

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *POST OP*
SECTIO CAESAREA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
KETIDAKEFEKTIFAN PEMBERIAN ASI
DI RSUD CIAMIS**

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

RINI FEBRIANTI

AKX.15.072



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

2018

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Rini Febrianti

NPM : AKX.15.072

Program Studi : DIII Keperawatan

Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Op Sectio Caesarea
Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pemberian
ASI di RSUD Ciamis

Menyatakan :

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

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

Bandung, 24 April 2018

Yang Membuat Pernyataan

Rini Febrianti

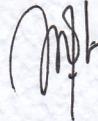
**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *POST OP*
SECTIO CAESAREA DENGAN MASLAH KEPERAWATAN
KETIDAKEFEKTIFAN PEMBERIAN ASI
DI RSUD CIAMIS**

**RINI FEBRIANTI
AKX.15. 072**

**KARYA TULIS INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 24 APRIL 2018**

Oleh
Pembimbing Ketua



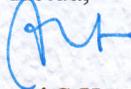
**Ade Tika H, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIK: 10107069**

Pembimbing Pendamping



**Tuti Suprapti,S.Kp.,M.kep
NIP: 1011603**

Mengetahui
Prodi DIII Keperawatan
Ketua,



**Tuti Suprapti,S.Kp.,M.Kep
NIP: 1011603**

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULISI ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *POST OP*
SECTIO CAESAREA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
KETIDAKEFEKTIFAN PEMBERIAN ASI**

DI RSUD CIAMIS

Oleh:

RINI FEBRIANTI

AKX. 15. 072

Telah diuji

Pada tanggal, 24 April 2018

Panitia Penguji

Ketua : Ade Tika H, S.Kep.,Ners.,M.Kep
(Pemimbing Utama)

Anggota :

1. Vina Vitniawati,S.Kep.,Ners
(Penguji I)
2. Disanti, Amd.An
(Penguji II)
3. Tuti Suprapti,S.Kp.,M.kep
(Pembimbing Pendamping)

.....
.....
.....
.....

Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua,



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

ABSTRAK

Latar Belakang: Pemijatan payudara adalah suatu cara yang dilakukan untuk merawat payudara agar air susu keluar dengan lancar, pemijatan payudara dilakukan dengan tekanan ringan hingga sedang pada payudara untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin. Gerakan ini bermanfaat untuk melancarkan refleks pengeluaran ASI. Penurunan produksi dan pengeluaran ASI pada pasien *post op sectio caesarea* pada hari pertama setelah melahirkan dapat disebabkan oleh kurangnya rangsangan hormon prolaktin dan oksitosin yang sangat berperan dalam kelancaran produksi ASI, karena penggunaan obat-obatan yang digunakan saat operasi maupun sesudah operasi serta terbatasnya mobilitas ibu untuk menyusui. Hal ini menyebabkan adanya ketidakefektifan pemberian ASI. **Metode:** Studi kasus ini dilakukan pada dua klien *post op sectio caesarea* dengan masalah keperawatan dan diagnosa medis yang sama yaitu ketidakefektifan pemberian ASI. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI pada kasus 1 dapat teratasi pada hari ke 3 dan pada kasus 2 masalah ketidakefektifan pemberian ASI teratasi sebagian karena ASI belum keluar dikarenakan pada kasus 2 ibu merasa cemas yang dapat mempengaruhi refleks oksitosin yang akhirnya menekan pengeluaran ASI. **Diskus:** Pasien dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap pasien *post op sectio caesarea* hal ini dipengaruhi oleh kondisi klien sebelumnya. Sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap pasien.

Kata kunci: *Pemijatan payudara, Ketidakefektifan pemberian ASI, Asuhan Keperawatan*

Terdiri dari: V BAB, Referensi: 10 buku (2010-2017), 2 Jurnal (2014-2015)

Daftar pustaka: 10 (2010-2017).

ABSTRACT

Background: Breast massage is the way that is done to treat the breast to keep the milk out smoothly, massage done lightly on the breast to release the hormone prolactin and oxytocin. This movement is useful to launch reflexes from breast milk. Decreased production and flowing milk on post op patient sectio caesarea on the first day after delivery can be revealed by the stimulation of prolactin and oxytocin hormones is very possible in fluency milk production, due to the use of medicines that are current and after surgery and limited mobility of mothers to breastfeed. This causes the existen ineffectiveness of breastfeeding. **Methods:** This case study was conducted on two sectio post op clients caesarea with the same nursing and medical diagnostic problems is ineffectiveness breastfeeding. **Results:** After nursing care was done ineffectiveness breastfeeding in case 1 can be resolved on day 3 and in case 2 the problem of ineffectiveness of breastfeeding was partially resolved because breast milk had not come out because in the case of 2 mothers feeling anxious that could affect the oxytocin reflex which eventually suppressed ASI expenditure. **Discussion:** patient with nursing ineffectiveness issues of breastfeeding gift does not always have that response the same in all post op patients sectio caesarea this by the condition of client previous. If the nurse has to do comprehensive care to deal with nursing problems in each patient.

Keywords: *Breast massage, Ineffective breastfeeding, Nursing Care*

Consists of: V CHAPTER, References: 10 books (2010-2017), 2 Journal (2014-2015)

References: 10 (2010-2017).

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT, Karena atas karunianya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini tepat pada waktunya. Shalawat serta salam semoga tercurah kepada Nabi Muhammad SAW.

Karya tulis ini berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Op Sectio Caesarea Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pemberian Asi Di Rsud Ciamis”**. Disusun untuk memenuhi syarat dalam menyelesaikan program pendidikan diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, tentu saja terdapat hambatan dan kesulitan yang penulis temui, baik yang disebabkan karena keterbatasan pengalaman dan bidang yang menjadi objek penyusun Karya Tulis Ilmiah ini maupun bidang tehnik penulisan, namun berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak akhirnya kesulitan ini dapat teratasi. Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan penghormatan, penghargaan, ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah terlibat baik secara langsung maupun tidak langsung.

Ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang terlibat diantaranya:

1. H. Mulyana, SH., M.Pd., M.Kes., selaku Ketua Yayasan Ahdi Guna Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep., selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep., selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Bhakti Kencana Bandung.
4. Ade Tika H,S.kep.,Ners.,M.kep selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. dr. H. Aceng Solahudin A, M.Kes selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Ciamis yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.

6. Dedeh, S.ST selaku CI Ruangn Delima yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis
7. Seluruh dosen dan staff Jurusan Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik STIKes Bhakti Kencana Bandung.
8. Ayahanda Drs. H. Azhari, M.Pd dan Ibunda Hj.Napi´ah,S.Pd M.Si terima kasih atas do´a, semangat, kasih sayang, pengorbanan, dan ketulusannya dalam mendampingi penulis, kakak tersayang Rizka Novarina, S.T dan adik tercinta Rahma Oktarisa serta seluruh anggota keluarga yang selalu memberikan semangat, dukungan, dan motivasi serta do´a baik secara moril maupun materil sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Muhammad Jihad Robbani seorang laki-laki hebat, kekasih, motivator pribadi, yang telah banyak memberikan saran, motivasi, do´a, kasih sayang, pengorbanan, dan ketulusan mendampingi penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, semoga Allah selalu menyayangnya dan menjadikan kami berdua ahlul jannah.
10. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.
Semoga segala amal kebaikan bapak/ibu/saudara/I diterima oleh Allah SWT, dan diberikan balasan yang lebih baik oleh-Nya.

Penulis menyadari dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan kelemahan sehingga penulis sangat mengharapkan segala kritik dan saran yang sifatnya membangun guna Karya Tulis Ilmiah yang lebih baik.

Bandung, 24 April 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR PERNYATAAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR BAGAN	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
DAFTAR SINGKATAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
1. Tujuan Umum	4

2. Tujuan Khusus	5
D. Manfaat	5
1. Teoritis	5
2. Praktis.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Konsep Penyakit	7
1. Anatomi Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita	7
2. Persalinan	10
3. <i>Sectio Caesarea</i>	12
4. Masa Nifas	18
B. Konsep Asuhan Keperawatan	25
1. Pengkajian	24
2. Analisa Data	35
3. Diagnosa Keperawatan.....	36
4. Perencanaan Keperawatan	37
C. Konsep Dasar Laktasi	57
1. Definisi Bendungan ASI	57
2. Etiologi	57
3. Manfaat ASI Eksklusif	58
4. Perawatan payudara	59
BAB III METODE PENELITIAN	61
A. Desain Penelitian.....	61

B. Batasan Istilah	61
C. Partisipan.....	61
D. Lokasi dan Waktu penelitian.....	61
E. Pengumpulan Data	62
F. Uji keabsahan Data	63
G. Analisis Data	64
H. Etik Penelitian	65
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	67
A. HASIL.....	67
1. Gambaran Lokasi pengambilan data.....	67
2. Pengkajian	68
3. Analisis Data	78
4. Diagnosa Keperawatan.....	80
5. Perencanaan.....	81
6. Implementasi	83
7. Evaluasi.....	86
B. PEMBAHASAN	86
1. Pengkajian	87
2. Diagnosa Keperawatan.....	89
3. Perencanaan.....	94
4. Implementasi	96
5. Evaluasi	99

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	101
A. KESIMPULAN.....	101
B. SARAN	105

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Ukuran Uterus	19
Tabel 2.2 Perubahan Lochea	21
Tabel 2.3 Intervensi Ketidakefektifan Jalan Nafas	37
Tabel 2.4 Intervensi Nyeri Akut.....	39
Tabel 2.5 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi.....	41
Tabel 2.6 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI	42
Tabel 2.7 Intervensi Gangguan Eliminasi Urine.....	44
Tabel 2.8 Intervensi Gangguan Pola Tidur	45
Tabel 2.9 Intervensi Risiko Infeksi	46
Tabel 2.10 Intervensi Defisit Perawatan Diri.....	48
Tabel 2.11 Intervensi Konstipasi	49
Tabel 2.12 Intervensi Risiko syok.....	52
Tabel 2.13 Intervensi Risiko Perdarahan	53
Tabel 2.14 Intervensi Defisit Pengetahuan	55
Tabel 4.1 Identitas Klien	68

Tabel 4.2 Aktivitas sehari-hari	72
Tabel 4.3 Pemeriksaan Fisik	73
Tabel 4.4 Hasil Laboratorium	76
Tabel 4.5 Terapi Obat	77
Tabel 4.6 Analisa Data	78
Tabel 4.7 Diagnosa Keperawatan	80
Tabel 4.8 Perencanaan	81
Tabel 4.9 Implementasi	83
Tabel 4.10 Evaluasi	86

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Genetalia Interna	8

DAFTAR BAGAN

Halaman

2.1 Patofisiologi <i>Sectio Caesarea</i>	15
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Lembar Persetujuan Menjadi Responden Klien I
Lampiran II	Lembar Persetujuan Menjadi Responden Klien II
Lampiran III	Lembar Bimbingan (Pembimbing I)
Lampiran IV	Lembar Bimbingan (Pembimbing II)
Lampiran V	Lembar Observasi Klien I
Lampiran VI	Lembar Observasi Klien II
Lampiran VII	Justifikasi Jurnal
Lampiran VIII	Jurnal Pengaruh Perawatan Payudara Terhadap Pengeluaran Air Susu Ibu (ASI) Pada Ibu Postpartum Di Rumah Bersalin Wargi Lestari Kelurahan Utama Kecamatan Cimahi Selatan Tahun 2014
Lampiran IX	Jurnal Pengaruh Massage Payudara Terhadap Kelancaran Ekskresi Asi Pada Ibu Postpartum Di Puskesmas Jatinom
Lampiran X	Satuan Acara Penyuluhan Perawatan Payudara <i>postpartum</i>
Lampiran XI	Leaflet Perawatan Payudara Untuk Ibu Menyusui
Lampiran XII	Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

WHO	: World Health Organization
SC	: Sectio Caesarea
EEG	: Elektroensefalogram
MRI	: Magneti Resonance Imaging
PET	: Positron Emission Tomography
AGD	: Analisa Gas Darah
CT	: Clothing Time
KB	: Keluarga Berencana
TFU	: Tinggi Fundus Uterus
LH	: Luteinizing Stimulating Hormone
FSH	: Follicle Stimulating Hormone
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
NANDA	: The North American Nursing Diagnosis Association
PES	: Problem Etiologi Simtom
SOAP	: Subjektif Objektif Analisis data Perencanaan
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
CT-SCAN	: Computerized Tomography Scanner
UGD	: Unit Gawat Darurat
THT	: Telinga Hidung Tenggorokan
LBP	: Low Back Pain
TBC	: Tuberculosis
DM	: Diabetes Mellitus
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
TP	: Tafsiran Persalinan
IUD	: Intra Uterine Device
TT	: Tetanus Toksoid
WIB	: Waktu Indonesia Barat

BB	: Berat Badan
KG	: Kilogram
CM	: Sentimeter
LD	: Lingkar Dada
LK	: Lingkar Kepala
PB	: Panjang Badan
Cc	: Cubic Centimeter
C	: Celcius
TTV	: Tanda Tanda Vital
RR	: Respiratory Rate

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tindakan *sectio caesarea* dilakukan jika ada masalah pada proses persalinan yang dapat mengancam nyawa ibu dan janin. Ada beberapa indikasi untuk dilakukan tindakan *sectio caesarea* adalah gawat janin, disproporsi sepelopelvik, persalinan tidak maju, plasenta previa, prolaps tali pusat, mal presentase janin/letak lintang, pinggul sempit dan preeklampsia (Jitowiyono S & Kristiyanasari W, 2010).

World Health Organization (WHO) menetapkan standar rata-rata persalinan operasi sesar di sebuah negara adalah sekitar 5-15 persen per 1000 kelahiran di dunia. Menurut WHO, peningkatan persalinan dengan operasi sesar di seluruh negara terjadi semenjak tahun 2007-2008 yaitu 110.000 per kelahiran diseluruh Asia.

Angka kejadian *sectio caesarea* di Indonesia terdapat peningkatan dari 5% menjadi 20% dalam 20 tahun terakhir. Tercatat dari 17.665 angka kelahiran terdapat 35.7%-55.3% ibu melahirkan dengan *sectio caesarea* (Intan et al, 2015). Persalinan SC mengalami peningkatan dari 6,8% pada tahun 2007 dan 9,8% pada tahun 2013 (RISKESDAS, 2013). Berdasarkan data dari *Medical Record* Rumah Sakit Daerah Ciamis tahun 2018, proporsi ibu yang mengalami persalinan dengan *sectio caesarea* 60,15 % yaitu 1117 dari 1857 persalinan.

Masalah keperawatan yang timbul pada pasien *post op sectio caesarea* diantaranya ketidakefektifan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mucus dalam jumlah berlebihan), nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi *postpartum*, terhentinya proses menyusui, gangguan eliminasi urine, gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan, risiko infeksi berhubungan dengan faktor risiko episiotomi, defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan *postpartum*, konstipasi, risiko syok hipovolemik, risiko perdarahan, defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan *postpartum* dan ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu (Nurarif, 2015).

Banyak diantara ibu yang melahirkan tidak mengetahui manfaat ASI. Pengeluaran ASI secara dini adalah syarat penting dalam mendukung pemberian ASI eksklusif. Pengeluaran ASI pada ibu *post sectio caesarea* sedikit lebih lambat dibanding dengan ibu *postpartum* normal. Bagi seorang ibu memberikan ASI kepada bayinya yang baru lahir merupakan peristiwa alamiah dan tanpa bantuan dapat melalui proses tersebut, namun kenyataannya masih banyak ibu yang mengalami kesulitan dalam menyusui. Hambatan dalam menyusui pada bayi setelah melahirkan adalah depresi *postpartum*, keterbatasan fisik ibu, kelainan kongenital pada bayi, kelainan puting dan pembengkakan payudara (Desmawati, 2013).

Masalah yang sering muncul adalah pembengkakan payudara, jika tidak segera dilakukan perawatan, maka akan berakibat radang atau mastitis. Perawatan payudara sangat penting salah satunya untuk menjaga kebersihan puting, melunakkan payudara, mendeteksi kelainan yang terjadi pada payudara, memperbaiki keadaan puting sehingga bayi dapat menghisap dengan baik (Sri Wulan dkk, 2012).

ASI merupakan makanan pertama yang bagus di konsumsi oleh bayi. Manfaat ASI bagi bayi secara umum yaitu sebagai nutrisi, meningkatkan kecerdasan, meningkatkan jalinan kasih sayang, meningkatkan daya tahan tubuh dan jika bayi yang kekurangan ASI akan berisiko mengalami neonatal hypernatraemia atau kehilangan berat badan secara signifikan, bertambahnya kerentanan terhadap penyakit, kerugian kognitif dan dehidrasi (Putri Ika, 2017).

Selain baik untuk tumbuh kembang anak, ASI juga bermanfaat untuk sang ibu melalui cara menyusui. Dengan menyusui ibu akan memiliki hubungan lebih erat dengan bayinya secara psikis karena terjadi kontak kulit, membuat rahim ibu akan berkontraksi yang dapat menyebabkan pengembalian ukuran sebelum hamil, mempercepat berhentinya perdarahan *postpartum* serta mengurangi kemungkinan payudara bengkak peradangan pada payudara (mastitis) dan kanker payudara pada masa yang akan datang (Mustofa Ahmad, 2010).

Oleh karena itu perawat diharapkan mampu mengelola setiap masalah yang timbul secara komprehensif terdiri dari biologis, psikologis,

sosial, spiritual terutama dalam penanganan *post sectio caesarea* dengan masalah pemberian ASI. Asuhan keperawatan tersebut dilakukan dengan melakukan proses keperawatan yaitu pengkajian, merumuskan masalah yang muncul, menyusun rencana penatalaksanaan dan mengevaluasinya (Dermawan Deden, 2012).

Melihat keadaan diatas sehingga penulis tertarik untuk meneliti dan menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan pada pasien *Post Op Sectio Caesarea* dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Pemberian ASI".

B. Rumusan Masalah keperawatan

“Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien *post op Sectio Caesarea* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD Ciamis?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien *post op Sectio Caesarea* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD Ciamis secara langsung dan komprehensif, meliputi aspek bio, psiko, sosial, spiritual, dalam bentuk karya tulis ilmiah.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penulis menyusun karya tulis ilmiah adalah:

- a. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada klien *post op Sectio Caesarea* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD Ciamis.
- b. Mampu menetapkan diagnosis keperawatan pada klien *post op Sectio Caesarea* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD Ciamis.
- c. Mampu menyusun perencanaan keperawatan pada klien *post op Sectio Caesarea* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD Ciamis.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada klien *post op Sectio Caesarea* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD Ciamis
- e. Mampu melakukan evaluasi pada klien *post op Sectio Caesarea* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD Ciamis.

D. Manfaat

1. Teoritis

a. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan penelitian ini memberikan masukan bagi profesi dalam menambah pengetahuan keperawatan yang akan dilakukan tentang

pengaruh klien *post op sectio caesarea* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI.

2. Praktis

a. Bagi Perawat

Dapat meningkatkan pengetahuan perawat tentang klien *post op sectio caesarea* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI.

b. Bagi Rumah Sakit

Sebagai acuan dalam penanggulangan masalah yang berhubungan dengan pemberian ASI di Rumah Sakit.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Menjadi sumber referensi dalam menambah ilmu pengetahuan serta dapat digunakan sebagai materi dalam asuhan keperawatan pada klien *post op sectio caesarea* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD Ciamis.

d. Bagi Klien

Dapat meningkatkan wawasan dan informasi bagi klien baik dari media masa maupun elektronik agar meningkatkan atau menambah pengetahuan khususnya tentang ketidakefektifan pemberian ASI.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Anatomi dan Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita

Menurut Eniyati dan Afifin Sholihah (2013), sistem reproduksi wanita terdiri dari genitalia luar (genitalia eksterna) dan genitalia dalam (genitalia interna) yang dapat diuraikan sebagai berikut :

a. Genitalia Luar (Genitalia Eksterna)

Genitalia eksterna terdiri dari beberapa bagian, yaitu :

1) Mons Veneris

Mons veneris adalah daerah menggantung di atas simfisis pubis yang akan ditumbuhkan rambut kemaluan.

2) Labia Mayora

Labia mayora merupakan kelanjutan dari mons veneris, ada di sebelah luar vulva, berbentuk lonjong.

3) Labia Minora

Labia minora merupakan bibir kecil bagian dalam dari labia mayora.

4) Klitoris

Klitoris menyerupai penis pada pria karena klitoris merupakan bagian sensitif dan memiliki banyak serabut saraf sehingga dapat menjadi daerah rangsang pada wanita.

5) Vulva

Vulva adalah tempat bermuaranya sistem urogenital.

6) Introitus Vagina

Introitus vagina adalah pintu masuk vagina yang merupakan liang senggama dan juga lubang tempat keluarnya bayi saat melahirkan.

7) Selaput Dara

Hymen atau selaput dara adalah selaput yang menutupi introitus vagina. Hymen ini akan robek pada saat senggama.

8) Uretra

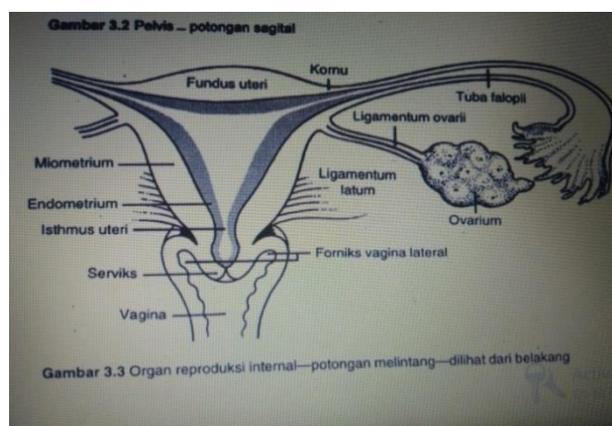
Uretra adalah lubang keluarnya air kemih yang terletak di bawah klitoris.

9) Perineum

Perineum terletak di antara vulva dan anus.

b. Genitalia Dalam (Genitalia Interna)

Genitalia dalam (genitalia interna) pada wanita terdiri dari beberapa bagian, yaitu :



Gambar 2.1 Genitalia Interna (Farrer, 2001)

1) Vagina

Vagina merupakan penghubung genitalia eksterna dan genitalia interna. Vagina adalah liang yang menghubungkan vulva dengan rahim. Fungsi dari vagina adalah :

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

2) Uterus

Uterus merupakan struktur muskular tunggal, berbentuk buah pir yang terletak di antara kandung kemih dan rektum pada pelvis wanita. Uterus mempunyai rongga yang terdiri dari 3 bagian besar, yaitu:

(a) Badan rahim (korpus uteri)

Korpus merupakan bagian terbesar uterus yang terdiri dari otot yang tebal. Di dalam korpus uteri terdapat rongga kavum uteri yang membuka ke luar melalui saluran yang terletak di serviks. Rongga tersebut merupakan tempat berkembangnya janin.

(b) Leher Rahim (Serviks Uteri)

Serviks terdiri atas jaringan ikat yang kuat dan biasanya berukuran 4cm. Sekitar 2cm serviks menonjol ke vagina dan sebagian sisanya tetap berada intraperitoneal.

(c) Rongga Rahim (Kavum Uteri)

Kavum uteri dilapisi oleh selaput lendir yang kaya dengan kelenjar yang disebut endometrium.

3) Tuba Falopii

Tuba falopii adalah saluran telur yang berasal dari duktus Mulleri. Bagian luar tuba diliputi oleh peritoneum viseral yang merupakan bagian dari ligamentum latum. Otot polos dinding tuba terdiri atas 2 lapis yaitu lapisan otot longitudinal dan otot sirkuler. Tuba Falopii berfungsi membawa sperma dan sel telur ke tempat terjadinya fertilisasi di dalam tuba dan mengembalikan zigot yang telah dibuahi ke dalam rongga uterus untuk proses implantasi.

4) Ovarium

Ovarium merupakan dua struktur kecil berbentuk oval, berada jauh di dalam pelvis wanita sedikit lateral dan di belakang uterus. Ovarium terletak pada lapisan belakan ligamentum latum. Sebagian besar ovarium berada intraperitoneal dan tidak dilapisi oleh peritoneum. Ovarium berfungsi memproduksi telur yang matang untuk fertilisasi dan membuat hormon steroid dalam jumlah besar.

2. Persalinan

a. Definisi Persalinan

Persalinan didefinisikan sebagai kontraksi uterus yang teratur yang menyebabkan penipisan dan dilatasi serviks sehingga hasil konsepsi

dapat keluar dari uterus (Linda J Heffner dan Danny J Schust. 2008). Sedangkan menurut Bobak (2005), persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta serta membran dari dalam lahir melalui jalan lahir, persalinan atau kelahiran merupakan akhir dari kelahiran dan titik dimulainya kehidupan diluar rahim bagi bayi baru lahir.

Dari kedua pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa persalinan merupakan proses lahirnya bayi, plasenta serta membrannya dari dalam rahim ke dunia luar untuk memulai kehidupan di luar rahim dengan bantuan atau tanpa bantuan tenaga medis.

b. Jenis Persalinan

1) Persalinan Spontan

Persalinan spontan merupakan jenis kelahiran dimana bayi, plasenta, dan membrannya lahir melalui vagina ibu langsung dengan kekuatan ibu sendiri.

2) Persalinan Buatan

Persalinan buatan merupakan jenis persalinan dimana digunakan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi dengan *Forceps* atau dilakukannya operasi *Sectio Caesarea*.

3) Persalinan Anjuran

Persalinan anjuran adalah persalinan dimana bayi sudah cukup siap untuk lahir tetapi menemui kesulitan sehingga persalinan tidak

mulai dengan sendirinya. Persalinan baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin.

3. *Sectio Caesarea*

a. Definisi *Sectio Caesarea*

Menurut Cunningham (2005), *Sectio Caesarea* merupakan proses kelahiran janin melalui insisi bedah di dinding uterus. Selain itu menurut Sarwono (2006), *sectio caesarea* adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat badan diatas 500gram, melalui sayatan pada dinding uterus (Sarwono, 2006).

Dari pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa *sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dan plasenta dengan pembedahan yaitu menyayat dinding uterus melalui dinding depan perut.

b. Indikasi *Sectio Caesarea*

Indikasi dilakukannya *sectio caesarea* menurut Doris dan Serdar (2005), digolongkan menjadi 3 besar indikasi, yaitu :

1) Indikasi Janin

Indikasi janin antara lain, bayi terlalu besar (makrosomia), berat lahir sangat rendah, bayi kembar (gemelli), kelainan letak janin seperti letak sungsang atau letak lintang, presentasi breech/bokong. Adapula indikasi janin yang menyebabkan *sectio caesarea* harus dilakukan secara *emergency*, yaitu *fetal distress*, prolapsus tali pusat

saat persalinan, adanya korioamnionitis yang membahayakan janin, dan ketuban pecah dini.

2) Indikasi Ibu

Seperti indikasi janin, kondisi ibu pun dapat menjadi indikasi dilakukannya *sectio caesarea*. Indikasi tersebut antara lain *cephalo pelvic disproportion* yaitu keadaan dimana ukuran panggul ibu dan kepala janin tidak serasi dan adanya tumor yang menutup jalan lahir.

3) Kombinasi antara Indikasi Ibu dan Janin

Kombinasi antara indikasi ibu dan janin antara lain adanya pendarahan pervaginam akut, dapat terjadi karena *plasenta previa* atau *solusio plasenta*. Apabila pendarahan dapat membahayakan ibu dan janin, maka tindakan pembedahan *sectio caesarea* harus dilakukan tanpa memperhatikan usia kehamilan janin.

c. Klasifikasi *Sectio Caesarea*

1) Abdomen (*sectio caesarea abdominalis*)

a) *Sectio caesarea transperitonealis*

(1) *Sectio caesarea* klasik atau corporal dengan insisi memanjang pada korpus uteri.

(2) *Sectio caesarea ismika* atau *profunda* atau *low cervical* dengan insisi pada segmen bawah rahim.

b) *Sectio caesarea ekstraperitonealis*, yaitu tanpa membuka peritoneum perietalis, dengan demikian tidak membuka vakum abdominal.

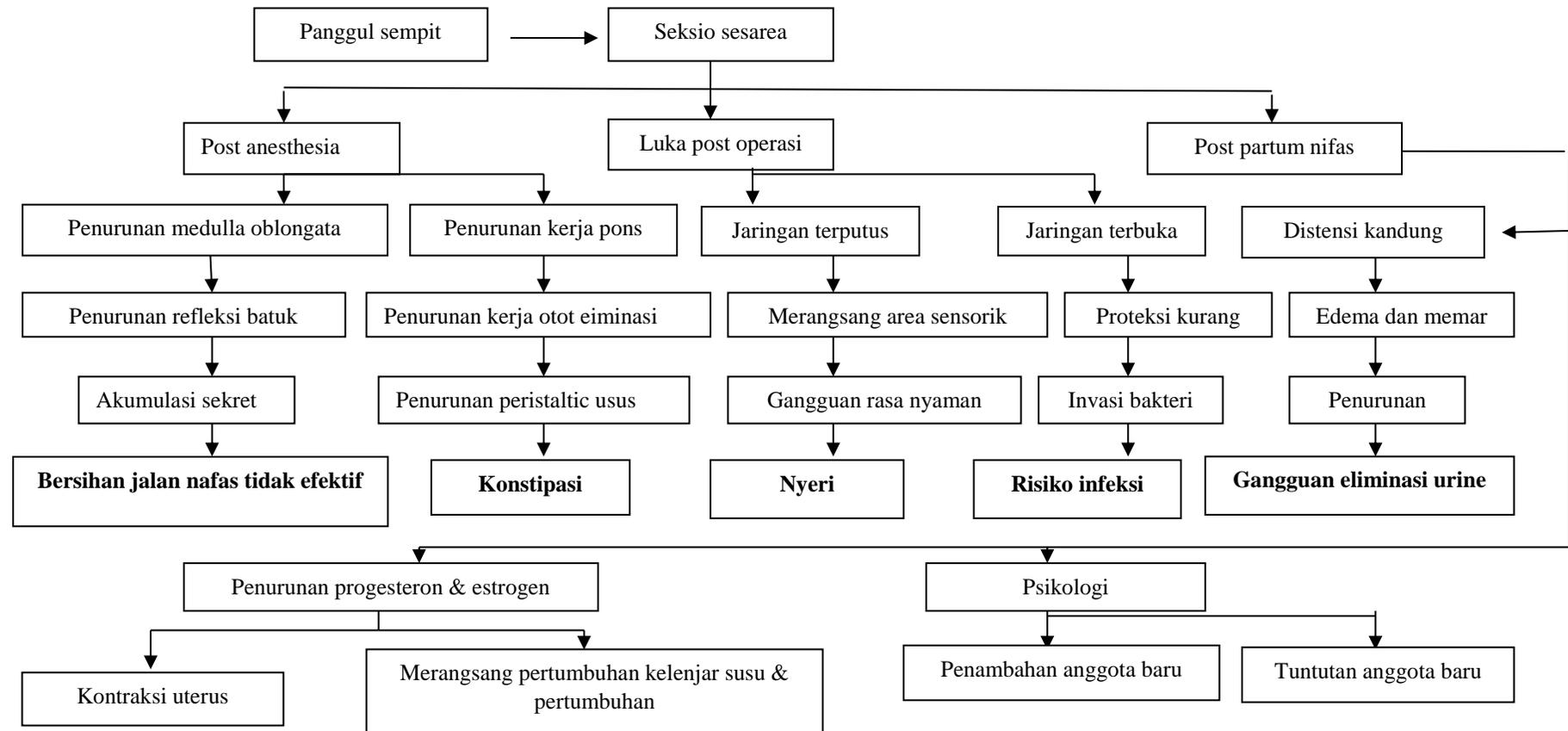
2) *Sectio caesarea* klasik (korporal)

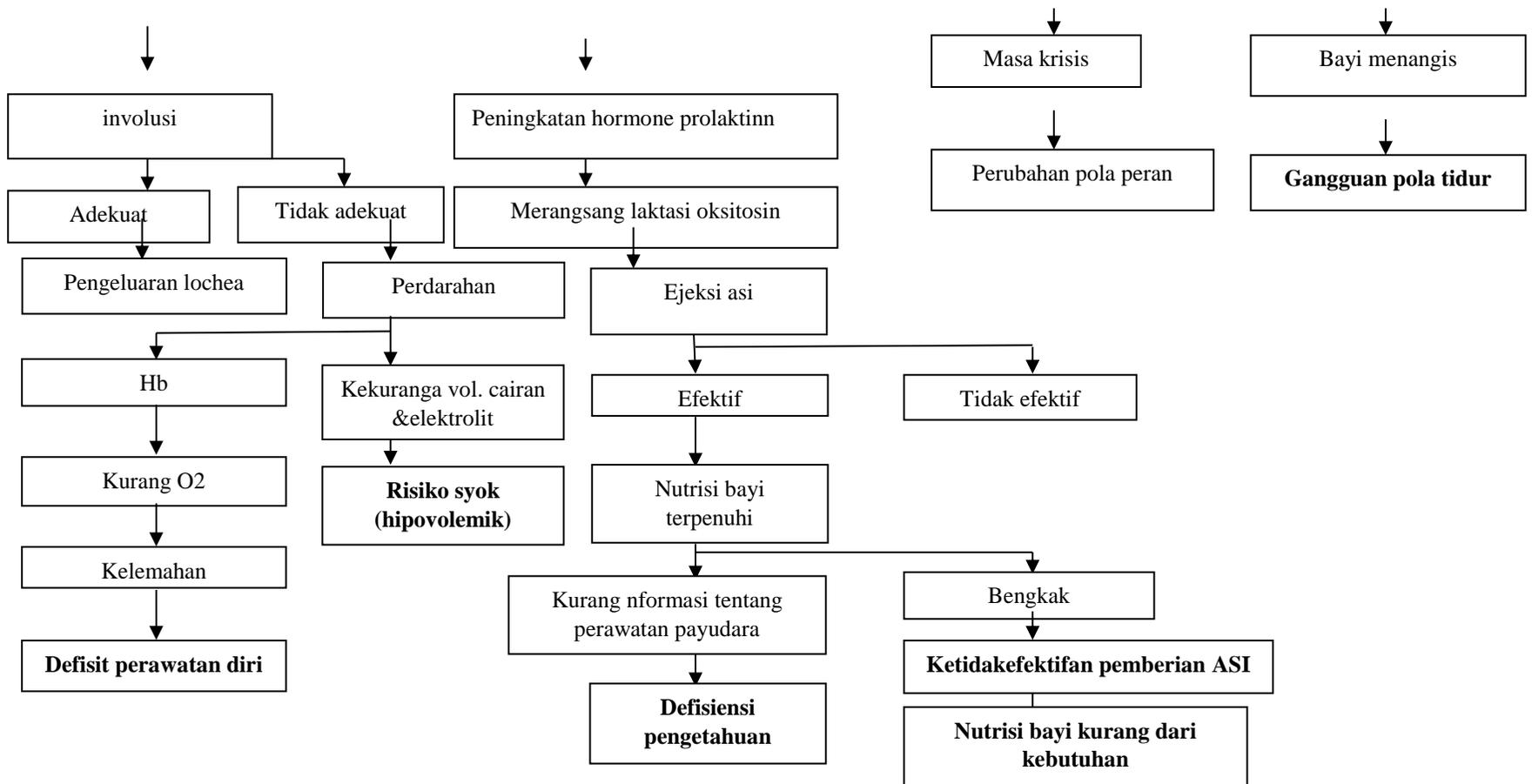
Sectio caesarea klasik merupakan pembedahan yang dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm.

3) *Sectio caesarea* ismika (*profunda*)

Sectio caesarea ismika adalah dimana pembedahan dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim (*low cervical trasversal*) kira-kira 10 cm.

d. Patofisiologi *Sectio Caesarea*





Bagan 2.1 Patofisiologi *Sectio Caesarea*

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

e. Pemeriksaan Penunjang

- 1) Pemantauan janin terhadap kesehatan janin.
- 2) Pemantauan EKG
- 3) Elektrolit
- 4) Pemeriksaan hemoglobin dan hematokrit.
- 5) Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi
- 6) Pemantauan *ultrasonografi* (USG)

f. Komplikasi *Sectio Caesarea*

Persalinan dengan tindakan pembedahan memiliki komplikasi lima kali lebih besar dibanding persalinan alami (Rochelle et al., 2000).

Komplikasi yang terjadi yaitu:

- 1) Syok Hipovolemik
- 2) Distensi kandung kemih.
- 3) Risiko ruptur uteri di persalinan berikutnya.
- 4) Endometriosis.
- 5) Risiko infeksi luka operasi karena robeknya kulit.
- 6) Hipoksia janin.

4. Masa Nifas

a. Definisi Masa Nifas

Sulistyawati (2009) menyatakan bahwa masa nifas (*Puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Biasanya masa nifas terjadi selama 6 minggu setelah persalinan.

b. Tahapan Masa Nifas

Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu :

1) *Puerperium* dini

Puerperium dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2) *Puerperium* intermedial

Puerperium intermedial merupakan masa kepulihan menyeluruh alat alat genitalia, yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3) *Remote puerperium*

Remote puerperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi.

c. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Menurut Yanti (2011), perubahan fisiologi tubuh ibu pada masa nifas dapat digolongkan sebagai berikut :

1) Perubahan Fisiologis pada Sistem Reproduksi

Pada masa nifas, terjadi perubahan fisiologis dimana anggota tubuh kembali seperti sebelum hamil atau disebut juga dengan involusi. Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan ukuran uterus pada masa nifas adalah

Tabel 2.1 Perubahan Normal Ukuran Uterus

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 cm
14 hari	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

Sumber: Yanti, 2011

Perubahan fisiologis pada sistem reproduksi dapat diuraikan sebagai berikut:

a) Involusi Uterus

Involusi uterus adalah pengerutan uterus 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 uterus menjadi anemi dan serat otot atrofi.

(2) Atrofi jaringan

Saat plasenta lahir, hormon estrogen berhenti bekerja sehingga menimbulkan respon atrofi jaringan.

(3) Autolisis

Saat hamil, otot uterus mengendur hingga panjangnya 10 kali lebih panjang dan lebarnya 5 kali lebih lebar daripada saat sebelum hamil. Setelah plasenta lahir, terdapat enzim proteolitik yang memendekkan jaringan otot uterus tersebut. Maka terjadilah autolisis yang merupakan proses penghancuran diri sendiri di dalam otot uterus.

(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 pendarahan.

b) Involusi Tempat Plasenta

Uterus pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri. Segera setelah plasenta lahir, luka akan mengecil dengan cepat. Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi selama sekitar 6 minggu.

c) Perubahan Ligamen

Setelah bayi lahir, ligamen dan diafragma *pelvis fascia* yang meregang akan kembali seperti sebelum hamil. Perubahan ligamen yang terjadi pasca melahirkan adalah ligamentum rotundum, ligamen *fascia*, dan jaringan penunjang alat genitalia.

d) Pengeluaran *Lochea*

Lochea 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. *Lochea* mempunyai bau yang amis meskipun tidak terlalu menyengat, dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Warna dan ciri-ciri lochea mengalami perubahan karena proses involusi. Perubahan lochea dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 2.2 Perubahan *Lochea*

Lochea	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 lendir
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/ kecoklatan	Lebih sedikit darah dan sebagian besar terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber: Yanti, 2011

e) Perubahan 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. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan dengan keadaan saat sebelum persalinan.

2) Perubahan Fisiologis pada Sistem Perkemihan

Pada masa nifas, kadar steroid tubuh menurun sehingga fungsi ginjal juga mengalami penurunan. Fungsi ginjal baru akan pulih dalam waktu satu bulan. Urine dalam jumlah besar baru akan dihasilkan dalam 12-36 jam setelah melahirkan.

3) Perubahan Fisiologis pada Sistem Muskuloskeletal

Menurut Yanti (2011), adaptasi sistem muskuloskeletal pada masa nifas meliputi dinding perut yang akan melonggar. Ketika dinding perut melonggar, kulit abdomen pun ikut melebar dan mengendur. Keadaan ini akan pulih kurang lebih dalam 6 minggu. Selain melonggar, akan muncul *striae* pada dinding abdomen. *Striae* adalah suatu perubahan warna seperti jaringan parut. *Striae* pada dinding abdomen tidak dapat menghilang sempurna melainkan hanya membentuk garis yang samar. Beberapa gejala lain yang terjadi pada sistem muskuloskeletal saat masa nifas antara lain nyeri punggung bawah, sakit kepala dan nyeri leher, serta osteoporosis akibat kehamilan.

4) Perubahan Fisiologis pada Tanda-Tanda Vital

Perubahan fisiologis ibu nifas pada tanda-tanda vital meliputi tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu. Tekanan darah ibu nifas biasanya cenderung normal. Akan tetapi apabila persalinan mengakibatkan pendarahan yang banyak, maka tekanan darah biasanya menurun. Denyut nadi ibu dapat juga normal maupun lebih cepat. Pada denyut nadi yang melebihi 100x/menit harus mewaspadai kemungkinan adanya infeksi atau pendarahan. Sedangkan pada respirasi, frekuensi cenderung lambat atau normal. Hal ini disebabkan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Suhu tubuh ibu pasca melahirkan dapat naik kurang lebih $0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan ibu normal. Kenaikan suhu tubuh diakibatkan dari usaha ketika melahirkan, kelebihan cairan atau kelelahan. Apabila suhu meningkat hingga 38°C , perlu diwaspadai adanya infeksi.

d. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Proses adaptasi psikologi ibu sudah dimulai sejak ibu hamil. Respon setiap ibu berbeda dalam menghadapi kehamilan dan kelahiran. Pada umumnya, ibu mengalami perubahan peran dan tanggung jawab, sehingga diperlukan dukungan positif dan adaptasi. Menurut Suherni dkk (2009), dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami beberapa fase, yaitu

a) Fase *taking in*

Fase *taking in* yaitu periode ketergantungan. Fase ini berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu sedang berfokus pada dirinya sendiri, ia akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir, dan ketidaknyamanan fisik yang dialaminya.

b) Fase *Taking Hold*

Fase *taking hold* berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, timbul rasa khawatir ibu akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan yang sensitif sehingga mudah tersinggung dan marah.

c) Fase *Letting Go*

Fase *letting go* adalah periode dimana ibu menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung setelah 10 hari melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Pada fase ini keinginan ibu untuk merawat diri dan bayinya meningkat. Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani perannya sebagai seorang ibu.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

- 1) Identitas klien meliputi nama, umur, pendidikan, suku, nama, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, nomor *medical record*, diagnosa medik, tanggal masuk, dan tanggal dikaji (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2010).
- 2) Identitas penanggung jawab meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat serta hubungan dengan klien.

b. Riwayat kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Rwayat kesehatan sekarang menurut Jitowiyono dan Kristiyanasari (2010) meliputi :

a) Keluhan Utama Masuk Rumah Sakit

Menguraikan mengenai keluhan yang pertama kali dirasakan, penanganan yang pernah dilakukan sampai klien dibawa ke rumah sakit dan penanganan pertama yang dilakukan saat di rumah sakit.

b) Keluhan Utama Saat Dikaji

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah klien operasi. Umumnya klien akan mengeluh nyeri pada luka operasi.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Meliputi penyakit yang lain yang dapat mempengaruhi penyakit sekarang, maksudnya apakah klien pernah mengalami penyakit yang sama (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2010).

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi penyakit yang diderita klien dan apakah keluarga klien juga mempunyai riwayat persalinan *sectio caesarea*.

c. Riwayat Ginekologi dan Obstetrik

Riwayat ginekologi dan obstetrik menurut Sulistyawati (2009), meliputi :

1) Riwayat Ginekologi

Data ini penting untuk diketahui oleh tenaga kesehatan sebagai data acuan jika klien mengalami kesulitan post partum. Riwayat ginekologi pada klien post *sectio caesarea* meliputi :

a) Riwayat Menstruasi

Riwayat menstruasi yang harus dikaji menurut Sulistyawati (2009), adalah *menarche* atau usia pertama kali menstruasi. Pada wanita Indonesia usia pertama kali menstruasi umumnya 12-16 tahun. Selain itu, jarak antara menstruasi atau siklus menstruasi yang biasanya sekitar 23-32 hari dengan lama menstruasi sekitar 7-14 hari. Dikaji pula keluhan saat mengalami menstruasi, dan hari pertama haid terakhir (HPHT)

untuk menghitung usia kehamilan ibu dan tanggal taksiran partus.

b) Riwayat Persalinan

Mengidentifikasi usia ayah dan ibu menikah, lama perkawinan, dan jumlah anak hasil perkawinan.

c) Riwayat Keluarga Berencana

Mengidentifikasi jenis kontrasepsi yang digunakan, masalah selama menggunakan kontrasepsi, rencana menggunakan kontrasepsi berikutnya dan alasannya.

2) Riwayat Obstetrik

Riwayat obstetrik pada klien post *sectio caesarea* meliputi :

a) Riwayat Kehamilan

Riwayat kehamilan meliputi :

(1) Riwayat Kehamilan Dahulu

Mengidentifikasi riwayat kehamilan yang pernah dialami klien.

(2) Riwayat Kehamilan Sekarang

Yang perlu dikaji yaitu pemeriksaan kehamilan saat ini, riwayat imunisasi, riwayat pemakaian obat selama hamil, dan keluhan selama hamil.

b) Riwayat Persalinan

Riwayat persalinan meliputi :

(1) Riwayat Persalinan Dahulu

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

(2) Riwayat Persalinan Sekarang

Menjelaskan indikasi dilakukan *sectio caesarea*, kaji jam, tanggal, jenis kelamin bayi, BB, TB, LK, LB, dan APGAR SCORE.

c) Riwayat Nifas

Riwayat nifas meliputi :

(1) Riwayat Nifas Dahulu

Mengidentifikasi riwayat nifas sebelumnya.

(2) Riwayat Nifas Sekarang

Mengkaji riwayat nifas yang sedang terjadi meliputi jenis lochea, warna, bau, jumlah, dan disertai dengan tinggi fundus uteri.

d. Pola Aktivitas Sehari-hari

Pengkajian pada pola aktivitas sehari-hari klien menurut Sulistyawati (2009), meliputi :

1) Pola Nutrisi

a) Makan

Menjelaskan dan membandingkan pola makan klien selama hamil dan ketika setelah melahirkan di rumah sakit. Perlu dikaji menu, frekuensi dan keluhan dalam makan. Pada menu makanan dikaitkan dengan pola diet berimbang bagi ibu. Jika pengaturan menu makan yang dilakukan oleh klien kurang seimbang sehingga ada kemungkinan beberapa komponen gizi tidak akan terpenuhi. Tenaga kesehatan dapat menanyakan pada klien tentang apa saja yang ia makan dalam sehari (nasi, sayur, lauk, buah, makanan selingan dan lain-lain), serta keluhan atau kesulitan klien dalam mengonsumsi makanan. Pada ibu post *sectio caesarea* akan terjadi penurunan dalam pola makan dan akan merasa mual karena efek dari anestesi yang masih ada dan bisa juga dari faktor nyeri akibat *sectio caesarea*.

b) Minum

Yang perlu ditanyakan kepada klien tentang pola minum, antara lain frekuensi ia minum dalam sehari, jumlah perhari, jenis minuman dan keluhan saat minum.

2) Pola Eliminasi

Membandingkan pola eliminasi klien meliputi BAB dan BAK selama hamil dan ketika setelah melahirkan di rumah sakit. Pola eliminasi BAB menjelaskan frekuensi, warna, bau, dan keluhan saat

BAB. Pola eliminasi BAK menjelaskan frekuensi, jumlah, warna, dan keluhan saat BAK. Biasanya terjadi penurunan karena faktor psikologis dari ibu yang masih merasa trauma, dan otot-otot masih berelaksasi.

3) Istirahat Tidur

Membandingkan istirahat tidur klien meliputi tidur siang dan malam klien beserta keluhannya ketika hamil dan setelah melahirkan di rumah sakit. Menggali informasi mengenai kebiasaan istirahat pada ibu supaya mengetahui hambatan yang mungkin muncul. Dapat menanyakan tentang berapa lama ibu tidur disiang dan malam hari. Untuk istirahat malam, rata-rata waktu yang diperlukan adalah 6-8 jam. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasa kesakitan dan lemas akibat dari tindakan pembedahan *sectio caesarea*.

4) *Personal Hygiene*

Mengidentifikasi pola *personal hygiene* klien berupa mandi, gosok gigi, keramas, gunting kuku, dan ganti pakaian. Perlu dikaji berapa kali klien mandi dan ganti baju dalam sehari, frekuensi dan kapan ia keramas dan gunting kuku. Kemudian membandingkan polanya ketika hamil dan setelah melahirkan di rumah sakit.

5) Aktivitas

Menjelaskan perbandingan aktivitas klien selama hamil dan setelah melahirkan di rumah sakit. Data ini memberikan gambaran kepada

tenaga kesehatan tentang berapa berat aktivitas yang biasa dilakukan klien.

e. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada klien yang meliputi:

1) Keadaan Umum

Untuk mengetahui data ini, perawat perlu mengamati keadaan klien secara keseluruhan. Hasil pengamatan akan perawat laporkan dengan kriteria baik jika klien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik klien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan. Dapat juga dilaporkan dengan kriteria lemah jika ia kurang atau tidak memberikan respon baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta klien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri (Sulistyawati, 2009).

2) Tanda-tanda Vital

Mengkaji tekanan darah, pernafasan, suhu tubuh, dan denyut nadi klien. Pada tanda-tanda vital biasanya tekanan darah normal atau adapula yang menurun apabila pendarahannya banyak. Selain itu, nadi cenderung normal atau lebih cepat. Ada respirasi biasanya normal atau dapat juga lebih lambat yang disebabkan ibu sedang dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Suhu tubuh dapat naik kurang lebih $0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal. Apabila suhu meningkat hingga lebih dari 38°C maka perlu diwaspadai adanya infeksi (Yanti, 2011).

3) Antropometri

Mengkaji tinggi badan klien, berat badan sebelum hamil, berat badan ketika hamil dan berat badan setelah melahirkan.

4) Pemeriksaan Fisik *Head to Toe*

Pemeriksaan Fisik yang dilakukan pada klien post *sectio caesarea* menurut Sulistyawati (2009) adalah :

a) Mata

Kaji warna konjungtiva, kebersihan, kelainan dan fungsi penglihatan.

b) Telinga

Kaji bentuk, kebersihan telinga dan fungsi pendengaran.

c) Hidung

Inspeksi bentuk, kebersihan, pernafasan cuping hidung, palpasi ada tidaknya nyeri tekan dan fungsi penciuman.

d) Mulut

Kaji kesimetrisan bibir, warna, kelembaban bibir, warna lidah, kebersihan lidah, fungsi lidah, keadaan gigi, jumlah gigi, keadaan gusi, pembesaran tonsil, ada tidaknya bau mulut dan nyeri pada saat menelan.

e) Leher

Inspeksi ada tidaknya pembesaran tyroid dan limfe, apakah nyeri saat menelan.

f) Dada

Pemeriksaan dada meliputi jantung, paru-paru dan payudara. Kaji bentuk dan kesimetrisan dada, bentuk payudara, tekstur, warna areola, ada tidak pembengkakan dan palpasi adanya nyeri tekan, dan ada tidaknya benjolan. Kaji bunyi jantung dan bunyi nafas. Pada hari pertama konsistensi payudara lunak, adanya kolostrum, puting menonjol dan mengalami hiperpigmentasi, sedangkan pada hari ketiga payudara mengeras, membesar, hangat, puting dapat mengalami luka yang memerah, ASI keluar pada hari kedua sampai hari keempat (Reeder, 2009).

g) Abdomen

Kaji bentuk abdomen, *striae*, bunyi bising usus, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, dan keadaan luka operasi. Lembek atau lunak dan kendur, terdapatnya luka operasi *sectio caesarea* tertutup verban, fundus uteri setinggi pusat pada hari pertama dan 1-2 cm dibawah pusat setelah 3 hari, teraba keras.

h) Punggung dan bokong

Kaji bentuk punggung, ada tidaknya lesi, ada tidaknya kelainan tulang belakang, dan kebersihan bokong.

i) Genitalia

Umumnya pada ibu post *sectio caesarea* dipasang dower kateter. Kaji kebersihan vagina dan lochea.

j) Anus

Kaji kebersihan, fungsi mengedan, apakah terdapat benjolan hemoroid.

k) Ekstremitas

Pada ekstremitas atas kaji bentuk dan kelainan yang dirasakan klien. Kemudian pada ekstremitas bawah kaji bentuk dan ada atau tidaknya varises dan oedema.

f. Data Psikologis

Pada hari pertama sampai ketiga, klien berada pada fase *taking in* dimana klien fokus terhadap dirinya sendiri dan emosi klien labil (Suherni dkk, 2009). Pada hari ke 3-10 hari, ibu akan mengalami rasa khawatir dan takut tidak akan bisa menanggung tanggung jawabnya sebagai ibu dalam merawat bayi. Fase ini dinamakan fase *taking hold*. Setelah rasa khawatir terlewati, ibu akan mengalami fase *letting go* dimana ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan bayinya dan keinginan ibu untuk merawat bayinya semakin meningkat. Fase ini biasanya terjadi setelah 10 hari pasca melahirkan.

g. Data Sosial

Kaji hubungan dan pola interaksi klien dengan keluarga, perawat dan lingkungan sekitarnya.

h. Kebutuhan *bounding attachment*

Kaji interaksi antara ibu dan bayi, secara fisik, emosi, maupun psikologi (Suherni dkk, 2009).

i. Kebutuhan Pemenuhan Seksual

Kaji pemenuhan kebutuhan seksual klien pada masa post *sectio caesarea*.

j. Data Spiritual

Mengidentifikasi keyakinan spiritual klien, apakah ada gangguan dalam melaksanakan ibadah.

k. Pengetahuan tentang Perawatan Diri

Kaji pengetahuan klien tentang perawatan payudara, cara-cara perawatan payudara dan cara merawat luka operasi.

l. Data Penunjang

Biasanya berupa USG untuk menentukan letak implantasi plasenta, pemeriksaan hemoglobin dan hematokrit (Sulistyawati, 2009)

m. Terapi

Terapi merupakan data obat yang dikonsumsi atau diberikan kepada klien.

2. Analisa Data

Langkah awal dari perumusan diagnosa atau masalah adalah pengolahan data dan analisa data dengan menggabungkan data satu dengan yang lainnya sehingga tergambar fakta. (Sulistyawati, 2009).

3. Diagnosa Keperawatan Pada Klien Post Partum

Pernyataan yang jelas tentang masalah klien dan penyebabnya. Selain itu harus spesifik berfokus pada kebutuhan klien dengan mengutamakan prioritas dan diagnosa yang muncul harus dapat diatasi dengan tindakan keperawatan. Menurut Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA (*North American Nursing diagnosis Association*) 2015 bahwa diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu post partum maturus dengan seksio sesarea adalah (Nurarif, 2015) :

- a. Ketidakefektifan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mucus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi).
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan,trauma jalan lahir, episiotomy).
- c. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi postpartum.
- d. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.
- e. Gangguan eliminasi urine.
- f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan.
- g. Risiko infeksi berhubungan dengan faktor risiko : episiotomy, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.

- h. Defisit perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelemahan postpartum.
- i. Konstipasi.
- j. Risiko syok (hipovolemik).
- k. Risiko perdarahan.
- l. Defisiensi pengetahuan: perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.

4. Rencana Keperawatan

Menurut *North American Nursing diagnosis Association 2015* Rencana Keperawatan pada diagnosa yang mungkin muncul dengan seksio sesarea adalah (Nurarif, 2015) :

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

Tabel 2.3
Intervensi Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	NOC	NIC
Definisi : Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dan saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Respiratory status : Ventilation ❖ Respiratory status : Airway patency. 	Airway suction <ul style="list-style-type: none"> - Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning - Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning.
Batasan Karakteristik:	Kriteria Hasil :	<ul style="list-style-type: none"> - Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning - Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan.
<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada batuk • Suara napas tambahan 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, 	

<ul style="list-style-type: none"> • Perubahan frekwensi napas • Perubahan irama napas • Sianosis • Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara • Penurunan bunyi napas • Dipsneu • Sputum dalam jumlah yang berlebihan • Batuk yang tidak efektif • Orthopneu • Gelisah • Mata terbuka lebar 	<p>mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) ❖ Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas 	<ul style="list-style-type: none"> - Berikan O2 dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suksion nasotrakeal - Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan - Anjurkan pasien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dan nasotrakeal - Monitor status oksigen pasien - Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suksion - Hentikan suksion dan berikan oksigen apabila pasien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi O2, dll <p>Airway Management</p>
<p>Faktor Yang Berhubungan :</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Lingkungan <ul style="list-style-type: none"> - Perokok pasif - Mengisap asap - Merokok • Obstruksi jalan nafas <ul style="list-style-type: none"> - Spasme jalan nafas - Mokus dalam jumlah berlebihan - Eksudat dalam jalan alveoli - Maten asing dalam jalan napas - Adanya jalan napas buatan - Sekresi bertahan/sisa sekresi - Sekresi dalam bronki • Fisiologis : <ul style="list-style-type: none"> - Jalan napas alergik - Asma - Penyakit paru obstruktif kronik - Hiperplasi dinding bronkial - Infeksi - Disfungsi neuromuscular 		<ul style="list-style-type: none"> - Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu - Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi - Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan - Pasang mayo bila perlu - Lakukan fisioterapi dada jika perlu - Keluarkan sekret dengan batuk atau suction - Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan - Lakukan suction pada mayo - Berikan bronkodilator bila perlu - Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan. - Monitor respirasi dan status O2

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

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

Tabel 2.4
Intervensi Nyeri Akut

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Nyeri akut	NOC	NIC
<p>Definisi : Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the study of Pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dan intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan.</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan selera makan • Perubahan tekanan darah • Perubahan frekwensi jantung • Perubahan frekwensi pernapasan • Laporan isyarat • Diaforesis • Perilaku distraksi (mis: berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang) • Mengekspresikan perilaku (mis, gelisah, merengek, menangis) • Masker wajah (mis, mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus meringis) • Sikap melindungi area nyeri 	<p>❖ Pain Level, ❖ Pain control ❖ Comfort level</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) ❖ Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri ❖ Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) ❖ Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<p>Pain Management</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi - Observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan - Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien - Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri - Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau - Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau - Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan - Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan - Kurangi faktor presipitasi nyeri - Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal) - Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi - Ajarkan tentang tehnik non farmakologi

-
- Fokus menyempit (mis, gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)
 - Indikasi nyeri yang dapat diamati
 - Perubahan posisi untuk menghindari nyeri
 - Sikap tubuh melindungi
 - Dilatasi pupil
 - Melaporkan nyeri secara verbal
 - Gangguan tidur
- Faktor Yang Berhubungan :
- Agen cedera (mis, biologis, zat kimia, fisik, psikologis)
- Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
 - Evaluasi keefektifan kontrol nyeri
 - Tingkatkan istirahat
 - Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
 - Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri
- Analgesic Administration
- Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
 - Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
 - Cek riwayat alergi
 - Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu
 - Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri
 - Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal
 - Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur
 - Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
 - Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat
 - Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala
-

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

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

Tabel 2.5
Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	NOC	NIC
Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Nutritional Status : ❖ Nutritional Status : food and Fluid Intake ❖ Nutritional Status: nutrient Intake ❖ Weight control 	Nutrition Management
Batasan karakteristik :	Kriteria Hasil:	<ul style="list-style-type: none"> - Kaji adanya alergi makanan - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien. - Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe - Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C - Berikan substansi gula - Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi - Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi) - Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian. - Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori - Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi - Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan
<ul style="list-style-type: none"> • Kram abdomen • Nyeri abdomen • Menghindari makanan • Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal • Kerapuhan kapiler • Diare • Kehilangan rambut berlebihan • Bising usus hiperaktif • Kurang makanan • Kurang informasi • Kurang minat pada makanan • Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat • Kesalahan konsepsi • Kesalahan informasi • Mamban mukosa pucat • Ketidakmampuan memakan makanan • Tonus otot menurun • Mengeluh gangguan sensasi rasa • Mengeluh asupan makanan kurang dan RDA (recommended daily allowance) • Cepat kenyang setelah makan • Sariawan rongga mulut • Steatorea 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan ❖ Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan ❖ Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi ❖ Tidak ada tanda-tanda malnutrisi ❖ Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan ❖ Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	<ul style="list-style-type: none"> - Nutrition Monitoring - BB pasien dalam batas normal - Monitor adanya penurunan berat badan - Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan - Monitor interaksi anak atau orangtua selama makan

<ul style="list-style-type: none"> • Kelemahan otot pengunyah • Kelemahan otot untuk menelan <p>Faktor Yang Berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faktor biologis • Faktor ekonomi • Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrisi • Ketidakmampuan untuk mencerna makanan • Ketidakmampuan menelan makanan • Faktor psikologis 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor lingkungan selama makan - Jadwalkan pengobatan dan perubahan pigmentasi - Monitor turgor kulit - Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah - Monitor mual dan muntah - Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht - Monitor pertumbuhan dan perkembangan - Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva - Monitor kalori dan intake nutrisi - Catat adanya edema, hiperemik, hipertonic papila lidah dan cavitas oral. - Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet
---	--

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

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

Tabel 2.6
Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Ketidakefektifan pemberian ASI	NOC	NIC
Definisi : ketidakpuasan atau kesulitan ibu, bayi, atau anak menjalani proses pemberian ASI	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Breastfeding ineffective ❖ Breathing Pattern ❖ Breasfeeding interrupted 	Breastfeding Assistance
Batasan Karakteristik:	Kriteria Hasil:	
<ul style="list-style-type: none"> • Ketidakadekuatan suplai ASI • Bayi melengkung menyesuaikan diri dengan payudara • Bayi menangis pada payudara • Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusui 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Kemandapan pemberian ASI : Bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI ❖ Kemandapan Pemberian ASI : IBU : kemandapan 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi pola menghisap / menelan bayi - Tentukan Keinginan Dan Motivasi Ibu untuk menyusui - Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (misalnya reflex rooting, menghisap dan terjaga) - Kaji kemampuan bayi untuk <i>latch-on</i> dan menghisap secara efektif

<ul style="list-style-type: none"> • Bayi rewel dalam jam pertama setelah menyusui • Ketidakmampuan bayi untuk latch-on pada payudara ibu secara tepat • Menolak latching on • Tidak responsive terhadap kenyamanan lain • Ketidak cukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui • Ketidakcukupan kesempatan untuk mengisap payudara • Kurang menambah berat badan bayi • Tidak tampak tanda pelepasan ositosin • Tampak ketidakadekuatan asupan susu • Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui • Penurunan berat badan bayi terus menerus • Tidak mengisap payudara terus-menerus 	<p>ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dan payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/todler ❖ Penyapihan Pemberian ASI : ❖ Diskontinuitas progresif pemberian ASI ❖ Pengetahuan Pemberian ASI : tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI 	<ul style="list-style-type: none"> - Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting - Pantau integritas kulit puting ibu - Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi
<p>Faktor Yang Berhubungan :</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Deficit pengetahuan • Anomali bayi • Bayi menerima makanan tambahan dengan puting buatan • Diskontinuitas pemberian ASI • Ambivalen ibu • Ansietas ibu • Anomali payudara ibu • Keluarga tidak mendukung • Pasangan tidak mendukung • Reflek menghisap buruk • Prematuritas • Pembedahan payudara sebelumnya • Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya 		<p>Breast Examination</p> <p>Lactation Supresion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI - Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI - Ajarkan pengasuh bayi mengenai topik-topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran memberi susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang - Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula - Apabila penyapihan diperlukan, informasikan ibu mengenai kembalinya proses ovulasi dan seputar alat kontrasepsi yang sesuai <p>Lactation Counseling</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI - Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu - Diskusikan metode alternative pemberian makan bayi

e) Gangguan eliminasi urine

Tabel 2.7
Intervensi Gangguan Eleminasi Urine

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Gangguan Eliminasi Urine	NOC	NIC
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Urinary elimination ❖ Urinary Continence 	Urinary Retention Care
Definisi : Disfungsi pada eliminasi urine	Kriteria Hasil:	<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia (misalnya, output urine, pola berkemih kemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten)
Batasan Karakteristik:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Kandung kemih kosong secara penuh ❖ Tidak ada residu urine > 100-200 cc ❖ Intake cairan dalam rentang normal ❖ Bebas dari ISK ❖ Tidak ada spasme bladder 	<ul style="list-style-type: none"> - Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau properti alpha agonis
<ul style="list-style-type: none"> • Disuria • Sering berkemih • Anyang-anyangan • Inkontinensia • Nokturia • Retensi • Dorongan 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Balance cairan seimbang 	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium channel blockers dan antikolinergik - Menyediakan penghapusan privasi - Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiram toilet - Merangsang refleks kandung kemih dengan menerapkan dingin untuk perut, membelai tinggi batin, atau air - Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit) - Gunakan spirit wintergreen di pispot atau urinal - Menyediakan manuver Crede, yang diperlukan - Gunakan double-void teknik - Masukkan kateter kemih, sesuai - Anjurkan pasien / keluarga untuk merekam output urine, sesuai - Instruksikan cara-cara untuk menghindari konstipasi atau impaksi tinja - Memantau asupan dan keluaran
Faktor Yang Berhubungan :		
<ul style="list-style-type: none"> • Obstruksi anatomic • Penyebab multiple • Gangguan sensori motorik • Infeksi saluran kemih 		

-
- Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi
 - Membantu dengan toilet secara berkala
 - Memasukkan pipa ke dalam lubang tubuh untuk sisa
 - Menerapkan kateterisasi intermiten
 - Merujuk ke spesialis kontinensia kemih
-

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

f) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

Tabel 2.8
Intervensi Gangguan Pola Tidur

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Gangguan pola tidur	NOC	NIC
Definisi : Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal Batasan Karakteristik : <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan pola tidur normal • Penurunan kemampuan berfungsi • Ketidakpuasan tidur • Menyatakan sering terjaga • Meyatakan tidak mengalami kesulitan tidur • Menyatakan tidak merasa cukup istirahat Faktor Yang Berhubungan <ul style="list-style-type: none"> • Kelembaban lingkungan sekitar • Suhu lingkungan sekitar • Tanggung jawab memberi asuhan • Perubahan pejanan terhadap cahaya gelap • Gangguan(mis.,untuk tujuan terapeutik, pemantauan, pemeriksaan laboratorium) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Anxiety reduction ❖ Comfort level ❖ Pain level ❖ Rest : Extent and Pattern ❖ Sleep : Extent an Pattern Kriteria Hasil: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari ❖ Pola tidur, kualitas dalam batas normal ❖ Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat ❖ Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur 	Sleep Enhancement <ul style="list-style-type: none"> - Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur - Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat - Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca) - Ciptakan lingkungan yang nyaman - Kolaborasikan pemberian obat tidur - Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien - Instruksikan untuk memonitor tidur pasien - Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur - Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam

- Kurang kontrol tidur
- Kurang privasi, Pencahayaan
- Bising, Bau gas
- Restrain fisik, Teman tidur
- Tidak familier dengan prabot tidur

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

g) Risiko infeksi berhubungan dengan faktor risiko: episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.

Tabel 2.9
Intervensi Risiko Infeksi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Risiko Infeksi	NOC	NIC
Definisi : Mengalami peningkatan risiko terserang organisme patogenik	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Immune Status ❖ Knowledge : Infection control ❖ Risk control 	Infection Control (Kontrol infeksi)
Faktor Risiko :	Kriteria Hasil:	
<ul style="list-style-type: none"> • Penyakit kronis. <ul style="list-style-type: none"> - Diabetes melitus - Obesitas • Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemanjangan patogen. • Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat. <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan peritalsis - Kerusakan integritas kulit (pemasangan kateter intravena, prosedur invasif) - Perubahan sekresi pH - Penurunan kerja siliaris - Pecah ketuban dini - Pecah ketuban lama - Merokok - Stasis cairan tubuh - Trauma jaringan (mis, trauma destruksi jaringan) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi ❖ Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya ❖ Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi ❖ Jumlah leukosit dalam batas normal ❖ Menunjukkan perilaku hidup sehat 	<ul style="list-style-type: none"> - Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain - Pertahankan teknik isolasi - Batasi pengunjung bila perlu - Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien - Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan - Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan - Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung - Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat - Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum - Gunakan kateter intermiten untuk

-
- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakadekuatan pertahanan sekunder <ul style="list-style-type: none"> - Penurunan hemoglobin - Imunosupresi (mis, imunitas didapat tidak adekuat, agen farmaseutikal termasuk imunosupresan, steroid, antibodi monoklonal, imunomodulator) - Supresi respon inflamasi • Vaksinasi tidak adekuat • Pemajanan terhadap patogen lingkungan meningkat <ul style="list-style-type: none"> - Wabah • Prosedur invasif • Malnutrisi | <ul style="list-style-type: none"> menurunkan infeksi kandung kencing - Tingkatkan intake nutrisi - Berikan terapi antibiotik bila perlu - Infection Protection (proteksi terhadap infeksi) - Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal - Monitor hitung granulosit, WBC - Monitor kerentangan terhadap infeksi - Batasi pengunjung - Sering pengunjung terhadap penyakit menular - Pertahankan teknik aspesis pada pasien yang berisiko - Pertahankan teknik isolasi k/p - Berikan perawatan kulit pada area epidema - Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase - Inspeksi kondisi luka / insisi bedah - Dorong masukkan nutrisi yang cukup - Dorong masukan cairan - Dorong istirahat - Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep - Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara menghindari infeksi - Laporkan kecurigaan infeksi - Laporkan kultur positif |
|--|--|
-

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

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

Tabel 2.10
Intervensi Defisit Perawatan Diri

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
Defisit perawatan diri mandi	NOC	NIC
<p>Definisi : hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi / aktivitas perawatan diri untuk diri sendiri.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi • Ketidakmampuan mengeringkan tubuh • Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi • Ketidakmampuan menjangkau sumber air • Ketidakmampuan mengatur air mandi • Ketidakmampuan membasuh tubuh <p>Faktor Yang Berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan kognitif • Penurunan motivasi • Kendala lingkungan • Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh • Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial • Gangguan muskuloskeletal • Gangguan neuro muskular • Nyeri • Gangguan persepsi • Ansietas berat 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Activity Intolerance ❖ Mobility: physical Impaired ❖ Self Care Deficit Hygiene ❖ Sensory perception, Auditory disturbed. <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Perawatan diri ostomi : tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi ❖ Perawatan diri : Aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu ❖ Perawatan diri Mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu ❖ Perawatan diri hygiene : mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu ❖ Perawatan diri Hygiene oral : mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu ❖ Mampu mempertahankan mobilitas yang 	<p>Self-Care Assistance: Bathing / Hygiene</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri. - Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri - Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan - Tempat handuk, sabun, deodoran, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan di samping tempat tidur atau di kamar mandi - Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya, deodoran, sekat gigi, sabun mandi, sampo, lotion, dan produk aromaterapi) - Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal - Memfasilitasi gigi pasien menyikat - Memfasilitasi diri mandi pasien, sesuai - Memantau pembersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien - Memantau integritas kulit pasien - Menjaga kebersihan ritual - Memfasilitasi pemeliharaan rutin yang biasa pasien tidur, isyarat sebelum tidur, alat peraga, dan benda-benda asing (misalnya,

diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi	untuk anak-anak, cerita, selimut / mainan, goyang, dot, atau favorit, untuk orang dewasa, sebuah buku untuk membaca atau bantal dari rumah), sebagaimana sesuai
❖ Membersihkan dan mengeringkan tubuh	- Mendorong orang tua / keluarga partisipasi, dalam kebiasaan tidur biasa
❖ Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral	- Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri.

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

i) Konstipasi

Tabel 2.11
Intervensi Konstipasi

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
Konstipasi	NOC	NIC
Definisi: Penurunan pada frekuensi normal pada defeksi yang disertai oleh kesulitan atau pengeuaran tidak lengkap feses atau pengeluaran feses yang kering, keras dan banyak.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Bowel elamination ❖ Hidration 	Constipation/ impaction managemen
Batasan Karakteristik:	Kriteria Hasil:	
<ul style="list-style-type: none"> • Nyeri abdomen • Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot • Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resistensi otot • Anoreksia • Penampilan tidak khas pada lansia (misal: perubahan pada status mental, inkontinensia urinarius, jatuh yang tidak penyebabnya, peningkatan suhu) • Borbogirigmi • Darah merah pada feses • Perubahan pada pola defeksi • Penurunan frekuensi 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari. ❖ Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi ❖ Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi ❖ Feses lunak dan berbentuk. 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala konstipasi - Monitor bising usus - Monitor feses : frekuensi, konsistensi dan volume - Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus - Monitor tanda dan gejala ruptur usus/peritonitis - Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi - Dukung intake cairan - Pantau tanda tanda dan gejala konstipasi - Pantau tanda tanda dan gejala impaksi - Memantau gerakan usus, termasuk konsistensi, frekuensi, bentuk, volume, dan warna. - Memantau bising usus - Anjurkan pasien atau keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses.

-
- Penurunan volume feses
 - Distensi abdomen
 - Rasa rektal penuh
 - Rasa tekanan rektal
 - Keletihan umum
 - Feses keras dan berbentuk
 - Sakit kepala
 - Bising usus hiperaktif
 - Bising usus hipoaktif
 - Peningkatan tekanan abdomen
 - Tidak dapat makan, mual
 - Rembesan feses cair
 - Nyeri pada saat defekasi
 - Massa abdomen yang dapat diraba
 - Adanya feses lunak, seperti pasta didalam rektum
 - Perkusi abdomen pekak
 - Sering flatus
 - Mengejan pada saat defekasi
 - Tidak dapat mengeluarkan feses
 - Muntah
- Faktor yang berhubungan:
- Fungsional:
 - Kelemahan otot abdomen
 - Kebiasaan mengabaikan dorongan defekasi
 - Ketidakadekuatan toileting (mis: batasan waktu, posisi untuk defekasi, privasi)
 - Kurang aktivitas fisik
 - Kebiasaan defekasi tidak teratur
 - Perubahan lingkungan saat ini
 - Psikologis:
 - Depresi, stres emosi
 - Konfusi mental
 - Farmakologis:
 - Antasida mengandung aluminium
- Anjurkan pasien atau keluarga untuk diet tinggi serat
 - Timbang pasien secara teratur
 - Timbang pasien secara teratur.
 - Ajarkan pasien dan keluarga tentang proses pencernaan yang normal.
 - Ajarkan pasien/keluarga tentang kerangka waktu untuk revolusi sembelit
-

-
- Antikolinergik, antikonvulsan
 - Antidepresan
 - Agens antilipemik
 - Garam bismuth
 - Kalsium karbonat
 - Penyekat saluran kalium
 - Diuretic, garam besi
 - Penyalahgunaan laksatif
 - Agens anti-inflamasi non steroid
 - Opiate, fenotiazid, sedative
 - Simpatomimetik
 - Mekanis
 - Ketidakseimbangan elektrolit
 - Hemoroid
 - Penyakit hirschprung
 - Gangguan neurologist
 - Obesitas
 - Obstruksi pasca bedah
 - Kehamilan
 - Pembesaran prostat
 - Abses rektal
 - Fisura anak rektal
 - Striktur anak rektal
 - Prolapse rektal, ulkus rektal
 - Rektokel, tumor
 - Fisiologis:
 - Perubahan pola makan
 - Perubahan makanan
 - Penurunan motilitas traktus gastrointestinal
 - Dehidrasi
 - Ketidakadekuatan gigi geligi
 - Ketidakadekuatan hygiene oral
 - Asupan serat tidak cukup
 - Asupan cairan tidak cukup
-

-
- Kebiasaan makan buruk
-

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

j) Risiko syok (hipovolemik)

Tabel 2.12
Intervensi Risiko Syok

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
Risiko syok Definisi : Berisiko terhadap ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa Faktor Risiko : <ul style="list-style-type: none"> • Hipotensi • Hipovolemi • Hipoksemia • Hipoksia • Infeksi • Sepsis • Sindrom respons inflamasi sistemik 	NOC <ul style="list-style-type: none"> ❖ Syok prevention ❖ Syok management Kriteria Hasil: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Nadi dalam batas yang diharapkan ❖ Irama jantung dalam batas yang diharapkan ❖ Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan ❖ Irama pernapasan dalam batas yang diharapkan ❖ Natrium serum dalam batas normal ❖ Kalium serum dalam batas normal ❖ Klorida serum dalam batas normal ❖ Kalsium serum dalam batas normal ❖ Magnesium serum dalam batas normal ❖ PH darah serum dalam batas normal Hidrasi <ul style="list-style-type: none"> ❖ Indikator : ❖ Mata cekung tidak ditemukan ❖ Demam tidak ditemukan ❖ Tekanan darah dalam batas normal ❖ Hematokrit dalam batas normal 	NIC <p>Syok prevention</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor status sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme, nadi perifer, dan kapiler refill. - Monitor tanda inadkuat oksigenasi jaringan - Monitor suhu dan pernafasan - Monitor input dan output - Pantau nilai labor : HB, HT, AGD dan elektrolit - Monitor hemodinamik invasi yng sesuai - Monitor tanda dan gejala asites - Monitor tanda awal syok - Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat - Lihat dan pelihara kepatenan jalan nafas - Berikan cairan IV dan atau oral yang tepat - Berikan vasodilator yang tepat - Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok - Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok Syok management <ul style="list-style-type: none"> - Monitor fungsi neurologis - Monitor fungsi renal (e.g BUN dan Cr : Lavel) - Monitor tekanan nadi

-
- Monitor status cairan, input, output
 - Catat gas darah arteri dan oksigen
 - di jaringan
 - Monitor EKG, sesuai
 - Memanfaatkan pemantauan jalur arteri untuk meningkatkan akurasi pembacaan tekanan darah, sesuai
 - Menggambar gas darah arteri dan memonitor jaringan oksigenasi
 - Memantau tren dalam parameter hemodinamik (misalnya, CVP, MAP, tekanan kapiler pulmonal / arteri)
 - Memantau faktor penentu pengiriman jaringan oksigen (misalnya, PaO₂ kadar hemoglobin SaO₂, CO), jika tersedia
 - Memantau tingkat karbon dioksida sublingual dan / atau tonometry lambung, sesuai
 - Memonitor gejala gagal pernafasan (misalnya, rendah PaO₂ peningkatan PaCO₂ tingkat, kelelahan otot pernafasan)
 - Monitor nilai laboratorium (misalnya, CBC dengan diferensial) koagulasi profil, ABC, tingkat laktat, budaya, dan profil kimia)
 - Masukkan dan memelihara besarnya kobosanan akses IV
-

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

k) Risiko perdarahan

Tabel 2.13
Intervensi Risiko Perdarahan

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
Risiko perdarahan	NOC	NIC
Definisi : Berisiko mengalami penurunan	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Blood lose severity ❖ Blood koagulation 	Bleeding precautions - Monitor ketat tanda-tanda perdarahan

<p>volume darah yang dapat mengganggu kesehatan.</p>	<p>Kriteria Hasil:</p>	<p>- Catat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan</p>
<p>Faktor Risiko :</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tidak ada hematuria dan hematemesis ❖ Kehilangan darah yang terlihat ❖ Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastole ❖ Tidak ada perdarahan pervagina ❖ Tidak ada distensi abdominal ❖ Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal ❖ Plasma, PT, PTT dalam batas normal 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit - Monitor TTV ortostatik - Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif - Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresh frozen plasma) - Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan - Hindari mengukur suhu lewat rectal - Hindari pemberian aspirin dan anticoagulant - Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K - Hindari terjadinya konstipasi dengan menganjurkan untuk mempertahankan intake cairan yang adekuat dan pelembut feces <p>Bleeding reduction</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Aneurisme • Sirkumsisi • Defisiensi pengetahuan • Koagulopati intravaskuler diseminata • Riwayat jatuh • Gangguan gastrointestinal • (mis.,penyakit ulkus lambung, polip, varises) • Gangguan fungsi hati (mis, sirosis, hepatitis) • Koagulopati inheren (mis, trombositopenia) • Komplikasi pascapartum (mis, atoni uteri, retensi plasenta) • Komplikasi terkait kehamilan (mis, plasenta previa, kehamilan mola, solusio plasenta) • Trauma • Efek samping terkait terapi (mis, pembedahan, pemberian obat, pemberian produk darah defisiensi trombosit, kemoterapi) 		<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab perdarahan - Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonary capillary / artery wedge pressure) - Monitor status cairan yang meliputi intake dan output - Monitor penentu pengiriman oksigen ke jaringan (PaO₂, SaO₂ dan level Hb dan cardiac output) - Pertahankan patensi IV line <p>Bleeding reduction: wound/luka</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan manual pressure (tekanan) pada area perdarahan - Gunakan ice pack pada area perdarahan - Lakukan pressure dressing (perban yang menekan) pada area luka - Tinggikan ekstremitas yang perdarahan

-
- Monitor ukuran dan karakteristik hematoma
 - Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan
 - Instruksikan pasien untuk menekan area luka pada saat bersin atau batuk
 - Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas
- Bleeding reduction :
gastrointestinal
- Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh: emesis, feces, urine, residu lambung, dan drainase luka
 - Monitor complete blood count dan leukosit
 - Kolaborasi dalam pemberian terapi : lactulose atau vasopressin
 - Lakukan pemasangan NGT untuk memonitor sekresi dan perdarahan lambung
 - Lakukan bilas lambung dengan NaCl dingin
 - Dokumentasikan warna, jumlah dan karakteristik feses
 - Hindari pH lambung yang ekstrem dengan kolaborasi pemberian antacids atau histamine blocking agent
 - Kurangi faktor stress
 - Pertahankan jalan nafas
 - Hindari penggunaan anticoagulant
 - Monitor status nutrisi pasien
 - Berikan cairan Intravena
 - Hindari penggunaan aspirin dan ibuprofen
-

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

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

Tabel 2.14
Intervensi Defisit Pengetahuan

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
Defisit pengetahuan	NOC	NIC

<p>Definisi : Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Knowledge : disease proses ❖ Knowledge : healt beavior 	<p>Treching : disease proces</p>
<p>Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perilaku hiperbola • Ketidakakuratan mengikuti perintah • Ketidakakuratan mengikuti tes (mis., hysteria, bermusuhan, agitasi, apatis) • Pengukuran masalah 	<p>Kriteria Hasil:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik
<p>Faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keterbatasan kognitif • Salah intepretasi informasi • Kurang pajakan • Kurang minat dalam belajar • Kurang dapat mengingat • Tidak familiar dengan sumber informasi 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tetang penyakit, kondisi, prognosis,program pengobatan. ❖ Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secar benar. ❖ Pasien dan keluarga mamu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat. - Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat - Identifikasi kemampuan penyebab dengan cara yang tepat - Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat - Hindari jaminan yang kosong - Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat - Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan dating dan atau proses pengongtrolan penyakit - Diskusikan pilihan terapi atau penanganann - Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan - Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan,dengan cara yang tepat.

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

C. Konsep Dasar Laktasi

1. Definisi Bendungan ASI

Bendungan ASI adalah penyempitan pada duktus laktiferus, sehingga sisa ASI terkumpul pada sistem duktus yang mengakibatkan terjadinya pembengkakan (Sarwono, 2008).

Bendungan ASI adalah pembendungan ASI karena penyempitan duktus laktiferus atau oleh kelenjar-kelenjar tidak dikosongkan dengan sempurna atau karena kelainan pada puting susu, payudara yang membengkak ini yang sering terjadi sesudah melahirkan pada hari ketiga atau keempat (Bahiyatun, 2008).

Dari pengertian diatas maka dapat diambil kesimpulan bahwa bendungan ASI adalah terjadinya pembengkakan pada payudara karena peningkatan aliran vena dan limfe sehingga menyebabkan pembengkakan.

2. Etiologi

Menurut Ai Yeyeh (2012), beberapa faktor yang dapat menyebabkan bendungan ASI, yaitu:

- a. Pengosongan mammae yang tidak sempurna
- b. Faktor hisapan bayi yang tidak aktif
- c. Faktor posisi menyusui bayi yang tidak benar
- d. Puting susu terbenam
- e. Puting susu terlalu panjang Manfaat ASI Eksklusif

3. Manfaat ASI Eksklusif

a. Keuntungan ASI untuk ibu

Menurut Atikah dan Eni (2010) keuntungan ASI bagi ibu, antara lain:

- 1) Dapat digunakan sebagai metode KB alami
- 2) Mempercepat proses involusi uterus
- 3) Mempercepat proses pembentukan tubuh keukuran semula
- 4) Lebih ekonomis dan murah
- 5) Tidak merepotkan dan hemat waktu
- 6) Mengurangi kemungkinan kanker payudara
- 7) Memberikan kesenangan dan kepuasan bagi ibu
- 8) Mencegah perdarahan pasca persalinan

b. Keuntungan ASI untuk bayi

Menurut Vivian & Sunarsih (2011) manfaat ASI bagi bayi yaitu:

- 1) Nutrien (zat gizi) dalam ASI sesuai dengan kebutuhan bayi
- 2) ASI mengandung zat protektif
- 3) ASI meningkatkan kecerdasan bayi
- 4) Mengurangi kejadian karies dentis.
- 5) Mengurangi kejadian maloklusi

4. Perawatan payudara

Menurut Yuliani Atik (2014), perawatan payudara sebagai persiapan untuk menyusui bayinya, karena payudara merupakan organ esensial penghasil ASI yang menjadi makanan pokok bayi baru lahir sehingga perlu dilakukan perawatan sedini mungkin.

a. Tujuan Perawatan Payudara

Untuk menjaga kebersihan payudara sehingga terhindar dari infeksi, untuk mengenyalkan puting susu supaya tidak mudah lecet, untuk menonjolkan puting susu, menjaga bentuk buah dada tetap bagus, untuk mencegah terjadinya penyumbatan, untuk memperbanyak produksi ASI dan untuk mengetahui adanya kelainan

b. Persiapan untuk mencapai hasil yang baik yaitu:

Pengurutan untuk dikerjakan secara teratur, memperhatikan makanan dan minuman dengan menu seimbang, memperhatikan kebersihan sehari-hari terutama kebersihan payudara, memperhatikan BH yang bersih dan bentuknya menyokong payudara, istirahat yang cukup dan pikiran yang tenang, menghindari rokok dan minuman yang beralkohol

c. Pelaksanaan Perawatan Payudara

Puting susu dikompres dengan kapas minyak selama 3-4 menit, kemudian bersihkan dengan kapas minyak tadi. Setelah itu, pengenyalan yaitu puting susu dipegang dengan ibu jari dan jari

telunjuk diputar kedalam 10 kali keluar 10 kali. Lanjutkan penonjolan puting susu yaitu puting susu cukup ditarik sebanyak 20 kali dan dirangsang dengan menggunakan ujung washlap, lalu pengurutan payudara: telapak tangan petugas diberi baby oil atau minyak kelapa kemudian diratakan, tempatkan kedua telapak tangan diantara kedua payudara. Urutlah payudara dari tengah ke atas, ke samping lalu ke bawah sambil mengangkat kedua payudara dan lepaskan kedua payudara perlahan-lahan. Lakukan gerakan ini 20 kali. Lalu peganglah payudara kiri dengan tangan kiri lalu diurut dari pangkal ke puting susu dengan menggunakan sisi tangan masing-masing sebanyak 20 kali. Setelah itu telapak tangan kiri menyangga payudara kiri, lalu tangan kanan dikepalkan (seperti menggenggam). Lakukan penekanan pada payudara kiri dengan menggunakan posisi persendian dari kelima jari tangan yang mengepal. Lakukan bergantian masing-masing 20 kali. Selanjutnya kompres kedua payudara dengan waslap hangat kemudian ganti dengan kompres washlap dingin. Kompres bergantian selama 5 kali berturut-turut, bersihkan payudara dengan handuk, kemudian pakailah BH (kutang) yang menyangga payudara, bantu ibu memakai baju, setelah selesai bereskan alat, cuci tangan dan keringkan.