

Tabel 2.3 Ketidakseimbangan Nutrisi

Intervensi
1. Kaji adanya alergi makanan.
2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.
3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe.
4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C.
5. Berikan substansi gula.
6. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi.
7. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi).
8. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.
9. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori.
10. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi.

-
11. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan.
 12. BB pasien dalam batas normal.
 13. Monitor adanya penurunan berat badan.
 14. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan.
 15. Monitor interaksi anak atau orang tua selama makan.
 16. Monitor lingkungan selama makan.
 17. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan.
 18. Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi.
 19. Monitor turgor kulit.
 20. Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah.
 21. Monitor mual dan muntah.
 22. Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht.
 23. Monitor pertumbuhan dan perkembangan.
 24. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva.
 25. Monitor kalori dan intake nutrisi.
 26. Catat adanya edema, hiperemik, hipertoni papila lidah dan cavitas oral.
 27. Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet.
-

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

Tujuan : ASI dapat keluar dengan lancar.

Kriteria hasil :

- a. Kemandirian pemberian ASI: bayi: perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI.
- b. Kemandirian pemberian ASI: ibu: kemandirian ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI.
- c. Pemeliharaan pemberian ASI: keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/todler.
- d. Penyapihan pemberian ASI.
- e. Diskontinuitas progresif pemberian ASI.

- f. Pengetahuan pemberian ASI tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI. Ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera, ibu mengidentifikasi kepuasan terhadap pemberian ASI, ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting, mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI.

Tabel 2.4 ketidakefektifan Pemberian ASI

Intervensi
1. Evaluasi pola menghisap/menelan bayi.
2. Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui.
3. Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (misalkan reflek rooting, menghisap, dan terjaga).
4. Kaji kemampuan bayi untuk latch on dan menghisap secara efektif.
5. Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting.
6. Pantau integritas kulit puting ibu.
7. Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kejar susu dan mastitis.
8. Pantau kemampuan untuk mengurangi kongesti payudara dengan benar.
9. Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi.
10. Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan kebersihan proses pemberian ASI.
11. Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI.
12. Ajarkan pengasuh bayi mengenai topik-topik seperti, penyimpanan dan pancairan ASI dan pengindaran memberi susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang.
13. Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula.
14. Apabila penyimpanan diperlukan, informasikan ibu mengenai kembalinya proses ovulasi dan seputar alat kontrasepsi yang sesuai.
15. Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI.
16. Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu.
17. Diskusikan metode alternatif pemberian makan bayi.

5. Gangguan eliminasi urine.

Tujuan : Tidak ada gangguan dalam proses berkemih.

Kriteria hasil :

- a. Kandung kemih kosong secara penuh.

- b. Tidak ada residu urine > 100-200 cc.
- c. Intake cairan dalam rentang normal.
- d. Bebas dari ISK.
- e. Tidak ada spasme bladder.
- f. Balance cairan seimbang.

Tabel 2.5 Gangguan Eliminasi Urine

Intervensi
1. Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia (misalnya, output urin, pola berkemih, fungsi kongnitif, dan masalah kencing praeksisten).
2. Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau properti alpha agonis.
3. Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium channel blockers dan antikolinergik.
4. Menyediakan penghapusan privasi.
5. Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiram toilet.
6. Merangsang refleks kandung kemih dengan menerapkan dinding untuk perut, membelai tinggi batin, atau air.
7. Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit).
8. Gunakan spirit wintergreen di pispot atau urinal.
9. Menyediakan manuver crede, yang diperlukan.
10. Gunakan double-void teknik.
11. Masukkan kateter kemih, sesuai.
12. Anjurkan pasien/keluarga untuk merekam output urin.
13. Memantau asupan dan keluaran
14. Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi.
15. Membantu dengan toilet secara berkala.
16. Menerapkan kateterisasi intermiten.
17. Merujuk ke spesialis kontinensia kemih.

6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan.

Tujuan : waktu tidur klien dapat tercukupi.

Kriteria hasil :

- a. Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari.
- b. Pola tidur, kualitas dalam batas normal.

- c. Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat.
- d. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur.

Tabel 2.6 Gangguan Pola Tidur

Intervensi
1. Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur.
2. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat.
3. Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca).
4. Ciptakan lingkungan yang nyaman.
5. Kolaborasi pemberian obat tidur.
6. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien.
7. Instruksikan untuk memonitor tidur pasien.
8. Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur.
9. Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam.

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

Tujuan : Tidak ada tanda-tanda infeksi.

Kriteria hasil :

- a. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi
- b. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksananya.

Tabel 2.7 Resiko Infeksi

Intervensi
1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain.
2. Pertahakan teknik isolasi.
3. Batasi pengunjung bila perlu.
4. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien.
5. Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan.
6. Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan.
7. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung.
8. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat.
9. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum.
10. Gunakan cateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing.
11. Tingkatkan intake nutrisi.
12. Berikan terapi antibiotik bila perlu infection protection (proteksi terhadap infeksi).

-
13. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal.
 14. Monitor kerentanan terhadap infeksi.
 15. Monitor hitung granulosit, WBC.
 16. Pertahankan teknik aseptis pada pasien yang beresiko.
 17. Berikan perawatan kulit pada area epidema.
 18. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase.
 19. Dorong masukan cairan.
 20. Dorong istirahat.
 21. Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep.
 22. Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi.
 23. Ajarkan cara menghindari infeksi.
 24. Laporkan kecurigaan infeksi.
 25. Laporkan kultur positif.
-

8. Defisit perawatan diri, mandi/ kebersihan diri, makan, toileting berhungan dengan kelelahan post partum.

Tujuan : dapat memenuhi personal hygiene secara mandiri.

Kriteria hasil :

- a. Perawatan diri ostomi : tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi.
- b. Perawatan diri : aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu.
- c. Perawatan diri hygiene : mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu.
- d. Perawatan diri hygiene oral : mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu.
- e. Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyiapkan perlengkapan mandi, membersihkan dan mengeringkan tubuh, mengungkapkan

secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral.

Tabel 2.8 Defisit Perawatan Diri.

Intervensi
1. Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri.
2. Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri.
3. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan.
4. Tempat handuk, sabun, deodoran, alat pencukur, sikat gigi, sampo, lotion, aroma terapi dan aksesoris lainnya yang dbutuhkan disamping tempat tidur atau di kamar mandi.
5. Menyediakan lingkungan yang terpeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal.
6. Memfasilitasi menyikat gigi pasien.
7. Memfasilitasi diri mandi pasien.
8. Memantau pembersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien.
9. Memantau integritas kulit pasien.
10. Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengamsusikan perawatan diri.

9. Konstipasi.

Tujuan : konstipasi tidak terjadi.

Kriteria hasil :

- a. Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari.
- b. Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi.
- c. Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi.
- d. Feses lunak dan berbentuk.

Tabel 2.9 Konstipasi

Intervensi
1. Monitor tanda dan gejala konstipasi.
2. Monitor bising usus.
3. Monitor feses: frekuensi, konsistensi dan volume.
4. Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus.
5. Monitor tanda dan gejala ruptur usus/peritonitis.
6. Jelaskan etiologi dan rasionalisasi tindakan terhadap pasien.

-
7. Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi.
 8. Dukung intake cairan.
 9. Kolaborasi pemberian laktasif.
 10. Pantau tanda-tanda dan gejala impaksi.
 11. Memantau gerakan usus, termasuk konsistensi frekuensi, bentuk, volume, dan warna.
 12. Pantau tanda-tanda dan gejala pecahnya usus dan/ peritonitis.
 13. Menyusun jadwal ketoilet.
 14. Evaluasi profil obat untuk efek samping gastrointestinal.
 15. Anjurkan pasien/keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja.
 16. Ajarkan pasien/keluarga bagaimana untuk menjaga buku harian makanan.
 17. Anjurkan pasien/keluarga pada penggunaan yang tepat dari penggunaan pencahar.
 18. Anjurkan pasien/keluarga pada hubungan asupan diet, olahraga, dan cairan sembelit/impaksi.
 19. Menyarankan pasien untuk berkonsultasi dengan dokter jika sembelit atau impaksi terus ada.
 20. Menginformasikan pasien prosedur penghapusan manual dari tinja jika perlu.
 21. Lepaskan impaksi tinja secara manual bila perlu.
 22. Timbang pasien secara teratur.
-

10. Resiko Syok (Hipovolemik).

Tujuan : Tidak Terjadi syok hipovolemik.

Kriteria hasil :

- a. Nadi dalam batas yang diharapkan.
- b. Irama jantung dalam batas yang diharapkan.
- c. Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan.
- d. Irama pernapasan dalam batas yang diharapkan.
- e. Natrium serum, kalium serum, klorida serum, kalsium serum, magnesium serum, Ph darah serum, hemotokrit dalam batas normal.
- f. Mata cekung tidak ditemukan.
- g. Demam tidak ditemukan.
- h. Tekanan darah dalam batas normal.

Tabel 2.10 Resiko Syok (Hipovolemik)

Intervensi
1. Monitor status sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme, nadi perifer, dan kapiler refil.
2. Monitor tanda inadekuat oksigenasi jaringan.
3. Monitor suhu dan pernafasan.
4. Monitor input dan output.
5. Pantau nilai lab: Hb,Ht,AGD dan elektrolit.
6. Monitor hemodinamik invasi yang sesuai.
7. Monitor tanda awal syok.
8. Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat.
9. Lihat dan perihara kepatenan jalan nafas.
10. Berikan cairan IV dan atau oral yang tepat.
11. Berikan vasodilator yang tepat.
12. Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok.
13. Monitor fungsi neurologis.
14. Monitor tekanan nadi.
15. Monitor fungsi renal.
16. Monitor status cairan, input output.
17. Catat gas darah arteri dan oksigen di jaringan.
18. Monitor EKG.
19. Memanfaatkan pemantauan jalur arteri untuk meningkatkan akurasi pembacaan tekanan darah.
20. Menggambar gas darah arteri dan memonitor jaringan oksigenasi.
21. Memantau tren dalam parameter hemodinamik (misalnya CVP, MAP, tekanan darah kapiler pulmonal/arteri).
22. Memantau faktor penentu pengiriman jaringan oksigen (misal PaO ₂ , kadar hemoglobin SaO ₂ , CO), jika tersedia.
23. Memantau tingkat karbon dioksida sublingual dan atau tonometry lambung.

11. Resiko perdarahan.

Tujuan : tidak terjadi resiko perdarahan.

Kriteria Hasil :

- a. Tidak ada hematuria dan hematemesis.
- b. Kehilangan darah yang terlihat.
- c. Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastole.
- d. Tidak ada perdarahan pervagina.
- e. Tidak ada distensi abdominal.

- f. Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal.
- g. Plasma, PT, PTT, dalam batas normal.

Tabel 2.11 Resiko Perdarahan

Intervensi
1. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan.
2. Catat nilai Hb dan Ht sebelum dan sesudah terjadi perdarahan.
3. Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit.
4. Monitor TTV ortostatik.
5. Pertahankan bedrest selama perdarahan aktif.
6. Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresh frozen plasma).
7. Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan.
8. Hindari mengukur suhu lewat rectal.
9. Hindari pemberian aspirin dan anticoagulant.
10. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K.
11. Identifikasi penyebab perdarahan.
12. Monitor trend tekanan darah dan parameter capillary/artery wedge pressure.
13. Monitor status cairan yang meliputi intake dan output
14. Monitor penentuan pengiriman oksigen ke jaringan (PaO ₂ , SaO ₂ , dan level Hb dan cardiac output).
15. Pertahankan patensi IV line, bleeding reduction: wound/luka.
16. Lakukan manual pressure (tekanan) pada area perdarahan.
17. Gunakan ice pack pada area perdarahan.
18. Lakukan pressure dressing (perban yang menekan) pada area luka.
19. Tinggikan ekstremitas yang perdarahan.
20. Monitor ukuran dan karakteristik hematoma.
21. Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan.
22. Instruksikan pasien untuk menekan area luka pada saat bersin atau batuk.
23. Instruksikan pasien membatasi aktivitas.

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

Tujuan : Pengetahuan pasien bertambah tentang perawatan post partum.

Kriteria Hasil :

- a. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan.

- b. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.
- c. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya.

Tabel 2.12 Defisiensi Pengetahuan

Intervensi
1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik.
2. Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat.
3. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat.
4. Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat.
5. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat.
6. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat.
7. Hindari jaminan yang kosong.
8. Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat.
9. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit.
10. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan
11. Dukungan pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan.
12. Rujukan pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal, dengan cara yang tepat.
13. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberian perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat.

2.2.5 Implementasi Keperawatan

Selama tahap implementasi perawat melaksanakan rencana asuhan keperawatan. Instruksi keperawatan diimplementasikan untuk membantu klien memenuhi kriteria hasil.

Komponen tahapan implementasi terdiri dari :

- 1. Tindakan keperawatan mandiri dilakukan tanpa pesanan dokter.
- 2. Tindakan keperawatan kolaboratif diimplementasikan bila perawat bekerja dengan anggota tim perawatan kesehatan yang lain dalam

membuat keputusan bersama yang bertujuan untuk mengatasi masalah-masalah klien.

3. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respons klien terhadap asuhan keperawatan.
4. Frekuensi pendokumentasi tergantung pada kondisi klien dan terapi yang diberikan. Dirumah sakit, catatan perawat ditulis minimal setiap shift dan diagnosa keperawatan dicatat di rencana asuhan keperawatan. Setiap klien harus dikaji dan dikaji ulang sesuai dengan kebijakan institusi perawatan kesehatan (Sugeng & Weni, 2010).

2.2.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah membandingkan status kesehatan klien saat ini dengan hasil klien yang diharapkan dan menentukan kemajuan klien atau kekurangannya kemajuan ke arah pencapaian hasil (Deden, 2012).