

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST SEKSIO SESAREA
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI
RUANG JADE RSUD 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

SEPTI

AKX 15.084



PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG

2018

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Septi

NPM : AKX 15.084

Program studi : DIII Keperawatan

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

Menyatakan :

1. Tugas akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar professional 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 sangsi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sangsi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Bandung, 20 April 2018

Yang Membuat Pernyataan



**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST SEKSIO SESAREA DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG JADE RSUD
dr.SLAMET GARUT

SEPTI

AKX 15.084

KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL 10 APRIL 2018

Oleh

Pembimbing Ketua



Iceu Komalanengsih, SKM

Pembimbing Pendamping



Ingrid Dirgahayu, S.Kep.,MKM

NIK : 10104019

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Iij. 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 JADE RSU dr. SLAMET GARUT

Oleh
SEPTI
AKX.15.084

Telah diuji
Pada tanggal, 30 April 2018
Panitia Penguji

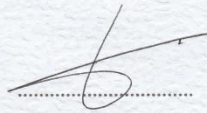
Ketua : Iceu Komalanengsih, SKM
(Pembimbing Utama)



.....


Anggota :

1. Djubaedah, S.Pd.,MM
(Penguji I)




.....

2. Anggi Jamiyanti, S.Kep., ners
(Penguji II)



.....

3. Ingrid Dirgahayu, S.Kep.,MKM
(Pembimbing Pendamping)



.....


Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua,

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

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan karuniaNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini tepat pada waktunya.

Karya tulis ini berjudul *“Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Op Seksio Sesarea Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Zade Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut Tahun 2018”* disusun untuk memenuhi syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi Dan Gawat Darurat Medik STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Dalam penyusunan karya tulis ini penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, oleh karena itu ucapan terimakasih ini penulis sampaikan kepada :

1. H. Mulyana, SH., M.Pd., M.H.Kes., selaku Ketua Yayasan Adhiguna Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, SKp., M.Kes, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti, SKp., M.Kep, selaku Ketua Prodi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Seluruh Staff dosen dan karyawan Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik Stikes Bhakti Kencana Bandung.
5. H. Maskut Farid, dr., MM. Selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum dr.Slamet Garut.
6. Ai Tati Rohaeni, S.Kep., Ners., selaku pembimbing dan CI lapangan yang telah memberikan izin, bimbingan, arahan dan motivasi yang berharga sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

7. Ice Komalanengsih,SKM., selaku Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi yang berharga selama penulis mengikuti pendidikan dan penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.
8. Ingrid Dirgahayu, MKM., selaku pembimbing pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Kepada mereka yang selalu menjadi panutan demi keberhasilan penulis, Ayahanda tercinta Edi, Ibunda tercinta Kalimantan, Kakak tersayang Margaretha Krisna, serta seluruh keluarga besar yang selalu memberikan semangat, pengorbanan, pengertian, kesabaran, dan kasih sayang yang tulus serta do'a sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Seluruh teman seperjuangan angkatan 11, terutama Mayke Indra Yeni dan Qonitah Nur dan kakak-kakak alumni tercinta, senior dan adik-adik tingkat yang telah memberikan semangat, motivasi sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.
11. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Semoga segala amal baik bapak/ibu/sodara/I diterima oleh Tuhan Yang Maha Esa dan diberikan balasan yang lebih baik oleh-Nya.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan dan kelemahan sehingga penulis sangat mengharapkan segala kritik dan saran yang bersifat membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik lagi.

Bandung, 21 April 2018

PENULIS

ABSTRAK

Latar Belakang : *Seksio Sesarea* merupakan salah satu cara yang digunakan dibidang kesehatan untuk membantu persalinan ketika ada masalah tak terduga terjadi selama persalinan, seperti faktor dari ibu yaitu panggul yang sempit, faktor dari janin yang letaknya lintang, tidak cukup ruang bagi janin untuk melalui vagina, dan kelainan pada janin seperti berat badan janin melebihi 4000 gram. **Metode** : Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah/fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan sebagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang klien *Seksio Sesarea* dengan masalah keperawatan **Hasil** : Nyeri Akut. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan, masalah keperawatan Nyeri Akut pada kasus 1 dapat teratasi pada hasil ke 3, dan pada kasus 2 masalah keperawatan Nyeri Akut sampai hari ketiga masih teratasi sebagian, hal ini karena pada kasus 2 saat diberikan teknik relaksasi nafas dalam klien terlihat tidak fokus akibat dari nyeri yang masih terasa, dengan skala nyeri 4 yang masih sama seperti hasil ke 1. Akibat ketidak fokusan dapat mempengaruhi nyeri klien. **Diskusi** : pasien dengan masalah keperawatan Nyeri Akut selalu memiliki respon yang sama pada setiap klien dengan seksio sesarea, hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya. Sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap pasien.

Kata Kunci : *Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut*

Daftar pustaka : 12 Buku (2008-2015), 3 Jurnal (2012-2016), 2 Website

ABSTRACT

Introduction : *Caesarean section is one of the methods used in the health field to assist labor when there are unexpected problems during labor, such as the mother's factor of the narrow pelvis, the factor of the fetus located latitude, not enough space for the fetus to pass through the vagina, and abnormalities in the fetus such as fetal weight exceeding 4000 grams.* **Method** : *Case studies to explore a problem / phenomenon with detailed limits, has a deep data retrieval and includes as a source of information. This case study was conducted on two Caesarean Section clients with nursing problems* **RESULT** : *Acute Pain. After doing nursing care by providing nursing intervention, nursing problems Acute pain in case 1 can be resolved in result 3, and in the case of 2 nursing problems Acute pain until the third day is still partially resolved, this is because in case 2 when the client was given deep breathing relaxation techniques, the client did not look focused due to the pain that still feels, with a pain scale 4 that is still the same as the result 1. Due to non-focus can affect the client's pain.* **Discussion:** *patients with nursing problems Acute pain always has the same response to each client with Cesarean Section, this is influenced by the condition or health status of the previous clients. So that nurses have to do comprehensive care to deal with nursing problems in every patient.*

Keywords : *Cesarean Section with Acute Pain*

References : 12 books (2008-2015), 3 journals (2012-2016), 2 websites

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul dan Prasyarat Gelar	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan Karya Tulis.....	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata pengantar	v
Abstract	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	6
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat	7
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	7
1.4.2 Manfaat Praktis	8

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit	9
2.1.1 Definisi	9
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi	15
2.1.3 Patofisiologi	29
2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	30
2.2.1 Pengkajian.....	31
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	45
2.2.3 Intervensi dan Rasional Keperawatan	47
2.2.4 Implementasi Keperawatan	76
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	77

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian.....	78
B. Batasan Istilah	78
C. Partisipan/Responden/Subyek Penelitian.....	80
D. Lokasi dan Waktu Penelitian	81
E. Pengumpulan Data	81
F. Uji Keabsahan Data.....	84
G. Analisis Data	84
H. Etik Penelitian	86

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil	87
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	87
4.1.2 Data Asuhan Keperawatan	88
1. Pengkajian	88
2. Diagnosa Keperawatan	104
3. Perencanaan	105
4. Pelaksanaan Evaluasi Formatif.....	111
5. Evaluasi Sumatif	118

4.2 Pembahasan	119
4.2.1 Pengkajian.....	120
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	121
4.2.3 Intervensi Keperawatan	126
4.2.4 Implementasi Keperawatan.....	130
4.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	130

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan.....	132
5.2 Saran.....	135
5.2.1 Bagi Institusi Pendidikan	135
5.2.2 Bagi Rumah Sakit	135

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

	Halamana
Gambar 2.1 Genitalia Interna.....	17
Gambar 2.2 Genitalia Eksterna	18

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Skala Penilaian Nyeri.....	33
Tabel 2.2 Intervensi dan Rasional Intoleransi Aktivitas	48
Tabel 2.3 Intervensi dan Rasional Ansietas	51
Tabel 2.4 Intervensi dan Rasional Konstipasi.....	55
Tabel 2.5 Intervensi dan Rasional Defisiensi Pengetahuan	58
Tabel 2.6 Intervensi dan Rasional Retensi Urin.....	61
Tabel 2.7 Intervensi dan Rasional Resiko Infeksi.....	63
Tabel 2.8 Intervensi dan Rasional Ketidakefektifan Pemberian ASI	66
Tabel 2.9 Intervensi dan Rasional Nyeri Akut.....	69
Tabel 2.10 Intervensi dan Rasional Deprivasi Tidur	73
Tabel 2.11 Intervensi dan Rasional Ketidakefektifan Pola Nafas.....	75
Tabel 4.1 Identitas klien	88
Tabel 4.2 Identitas Penanggung Jawab	88
Tabel 4.3 Riwayat Kesehatan.....	89
Tabel 4.4 Riwayat Ginekologi dan Obstetri.....	90
Tabel 4.5 Pola Aktivitas Sehari-hari	92
Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik Ibu	94
Tabel 4.7 Pemeriksaan Fisik Bayi.....	97
Tabel 4.8 Pemeriksaan Psikologis.....	97
Tabel 4.9 Hasil Pemeriksaan Diagnostik	100
Tabel 4.10 Program dan Rencana Pengobatan.....	100
Tabel 4.11 Analisa Data.....	101

Tabel 4.12 Diagnosa Keperawatan	104
Tabel 4.13 Perencanaan	105
Tabel 4.14 Pelaksanaan Evaluasi Formatif	111
Tabel 4.15 Evaluasi Sumatif	118

DAFTAR BAGAN

	Halaman
Bagan 2.1 Pathway Seksio Sesarea.....	29

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Lembar Konsultasi KTI

Lampiran II Surat Persetujuan dan Justifikasi Kasus

Lampiran III Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran IV Lembar Observasi

Lampiran V Satuan Acara Penyuluhan Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Lampiran VI Leaaflet Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Lampiran VII Jurnal Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Seksio sesarea merupakan salah satu cara yang digunakan dibidang kesehatan untuk membantu persalinan ketika ada masalah yang tak terduga terjadi selama persalinan, seperti faktor dari ibu yaitu panggul yang sempit, faktor dari janin yang letaknya lintang, tidak cukup ruang bagi janin untuk melalui vagina, dan kelainan pada janin seperti berat badan janin melebihi 4000 gram (National Institute of Health, 2012).

World Health Organization (WHO) peningkatan persalinan Seksio sesarea di seluruh Negara selama tahun 2007 – 2008 yaitu 110.000 per kelahiran di seluruh Asia (Sinha Kounteya, 2010). Di Indonesia sendiri, angka kejadian operasi sesarea juga terus meningkat baik di rumah sakit pemerintah maupun di rumah sakit swasta. Menurut Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) menunjukkan terjadi kecenderungan peningkatan operasi sesarea di Indonesia dari tahun 1991 sampai tahun 2007 yaitu 1,3-6,8 persen. Persalinan sesarea di kota jauh lebih tinggi dibandingkan di desa yaitu 11 persen dibandingkan 3,9 persen. Hasil Riskesdas tahun 2013 menunjukkan kelahiran dengan metode operasi sesarea sebesar 9,8 persen dari total 49.603 kelahiran sepanjang tahun 2010 sampai dengan 2013.

Kesulitan dalam persalinan dengan komplikasi menjadikan seksio sesarea sebagai salah satu alternatif untuk menolong persalinan. Berdasarkan data yang penulis dapatkan dari medical record Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut periode tahun 2015-2017, jumlah persalinan yang mencakup persalinan seksio sesarea sebesar 3808 (30,26%) dan persalinan spontan sebesar 8774 (69,73%) dengan jumlah dari kedua indikasi tersebut sebesar 12.582 (99,99%). (*Sumber: laporan medika record Rumah Sakit Umum dr.Slamet Garut*).

Ibu dengan persalinan seksio sesarea masih tinggi, sehingga peningkatan komplikasi akibat seksio sesarea bisa berpengaruh terhadap pemenuhan kebutuhan dasar manusia, seperti kebutuhan fisiologi; oksigenisasi, nutrisi, eliminasi, rasa nyaman, kebutuhan keselamatan dan keamanan, kebutuhan cinta dan dicintai, kebutuhan harga diri, dan aktualisasi diri, maka dalam tahapan nifas ibu rentang terjadinya resiko-resiko pendarahan, nyeri akut, infeksi, dan kebutuhan dasar manusia, maka perlunya pemberian perhatian yang serius pada upaya penatalaksanaan terhadap klien post operasi atau masa nifas, dan peran perawat disini sangat penting untuk penatalaksanaan pada masa nifas pasca persalinan post operasi seksio sesarea dengan masalah keperawatan Nyeri Akut. Masa nifas atau post partum merupakan masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum kehamilan. Lama post partum ini antara 6-8 minggu (Mochtar,2002).

Sepuluh dari ibu-ibu yang menjalani seksio sesarea mengalami komplikasi operatif atau post operatif yang sebagian di antaranya bersifat serius dan bisa membawa kematian. Seksio sesarea merupakan operasi besar dengan disertai resikonya. Morbiditas yang standar bagi seksio sesarea adalah sekitar 20%. Indikasi seksio sesarea bisa indikasi absolut atau relatif. Setiap keadaan yang membuat kelahiran lewat jalan lahir tidak mungkin terlaksana merupakan indikasi absolut untuk seksio abdominal. Diantaranya adalah kesempitan panggul yang sangat berat dan neoplasma yang menyumbat jalan lahir. Pada indikasi relatif, kelahiran lewat vagina bisa terlaksana, tetapi keadaan adalah sedemikian rupa sehingga kelahiran lewat seksio sesarea akan lebih aman bagi ibu, anak ataupun keduanya. (Harry Oxorn & William R.Forte, 2010).

Pembedahan pasti menimbulkan berbagai keluhan dan gejala, dimana salah satu keluhan yang sering ditemukan adalah nyeri. Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial (Wiwiek Widiatie, 2015).

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif. Perasaan nyeri pada setiap orang berada dalam hal skala ataupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. (Azis, 2009).

Berdasarkan kedua pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif. Baik dalam hal skala ataupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. (Azis, 2009).

Setiap nyeri akan menimbulkan perasaan yang tidak nyaman pada ibu, selain itu tanpa melihat pola, sifat atau penyebab nyeri. Apabila nyeri tidak segera di atasi secara adekuat akan memberikan efek yang membahayakan, seperti mempengaruhi sistem pulmoner, kardiovaskuler gastrointestinal, endokrin dan imunologik (Brunner & Suddarth,2002).

Penatalaksanaan untuk nyeri diantaranya menggunakan pendekatan farmakologis dan non farmakologis. Salah satu pendekatan non farmakologis adalah teknik relaksasi nafas dalam. Akan tetapi di Rumah Sakit lebih menekankan penggunaan obat analgesik. Nyeri pasca bedah dapat mengakibatkan terjadinya respon stress sehingga akan menimbulkan peningkatan laju metabolisme dan curah jantung, kerusakan respon insulin, peningkatan produksi kortisol dan retensi cairan. (Wiwiek Widiatie, 2015).

Menurut Priharjo (1993), ada tiga gambaran yang membantu dalam penerimaan intensitas nyeri, yaitu sebagai berikut.

- a. Input emosional dan kognitif yang terus-menerus berhubungan dengan stimulasi nyeri.
- b. Intensitas stimulasi nyeri yang ditentukan oleh jumlah serabut yang terstimulasi dan frekuensi impuls.
- c. Keseimbangan relatif aktivitas serabut besar terhadap serabut kecil.

Nyeri terjadi karena adanya stimulus nyeri, antara lain :

- a. Fisik (termal, mekanik, elektik) dan
- b. kimia

Apabila ada kerusakan pada jaringan akibat adanya kontinuitas jaringan yang terputus, maka histamin, bradikinin, serotonin dan prostaglandin akan diproduksi oleh tubuh. Zat-zat kimia ini akan menimbulkan rasa nyeri. Rasa nyeri ini diteruskan ke *Central Nerve System* (CNS) untuk kemudian di transmisikan pada serabut tipe C yang menghasilkan sensasi seperti terbakar atau pada serabut tipe A yang menghasilkan nyeri seperti tertusuk. (Hinchilff, Montague & Watson, 1996).

Menelaah uraian di atas, maka penulisan tertarik untuk menerapkan Asuhan Keperawatan dan menuangkannya dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada klien Post Seksio

Sesaria dengan masalah Keperawatan Nyeri Akut” di Ruang Jade
RSU dr. Slamet Garut.

1.2 Rumusan Masalah

Yang menjadi permasalahan dalam studi kasus ini adalah “Bagaimana
Asuhan Keperawatan Pada klien Post Operasi Seksio Sesarea dengan
Masalah Keperawatan Nyeri Akut di RSU dr.Slamet Garut?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien post
seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSU
dr.Slamet Garut.

1.3.2 Tujuan Khusus

Setelah melakukan perawatan pada klien dengan menggunakan
empat tahap proses keperawatan pada klien post seksio sesarea penulis:

1. Dapat melakukan pengkajian secara komprehensif meliputi
biologis, psikologis, sosial, spiritual pada klien post seksio sesarea
dengan masalah Nyeri Akut di RSU dr.Slamet Garut.
2. Dapat merumuskan diagnosa keperawatan yang muncul pada klien
post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSU
dr.Slamet Garut berdasarkan prioritas masalah.

3. Dapat melakukan rencana keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD dr.Slamet Garut.
4. Dapat melakukan tindakan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD dr.Slamet Garut.
5. Melakukan evaluasi hasil asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD dr.Slamet Garut.
6. Pembahasan kesenjangan antara teori dan kasus asuhan keperawatan pada klien post partum spontan.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran dan informasi dibidang maternitas tentang asuhan keperawatan pada post operasi Seksio Sesarea dengan masalah keperawatan Nyeri Akut.

1.4.2 Manfaat Praktis .

a. Manfaat bagi Rumah Sakit

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan penanganan nyeri Akut pada Klien Post Seksio Sesarea.

b. Manfaat bagi Institusi Pendidikan

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini bagi Institusi Pendidikan yaitu dapat digunakan sebagai referensi dalam Asuhan Keperawatan Klien Post Seksio Sesarea dengan masalah Keperawatan Nyeri Akut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi

1. Definisi nyeri

Secara umum nyeri adalah suatu rasa yang tidak nyaman, baik ringan maupun berat. Nyeri didefinisikan sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan eksistensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya (Tamsuri, 2007). Menurut International Association for Study of Pain (IASP), nyeri adalah pengalaman perasaan emosional yang tidak menyenangkan akibat terjadinya kerusakan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan. Menurut Engel (1970) menyatakan nyeri sebagai suatu dasar sensasi ketidaknyamanan yang berhubungan dengan tubuh dimanifestasikan sebagai penderitaan yang diakibatkan oleh persepsi jiwa yang nyata, ancaman atau fantasi luka. Nyeri adalah apa yang dikatakan oleh orang yang mengalami nyeri dan bila yang mengalaminya mengatakan bahwa rasa itu ada. Definisi ini tidak berarti bahwa anak harus mengatakan bila sakit. Nyeri dapat diekspresikan melalui

menangis, pengutaraan, atau isyarat perilaku (Mc Caffrey & Beebe, 1989 dikutip dari Betz & Sowden, 2002).

2. Definisi persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menepisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun bayi (Icemi & Wahyu, 2013)

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin atau uri) yang telah cukup bulan atau hidup diluar kandungan melalui jalan lahir lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 1998).

Dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa persalinan adalah suatu proses keluarnya janin dengan cukup bulan melalui jalan lahir atau jalan lahir lain dengan bantuan atau tanpa bantuan.

3. Seksio Sesarea

a. Definisi

Seksio sesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus. (Harry Oxorn & William, 2010).

Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui

dinding depan perut; seksio sesarea juga dapat didefinisikan sebagai suatu histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam Rahim. (Amru Sofian, 2013)

Berdasarkan kedua pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut dan dapat didefinisikan juga sebagai suatu histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam Rahim.

b. Istilah dalam Seksio Sesarea

1) Seksio sesarea primer (efektif)

Dari semua telah direncanakan bahwa janin akan dilahirkan secara seksio sesarea, tidak diharapkan lagi kelahiran biasa, misalnya pada panggul sempit (CV kurang dari 8 cm).

2) Seksio sesarea sekunder

Dalam hal ini kita bersikap mencoba menunggu kelahiran biasa (partus percobaan). Jika tidak ada kemajuan persalinan atau partus percobaan gagal, baru dilakukan seksio sesarea.

3) Seksio sesarea ulang

Ibu pada kehamilan yang lalu mengalami resiko sesarea dan kehamilan selanjutnya dilakukan seksio sesarea ulang.

4) Seksio sesarea histerektomi

Adalah suatu operasi dimana setelah janin dilahirkan dengan seksio sesarea, langsung dilakukan histerektomi oleh karena suatu indikasi.

5) Operasi porro

Adalah suatu operasi tanpa mengeluarkan janin dari kavum uteri (tentunya janin sudah mati), dan langsung dilakukan histerektomi, misalnya pada keadaan infeksi rahim yang berat. (Amru Sofian, 2013).

c. Indikasi Seksio Sesarea

Seksio sesarea di indikasikan pada kondisi sebagai berikut :

1) Kondisi Ibu

a) Disproporsi kepala panggul (CPD)

Perbandingan antara kepala janin dan panggul yang tidak serasi.

b) Disfungsi uterus

Perdarahan pada endometrium dari rahim yang tidak di dalam siklus haid dan semata akibat dari gangguan fungsi endokrin.

c) Distosia jaringan lunak

Kegagalan progresi persalinan (distosia): kerja uterus abnormal.

d) Plasenta previa

Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal yaitu pada segmen bawah uterus sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir.

e) Rupture uteri mengancam

Robekan dinding uterus pada saat kehamilan atau dalam persalinan dengan atau tanpa robeknya perineum viseral.

f) Partus lama (*prolonged labor*)

Persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primigradiva, dan lebih dari 18 jam pada multigradiva.

g) Partus tak maju (*obstructed labor*)

Partus tak maju adalah suatu persalinan dengan his yang adekuat yang tidak menunjukkan kemajuan pada pembukaan serviks, turunnya kepala dan putar praksi selama 2 jam terakhir.

h) Pre-eklamsi dan hipertensi

Suatu kondisi medis dimana timbul hipertensi dalam kehamilan yang hubungannya dengan jumlah signifikan protein dalam urin.

i) Hamil sungsang

Sungsang adalah kondisi letak bayi memanjang dengan kepala di bagian atas Rahim sementara bokong bayi di bagian bawah.

2) Kondisi Janin

a) Janin besar

Bayi yang lahir dengan berat badan lebih dari 4.000 gram. Persalinan menjadi lebih rentan mengalami cedera baik pada ibu maupun bayi.

b) Gawat janin

Suatu keadaan dimana janin tidak mendapatkan O_2 yang cukup yang jika tidak segera ditandatangani maka akan menyebabkan kerusakan permanen sistem saraf pusat dan orang lain serta kematian.

c) Malpresentasi janin

Adanya letak lintang, letak sungsang, kesempitan panggul, gemeli dan gawat janin.

3) Komplikasi

a) Infeksi puerperalis

- (1) Ringan, dengan kenaikan suhu beberapa hari saja.
- (2) Sedang, dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung.

(3) Berat, dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik.

Hal ini sering kita jumpai pada partus terlantar, dimana sebelumnya telah terjadi infeksi intrapartal karena ketuban yang telah pecah terlalu lama.

Penanganan adalah dengan pemberian cairan, elektrolit dan antibiotic yang adekuat dan tepat.

(4) Perdarahan disebabkan karena :

(a) Banyak pembuluh darah terputus dan terbuka

(b) Antonia uteri.

(c) Perdarahan pada plasental bed

(5) Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi.

(6) Kemungkinan ruptur uteri spontan.

2.1.2 Anatomi dan Fisiologis (Ai Yeyeh, dkk 2009)

1. Anatomi dan Fisiologi Reproduksi Wanita

Menurut (Prawirohardjo,1999) anatomi dan fisiologi reproduksi wanita terbagi atas 2 bagian, antara lain :

a. Genitalia Interna

1) Vagina

Terletak antara kandung kencing dan rectum, pada dinding vagina terdapat lipatan-lipatan yang disebut rugae, dinding depan (9 cm) lebih pendek dari dinding belakang (11 cm),

bagian dari servix yang menonjol ke dalam vagina disebut portio. Fungsi vagina antara lain sebagai alat persetubuhan, sebagai jalan lahir pada waktu partus, sebagai saluran keluar darah waktu haid dan secret dari uterus.

2) Uterus

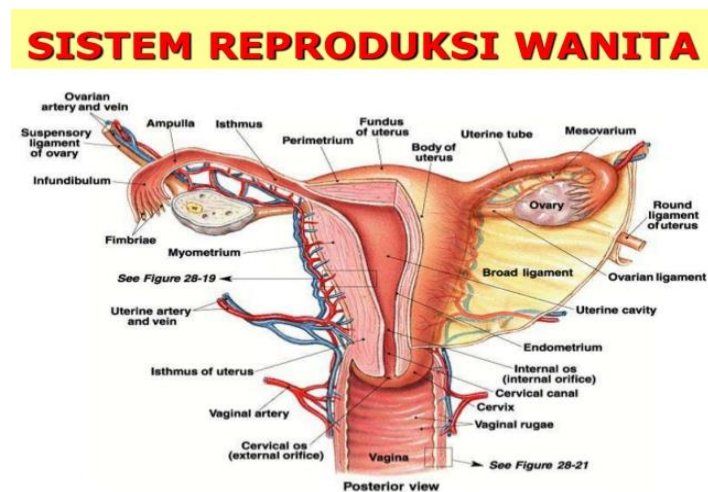
Pada saat tidak hamil terdapat dalam pelvis minor antara urinaria dan rectum, berbentuk bola lampu yang gepeng terdiri dari 2 bagian : Korpus Uteri (segitiga) dan Servix Uteri (silindris). Bagian dari korpus uteri antara kedua pangkal tuba "fundus uteri".

Ligamen-ligamen uterus antara lain :

Ligament latum adalah uterus seolah-olah menggantung pada tuba. Ligamentum rotundum untuk menahan uterus dalam posisi antefleksi. Ligamentum infundibulo pelvicum ligamentum ini menggantungkan uterus pada dinding panggul. Ligamentum cardinal menghalangi uterus bergerak kekiri dan kekanan. Ligamentum sacro uterinum, Ligamentum vesico uterinum: dari uterus ke kandung kemih. Parametrium Merupakan jaringan ikat yang terdapat antara kedua lembar ligamentum latum (Prawirohardjo, 1999).

3) Ovarium

Indung telur pada seorang dewasa kira-kira sebesar ibu jari tangan, terletak di kiri dan kanan uterus, dekat pada dinding pelvis di fossa Ovarika. Ovarium dihubungkan dengan uterus melalui ligamentum ovarri proprium. Arteria ovarika berjalan menuju ovarium melalui ligamentum suspensorium ovari (ligamentum infundibulopelvikum).



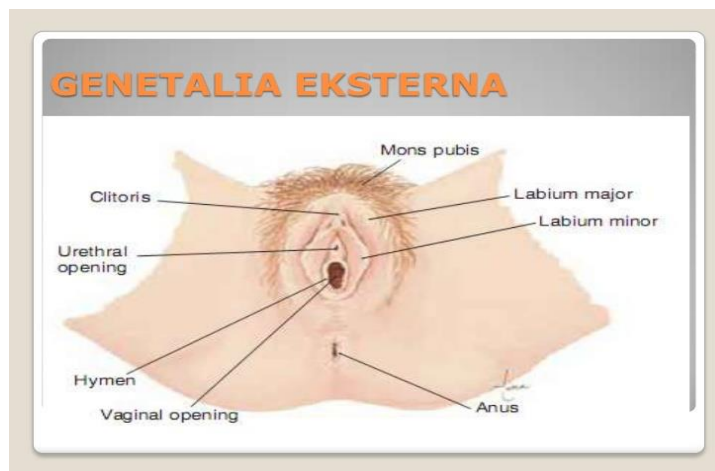
Gambar 2.1 : Genitalia Interna

Tuba fallopi berfungsi untuk membawa ovum yang dilepaskan ovarium ke jurusan cavum uteri, Tuba fallopi dibagi menjadi 4 bagian antara lain :

- a) Pars Interstitialis : bagian tuba yang berjalan dalam dinding uterus, mulai pada ostium internum tuba.

- b) Pars Isthimica : merupakan bagian tuba yang lurus dan sempit.
- c) Pars Ampularis : merupakan bagian tuba yang paling lebar dan berbentuk S.

b. Genitalia Eksterna



Gambar 2.2 Genitalia Eksterna

Anatomi dan fisiologi genitalia eksterna antara lain sebagai berikut:

1) Mons veneris

Setelah pubertas mons veneris di tutup oleh rambut, bagian yang menonjol terdiri dari jaringan lemak, menutupi bagian depan symfisis pubis.

2) Labia mayora dan minora

Labia mayor homolog dengan scrotum, bagian luar seperti kulit biasa dan ditumbuhi rambut, bagian dalam selaput lendir banyak mengandung kelenjar sebacea.

Labia minora adalah lipatan disebelah medial dari labia mayora. Kedua lipatan kanan dan kiri bertemu diatas disebut *Preputium Clitoridis*, dan yang bertemu dibawah disebut *Fenulum Clitoridis*.

3) Clitoris (A)

Analog dengan penis, mengandung urat-urat saraf sensoris dan pembuluh darah.

4) Festibulum

Merupakan rongga sebelum lateral dibatasi oleh kedu labia minora, anterior oleh clithoris, dorsal oleh fourchet.

5) Kelenjar Bartholini

Merupakan kelenjar terpenting di daerah vulva dan vagina, mengeluarkan secret mucus terutama pada saat coitus.

6) Hymen (selaput dara)

Berupa lapisan yang tipis dan menutupi sebagian besar dari introitus vagina, bila hymen tertutup disebut

Hymen Occlusivum, bila telah partus hanya tinggal sisa-sisa kecil disebut Carunculae Myrtiformis.

7) Urethra

2. Adaptasi Fisiologis masa nifas (Damai & Dian, 2011)

Perubahan alat-alat genitalia baik interna maupun eksterna kembali seperti semula seperti sebelum hamil disebut involusi. Bidan dapat membantu ibu untuk mengatasi dan memahami perubahan-perubahan seperti:

a. Involusi uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Proses involusi uterus adalah sebagai berikut :

- 1) Iskemia Miometrium. Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan syaraf otot atrofi.
- 2) Atrofi jaringan. Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon estrogen saat pelepasan plasenta.
- 3) Autolysis. Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan

lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.

- 4) Efek oksitosin. Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama post partum adalah sebagai berikut :

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

b. Involusi tempat plasenta

Uterus pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri. Segera setelah plasenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Pada

permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka. Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi plasenta selama 6 minggu. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung di dalam decidua basalis. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta hingga terkelupas dan tak dipakai lagi pada pembuangan lochia.

c. Perubahan ligamen

Setelah bayi lahir, ligamen dan diafragma pelvis fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti sedia kala. Perubahan ligamen yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain : ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi; ligamen fasia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur.

d. Perubahan pada serviks

Segara setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks

uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukkan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk.

e. Lochia

Akibat involusi uteri, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Percampuran antara darah dan desidua inilah yang dinamakan lochia.

Lochia adalah eksresi cairan Rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal.

Lochia mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran lochia dapat dibagi menjadi lochia rubra, sanguilenta, serosa dan alba. Perbedaan masing-masing lochia dapat dilihat sebagai berikut :

Lochia	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekoneum dan sisa darah.
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lender
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri

			dari leukosit dan robekan dan laserasi plasenta.
Alba	>14 hari	Putih	Megandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

Umunya jumlah lochia lebih sedikit bila wanita post partum dalam posisi berbaring dari pada berdiri. Hal ini terjadi akibat pembuangan bersatu di vagina bagian atas saat wanita dalam posisi berbaring dan kemudian akan mengalir keluar saat berdiri. Total jumlah rata-rata pengeluaran lochia sekitar 240 hingga 270 ml.

f. Vulva, vagina dan perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ketiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan perubahan menjadi karankulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama.

3. Adaptasi Psikologis masa nifas (Elisabeth & Th. Endang, 2015)

Proses adaptasi psikologi sudah terjadi selama kehamilan, menjelang proses kelahiran maupun setelah persalinan. Pada periode tersebut, kecemasan seorang wanita dapat bertambah. Pengalaman yang unik di alami oleh ibu setelah persalinan. Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi. Tanggung jawab ibu mulai bertambah.

Hal-hal yang dapat membantu ibu dalam beradaptasi pada masa nifas adalah sebagai berikut :

- b. Fungsi menjadi orang tua
- c. Respon dan dukungan dari keluarga
- d. Riwayat dan pengalaman persalinan serta persalinan
- e. Harapan, keinginan dan aspirasi saat hamil dan melahirkan.

Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas adaah :

1) Fase taking in

Fase taking in yaitu periode ketergantungan, berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua melahirkan. Pada fase ini ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir. Ibu perlu bicara tentang dirinya sendiri. Ketidaknyamanan fisik yang

dialami ibu pada fase ini seperti mules, nyeri pada jahitan, kurang tidur dan kelelahan merupakan suatu yang tidak dapat dihindari. Hal tersebut membuat ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gangguan psikologis yang mungkin dialami, seperti menangis, dan mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung lebih pasif terhadap lingkungannya.

Pada fase ini petugas kesehatan harus menggunakan pendekatan yang empatik agar ibu dapat melewati fase ini dengan baik. Kehadiran suami dan keluarga sangat diperlukan pada fase ini.

Gangguan fisiologis yang mungkin dirasakan ibu adalah :

- a) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya misal jenis kelamin tertentu, warna kulit, jenis rambut dan lainnya.
- b) Ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu, misal rasa mules karena Rahim berkontraksi untuk kembali pada keadaan semula, payudara bengkak dan nyeri luka jahitan.
- c) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.
- d) Suami atau keluarga yang mengkritik ibu tentang cara merawat bayi dan cenderung melihat saja tanpa membantu. Ibu akan merasakan tidak nyaman karena

sebenarnya hal tersebut bukan hanya tanggung jawab ibu semata.

2) Fase taking hold

Fase taking hold adalah periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan marah. Dukungan moral sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan dari ibu.

Bagi petugas kesehatan pada fase ini merupakan kesempatan yang baik untuk memberikan berbagai penyuluhan dan pendidikan kesehatan yang diperlukan ibu nifas. Tugas petugas kesehatan adalah mengajarkan cara merawat bayi, cara menyusui yang benar, cara merawat luka jahitan, senam nifas memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan ibu seperti gizi, istirahat dan kebersihan diri.

3) Fase letting go

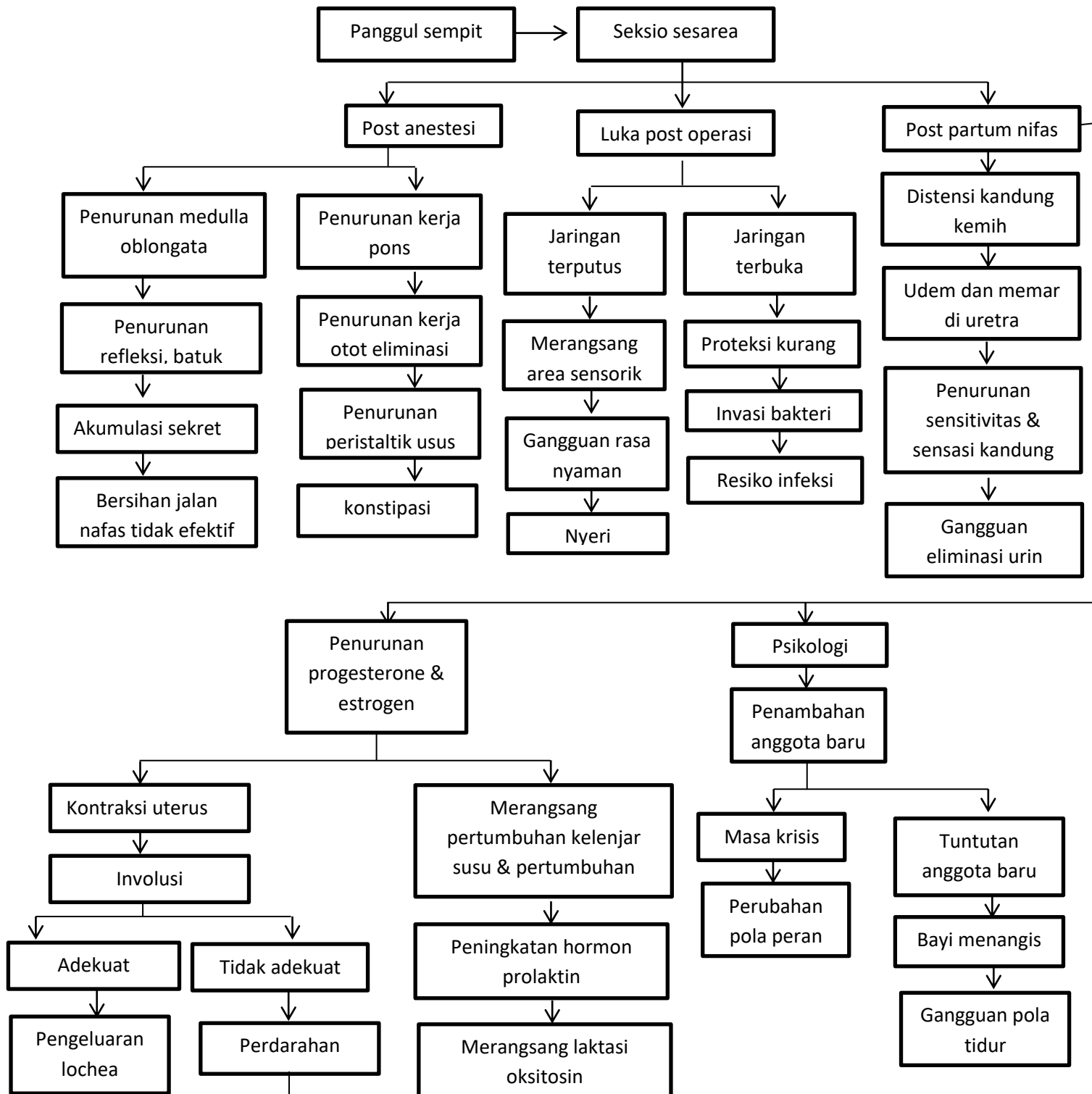
Fase letting go adalah periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan

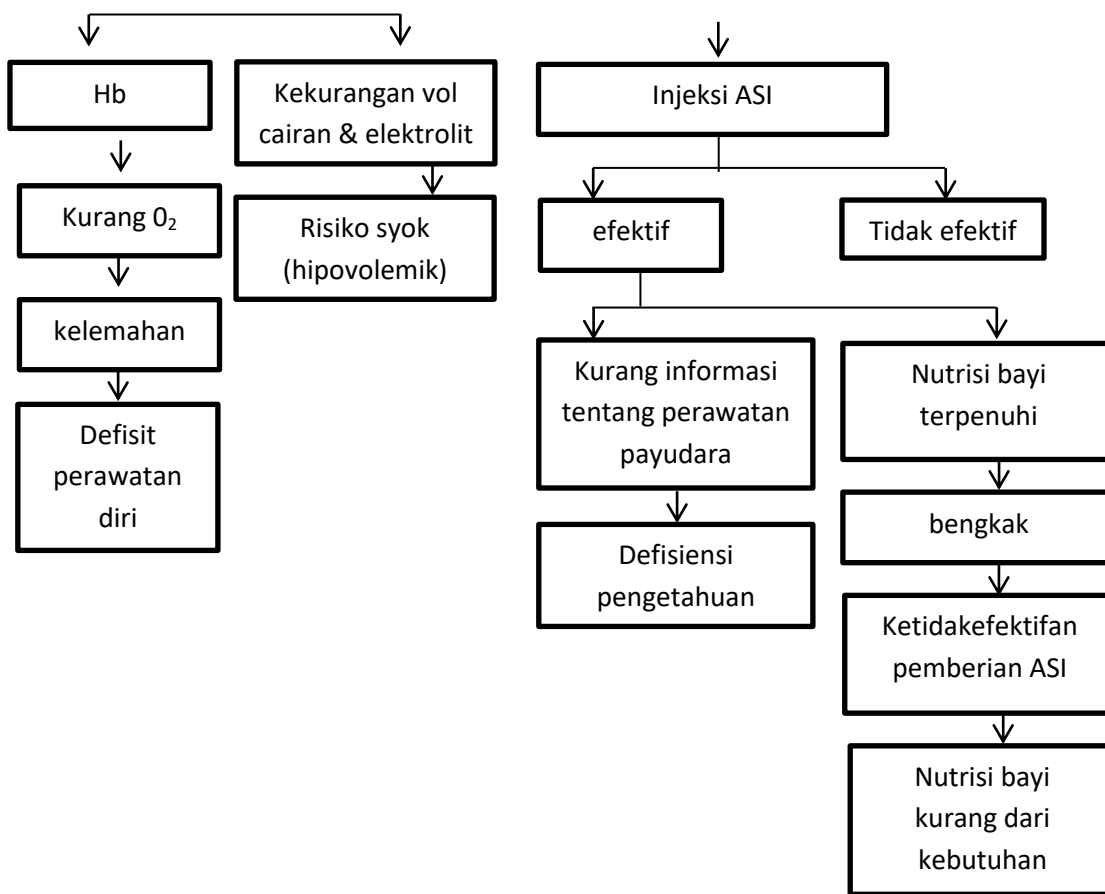
ketergantungan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya sudah meningkat pada fase ini. Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya. Pendidikan kesehatan yang diberikan pada fase sebelumnya akan sangat berguna bagi ibu. Ibu lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya.

Dukungan suami dan keluarga masih terus diperlukan ibu. Suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi, mengerjakan urusan rumah tangga sehingga ibu tidak terlalu terbebani. Ibu memerlukan istirahat yang cukup sehingga mendapatkan kondisi fisik yang bagus untuk merawat bayinya.

2.1.3 Patofisiologi

2.1 Pathway Sectio Caesaria (Hardhi ,2015)





2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan, proses pemecahan masalah yang kreatif dan sistematis, telah digunakan dalam keperawatan sejak tahun 1950-an. Proses keperawatan meliputi enam komponen yang saling berkaitan: pengkajian, diagnosis, perencanaan hasil, perencanaan intervensi, implementasi, dan evaluasi. Fase tersebut disajikan secara terpisah untuk kejelasannya; meskipun demikian, didalam praktiknya fase tersebut saling tumpang tindih dan tidak selalu terjadi sesuai urutan. Proses keperawatan adalah, pada praktiknya, bersifat refleksif,

bukan linear. Perawat berpikir dalam kerangka kerja yang sistematis dan logis, namun tetap berkuat di antara pengkajian, diagnosis, perencanaan hasil dan intervensi, serta evaluasi.

2.2.1 Pengkajian

Pada langkah pertama ini, semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien telah dikumpulkan. Untuk memperoleh data, dilakukan melalui anamnesa. Anamnesa adalah pengkajian dalam rangka mendapatkan data tentang pasien melalui pengajuan pertanyaan-pertanyaan (Ari Sulistyawati, 2009).

1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan proses yang berisikan status kesehatan klien, kemampuan klien untuk mengelola kesehatan dan perawatannya juga hasil konsultasi dari medis atau profesi kesehatan lainnya.

a. Identitas

1) Identitas klien

Meliputi nama pasien, umur, jenis kelamin, agama, suku ndidikan, pekerjaan, alamat, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis.

2) Identitas Penanggung Jawab

Identitas penanggung jawab meliputi nama pasien, umur, jenis kelamin, agama, suku bangsa/ras, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan klien, alamat.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan Utama

Keluhan utama menjelaskan keluhan yang terjadi saat dikaji. Pada post partum spontan biasanya sebagian klien mengeluh nyeri di jalan lahir karena ada luka episiotomi.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Apa yang menyebabkan klien mengalami gangguan nyeri. Hal tersebut dapat diuraikan dengan metode PQRST:

P : paliatif/propokatif

Yaitu segala Sesuatu yang memperberat dan memperingan keluhan. Pada post partum spontan biasanya klien mengeluh nyeri diraskan bertambah apabila klien banyak bergerak dan diraskan berkurang apabila klien istirahat/berbaring.

Q : quality/quantity

Yaitu dengan memperhatikan bagaimana rasanya dan kelihatannya. Pada post partum spontan biasanya klien mengeluh nyeri pada luka jahitan yang sangat perih seperti ditusuk-tusuk.

R : region/radiasi

Yaitu menunjukkan lokasi nyeri, dan penyebarannya.pada post partum spontan biasanya klien mngeluh nyeri pada daerah luka jahitan pada daerah perineum biasanya tidak ada penyebaran ke daerah lain.

S : severity, scale

Yaitu menunjukkan dampak dari keluhan nyeri yang dirasakan klien, dan besar gangguannya yang di ukur dengan skala nyeri 0-10.

Tabel 2.1 Tabel skala penilaian nyeri

No	Skala	Kriteria
1	0	Tidak ada rasa nyeri yang dirasakan
2	1	Nyeri ringan atau hampir tidak terasa dan kadang lupa akan nyeri yang dirasa
3	2	Nyeri ringan yang tidak menyenangkan seperti nyeri ketika dicubit.
4	3	Nyeri yang nyata terasa namun dapat ditoleransi seperti mendapat pukulan dihidung.
5	4	Nyeri yang dalam dan kuat seperti sakit gigi.
6	5	Nyeri kuat dalam dan menusuk seperti terkilir.

7	6	Nyeri yang intens, membuat anda tidak focus
8	7	Nyeri yang sangat intens, dan mendominasi sehingga membuat susah beraktivitas
9	8	Nyeri yang mengerikan, kuat dan termasuk parah.
10	9	Nyeri yang menyiksa tak terhankan
11	10	Nyeri yang menyiksa tak terhankan

Selain itu cara untuk penilaian nyeri dapat pula dengan menggunakan verbal descriptor scale (VDS), numerical rating scales (NRS) dan visual analog scale (VAS). Pada post partum spontan biasanya nyeri luka berdampak terhadap aktifitas sehari hari, dengan skala nyeri lebih dari 4 pada skala 0-10.

T = Timing

Yaitu menunjukan waktu terjadinya dan frekuensinya kejadian keluhan tersebut.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Meliputi tentang riwayat penyakit keluarga dan riwayat penyakit yang dialami oleh klien pada masa lalu, seperti riwayat hipertensi, penyakit keturunan seperti diabetes melitus dan asma, riwayat alergi dan penyakit menular seperti hepatitis dan TBC.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga menjelaskan keadaan kondisi anggota keluarga apakah ada yang pernah menderita penyakit serupa dengan klien pada periode 6 bulan terakhir, riwayat menular, maupun penyakit keturunan.

c. Riwayat Ginekologi dan Obstetri

1) Riwayat Ginekologi

a) Riwayat menstruasi

Siklus haid, lamanya haid, banyaknya sifat darah, (warna, bau, cair gumpalan) menerche dismenorrhoe, HPHT dan tapsiran kelahiran.

b) Riwayat perkawinan

Usia perkawinan, usia klien dan suami saat menikah, pernikahan yang keberapa bagi klien dan suami, jumlah anak.

c) Riwayat keluarga berencana

Jenis kontrasepsi yang digunakan klien sebelum hamil, waktu lamanya penggunaan kontrasepsi, apakah ada masalah dengan kontrasepsi yang digunakan jenis kontrasepsi yang akan digunakan setelah prsalinan, jumlah anak yang direncanakan oleh keluarga.

2) Riwayat Obstetri

a) Riwayat Kehamilan,persalinan dan nifas yang lalu

Meliputi umur kehamilan, keluhan selama hamil, jenis partus, tempat persalinan, berat badan anak waktu lahir, masalah yang terjadi dan keadaan anak.

b) Riwayat kehamilan Sekarang

Usia kehamilan , keluhan selama hamil, gerakan anak pertama, dirasakan oleh klien, imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam memeriksakan kehamilannya.

c) Riwayat persalinan dahulu

Meliputi tentang jumlah anak., tanggal lahir, usia, jenis kelamin, berat badan lahir, umur kehamilan, jenis persalinan dahulu, tempat persalinan dan apakah ada komplikasi pada ibu dan bayi.

d) Riwayat persalinan sekarang

Merupakan persalinan beberapa bagi klien, tanggal melahirkan, jenis persalinan, banyaknya perdarahan, jenis kelamin anak, berat badan dan

APGAR score dalam 1 menit dan 5 menit pertama.

e) Riwayat nifas sekarang

Meliputi tentang adanya perdarahan, jumlah darah biasanya banyak, kontraksi uterus, konsistensi uterus biasanya keras seperti papan, tinggi pundus uteri setinggi pusat.

d. Aktivitas Sehari-hari

1) Pola nutrisi

Meliputi frekuensi, jenis, porsi, jumlah makan dan minum, keluhan. Biasanya pada post partum nafsu makan meningkat, Kehilangan rata-rata berat badan 7-8 kg.

2) Pola eliminasi/ sistem urogenital

Kaji kebiasaan BAB/hari, konsistensi, frekuensi serta warna dan BAK baik dalam frekuensi, jumlah serta warna dan keluhan pada saat berkemih.

a) Konstipasi, tidak mampu berkemih, retensi urine.

b) Edema pada kandung kemih, urethra dan meatus urinarius terjadi karena trauma.

c) Pada fungsi ginjal: proteinuria, diuresis mulai 12 jam.

d) Fungsi kembali normal dalam 4 minggu.

3) Pola istirahat tidur

Kaji kebiasaan tidur, jumlah jam tidur siang dan malam dan masalah yang dialami saat tidur.

4) Personal hygiene

Pengkajian dilakukan dengan menanyakan frekuensi mandi, menyikat gigi, keramas, menggunting kuku sebelum sakit dapat dihubungkan dengan kemampuan untuk merawat diri yang sudah dapat dilakukan oleh klien.

5) Pola aktivitas

Kaji pola aktivitas klien sebelum sakit dan selama sakit. Pada post partum kebanyakan aktivitas dibantu, pada hari pertama keletihan dan merasa sakit di daerah jalan lahir (perineum).

e. Pemeriksaan Fisik

1) Pemeriksaan Fisik Ibu

a) Keadaan Umum

Pada klien dengan post partum spontan biasanya kesadaran composmentis, dan penampilan tampak baik dan terkadang sedikit pucat.

b) Tanda-tanda Vital

Pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV) berupa suhu, tekanan darah, respirasi dan nadi.

c) Antropometri

Pemeriksaan tinggi badan, berat badan sebelum hamil, berat badan setelah hamil, berat badan setelah melahirkan.

d) Kepala

Amati bentuk dan kesimetrisan kepala, kebersihan kepala, apakah ada pembesaran kepala, nyeri tekan dan lesi. Perhatikan warna rambut, rambut mudah rontok atau tidak.

e) Wajah

Amati bentuk dan kesimetrisan kepala, kebersihan kepala, apakah ada pembesaran kepala, nyeri tekan dan lesi. Perhatikan warna rambut, rambut mudah rontok atau tidak.

f) Mata

Warna konjungtiva dan sklera, bentuk mata, kebersihan, pergerakan bola mata, reflek pupil terhadap cahaya, fungsi penglihatan, kelainan dan gangguan penglihatan (rabun jauh/dekat)

g) Telinga

Bentuk, kebersihan telinga, fungsi pendengaran, adakah gangguan pendengaran.

h) Hidung

Bentuk, kebersihan, pernafasan cuping hidung, ada tidak nyeri tekan, polip, alergi debu dan gangguan pada fungsi penciuman.

i) Mulut

Keadaan mulut, mukosa bibir, kebersihan mulut, gigi, lidah. keadaan gigi, jumlah gigi, pembesaran tonsil dan adakah nyeri pada saat meneloh.

j) Leher

Ada tidak pembesaran tyroid dan kelenjar limfe, peritonitis, nyeri saat menelan, adakah peningkatan vena jugularis dan kaku kuduk.

k) Dada

Perhatikan kesimterisan bentuk dada, dada terdiri dari paru-paru, jantung, payudara

(1) Paru-paru

Amati pola nafas apakah ada suara tambahan seperti wheezing, ronchi dan kaji respirasi dalam satu menit.

(2) Jantung

Bunyi jantung regular S1 lebih terdengar pada ICS 5 dan S2 lebih terdengar di ICS 2 dan 3, tidak ada bunyi jantung tambahan seperti gallop dan murmur.

(3) Payudara

Bentuk payudara, gangguan ASI, keadaan puting, kebersihan, ada tidak pembengkakan dan nyeri tekan, ada tidaknya benjolan.

l) Abdomen

Perhatikan bentuk, striae, linea, kontraksi uterus dan TFU.

m) Punggung dan Bokong

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

n) Genitalia

Perhatikan kebersihan, ada tidaknya edema pada vagina, pengeluaran pervagina lochea rubra pada hari pertama dengan jumlah sedang sampai lochea serosa pada hari ketiga dengan jumlah sedang berbau amis atau kadang tidak berbau, keadaan luka jahitan dan tanda-tanda infeksi vagina.

o) Anus

Perhatikan ada atau tidak haemoroid dan kebersihan.

p) Ekstremitas

Pada ekstremitas bawah adanya edema/pedis, tanda hofmen negative pada hari pertama dan edema minimal dan tanda hofmen negative pada hari ketiga, kesimetrisan ekstremitas, ada tidaknya varises, ada tidaknya nyeri tekan.

f. Data Psikologis

1) Adaptasi psikologi post partum

Biasanya ibu berada pada fase taking in yaitu pada hari pertama sampai 3 hari masa nifas, emosi labil.

2) Konsep diri

a) Gambaran diri

Kaji Ibu bagaimana dengan perubahan badannya selama kehamilan dan setelah persalinan.

b) Ideal diri

Kaji persepsi Ibu tentang bagaimana ia harus berperilaku sesuai dengan standar pribadi.

c) Harga diri

Kaji penilaian pribadi Ibu dalam memenuhi ideal diri.

d) Peran

Kaji kesadaran diri Ibu mengenai jenis kelaminnya, dan kaji apakah Ibu mempunyai tujuan yang bernilai yang dapat direalisasikan.

e) Identitas diri

Kaji kepada Ibu tentang fungsinya sebagai wanita.

g. Data Sosial

Hubungan dan pola interaksi Ibu dengan keluarga, masyarakat dan lingkungan sekitar.

h. Kebutuhan Bounding Attachment

Mengidentifikasi kebutuhan klien terhadap pemenuhan seksual pada masa post partum/nifas.

i. kebutuhan Seksual

Mengidentifikasi tentang kebutuhan klien terhadap pemenuhan seksual pada masa post partum/nifas.

j. Data Spiritual

Mengidentifikasi tentang keyakinan hidup, optimisme kesembuhan penyakit, gangguan dalam melaksanakan ibadah.

k. Pengetahuan tentang perawatan diri

Mengidentifikasi pengetahuan tentang perawatan diri; breast luka post seksio sesarea, perawatan luka dirumah, senam nifas, KB dll.

l. Data Penunjang

Merupakan data yang menunjang adanya kelainan atau komplikasi dari suatu penyakit meliputi pemeriksaan laboratorium, foto rongent, rekam kardiografi, dll.

m. Program dan Rencana Pengobatan diidentifikasi mulai nama obat, dosis, waktu pemberian. Therapy yang diberikan.

2. Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan kognitif perawat dalam gaya pikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, tentang substansi ilmu keperawatan dan proses penyakit. Tahap terakhir dari pengkajian adalah analisa data untuk menentukan diagnosa keperawatan. Analisa data dilakukan melalui pengesahan data, pengeplokkan data, menafsirkan adanya ketimpangan, atau kesenjangan serta kesimpulan tentang masalah yang ada.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan potensial atau actual maupun situasi kehidupan. Diagnosis keperawatan menjadi dasar dalam memilih intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang dapat dipertanggung jawabkan oleh perawat (NANDA 2003).

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring atau imobilitas, kelemahan umum, ketidakseimbangan antara persediaan/kebutuhan oksigen dan gaya hidup.
2. Ansietas berhubungan dengan ancaman atau persepsi ancaman terhadap kehamilan atau bayi baru lahir, ancaman persepsi ancaman terhadap kesejahteraan fisik, kesalahpahaman atau konflik interpersonal, kurang dukungan emosional, perubahan status finansial, perubahan status fungsional, kurang pengetahuan, pemeriksaan atau prosedur invasif dan kelahiran sesar yang tidak direncanakan atau darurat.
3. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas, gastrointestinal sekunder akibat hormon kehamilan dan tekanan pada organ perut lain yang disebabkan oleh pembesaran uterus, asupan serat tidak adekuat, asupan cairan yang tidak cukup, gaya hidup sedentasi atau aktivitas

fisik yang tidak adekuat, stres atau ansietas, lalai untuk menetapkan atau mempertahankan waktu defekasi yang teratur, nyeri atau takut nyeri, suplemen zat besi oral.

4. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan tidak ada pengalaman atau terpajan sebelumnya dengan situasi, tidak berminat atau memiliki motivasi yang rendah untuk belajar, kurang akses ke sumber pembelajaran, penurunan kemampuan kognitif.
5. Restensi urine berhubungan dengan edema, trauma kandung kemih.
6. Resiko infeksi berhubungan dengan luka perineum, riwayat infeksi saluran kemih, trauma jaringan, pecah ketuban lama sebelum kelahiran, pemantauan janin intrauteri, kelahiran sesar, luka operasi, persalinan lama, retensi fragmen plasenta, nutrisi buruk dan faktor hormon.
7. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan ketidaktahuan dan anomaly payudara ibu.
8. Nyeri akut berhubungan dengan diaphoresis, kemerahan yang meluap-luap, peningkatan denyut nadi, peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi nafas, sikap melindungi, mengusap-usap dan sikap tubuh yang tegang, perubahan selera dan pola makan, perilaku distraksi, gangguan tidur, agen cedera luka pasca seksio sesarea.

9. Deprivasi tidur atau gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri, ansietas, depresi, perasan berkemih yang kuat, sesak napas, perubahan hormone, kesepian atau tidak ada pasangan tidur, perubahan siklus tidur dan terjaga yang sering, obat-obatan misal depresan atau stimulan, gangguan di lingkungan misal bunyi atau suhu.
10. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan desakan diafragma karena janin dan pembesaran uterus, komplikasi medis (misal, anemia, infeksi pernafasan atas, bronktis, asma, sinusitis).

2.2.3 Intervensi dan Rasional Keperawatan

Perencanaan dimulai saat diagnosis keperawatan telah dirumuskan. Rencana asuhan memberikan bimbingan untuk perawat dan penyediaan layanan kesehatan lain yang terlibat dalam asuhan klien.

Perencanaan tindakan dan rasional pada ibu Post Seksio Sesarea menurut Doengoes adalah sebagai berikut :

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring atau imobilitas, kelemahan umum, ketidakseimbangan antara persediaan/kebutuhan oksigen dan gaya hidup.

a. Tujuan dan kriteria Hasil :

- 2) Mempertahankan tingkat aktivitas sesuai dengan kemampuan yang biasa, dibuktikan dengan denyut jantung dan tekanan darah yang normal selama beraktivitas dan tidak ada keletihan, kelemahan, serta sesak nafas.
- 3) Menggunakan teknik konservasi energi.

b. Rencana Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi dan Rasional Intoleransi Aktivitas

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
a) Kaji kemampuan ibu untuk melakukan ambulasi dan aktivitas perawatan diri	a) Membantu menentukan tingkat intoleran aktivitas ibu untuk menetapkan tujuan yang realistis.
b) Kaji perubahan denyut nadi setelah beraktivitas	b) Denyut jantung dapat meningkat 20 hingga 30 denyut/menit setelah beraktivitas, yang bergantung pada jumlah dan jenis aktivitas. Peningkatan melebihi 20 hingga 30 kali adalah abnormal dan dapat mengindikasikan gangguan jantung serta membutuhkan evaluasi lebih lanjut.
c) Kaji adanya perubahan ostostatik pada tekanan darah	c) Penurunan tekanan darah ostostatik dapat disebabkan oleh penurunan volume cairan, infeksi atau nyeri. Peningkatan atau penurunan tekanan darah yang signifikan saat beraktivitas memerlukan evaluasi lebih lanjut.
d) Kaji perubahan frekuensi pernafasan	d) Aktivitas meningkatkan kecepatan metabolisme dan konsumsi oksigen yang dapat meningkatkan frekuensi pernafasan dan menyebabkan

	dyspnea.
e) Kaji adanya infeksi	e) Adanya demam, peningkatan hitung sel darah putih, atau drainase purulen merupakan indikasi infeksi. Infeksi adalah penyebab signifikan kelemahan dan kelelahan karena peningkatan kebutuhan memetabolisme.
f) Kaji adanya data laboratorium abnormal	f) Data laboratorium abnormal dapat mengindikasikan penyakit utama atau komplikasi.
g) Kaji kebutuhan nutrisi ibu	g) Ibu yang tidak dapat asupan nutrisi yang adekuat tidak akan memiliki cadangan energi yang dibutuhkan untuk persalinan, kelahiran atau perawatan diri dan bayinya setelah kelahiran atau penyembuhan.
h) Kaji persepsi ibu tentang intoleran aktivitas yang di alami.	h) Memberikan informasi dasar tentang pemahaman ibu mengenai kelelahan dan penyebabnya serta untuk memandu penanganan.
i) Kaji status emosi	i) Stres psikologis dapat menyebabkan depresi, yang dapat mengakibatkan intoleran aktivitas yang sama beratnya dengan stress fisiologis.
j) Kaji pola dan keadekuatan tidur	j) Periode terjaga yang lama atau gangguan tidur yang sering mengacaukan siklus tidur yang normal dan menyebabkan kelelahan serta ketidakmampuan untuk menoleransi aktivitas normal.

2. Ansietas berhubungan dengan ancaman atau persepsi ancaman terhadap kehamilan atau bayi baru lahir, ancaman persepsi ancaman terhadap kesejahteraan fisik,

kesalahpahaman atau konflik interpersonal, kurang dukungan emosional, perubahan status finansial, perubahan status fungsional, kurang pengetahuan, pemeriksaan atau prosedur invasif dan kelahiran sesar yang tidak direncanakan atau darurat.

a. Tujuan dan Kriteria Hasil :

- 1) Tidak ada tanda ansietas misal gemetar, pucat dan wajah tegang.
- 2) Berpartisipasi dalam pengambilan keputusan mengenai pengobatan dan perawatan dirinya.
- 3) Mengidentifikasi dan menggunakan individu pendukung, misal pasangan, pemberi asuhan.
- 4) Mengungkapkan rassa kendali dan penerimaan terhadap situasi.

b. Rencana Keperawatan

Tabel 2.3 Intervensi dan Rasional Ansietas

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
a) Kaji indikator perilaku takut/ansietas baik verbal dan non verbal	a) Menentukan adanya ansietas dan tingkatannya. Informasi ini menjadi dasar untuk merencanakan intervensi keperawatan dan menilai keefektifan intervensi tersebut. Isyarat non verbal dapat dikenali pertama kali karena beberapa klien mungkin tidak mengenali atau menyatakan ansietasnya sendiri. Peningkatan ansietas menyebabkan perubahan perilaku semakin memburuk.

b) Kaji kemampuan ibu atau pasangannya untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan.	b) Partisipasi meningkatkan rasa kendali, namun penting untuk tidak meningkatkan stres dengan menuntut keterlibatan ibu lebih dari yang dapat ditoleransi dengan baik.
c) Kaji indikator perilaku takut/ansietas baik verbal dan non verbal	c) Penyuluhan dimulai dengan pengkajian tingkat pengetahuan ibu sehingga penyuluhan dapat disesuaikan
d) Kaji kemampuan ibu atau pasangannya untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan.	d) dengan ibu dan pasangannya. Pengetahuan dan pemahaman mengurangi ketakutan.
e) Kaji tingkat pemahaman mengenai diagnosis, penanganan, dan prognosis.	e) Ansietas merangsang sistem saraf otonom, menimbulkan gejala sebagai berikut : peningkatan tekanan darah, nadi dan pernafasan, palpitasi jantung, diaforesis, tangan dingin dan berkeringat, pusing dan sakit kepala, tremor, mulut kering dan mual.
f) Kaji gejala fisiologis ansietas.	f) Ansietas berkisar dari ringan hingga panik. Ansietas ringan dapat meningkatkan ketegangan dan meningkatkan kemampuan untuk memahami dan belajar. Ansietas sedang menyebabkan inatensi secara periodik, penurunan kemampuan untuk berkomunikasi dan belajar, serta penurunan akan arahan. Gejala berat mengganggu kemampuan belajar dan memahami serta menyampaikan detail. Panik menyebabkan gangguan persepsi, ketidakmampuan untuk belajar, dan ketidakmampuan untuk berkomunikasi atau berfungsi.
g) Kaji tingkat ansietas.	g) Membina hubungan, menjadi pendengar aktif, empati dan memberikan penjelasan menunjukkan perhatian

perawat, sehingga mengurangi rasa takut terhadap sumber yang tidak diketahui, serta membina rasa percaya.

Penyuluhan Klien/Keluarga

- | | |
|--|--|
| <p>h) Luangkan waktu bersama untuk menjelaskan prosedur, memberi dukungan, dan mendengarkan masalah.</p> | <p>h) Lingkungan yang tenang dan tidak mengancam akan mendorong klien untuk mengekspresikan perasaan dan ketakutan, mengenali ansietas, dan mengidentifikasi penyebabnya. Penerimaan perasaan akan memvalidasi perasaan tersebut, meningkatkan diskusi dan eksplorasi perasaan lebih lanjut.</p> |
|--|--|

Lain-lain :

- | | |
|--|---|
| <p>i) Sediakan lingkungan yang tenang dan memberi kedamaian.</p> | <p>i) Takut terhadap sumber yang tidak diketahui atau takut yang di sebabkan oleh kesalahpahaman mengenai penyakit atau pengobatan meningkatkan ansietas secara signifikan. Ansietas berkurang saat ketakutan dihilangkan atau dikurangi.</p> |
| <p>j) Bantu ibu untuk mengidentifikasi sumber stressor.</p> | <p>j) Membantu mengenali dan mengatasi ansietas. Kadang-kadang stressor dapat dimodifikasi atau dihilangkan. Disaat lain keterampilan koping mungkin membutuhkan dukungan.</p> |
| <p>k) Dorong partisipasi individu terdekat sebanyak mungkin.</p> | <p>k) Kehadiran pasangan ibu dan individu terdekat meningkatkan perasaan aman dan menurunkan perasaan takut.</p> |
| <p>l) Dorong ibu untuk mengidentifikasi dan menggunakan teknik penurunan stress yang sebelumnya terbukti berhasil.</p> | <p>l) Teknik yang sebelumnya pernah berhasil cenderung akan berhasil pada setiap situasi yang menimbulkan stress. Ibu lebih suka untuk menggunakan teknik yang sebelumnya terbukti berhasil.</p> |
-

3. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas, gastrointestinal sekunder akibat hormon kehamilan dan tekanan pada organ perut lain yang disebabkan oleh pembesaran uterus, asupan serat tidak adekuat, asupan cairan yang tidak cukup, gaya hidup sedentasi atau aktivitas fisik yang tidak adekuat, stres atau ansietas, lalai untuk menetapkan atau mempertahankan waktu defekasi yang teratur, nyeri atau takut nyeri, suplemen zat besi oral.

a. Tujuan dan Kriteria Hasil :

- 1) Melaporkan kembali ke pola defekasi yang biasa.
- 2) Mengeluarkan feses yang berbentuk dan lembut tanpa laksatif atau enema.
- 3) Mengonsumsi diet kaya serat.
- 4) Meminum cairan dengan jumlah adekuat setiap hari.
- 5) Berpartisipasi dalam program latihan fisik dengan batasan yang ditentukan.

b. Rencana Keperawatan

Tabel 2.4 Intervensi dan Rasional Konstipasi

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
a) Kaji pola eliminasi alvi yang normal atau biasa pada ibu.	a) Pola defekasi pada setiap individu beragam dan berkisar dari defekasi satu kali tiap hari hingga defekasi setiap 2 hingga 3 hari. Pola defekasi normal pada klien harus ditentukan untuk merencanakan intervensi korektif.
b) Kaji asupan serat	b) Karena tidak cukup serat dalam

-
- | | |
|--|---|
| dalam diet. | diet, hanya sedikit ampas yang tersedia untuk membentuk feses. |
| c) Kaji asupan cairan. | c) Bila asupan cairan tidak adekuat, feses dapat kekurangan kandungan cairan yang cukup untuk memudahkan pengeluaran melalui saluran usus bawah. |
| d) Kaji pola aktivitas. | d) Jika latihan fisik tidak cukup, gerakan peristaltik normal dapat berkurang dan otot saluran cerna dapat kehilangan tonusnya sehingga menyebabkan konstipasi dan impaksi feses. |
| e) Kaji penggunaan obat resep, obat bebas, dan obat herbal saat ini. | e) Banyak obat seperti antidepresan, antasida, analgetik, antihipertensi, dan suplemen diet dapat menyebabkan konstipasi. |
| f) Kaji penggunaan laksatif atau enema. | f) Penggunaan laksatif atau enema yang lama mengurangi fungsi normal dan menyebabkan ketergantungan. |
| g) Kaji stres atau cemas berlebihan. | g) Stres atau cemas berlebihan dapat menekan fungsi fisik sehingga berdampak buruk pada pencernaan dan eliminasi. |

Penyuluhan Klien/Keluarga

- | | |
|---|--|
| h) Dorong penetapan waktu defekasi yang teratur. | h) Tanpa kebiasaan yang diperlukan untuk memastikan eliminasi feses pada waktu yang sama setiap hari, keinginan untuk defekasi mungkin tidak kuat dirasakan sehingga menyebabkan konstipasi. |
| i) Jelaskan hubungan antara asupan cairan dan defekasi, serta dorong asupan cairan antara 2000 dan 3000 ml cairan (8 hingga 10 gelas air) per hari. | i) Asupan cairan yang adekuat penting untuk mempertahankan feses cukup basah sehingga memudahkan pengeluarannya melalui saluran usus bawah. |
-

-
- | | |
|---|--|
| j) Jelaskan pada ibu tentang perlunya meningkatkan makanan berserat dalam diet. | j) Buah dan sayuran mentah menambah serat dan cairan pada feses. Makanan yang mengandung serat tidak dipecah selama proses pencernaan. Makanan tersebut menarik cairan saat melewati usus, yang menambah masa feses dan memudahkan pengeluarannya. |
| k) Jelaskan pada ibu mengenai pentingnya mempertahankan program latihan fisik dengan batasan yang ditentukan. | k) Kurang latihan fisik, periode penurunan mobilitas, atau tirah baring menyebabkan konstipasi. Latihan fisik memudahkan gerakkan persialtik normal dan membantu mempertahankan tonus otot saluran cerna. |
| l) Ajarkan pada ibu tentang bagaimana dan kapan menggunakan tindakan farmakologi. | l) Penggunaan laksatif atau enema yang terus menerus menyebabkan saluran usus kurang responsif terhadap respon fisiologis normal dan menimbulkan ketergantungan pada laksatif atau enema. |

Tindakan Kolaborasi

- | | |
|---|---|
| m) Konsultasikan dengan pemberian asuhan mengenai instruksi dalam penggunaan agens pelembut atau pembentuk masa feses, jika diperlukan. | m) Mungkin diperlukan hingga hormon kembali ke kondisi sebelum hamil, untuk mendapatkan pola defekasi yang teratur. Pelunak feses mengurangi tegangan permukaan feses sehingga memungkinkan air untuk meresap dan melembutkan feses. Agen pembentuk masa membantu menahan air di dalam usus dan menstimulasi peristaltik. |
|---|---|

Lain-lain :

- | | |
|---|--|
| n) Berikan privasi | n) Kurang privasi dapat berperan sebagai kondisi penghambat yang mempengaruhi keinginan dan kemampuan untuk defekasi. |
| o) Bantu ke kamar mandi atau gunakan bedside commode jika memungkinkan. | o) Memungkinkan ibu untuk mengambil posisi yang biasa dilakukan saat defekasi dan membutuhkan sedikit energy dari pada menggunakan pispot. |
-

- | | |
|---|--|
| p) Dorong penggunaan pencahar alami jika dibutuhkan. Misalnya buah prem, jus prem dan kacang. | p) Makanan tinggi serat tersebut menambah masa dan cairan pada feses untuk memudahkan pengeluaran. |
|---|--|

4. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan tidak ada pengalaman atau terpajan sebelumnya dengan situasi, tidak berminat atau memiliki motivasi yang rendah untuk belajar, kurang akses ke sumber pembelajaran, penurunan kemampuan kognitif.

a. Tujuan : pengetahuan klien tentang perawatan diri dan bayi bertambah.

b. Kriteria Hasil :

- 1) Mengungkapkan pemahaman perubahan fisiologis, kebutuhan individu, hasil yang diharapkan.
- 2) Melakukan aktifitas /prosedur yang perlu dan menjelaskan alasan-alasan tindakan.

c. Rencana Keperawatan

Tabel 2.5 Intervensi dan Rasional Defisiensi pengetahuan

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
a) Kaji pengetahuan, tingkat pendidikan, dan kesediaan ibu saat ini untuk belajar.	a) Untuk menghindari penyuluhan yang terlalu banyak atau sedikit karena persepsi perawat tentang apa yang perlu ibu ketahui mungkin berbeda dari apa yang sebenarnya ibu pahami atau ibu ingin pelajari. Perawat tidak

boleh menganggap bahwa ibu multigravida mempunyai pemahaman yang lebih baik karena telah memiliki pengalaman, jika ibu tidak mau atau tidak mampu belajar, penyuluhan hanya memberi sedikit manfaat. Topik yang paling diminati ibu hamil mungkin tidak sesuai dengan topik penyedia layanan kesehatan, oleh sebab itu, penting untuk mengkaji minat ibu daripada membuat asumsi tentang topik penyuluhan yang penting

- b) Tentukan gaya belajar ibu (mis, visual atau auditorius).
- b) Menyesuaikan pembelajaran dengan kebutuhan klien.
- c) Berikan umpan balik untuk menegaskan pemahaman yang tepat mengenai penanganan dan/atau prosedur serta rekomendasi untuk perawatan sendiri.
- c) Pengkajian awal mengenai pengetahuan dasar ibu penting untuk merencanakan dan menyesuaikan rencana penyuluhan. Pembelajaran tidak selalu dihasilkan dari penyuluhan, oleh sebab itu, umpan balik sangat diperlukan.

Penyuluhan klien/keluarga

- d) Berikan panduan antisipasi untuk perawatan diri selama periode kehamilan dan pascapartum.
- d) Akibat perubahan besar yang terjadi selama kehamilan, ibu biasanya termotivasi untuk belajar tentang tubuh mereka dan perilaku yang sehat, serta membutuhkan panduan untuk belajar mengenai perawatan diri. Selanjutnya, kecemasan orang tua baru dapat berkurang jika mereka dibekali dengan pengetahuan yang baik tentang pengasuhan bayi.
- e) Libatkan keluarga dan individu pendukung dalam penyuluhan.
- e) Keluarga dan teman dapat menguatkan informasi yang diberikan.
- f) Ajarkan ibu dan keluarga tentang semua prosedur yang berhubungan dengan proses kehamilan dan kelahiran.
- f) Persiapan psikologis saat melahirkan berdasarkan pada prinsip bahwa tingkat aktivitas serebral terpusat yang tinggi dapat menghambat penerimaan sensasi nyeri dan sensasi yang tidak menyenangkan.
-

	Pengetahuan tentang proses kelahiran menurunkan stres dan ansietas.
g) Bantu menetapkan tujuan pembelajaran yang realistis.	g) Tujuan yang realistis memberikan motivasi dan kriteria untuk mengevaluasi pembelajaran.
h) Gunakan berbagai macam strategi penyuluhan untuk memudahkan pembelajaran (misalnya, praktek langsung, umpan balik lisan, dan tertulis, partisipasi pelajar dan, demonstrasi ulang).	h) Individu belajar dengan cara berbeda. Beberapa individu "mendengar" kata yang diucapkan dengan lebih baik daripada yang lain : beberapa individu "melihat" makna dalam contoh analogi atau pernyataan : individu lainnya mendapat manfaat paling besar dari aplikasi keterampilan yang dipelajari secara langsung. Apapun caranya, umpan balik positif harus diberikan dalam proses pembelajaran sehingga keterampilan yang benar dan pemikiran yang logis dapat divalidasi.
i) Sediakan materi tertulis : gunakan gambar untuk menjelaskan materi.	i) Meningkatkan pemahaman tentang materi, meningkatkan kemampuan untuk mengingat dan mengulang materi yang diberikan.
j) Sediakan lingkungan yang tenang dan nyaman saat memberikan penyuluhan.	j) Memudahkan pembelajaran.
k) Diskusikan mengenai pentingnya mempelajari materi dan bagaimana materi tersebut dapat berpengaruh pada hasil kehamilan yang positif.	k) Sebagian besar pelajar dewasa lebih cepat menerima pembelajaran saat mereka dapat melihat dan merasakan manfaat segera dari informasi yang diberikan.
l) Tetap bersikap terbuka menyangkut praktik budaya dan spiritual klien serta keluarga.	l) Jika klien merasa diterima, rasa percaya dapat berkembang dan pembelajaran dapat meningkat.
m) Catat detail penyuluhan dan pembelajaran (misalnya bahan, materi tertulis yang diberikan,	m) Intervensi keperawatan harus menjadi bagian dari rekam medis permanen klien. Membantu kontinuitas asuhan dan

respons verbal atau perilaku klien yang mengindikasikan bahwa proses pembelajaran telah berlangsung).

5. Restensi urine berhubungan dengan edema, trauma kandung kemih.
- a. Tujuan : mengosongkan kandung kemih dengan urine residu kurang dari 50 ml.
- b. Kriteria Hasil :
- 1) Mengenal dorongan berkemih dan memberikan respons tepat waktu.
 - 2) Bebas dari tanda dan gejala infeksi saluran kemih yang ditunjukkan dengan tidak ada rasa panas, sering berkemih, perasaan berkemih yang kuat, peningkatan sel darah putih, kultur urine positif.
 - 3) Mengenal awitan gejala, frekuensi, variasi, dan persistensi.

c. Rencana Keperawatan

Tabel 2.6 Intervensi dan Rasional Retensi urin

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
a) Tentukan obat yang digunakan ibu.	a) Beberapa obat yang diresepkan dan obat bebas yang dijual (misalnya, penyekat saluran kalsium dan antikolinergik) dapat menyebabkan retensi urine.
b) Periksa kondisi perineum (misalnya, episiotomi pada periode pasca partum).	b) Pengkajian area perineum (misalnya, edema atau memar) secara sering dapat memberikan informasi tentang faktor yang mempengaruhi kemampuan (atau ketidak mampuan) untuk berkemih.
c) Kaji kontinensia urine, yang berfokus pada pengeluaran urine, pola berkemih, dan masalah berkemih yang sudah ada sebelumnya.	c) Perawat harus mengukur berkemih pertama kaliselama periode pasca partum dan mengkaji tinggi fundus sebelum dan sesudah berkemih selanjutnya untuk menentukan efesiensi proses pengosongan kandung kemih. Berkemih kurang dari 200 ml adalah indikasi klien retensi urine.
d) Kaji derajat distensi kandung kemih dengan melakukan palpasi dan perkusi.	d) Memantau drajat distensi. Selain tanda dan gejala kandung kemih penuh yang biasa muncul selama periode pasca partum, kandung kemih yang penuh dapat menggeser fundus uterus kekanan dan menyebabkan fundus uterus naik diatas umbilikus.
Penyuluhan klien/keluarga	
e) Jelaskan pada klien rasional dari sitz bath, jika digunakan	e) Sitz bath atau lampu perineum meningkatkan sirkulasi dan relaksasi otot sekitar yang mengurangi ketidak nyamanan akibat episotomi dan/atau laserasi perineum sehingga meningkatkan relaksasi spingter uretra dan berkemih selanjutnya.
Lain-lain	
f) Berikan obat peradang nyeri, bila diperlukan.	f) Laserasi perineum dan episiotomi

	menimbulkan ketidak nyamanan hebat dan dapat menyebabkan ibu pascapartum menunda berkemih ; oleh sebab itu, pengendalian nyeri penting untuk memastikan eliminasi urine. Namun harus diperhatikan bahwa analgesia non narkotik pada periode post partum lebih dianjurkan untuk meredakan nyeri. Kegunaan opioid dapat mengurangi pengosongan kandung kemih.
g) Sediakan privasi pada saat eliminasi dan berikan kesempatan yang cukup untuk mengosongkan kandung kemih (10menit).	g) Individu terbiasa untuk berkemih seorang diri. Beberapa individu sulit untuk merelaksasi spingter urine kecuali saat sendiri.
h) Alirkan air atau siram toilet untuk mendorong keinginan berkemih.	h) Menstimulsi repleks kandung kemih.
i) Pasang kateter urine, jika diperlukan.	i) Mencegah distensi berlebihan pada kandung kemih.

6. Resiko infeksi berhubungan dengan luka perineum, riwayat infeksi saluran kemih, trauma jaringan pecah ketuban lama sebelum kelahiran, pemantauan janin intrauteri, kelahiran sesar, persalinan lama, retensi fragmen plasenta, nutrisi buruk dan faktor hormon.

a. Tujuan : tetap bebas dari infeksi.

b. Kriteria Hasil :

- 1) Mengidentifikasi faktor yang memengaruhi kerentanan seorang terhadap infeksi.

- 2) Mematuhi prosedur deteksi, yang dibuktikan dengan mengkaji drainase vagina dan/atau luka abdomen jika diperlukan.
- 3) mendemonstrasikan teknik mencuci tangan yang benar.
- 4) Melakukan tindakan untuk mengurangi resiko infeksi personal.

c. Rencana Keperawatan

Tabel 2.7 Intervensi dan Rasional Resiko Infeksi

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
a) Kaji tanda atau gejala infeksi local atau sistemik (misalnya, peningkatan suhu, peningkatan nadi, perubahan drainase/sekresi, kemerahan atau bengkak pada lokasi, urine pekat, malaise).	a) Mendeteksi adanya infeksi sejak dini sehingga intervensi penanganan dapat dimulai.
b) Kaji nilai laboratorium (misalnya, darah periksa lengkap, kultur, urinalisis).	b) Pemecahan labaratorium digunakan untuk membedakan inflamasi dari infeksi. Umumnya, hitung sel darah putih yang meningkat adalah tanda infeksi. Akan tetapi, sel darah putih biasanya meningkat pada saat persalinan dan mungkin tetap tinggi selama beberapa hari pertama pasca partum tanpa adanya infeksi (kembali normal pada hari keempat hingga ketujuh post partum).
c) Kaji status nutrisi.	c) Mal nutrisi memicu terjadinya infeksi.
d) Kaji pemajanan penyakit baru-baru ini (misalnya rubela, penyakit menular seksual, hepatitis).	d) Mengidentifikasi resiko infeksi dan mengantisipasi intervensi yang mungkin bila timbul infeksi.

Penyuluhan klien/keluarga

- | | |
|---|--|
| <p>e) Jelaskan pentingnya teknik mencuci tangan yang benar.</p> | <p>e) Organisme patologis terutama menyebar dari individu ke individu melalui tangan. Mencuci tangan dengan benar tetap menjadi satu-satunya aktivitas paling penting untuk membatasi penyebaran mikroorganisme dan mengurangi resiko infeksi.</p> |
| <p>f) Ajarkan ibu dan keluarga bagaimana mengenali tanda dan gejala infeksi dan kapan melapor pada penyedia layanan kesehatan primer.</p> | <p>f) Sebagai contoh, ibu post partum harus diajarkan untuk memeriksa episiotomi dan/atau laserasi guna mengetahui tanda infeksi dalam menggunakan cermin tangan dan pencahayaan yang baik. Pengkajian harian dapat mengurangi resiko infeksi yang serius melalui deteksi dini. Indikator infeksi local meliputi demam diatas 37,7°C ; bengkak yang bertambah ; kemerahan atau nyeri tekan pada payudara, tungkai atau insisi ; drainase vagina berwarna hijau atau berbusa : rabas vagina berbau tidak sedap dan sering berkemih serta rasa panas pada saat berkemih.</p> |
| <p>g) Ajarkan dan dorong teknik hygiene perineum yang benar.</p> | <p>g) Mencegah infeksi. Pengetahuan yang baik mengenai perawatan diri penting dalam pencegahan. Membuang pembalut dengan hati-hati dan mengganti tisu setiap kali menyeka perineal dari depan kebelakang membantu menghindari kontaminasi area vagina dengan kloro rectum. Pembalut perlu diganti setiap selesai berkemih atau defekasi. Tangan harus dicuci sebelum dan sesudah mengganti pembalut.</p> |

Lain-lain

- | | |
|--|--|
| <p>h) Berikan perawatan kuliati yang tepat pada lokasi</p> | <p>h) Edema mengurangi sirkulasi pada area tersebut sehingga</p> |
|--|--|
-

edema.	meningkatkan resiko kerusakan kulit dan resiko infeksi selanjutnya.
i) Pertahankan pencegahan standard an mencuci tangan dengan benar.	i) Mengendalikan penyebaran mikroorganisme oleh penyedia layanan kesehatan.
j) Tingkatkan nutrisi yang baik.	j) Malnutrisi membuat ibu mudah terkena infeksi.

7. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan ketidaktahuan dan anomaly payudara ibu.

a. Tujuan dan Kriteria Hasil :

- 1) Mengungkapkan pemahaman tentang proses/situasi menyusui.
- 2) Mendokumentasikan tehnik efektif dari menyusui.
- 3) Menunjukkan kepuasan regimen menyusui satu sama lain, dengan bayi dipuaskan setelah menyusui.

b. Rencana Keperawatan

Tabel 2.8 Intervensi dan Rasional ketidakefektifan pemberian ASI

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
a) Kaji pengetahuan dan pengalaman ibu tentang menyusui sebelumnya.	a) Membantu mengidentifikasi kebutuhan saat ini dan mengembangkan rencana kesehatan.
b) Tentukan sistem pendukung yang tersedia pada ibu, dan sikap pasangan /keluarga.	b) Mempunyai dukungan yang cukup meningkatkan kesempatan untuk pengalaman menyusui dengan berhasil. Sikap dan komentar negatif mempengaruhi upaya-upaya dan dapat menyebabkan klien menolak mencoba untuk menyusui.
c) Berikan informasi, verbal dan tertulis, mengenai fisiologis dan keuntungan menyusui, perawatan outting dan payudara, kebutuhan diet khusus dan faktor-faktor yang memudahkan atau mengganggu keberhasilan menyusui.	c) Membantu menjamin suplai susu adekuat, mencegah puting pecah dan luka, memberikan kenyamanan, dan membuat peran ibu menyusui. Pamflet dan buku-buku menyediakan sumber yang dapat dirujuk ibu sesuai kebutuhan.
d) Demonstrasi dan tinjau ulang teknik-teknik menyusuidan lama menyusui.	d) Posisi yang tepat biasanya mencegah luka puting, tanpa memperhatikan lamanya menyusui.
e) Kaji puting klien dan anjurkan ibu melihat puting setiap habis menyusui.	e) Identifikasi dan intervensi dini dapat mencegah/membatasi terjadinya luka atau pecah puting, yang dapat merusak proses menyusui.
f) Anjurkan ibu untuk mengeringkan puting dengan udara selama 20-30 menit setelah menyusui dan memberikan preparat lanonin setelah menyusui, atau menggunakan lampu pemanas dalam lampu 40 watt ditempat 18 inci dari payudara selama 20 menit	f) Pemajanan pada udara atau panas membantu mengencangkan puting, sedangkan sabun dapat menyebabkan kering. Mempertahankan puting dalam media lembab meningkatkan pertumbuhan bakteri dan kerusakan kulit.

instruksikan klien menghindari penggunaan bantalan bra berlapis plastik, dan mengganti pembalut bila basah dan lembab.

- | | |
|---|---|
| <p>g) Instruksikan ibu untuk menghindari penggunaan pelindung puting kecuali secara khusus diindikasikan.</p> | <p>g) Ini telah diketahui menambah kegagalan laktasi. Pelindung mencegah mulut bayi mengarah untuk kontak dengan puting susu ibu, yang mana perlu untuk melanjutkan pelepasan prolaktin dan dapat mengganggu atau mencegah terjadinya suplai susu yang adekuat.</p> |
| <p>h) Berikan pelindung puting payudara khusus untuk klien menyusui dengan puting masuk atau datar. Anjurkan penggunaan kompres es sebelum menyusui dan latihan puting dengan memutar diantara ibu jari dan jari tengah dan menggunakan tehnik Hoffman.</p> | <p>h) Magkuk laktasi/pelindung payudara, latihan, dan kompres es membantu membuat puting lebih ereksi ; tehnik Hoffman melepaskan pelengketan, yang menyebabkan inversi puting.</p> |

Kolaborasi :

- | | |
|--|---|
| <p>i) Rujuk ibu pada kelompok pendukung misalnya posyandu.</p> | <p>i) Memberikan bantuan terus menerus untuk meningkatkan kesuksesan hasil.</p> |
| <p>j) Identifikasi sumber-sumber yang tersedia dimasyarakat sesuai indikasi misalnya program kesehatan ibu dan anak.</p> | <p>j) Pelayanan ini mendukung pemberian ASI melalui pendidikan klien dan nutrisi.</p> |
-

8. Nyeri akut berhubungan dengan diaphoresis, kemerahan yang meluap-luap, peningkatan denyut nadi, peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi nafas, sikap melindungi, mengusap-usap dan sikap tubuh yang tegang,

perubahan selera dan pola makan, perilaku distraksi dan gangguan tidur.

a. Tujuan dan kriteria hasil

- 1) Menggunakan tindakan pereda nyeri non-analgesik untuk mengurangi nyeri. Misalnya teknik nafas dalam.
- 2) Mendemonstrasikan teknik relaksasi yang efektif untuk mencapai tingkat kenyamanan yang diungkapkan oleh individu.
- 3) Mendiskusikan keuntungan dan kerugian analgesik atau anesthesia alternatif yang tersedia.
- 4) Mempertahankan tingkat nyeri (sebutkan) atau kurang dengan skala 0 hingga 10.
- 5) Menggunakan analgesik yang tepat untuk mengendalikan nyeri.

b. Tindakan Keperawatan

Tabel 2.9 Intervensi dan Rasional Nyeri Akut

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
a) Kaji sifat nyeri (lokasi, frekuensi, keparahan, durasi, fakto pencetus, factor yang meredakan); gunakan skala nomor untuk menilai keparahan.	a) Nyeri adalah pengalaman subjektif; pengalaman klien harus dipahami untuk merencanakan tindakan pereda nyeri yang paling efektif, namun paling sedikit mengganggu.
b) Tentukan analgesic atau anestetik yang dipilih (epidural), rute pemberian, dan dosis untuk menghasilkan pereda nyeri yang optimal.	b) Metode pereda nyeri farmakologi yang digunakan bergantung pada keinginan dan kebutuhan khusus ibu, serta keuntungan versus kerugian pada ibu dan bayi (melambat atau menghentiakan kontaksi uterus). Pemberian analgesic secara sistemik melewati sawar darah-otak ibu dan plasenta, yang menimbulkan efek hypnosis pada ibu dan janin (depresi pernapasan neonates). Perawat dapat membantu keluarga dalam pengambilan keputusan berbasis informasi dengan menjelaskan agens yang dipilih, mengevaluasi kesediaan ibu untuk berpartisipasi dalam tindakan pereda nyeri, dan mengkaji kemampuan individu terdekat untuk memberikan dukungan.
c) Kaji tanda-tanda vital dan tingkat kesadaran pada interval yang tepat dan catat.	c) Tekanan darah, nadi, pernapasan, dan keterjagaan adalah indicator penting derajat nyeri (peningkatan tekanan darah, takkikardi, peningkatan pernapasan, gelisa), dan analgesia yang terlalu banyak (bradikardi, hipotensi, depresi pernapasan). Tanda-tanda vital adalah nyeri, dan nyeri harus sering dikaji untuk menentukan kenyamanan klien dan kebutuhan analgesia lanjutan, serta menyesuaikan intervensi keperawatan untuk kenyamanan

yang terus-menerus.

- d) Tentukan kemiskinan pengaruh budaya dan agama ibu pada persepsi dan respon ibu terhadap nyeri.

- d) Respon nyeri (seperti menangis keras) mungkin diterima dalam beberapa budaya, namun tidak pada budaya lain; perawat tidak boleh keliru antara tidak menunjukan emosi dan tidak nyeri. Beberapa agama mungkin memenadang nyeri sebagai anugrah; lainnya, sebagai hukuman. Anggapan ini dapat memengaruhi persepsi ibu mengenai nyeri dan ansietas akibat nyeri.

Penyuluhan klien atau keluarga

- e) Jelaskan dan bombing klien melalui tindakan non farmokologi (terapi relaksai sederhana, imajinasi terbimbing) untuk meningkatkan kendaki terhadap nyeri.

- e) Berdasarkan teori teknik pereda nyeri non-invasif membantu mengurangi persepsi nyeri dengan menstimulasi serabut saraf berdiameter besar yang membawa informasi seperti sentuhan untuk menghalangi pengiriman nyeri.

- f) Jelaskan semua penanganan dan prosedur, meliputi sensasi yang mungkin dirasakan.

- f) Kadar endrofin adalah tubuh daoat mengubah presepsi nyeri individu. Protein menyerupain morfin tersebut mengurangi ansietas, ketegangan, dan stimulasi negate yang luas. Mngajarkan klien tentang semua prosedur, yang meliputi pereda nyeri, membantu mengurangi nyeri, dengan demikian nyeri yang berhubungan dengan ansietas.

- g) Anjurkan ibu untuk memberitahu penyedia layanan kesehatan bila nyeri tidak berkurang.

- g) Prosedur nyeri yang maksimal adalah hak setiap klien. Berbagai macam tindakan pereda nyeri dapat dicebo sebelum menemukan yang paling efektif.

Lain-lain

- h) Dorong untuk mengungkapkan rasa takut dan cemas.

- h) Bila kebutuhan dasar manusia terpenuhi fisik dan psikososial, nyeri dapat berkurang endorphin internal memengaruhi presepsi nyeri, yang juga dipengaruhi oleh
-

		psikososial, seperti harapan ibu, edukasi melajirkan, dan interpretasi ibu tentang apa yang terjadi selama persalinan.
i)	Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengenali pengalaman nyeri individu dan sampaikan penerimaan terhadap respon klien.	i) Ibu mengalami drajat nyeri yang berbeda sebagai respon terhadap situasi yang sama atau serupa dan mengaikain pemahaman personal yang berbeda terhadap peristiwa yang menimbulkan nyeri. Proses mengenali dan mendukung pengalaman nyeri ibu dapat memberikan pengaruh analgesic dengan mengurangi presepsi nyeri.
j)	Control factor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien terhadap nyeri (bunyi, pencahayaan, suhu ruangan).	j) Stimulasi negatif yang luas atau setiap factor dilingkungan yang mungkin menyebabkan ansietas dapat menurunkan endrofin internal. Penuruna hormone menyerupai morfin tersebut mengurangi ambang nyeri ibu.
k)	Beri tindakan pereda nyeri sebelum nyeri bertambah parah.	k) Meningkatkan keefektifan anlgesik.
l)	Gunakan pendekatan yang positif saat memberikan analgesik.	l) Menurunkan ansietas; ansietas meningkatkan nyeri
m)	Evaluasi pengaruh nyeri dan catat.	m) Perawat tidak boleh menganggap intervensi yang meredakan nyeri telah berhasil. Perawat dapat merencanakan tindakan kepearwaatan selanjutnya berdasarkan evaluasi rencana saat ini dengan mengkaji status nyeri klien pada interval yang tepat missal nya skala nyeri, isyarat non verbal. Riset menunjukkan bahwa alasan sering kenapa nyeri tidak reda adalah kegagalan untuk mengkaji nyeri dan peredaan nyeri secara rutin.

9. Deprivasi tidur atau gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri, ansietas, depresi, perasan berkemih yang kuat, sesak napas, perubahan hormone, kesepian atau tidak ada pasangan tidur, perubahan siklus tidur dan terjaga yang sering, obat-obatan misal depresan atau stimulan, gangguan di lingkungan misal bunyi atau suhu.

a. Tujuan dan kriteria hasil :

- 1) Melaporkan bebas dari gejala deprivasi tidur.
- 2) Mengidentifikasi tindakan yang dapat meningkatkan istirahat dan tidur.
- 3) Mengidentifikasi factor yang menyebabkan kehilangan waktu tidur, misal nyeri, penurunan aktivitas fisik, ansietas.

b. Rencana Keperawatan

Tabel 2.10 Intervensi dan Rasional deprivasi tidur atau gangguan pola tidur

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
a) Kaji pola tidur normal.	a) Jumlah tidur yang dibutuhkan seseorang bervariasi bergantung pada gaya hidup, kesehatan, dan usia. Pola tidur normal ibu menjadi dasar untuk merencanakan waktu tidur yang adekuat.
b) Kaji pengaruh status kesehatan dan atau program pengobatan ibu saat ini terhadap pola tidur.	b) Pola tidur selama kehamilan dipengaruhi oleh ansietas akibat kehamilan dan peran sebagai ibu di masa depan, aktivitas janin, ketidaknyamanan musculoskeletal, tekanan pada abdomen, dan sering berkemih.

		Pemahaman tentang factor fisiologis, emosi, dan atau spiritual yang mengganggu tidur penting dalam pengembangan rencana guna meningkatkan tidur dan istirahat.
	Penyuluhan klien/keluarga	
c)	Jelaskan pada ibu/keluarga tentang factor yang mengganggu tidur (misal: stress, factor lingkungan seperti suhu).	c) Memungkinkan ibu untuk mengimplementasikan perubahan gaya hidup dan regimen sebelum tidur untuk meningkatkan tidur.
d)	Jelaskan tentang pentingnya tidur yang adekuat selama kehamilan periode postpartum.	d) Kehamilan berkaitan dengan banyak stressor fisik dan emosi yang menuntut peningkatan periode tidur. Tidur adalah proses penyegaran dan penyembuhan yang membantu pertumbuhan sel, perbaikan jaringan tubuh yang rusak, dan pembentukan jaringan baru.
e)	Anjurkan sebelum waktu tidur untuk menghindari makanan dan cairan yang dapat mengganggu tidur.	e) Stimulan, seperti kafein dapat mengacaukan siklus tidur dan harus dihindari sekurangnya 3 hingga 4 jam sebelum waktu tidur. Makanan pedas dan berminyak dapat mengganggu tidur karena menyebabkan gangguan pencernaan atau nyeri ulu hati.
f)	Anjurkan mengonsumsi kudapan berprotein tinggi atau segelas susu menjelang tidur.	f) Makanan tertentu (misal: produk susu, makanan berprotein) yang mengandung triptofan, yaitu precursor serotonin, diduga dapat memulai dan memperpanjang tidur.
	Lain-lain	
g)	Dorong rutinitas yang biasa dilakukan ibu sebelum tidur (misal: menggosok gigi, membaca, mandi).	g) Kebiasaan sebelum tidur membantu menyiapkan individu dengan meningkatkan ketenangan mental dan relaksasi fisik.
h)	Lakukan tindakan kenyamanan (misal: mengusap punggung, mengatur posisi).	h) Ketidaknyamanan fisik, khususnya selama kehamilan, dapat mempengaruhi kemampuan ibu secara langsung untuk memulai dan tetap tertidur. Tindakan kenyamanan yang

	meningkatkan relaksasi otot dan mengurangi ketegangan memudahkan untuk masuk ke tahap I dan II siklus tidur, yaitu pada saat individu mulai mengantuk dan relaksasi otot progresif terjadi akibat penurunan aktivitas serebral.
i) Kurangi stimulus eksternal (misal: bunyi, cahaya).	i) Stimulus eksternal dapat menghambat kemampuan ibu untuk memulai atau tetap tertidur.

10. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan desakan diafragma karena janin dan pembesaran uterus, komplikasi medis (misal, anemia, infeksi pernafasan atas, bronktis, asma, sinusitis).

a. Tujuan dan kriteria hasil :

- 1) Mendemonstrasikan kemudahan bernafas
- 2) Tidak ada sesak nafas (dyspnea) saat beristirahat.
- 3) Bebas dari rasa letih yang berlebihan.

b. Rencana Keperawatan

Tabel 2.11 Intervensi dan Rasional Ketidakefektifan Pola

Nafas

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
a) Kaji frekuensi, irama, kedalaman dan upaya pernafasan.	a) Menentukan beratnya masalah.
b) Kaji untuk kelelahan dan sesak nafas saat mengerahkan tenaga.	b) Menentukan pengaruh fungsional dari ketidakefektifan pola pernafasan. Pernafasan biasanya berubah di akhir kehamilan pada saat pembesaran uterus dan

<p>c) Kaji sesak nafas saat beristirahat.</p> <p>d) Kaji adanya masalah medis (misal, asma, infeksi pernafasan atas).</p> <p>e) Kaji adanya ansietas Penyuluhan klien atau keluarga</p> <p>f) Jelaskan perubahan pernafasan yang disebabkan oleh kehamilan normal, yakinkan klien bahwa perubahan tersebut wajar dan sementara.</p> <p>g) Anjurkan untuk mempertahankan postur yang baik dan duduk tegak, ajarkan penggunaan bantal untuk memberi posisi semi fowler pada saat tidur.</p> <p>h) Sarankan untuk makan dalam porsi kecil.</p> <p>i) Anjurkan untuk tidak jadi perokok pasif dan aktif.</p>	<p>janin mengurangi kemampuan diafragma untuk turun. Akan tetapi tidak semua ibu mengalami keletihan yang serius.</p> <p>c) Dapat mengindikasikan masalah utama, yaitu jantung atau pernafasan.</p> <p>d) Masalah ini memperburuk perubahan pernafasan normal akibat kehamilan dan harus ditangani untuk memastikan oksigenasi yang adekuat.</p> <p>e) Perasaan sesak nafas sering kali menyebabkan ansietas.</p> <p>f) Mengurangi ansietas</p> <p>g) Memberi ruangan yang lebih luas bagi diafragma dan untuk pengembangan paru.</p> <p>h) Perut yang penuh menambah desakan pada diafragma</p> <p>i) Bila kedalaman inspirasi terganggu, udara yang dihirup harus kaya oksigen untuk pertukaran janin-plasenta. Merokok mengurangi persediaan oksigen janin.</p>
--	--

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Pada fase implementasi, perawat menyampaikan rencana asuhan kepada anggota tim lain dan melaksanakan atau mendelegasikan intervensi yang direncanakan. Tindakan akhir pada fase ini adalah mencatat asuhan yang diberikan dan respon klien terhadap asuhan tersebut. (Green, Carol J. 2012)

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

pada fase evaluasi, perawat membandingkan status kesehatan ibu dengan hasil atau tujuan yang di harapkan yang diidentifikasi dalam fase perencanaan hasil. Perawat menentukan intervensi yang berperan dalam pencapaian tujuan dan memperbaiki rencana asuhan sesuai kebutuhan. (Green, Carol J. 2012)