

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO
SESAREA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
NYERI AKUT DI RUANG DELIMA RSUD CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya
Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Bhakti Kencana Bandung**

Oleh :

MERİYATI SIMANUNGKALIT

NIM: AKX.16.067



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

2019

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Meriyati Simanungkalit
NPM : AKX.16.067
Program Studi : Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana
Bandung
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Seksio
Sesarea dengan Nyeri Akut di Ruangan Delima
di RSUD CIAMIS

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri bukan dari pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya tulis ilmiah ini hasil plagiat/jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bandung,2019

Yang Membuat Pernyataan



METERAI
TEMPEL
5B5B2AFF636487468
6000
ENAM RIBURUPIAH

MERIYATI SIMANUNGKALIT

AKX.16.067

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST
SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT
DI RUANG DELIMA RSUD CIAMIS**

**OLEH
MERIYATI SIMANUNGKALIT
AKX.16.067**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti tertera dibawah ini

16 April 2019

Menyetujui,

Pembimbing Utama



Ade Tika Herawati, M.Kep

NIP: 10107069

Pembimbing Pendamping

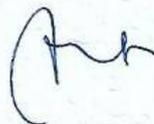


Iccu Komalaningsih S,KM

NIP : 10218003

Mengetahui

Ketua Prodi Diploma III Keperawatan



Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep

NIP :1011603

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST
SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT
DI RUANG DELIMA RSUD CIAMIS**

**OLEH
MERIYATI SIMANUNGKALIT
AKX.16.067**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung Pada Tanggal 16 April 2019

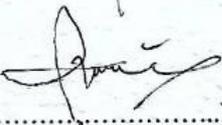
Panitia Penguji

Ketua : Ade Tika Herawati, M.Kep
(Pembimbing Utama)

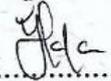
(.....)

Anggota :

1. Sri Lestari Kartikawati, M.Keb
(Penguji I)
2. Ingrid Dirgahayu, S.Kep, Ners., M.Kes
(Penguji II)
3. Iceu Komalaningsih S,KM
(Pembimbing pendamping)

(.....)

(.....)

(.....)

Mengetahui

STIKes Bhakti Kencana Bandung

Ketua,



R. Sri Jundiah, S.Kp.,M.Kep.

NIP: 101070641

ABSTRAK

Latar Belakang: Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding perut. Banyaknya angka kejadian seksio sesarea di RSUD Ciamis periode Januari sampai Desember 2018 adalah 719 (53,4%) dari 1.345 persalinan. **Tujuan:** Untuk memperoleh pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Metode:** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. **Hasil:** Studi kasus ini dilakukan pada dua klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi, masalah keperawatan nyeri akut pada kasus 1 dan kasus 2 dapat teratasi pada hari ketiga. **Diskusi:** Pada kedua klien ditemukan masalah nyeri akut dikarenakan adanya terputusnya kontinuitas jaringan. Adapun perbedaan hasil dari intervensi mengobservasi tanda-tanda vital, menganjurkan tehnik distrasik dengan mendengarkan musik, mengobservasi tingkat nyeri, dan memberikan pendidikan kesehatan tentang manajemen nyeri nonfarmakologi pada kedua klien yaitu pada hari ketiga klien 1 nyeri sudah berskala 0(0-10) sedangkan klien 2 masih berskala 2(0-10). Penulis menyarankan kepada pihak rumah sakit dengan dilakukan penelitian yaitu pengaruh terapi musik terhadap penurunan skala nyeri pada pasien post section sesarea diharapkan bisa menjadi bahan acuan atau referensi bagi praktisi dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien post operasi seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut. dan kepada pihak institusi pendidikan diharapkan mampu memenuhi ketersediaan literatur terbitan baru terutama mengenai seksio sesarea dan nyeri akut sehingga dapat menambah wawasan keilmuan mahasiswa.

Keyword : Post seksio sesarea, Nyeri akut, Asuhan keperawatan

Daftar Pustaka : 10 Buku, 2 Jurnal, 33 Tabel, 2 Gambar

ABSTRACT

Background: Sectio Caesarea is a way of giving birth to the fetus by making an incision on the uterine wall through the abdominal wall. The incidence of sectio caesarea at RSUD Ciamis from January to December 2018 was 719 (53,4%) from 1,345 deliveries. **Objective:** To gain experience in taking actions on nursing care for post-sectio caesarea clients with acute pain. **Method:** The case study is done by exploring a problem inside a detailed constraints, retrieving extensive data, and providing various sources of information. **Results:** This case study was conducted on two post sectio caesarea clients with acute pain problems. After giving nursing care with intervention, acute pain problems in client 1 and 2 can be resolved by the third day. **Discussion** In both clients the problem of acute pain was found due to the discontinuation of tissue continuity. As for the differences in the results of the intervention observing vital signs, suggesting distrasik techniques by listening to music, observing the level of pain, and providing health education about nonpharmacological pain management on both clients is on the third day, client 1 has scale 0 (0-10) and client 2 has scale 2 (0-10). The writer advise the hospital by conducting research that is the influence of music therapy on the reduction of pain scale in the cesarean post section client is expected to be a reference or reference material for the practitioner in implementing nursing counseling in patients with cesarean section surgery with acute pain nursing problems. and the educational institutions are expected to be able to meet the availability of new published literature, especially regarding cesarean section and acute pain so that they can add to students' scientific insights.

Keyword: Post seksio sesarea, Acute pain, Nursing care

Bibliography: 10 Books, 2 Journals, 33 Tables, 2 Picture

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RSUD CIAMIS” dengan sebaik-baiknya.

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

Penyusunan karya tulis ini tidak pernah berdiri sendiri, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah turut serta membantu proses hingga terwujudnya harapan dan tujuan penulis dengan baik, ucapan terima kasih ini penulis sampaikan yang sebesar-besarnya kepada :

1. H. Mulyana, S.H., M.Pd., M.H.Kes. selaku Ketua Yayasan Adhi 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 STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Ade Tika Herawati, M.Kep, selaku Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan, saran serta motivasi yang sangat berguna dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

5. Iceu Komalanengsih S.KM, selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Staf dosen dan karyawan program studi DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik.
7. dr. H. Aceng Solahudin A, M.Kes. selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
8. Dedeh, S.ST. selaku CI Ruang Delima yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis.
9. Untuk kedua orangtua tercinta yaitu Ayahanda Paian Simanungkalit dan Ibunda Linda Gultom, Abang Parlin, Abang Ayub, Kak Merlin, dan Kak Melan serta seluruh keluarga besar yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus selalu mendoakan demi keberhasilan penulis.
10. Untuk teman - teman seperjuangan Anestesi Angkatan XII yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus.
11. Untuk sahabatku tercinta yang selalu mendukung Pratama, Claudia, Indri, Sherly, Reta, Alisa, dan Bryan
12. Untuk mamang grab se-bandung yang sudah membantu saya dalam transportasi saya menuju lokasi-lokasi tertentu.
13. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

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

Bandung, April 2019

PENULIS

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR BAGAN	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penulisan	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat	4
1.4.1 Manfaat Teoritis	4
1.4.2 Manfaat Praktis	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Anatomi System Reproduksi	6
2.2 Konsep Seksio Sesarea	12
2.2.1 Definisi Seksio Sesarea	12
2.2.2 Etiologi	13
2.2.3 Patofisiologi	14
2.2.4 Klasifikasi	15

2.2.5	Indikasi	15
2.2.6	Komplikasi	16
2.2.7	Pemeriksaan Diagnostik	17
2.2.8	Penatalaksanaan Medik dan Implikasi Keperawatan	18
2.3	Konsep Dasar Nifas	19
2.3.1	Definisi Nifas	19
2.3.2	Tujuan Asuhan Masa Nifas	20
2.3.3	Tahapan Masa Nifas.....	20
2.3.4	Perubahan Fisiologis Masa Nifas.....	21
2.3.5	Adaptasi Psikologis Ibu dalam Masa Nifas	34
2.4	Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas	37
2.4.1	Pengkajian	37
2.4.2	Diagnosa Keperawatan	46
2.4.3	Intervensi Keperawatan.....	48
2.4.4	Implementasi Keperawatan	61
2.4.5	Evaluasi Keperawatan	61
BAB III METODE PENELITIAN		
3.1	Desain Penelitian	62
3.2	Batasan Istilah	62
3.3	Partisipan/ Respon/ Subyek Penelitian	63
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian	63
3.5	Pengumpulan Data	64
3.6	Uji Keabsahan Data	65
3.7	Analisis Data	66
3.8	Etik Penulisan KTI	67
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN		
4.1	Hasil	
4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data	70

4.1.2	Pengkajian	80
4.1.3	Analisis Data	83
4.1.4	Diagnosa Keperawatan	85
4.1.5	Perencanaan	86
4.1.6	Implementasi	88
4.1.7	Evaluasi	90
4.2	Pembahasan	91
4.2.1	Pengkajian	91
4.2.2	Diagnosa.....	92
4.2.3	Perencanaan.....	97
4.2.4	Implementasi.....	98
4.2.5	Evaluasi.....	100
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN		
5.1	Kesimpulan.....	102
5.2	Saran.....	104
	Daftar Pustaka	105
LAMPIRAN		

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Alat Kandungan Luar.....	6
Gambar 2.2 Alat Kandungan Dalam.....	8

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Involusi Uterus	22
Tabel 2.2 Macam – Macam Lochea	26
Tabel 2.3 Intervensi Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	48
Tabel 2.4 Intervensi Nyeri Akut.....	49
Tabel 2.5 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi	51
Tabel 2.6 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI.....	52
Tabel 2.7 Intervensi Gangguan Eleminasi Urine.....	53
Tabel 2.8 Intervensi Gangguan Pola Tidur	54
Tabel 2.9 Intervensi Resiko Infeksi.....	55
Tabel 2.10 Intervensi Defisit Perawatan Diri.....	56
Tabel 2.11 Intervensi Konstipasi	57
Tabel 2.12 Intervensi Resiko Syok.....	58
Tabel 2.13 Intervensi Resiko Perdarahan.....	59
Tabel 2.14 Intervensi Defisit Pengetahuan	60
Tabel 4.1 Identitas Klien.....	72
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit	73
Tabel 4.3 Riwayat Ginekologi.....	74
Tabel 4.4 Riwayat Obstetri.....	74
Tabel 4.5 Perubahan Aktivitas Sehari-hari	75
Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik	77

Tabel 4.7 Data Psikologi.....	80
Tabel 4.8 Data Sosial.....	81
Tabel 4.9 Kebutuhan Bounding Attachment	81
Tabel 4.10 Kebutuhan Pemenuhan Seksual.....	81
Tabel 4.11 Data Spiritual.....	82
Tabel 4.12 Pengetahuan Tentang Perawatan Diri	82
Tabel 4.13 Hasil Pemeriksaan Diagnostik	82
Tabel 4.14 Program dan Rencana Pengobatan.....	83
Tabel 4.15 Analisis Data.....	83
Tabel 4.16 Diagnosa Keperawatan.....	85
Tabel 4.17 Perencanaan	86
Tabel 4.18 Implementasi	88
Tabel 4.19 Evaluasi.....	90

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Seksio Sesarea	14
----------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I Lembar Konsultasi KTI
- Lampiran II Catatan Revisi Ujian KTI
- Lampiran III Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran IV Lembar Observasi
- Lampiran V Surat Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus
- Lampiran VI Format Review Artikel
- Lampiran VII Satuan Acara Penyuluhan
- Lampiran VIII Leaflet
- Lampiran IX Jurnal
- Lampiran IX Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Seksio Sesarea menurut Imam Rasjidi (2009) didefinisikan sebagai lahirnya janin melalui insisi pada dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerektomi). Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding depan perut (Amru Sofian, 2012).

WHO (World Health Organization) tahun 2015 melaporkan bahwa angka kejadian Seksio Sesarea meningkat 10 – 15% dari semua proses persalinan di negara – negara berkembang. Hasil Riskesdas (2018) Di Indonesia menunjukkan kelahiran dengan metode Seksio Sesarea sebesar 17,6% dari total 78.736 kelahiran sepanjang tahun 2018 sedangkan Di Jawa Barat kejadian operasi section caesarea sekitar 15,5 %. Berdasarkan data yang penulis dapatkan dari medical record RSUD Ciamis periode tahun 2017 – 2018, didapatkan kasus persalinan normal sebanyak 626 kasus di ruang VK dan ruang Delima, kasus persalinan dengan seksio sesarea didapatkan sebanyak 719 kasus atau sekitar 53,4% dari 1345 kasus persalinan di ruang Delima.

Adapun masalah keperawatan yang biasanya muncul pada klien dengan Seksio Sesarea yaitu, Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mokus dalam jumlah berlebihan), Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan

nutrisi postpartum, Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, Gangguan eliminasi urine, Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan, Resiko infeksi berhubungan dengan adanya jaringan terbuka, Defisit perawatan diri: Mandi, Konstipasi, Resiko syok (hipovolemik), Resiko perdarahan, Defisiensi pengetahuan: Perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post partum.

Tindakan operasi menyebabkan terjadinya perubahan kontinuitas jaringan tubuh. Pada proses operasi digunakan anestesi agar pasien tidak merasakan nyeri, namun setelah operasi selesai dan pasien mulai sadar akan merasakan nyeri pada bagian tubuh yang mengalami pembedahan. Tidak ada individu mengalami nyeri yang sama dan tidak ada dua kejadian nyeri yang identik sama pada seorang individu karena nyeri bersifat subjektif (perry & potter, 2010).

Penatalaksanaan nyeri dalam menangani klien dengan post seksio sesarea adalah dengan terapi farmakologi dan non-farmakologi. Penatalaksanaan dengan farmakologi yaitu dengan pemberian analgesik. Sedangkan, penatalaksanaan dengan non farmakologi yaitu terdiri dari berbagai tindakan mencakup intervensi perilaku dan kognitif menggunakan agen-agen fisik meliputi stimulus kulit, stimulus elektrik saraf kulit, akupunktur dan pemberian placebo. Intervensi perilaku kognitif meliputi tindakan distraksi, teknik relaksasi, imajinasi terbimbing, hipnotis, sentuhan terapeutik (Bernatzky, 2011)

Adapun upaya untuk mengurangi nyeri pada ibu post seksio sesarea yaitu dengan terapi musik. Menurut Greer (2003 dalam Bernatzky 2011), terapi musik

adalah penggunaan untuk relaksasi,mempercepat penyembuhan,meningkatkan fungsi mental dan menciptakan rasa sejahtera.

Oleh karena itu perawat diharapkan mampu mengelola setiap masalah yang timbul secara komprehensif terdiri dari biologis, psikologis, sosial, spiritual terutama dalam penanganan post seksio sesarea dengan masalah Nyeri Akut. Asuhan keperawatan tersebut dilakukan dengan melakukan proses keperawatan yaitu pengkajian, merumuskan masalah yang muncul,menyusun rencana penatalaksanaan dan mengevaluasinya (Dermawan Deden, 2012).

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea melalui penuyusunan karya tulis ilmiah (KTI) yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RSUD CIAMIS”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, bagaimakah asuhan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di RSUD Ciamis?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu mengaplikasikan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di RSUD Ciamis secara komprehensif meliputi aspek bio, psiko, spiritual, dalam bentuk pendokumentasian.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di RSUD Ciamis.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea keperawatan dengan Nyeri Akut di RSUD Ciamis.
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di RSUD Ciamis.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di RSUD Ciamis.
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di RSUD Ciamis.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat teoritis Meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut.

1.4.2 Manfaat praktis

- a. Bagi Perawat

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi perawat yaitu perawat dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada klien Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut.

- b. Bagi Rumah Sakit

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu dan

pelayanan bagi pasien khususnya pada klien Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Manfaat praktis bagi institusi Pendidikan yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut.

BAB II

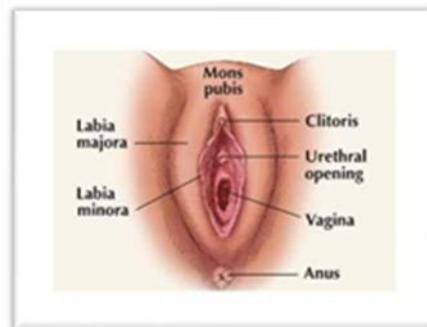
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Anatomi sistem reproduksi

2.1.1 Genetalia Eksterna

Gambar 2.1

Alat Kandungan Luar



Sumber: Eniyati, 2013

a. Mons Veneris

Adalah daerah yang menggantung di atas simfisis, yang akan ditumbuhi rambut kemaluan (pubes) apabila wanita berangkat dewasa (Eniyati & Sholihah, 2013) dan (Reeder et al, 2014).

b. Bibir besar kemaluan (labia mayora)

Berada pada bagian kanan dan kiri, berbentuk lonjong yang pada wanita menjelang dewasa (Eniyati & Sholihah, 2013) dan (Reeder et al, 2014).

c. Bibir kecil kemaluan (labia minora)

Bagian dalam dari bibir besar yang berwarna merah jambu (Eniyati & Sholihah, 2013).

d. Klentit (klitoris)

Glans klitoris berisi jaringan yang dapat berereksi, sifatnya amat sensitif karena banyak memiliki serabut saraf (Eniyati & Sholihah 2013).

e. Vulva

Berbentuk lonjong, berukuran panjang mulai dari klitoris, kanan kiri dibatasi bibir kecil sampai ke belakang dibatasi perineum (Eniyati & Sholihah, 2013).

f. Vestibulum

Terletak di bawah selaput lendir vulva, terdiri dari bulbus vestibule kanan dan kiri. Di sini dijumpai kelenjar vestibule mayor (kelenjar bartholini) dan kelenjar vestibulum minor (Eniyati & Sholihah, 2013).

g. Introitus vagina

Adalah pintu masuk ke vagina (Eniyati & Sholihah, 2013).

h. Selaput darah (hymen)

Merupakan selaput yang menutupi introitus vagina (Eniyati & Sholihah, 2013).

- i. Lubang kemih (orifisium uretra eksterna)

Adalah tempat keluarnya air kemih yang terletak di bawah klitoris (Eniyati & Sholihah, 2013).

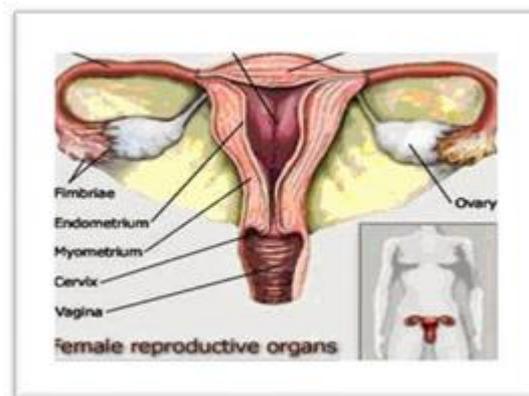
- j. Perineum

Terletak diantara vulva dan anus (Eniyati & Sholihah, 2013)

2.1.2 Genetalia Interna

Gambar 2.2

Alat Kandung Dalam



Sumber : Eniyati & Sholihah, 2013

- a. Vagina

Vagina adalah liang yang menghubungkan vulva dengan rahim.

Ukuran panjang dinding depan 8 cm dan dinding belakang 10cm, bentuk dinding dalamnya berlipat – lipat disebut rugae.

Fungsi dari vagina adalah

- 1) Saluran keluar untuk mengalirkan darah haid dan sekret lain dari rahim

- 2) Alat untuk bersenggama
- 3) Jalan lahir waktu bersalin (Eniyati & Sholihah, 2013)

b. Uterus (Rahim)

Uterus pada orang dewasa merupakan organ tebal seperti buah alpukat atau buah pir yang sedikit gepeng, terletak dalam rongga pelvis diantara rectum dan kandung kemih. Panjang uterus 7-7,5 cm, lebar 5cm, tebal 2,5 cm. Uterus pada wanita dewasa umumnya terletak di di sumbu tulang panggul dalam posisi anterversiofleksi, membentuk sudut dengan vagina. Kopurs uteri kearah depan membentuk sudut 120-130 derajat dengan serviks uteri.

Uterus terdiri dari :

- 1) Fundus uteri (dasar rahim) ditutupi oleh peritoneum, berhubungan dengan fascies vesikalis dan permukaan internalis. Pada bagian atas bermuara tuba uterine yang memnembus dinding uterus. Dibawah dan didepan titik pertemuan ini terdapat ligamentum dan dibelakang ligamentum terdapat ovarium.
- 2) Korpus uteri, didalamnya terdapat rongga (kavum uteri) yang membuka keluar melalui saluran kanalis servikalis yang terletak pada serviks, bagian ini merupakan tempat berkembangnya janin.

3) Serviks uteri, merupakan yang menyempit, berbentuk kerucut dengan apeks yang menjurus kebawah dan kebelakang dan sedikit lebar dipertengahan. Sumbu panjang serviks sama dengan sumbu panjang korpus, berbentuk garis bengkok kedepan. Serviks dibagi atas dua bagian :

- i. Porsio supravaginalis, dipisahkan dari vesika urinaria oleh parametrium yang memanjang pada sisi lateral uterus diantara ligamentum latum uretra dan uterus, berjalan kebawah dan kedepan didalam parametrium sepanjang 2 cm dari serviks. Bagian posterior supravaginalis ditutupi oleh peritoneum.
- ii. Porsio vaginalis, terdapat diantara forniks anterior dan forniks posterior. Pada ujung porsio vaginalis terdapat orifisium eksterna uteri tempat serviks eksternus uteri, dibatasi oleh suatu bibir (bibir atas dan bibir bawah) kedua bibir berkontak dengan dinding posterior vagina (Eniyati & Sholihah, 2013).

c. Tuba falopi

Tuba falopi adalah saluran telur yang mengangkat ovum dari ovarium ke kavum uteri. Panjangnya rata-rata 11-14 cm. Tuba falopi ada 2 bagian, mulai dari sisi pelvis ke sudut superior lateral uterus. Masing bergantung pada plika peritoneal

mesenterium yang meliputi margo superior dan berdekatan dengan ligamentum latum (Syaifuddin, 2016).

d. Ovarium

Kelenjar yang terletak di kanan dan kiri uterus terikat oleh ligamentum uterus. Ovarium berhubungan dengan uterus melalui ligamentum ovarii proprium, terletak pada lapisan belakang ligamentum latum. Sebagian besar ovarium terletak pada intraperitoneal dan tidak dilapisi oleh peritoneum.

Bagian ovarium yang berada di dalam kavum peritonei dilapisi oleh epitelium kubik silindrik, disebut epitelium germinativum. Di bawah epitel ini terdapat tunika albuginea dan di bawah tunika albuginea ditemukan lapisan banyak folikel. Setiap bulan folikel ini berkembang menjadi folikel de Graaf. Folikel ini merupakan bagian ovarium yang terpenting, dapat ditemukan di korteks ovarii dengan beraneka ragam tingkat perkembangan. Sel telur dikelilingi oleh satu lapisan sel-sel saja sampai folikel de Graaf matang. Folikel yang matang terisi dengan liquor folliculi yang mengandung estrogen dan siap berovulasi.

Arteri yang menyuplai ovarium dan loba interna adalah A. ovarika cabang dari aorta abdominalis. Masing-masing beranastomosis dengan arteri uterine, memberi beberapa cabang

ke tuba uterin. Cabang yang melalui mesovarium masuk ke hilus ovarium. Vena muncul dari hilus dan membentuk pleksus pompaniformis. Vena ovarika dibentuk dari pleksus ini.

Saraf ovarium berasal dari cabang dari nervus hipogastrikus atau pleksus pelvikus dan membentuk pleksus ovarikus. Tuba interna menerima cabang dari nervus internus (Syaifuddin, 2016).

2.2 Konsep Seksio caesaria

2.2.1 Definisi seksio sesarea

Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut; seksio sesarea juga dapat didefinisikan sebagai suatu hysterotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Amru Sofian, 2013).

2.2.2 Etiologi

1) Etiologi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, ada plasenta previa terutam apada primigravida, solutsio plasenta tingkat I-II, komplikaso kehamilan yaitu pre-

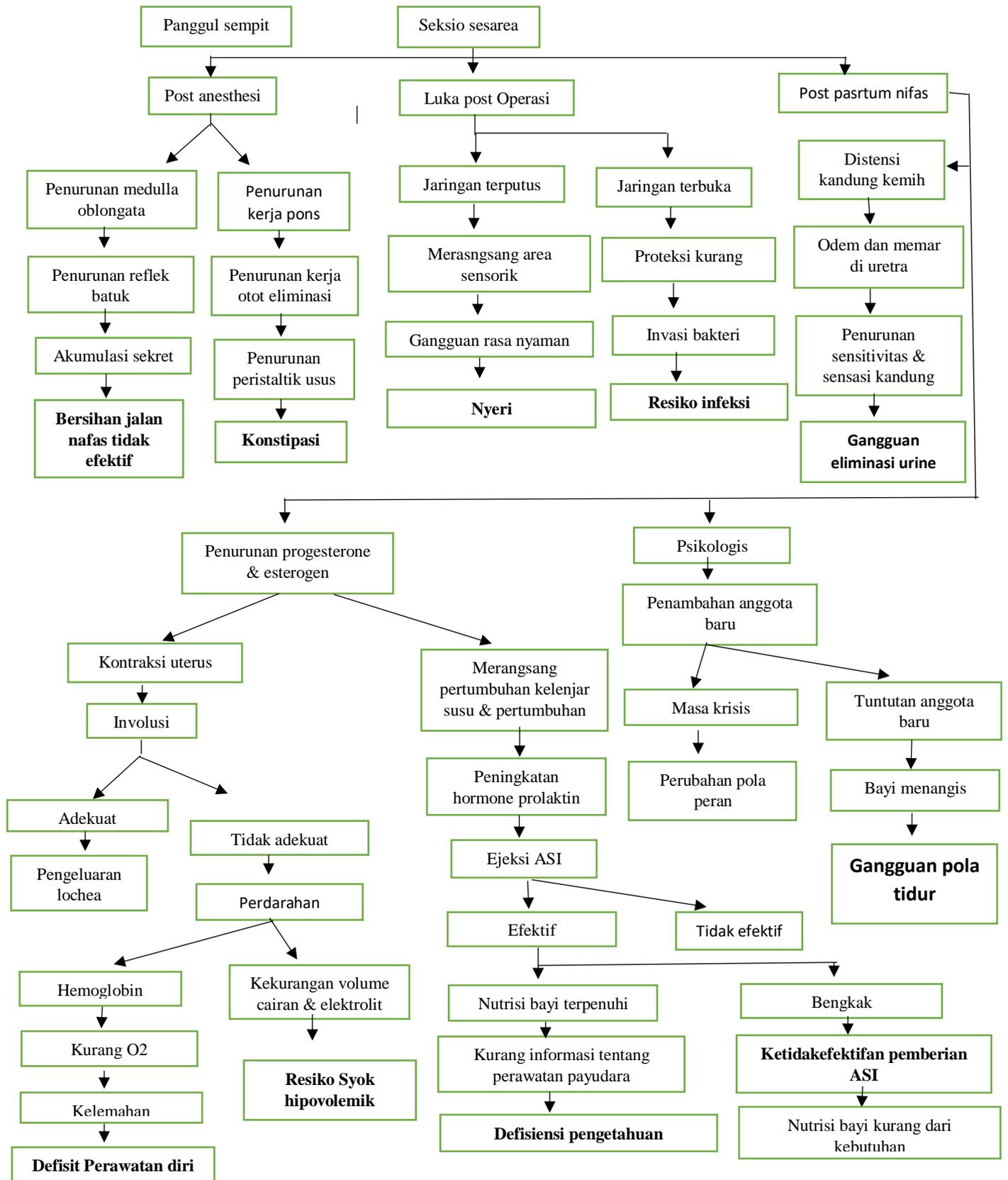
eklamasia – eklamesia, atas permintaan, persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

2) Etiologi yang berasal dari janin

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

(Amin Huda, 2015)

2.2.3 Patofisiologi (Amin Huda, 2015)



2.2.4 Klasifikasi

Menurut Amru Sofian (2013), klasifikasi dari seksio sesarea adalah :

- a. Abdomen (Seksio sesarea Abdominalis)
 - 1) Seksio sesarea transperitonealis:
 - 2) Seksio sesarea atau corporal dengan insisi memanjang pada korpus uteri.
 - 3) Seksio sesarea ismika atau profunda atau low cervical dengan insisi pada bagian segmen bawah rahim.
 - 4) Seksio sesarea ekstraperitonealis, yaitu seksio sesarea tanpa membuka peritoneum parietale; dengan demikian, tidak membuka kavum abdominis.
 - 5) Vagina (Seksio Sesarea Vaginalis):
 - 1) Sayatan memanjang (Longitudinal) menurut kronig,
 - 2) Sayatan melintang (Transversal) menurut Kert,
 - 3) Sayatan huruf T (T-incision).

2.2.5 Indikasi

Menurut Amin Huda (2013), Indikasi dari seksio sesarea adalah :

- a. Plasenta Previa sentralis dan lateralis (posterior)
- b. Panggul sempit

- c. Dispori sefalopelvis: yaitu ketidakimbangan antara ukuran kepala dan ukuran panggul
- d. Rupture uteri mengancam
- e. Partus lama (prolonged labor)
- f. Partus tak maju (obstructed labor)
- g. Distosia serviks
- h. Preeklamesia dan hipertensi

Malpresentasi janin :

- 1) Letak lintang
- 2) Letak bokong.
- 3) Presentasi dahi dan muka (letak defleksi).
- 4) Presentasi rangkap jiwa reposisi tidak berhasil.
- 5) Gemeli.

2.2.6 Komplikasi

- a. Infeksi puerperal terbagi menjadi tiga, yaitu :
 - 1) Ringan; dengan kenaikan suhu beberapa hari saja.
 - 2) Sedang; dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung,
 - 3) Berat; dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik.

Infeksi berat sering kita jumpai pada partus terlantar; sebelum timbul infeksi nifas, telah terjadi infeksi intra partum karena ketuban yang telah pecah terlalu lama.

- b. Perdarahan Karena :
 - 1) Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka.
 - 2) Atonia uteri
 - 3) Perdarahan dan placentar bed
- c. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi.
- d. Kemungkinan rupture uteri spontan pada kehamilan mendatang.

2.2.7 Pemeriksaan diagnostik

Menurut Amin Huda (2015), Pemeriksaan diagnostik pada section sesarea yaitu :

- a. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- b. Pemantauan EKG
- c. JDL dengan diferensial
- d. Elektrolit
- e. Hemoglobin/Hematokrit
- f. Golongan darah
- g. Urinalisis
- h. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi.
- i. Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi
- j. Ultrasound sesuai pesanan

2.2.8 Penatalaksanaan medik atau Implikasi Keperawatan

Penatalaksanaan medik dan implikasi keperawatan pada ibu post seksio sesarea yaitu: pemberian cairan, karena 24 jam pertama penderita pasca operasi, maka pemberian cairan intravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya; diet, pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 – 10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh; mobilisasi, dilakukan secara bertahap meliputi miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 – 10 jam setelah operasi.

Kemudian posisi tidur terlentang dapat diubah menjadi setengah posisi duduk (semi fowler). Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ketiga sampai hari kelima pasca operasi; kateterisasi, kateter biasanya terpasang 24-48 jam/lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

Juga diberikan beberapa jenis obat-obatan seperti antibiotik, analgetik, caboransia seperti neurobian I vit. C. Dilakukan juga perawatan luka, kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus

dibuka dan diganti. Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi, dan pernafasan (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

2.3 Konsep Dasar Nifas

2.3.1 Definisi Masa Nifas

Masa Nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan (Damai & Dian, 2011).

Masa Nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandung kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu (Damai & Dian, 2011).

Masa nifas merupakan masa selama persalinan dan segera setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali ke keadaan tidak hamil yang normal (Damai & Dian, 2011).

Masa Nifas adalah masa setelah seorang ibu, melahirkan bayi yang dipergunakan untuk memulihkan kesehatannya kembali yang semuanya memerlukan waktu 6-12 minggu (Damai & Dian, 2011).

2.3.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan dari pemberian asuhan pada masa nifas menurut Damai & Dian (2011) :

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
- b. Melaksanakan skrinning secara komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari.

2.3.3 Tahapan Masa Nifas

Masa Nifas terbagi menjadi tiga tahapan menurut Damai & Dian (2011) :

- a. Puerperium dini
Suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.
- b. Puerperium intermedial
Suatu masa dimana kepulihan dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih enam minggu.

- c. Remote puerperium
- d. Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama ibu bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi.

2.3.4 Perubahan Fisiologi Masa Nifas

- a. Perubahan Fisiologis Masa Nifas pada sistem reproduksi menurut Damai & Dian (2011)

1) Involusi uterus

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

- a) Iskemia Miometrium. Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relative anemi dan menyebabkan serat otot atroli.
- b) Atroli jaringan. Atroli jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormone esterogen saat pelepasan plasenta.
- c) Autolysis merupakan proses dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini

disebabkan karena penurunan hormone estrogen dan progesterone.

- d) Efek Oksitosin. Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.
- e) Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1

Involusi Uterus

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari (minggu 1)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

2) Invovlusi tempat plasenta

Uterus pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol kedalam kavum uteri. Segera setelah plasenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1- 2 cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut.

Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium baru dibawah permukaan luka. Regenerasi endometrium baru dibawah permukaan luka. Regenerasi endometrium terjadi ditempat implantasi plasenta selama sekita 6 minggu.

Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung didalam decidua basalis. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta hingga terkelupas dan tak dipakai lagi pada pembuangan lochia.

3) Perubahan ligament

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

4) Perubahan pada serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai, dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukkan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari yang dapat masuk.

Oleh karena hiperpalpasi dan retraksi serviks, robekan serviks dapat sembuh. Namun demikian, selesai involusi ostium eksternum tidak sama waktu sebelum hamil. Pada umumnya ostium eksternum lebih besar, tetapi ada retak-retak dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya.

5) Lochia

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

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

Lochia mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita.

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

Tabel 2.2
Warna Lochia

Lochia	Waktu	Warna	Ciri - ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekoneum dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lender
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	> 14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati

Umumnya jumlah lochia lebih sedikit bila wanita postpartum dalam posisi berbaring daripada berdiri. Hal ini terjadi akibat pembuangan bersatu divagina bagian atas saat wanita dalam posisi berbaring dan kemudian akan mengalir keluar saat berdiri. Total jumlah rata-rata pengeluaran lochia sekitar 240 hingga 270 ml.

6) Vulva, Vagina dan perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali pada minggu ke tiga.

Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karunkulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan yang pertama.

Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomy dengan indikasi tertentu. Meskipun perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian.

b. Perubahan fisiologi Masa nifas pada system Pencernaan

Sistem gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, di antaranya tingginya kadar progesterone yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolestrol darah, dan melematkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesterone juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal.

Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada system pencernaan, antara lain :

- 1) Nafsu makan
- 2) Motilitas
- 3) Pengosongan lambung

- c. Perubahan Fisiologi masa nifas pada sistem perkemihan menurut Damai & Dian (2011)

Pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Hal yang berkaitan dengan fungsi system perkemihan, antara lain :

- 1) Hemostatis internal
- 2) Keseimbangan asam basa
- 3) Pengeluaran sisa metabolisme

- d. Perubahan fisiologis masa nifas pada sistem muskuloskeletal menurut Damai & Dian (2011)

Perubahan sistem muskuloskeletal terjadi pada saat umur kehamilan semakin bertambah. Adaptasi musculoskeletal ini mencakup: peningkatan berat badan, bergesernya pusat akibat

pembesaran rahim, relaksasi dan mobilitas. Namun demikian, pada saat post partum system musculoskeletal akan berangsur-angsur pulih kembali. Ambulasi dini dan mempercepat involusi uteri.

Adaptasi system musculoskeletal pada masa nifas, meliputi :

- 1) Dinding perut dan peritoneum
- 2) Kulit abdomen
- 3) Striae
- 4) Perubahan ligamen
- 5) Simpisis pubis

e. Perubahan fisiologis masa nifas pada system endokrin menurut Damai & Dian (2011)

Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada system endokrin. Hormon-hormon yang berperan pada proses tersebut, antara lain :

- 1) Hormon plasenta

Hormone plasenta menyebabkan penurunan hormone yang diproduksi oleh plasenta. Hormone plasenta menurun sangat cepat pasca persalinan. Penurunan hormone plasenta (human placental lactogen) menyebabkan kadar gula darah menurun pada masa nifas. Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun

dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam sehingga hari ke-7 ppst partum dan sebagai onset pemenuhan mammae pada hari ke-3 post partum.

2) Hormone pituitary

Hormon pituitary antara lain: hormone prolactin, FSH dan LH. Hormon prolactin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam 2 minggu. Hormon prolactin berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke-3 dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

3) Hipotalamik pituitary ovarium

Hipotalamik pituitary ovarium akan mempengaruhi lamanya mendapatkan menstruasi pada wanita yang menyusui maupun yang tidak menyusui. Pada wanita menyusui mendapatkan menstruasi pada 6 minggu pasca melahirkan berkisar 16% dan 45% setelah 12 minggu pasca melahirkan. Sedangkan pada wanita yang tidak menyusui, akan mendapatkan menstruasi berkisar 40% setelah 6 minggu melahirkan dan 90% setelah 24 minggu.

4) Hormon Oksitosin

Hormon oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang, bekerja terhadap otot uterus dan jaringan

payudara. Selama tahap ketiga persalinan, hormone oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin, sehingga dapat membantu involusi uteri.

5) Hormon estrogen dan progesterone

Volume darah normal selama kehamilan, akan meningkat. Hormone estrogen yang tinggi memperbesar hormone anti diuretik yang dapat meingkatkan volume darah. Sedangkan hormon progesterone mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini mempengaruhi salurah kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva serta vagina.

f. Perubahan Fisiologi masa nifas pada Tanda- tanda vital menurut Damai & Dian (2011)

Pada masa nifas, tanda-tanda vital yang harus dikaji antara lain:

1) Suhu badan

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 derajat Celcius. Pasca melahirkan suhu tubuh dapat naik kurang

lebih 0,5 derajat Celcius dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini akibat dari kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan maupun kelelahan. Kurang lebih pada hari ke-4 post partum, suhu badan akan naik lagi. Hal ini diakibatkan ada pembentukan ASI, kemungkinan payudara membengkak, maupun kemungkinan infeksi pada endometrium, mastitis, traktus genitalia ataupun system lain. Apabila kenaikan suhu diatas 38 derajat Celcius, waspada terhadap infeksi postpartum.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali permenit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 Kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.

3) Tekanan Darah

Tekanan darah adalah tekanan yang dialami darah pada pembuluh arteri ketika darah dipompa oleh jantung ke seluruh anggota tubuh manusia. Tekanan darah normal manusia adalah sistolik 90-120 mmHg dan diastolic 60-80 mmHg. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah.

Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya preeklamsia post partum. Namun demikian, hal tersebut sangat jarang terjadi.

4) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa 16-24 kali per menit. Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat.

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

g. Perubahan fisiologi pada system kardiovaskuler menurut Damai & Dian (2011)

Volume darah normal yang diperlukan plasenta dan pembuluh darah uterin, meningkat selama kehamilan. Diuresis terjadi akibat adanya penurunan hormone estrogen, yang dengan cepat mengurangi volume plasma menjadi normal kembali. Meskipun kadar estrogen menurun selama masa nifas, namun

kadarnya masih tetap tinggi daripada normal. Plasma darah tidak banyak mengandung cairan sehingga daya koagulasi meningkat.

h. Perubahan fisiologi masa nifas pada system hematologi

Pada hari pertama post partum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan factor pembekuan darah. Jumlah leukosit akan tetap tinggi selama beberapa hari pertama masa post partum.

Pada awal post partum, jumlah hemoglobin, hemotokrit, dan eritrosit sangat bervariasi. Hal ini disebabkan volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah.

2.3.5 Adaptasi Psikologis ibu dalam masa nifas

a. Adaptasi psikologis ibu dalam masa nifas menurut Damai & Dian (2011)

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

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

- 1) Fungsi menjadi orangtua
- 2) Respon dan dukungan dari keluarga
- 3) Riwayat dan pengalaman kehamilan serta persalinan.
- 4) Harapan, keinginan dan aspirasi saat hamil dan melahirkan.

Fase –fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas:

- 1) Fase taking in

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu berfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi.

Gangguan psikologis yang dapat dialami oleh ibu pada masa ini adalah:

- a) Kekecewaan pada bayinya
- b) Ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami.

c) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.

d) Kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya.

2) Fase taking hold

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan.

Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebi sensitive dan mudah tersinggung.

3) Fase letting go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan berperan barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya.

b. Post partum blues menurut Damai & Dian (2011)

Keadaan dimana ibu merasa sedih berkaitan dengan bayinya disebut baby blues. Penyebabnya antara lain: perubahan perasaan saat hamil, perubahan fisik setelah beradaptasi dengan peran barunya.

Gejala baby blues antara lain:

- 1) Menangis
- 2) Perubahan
- 3) Cemas
- 4) Kesepian
- 5) Khawatir
- 6) Penurunan libido
- 7) Kurang percaya diri

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Post Seksio Sesarea

2.4.1 Pengkajian

a. Identitas dan penanggung jawab

Terdiri dari nama, usia, alamat, nomor rekam medic, diagnosa, tanggal masuk rumah sakit, dan sebagainya terkait klien dan penanggung jawab (Mansyur & Dahlan, 2014).

b. Riwayat kesehatan (Reeder, 2009)

1) Keluhan utama saat masuk rumah sakit

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

2) Keluhan utama saat dikaji

Keluhan yang diungkapkan saat dilakukan pengkajian, biasanya mengeluh nyeri pada daerah luka operasi (Maryunani, 2015), keluhan ini diuraikan dengan metode

PQRST:

P = Paliatif/Propokatif

Yaitu segala sesuatu yang memperberat dan memperingan keluhan. Pada post partum dengan SC biasanya klien mengeluh nyeri dirasakan bertambah apabila pasien banyak bergerak dan dirasakan berkurang apabila klien istirahat.

Q = Quality/Quantity

Yaitu dengan memperhatikan bagaimana rasanya dan kelihatannya. Pada post partum dengan SC biasanya klien mengeluh nyeri pada luka jahitan yang sangat perih seperti diiris-iris.

R = Region/Radiasi

Yaitu menunjukkan lokasi nyeri, dan penyebarannya. Pada post partum dengan SC biasanya klien mengeluh nyeri pada daerah luka jahitan pada daerah abdomen biasanya tidak ada penyebaran ke daerah lain.

S = Severity, Skala

Yaitu menunjukkan dampak dari keluhan nyeri yang dirasakan klien, dan seberapa besar gangguannya yang diukur dengan skala nyeri 0 – 10.

T= Timing

Yaitu menunjukkan waktu terjadinya dan frekuensi kejadian keluhan tersebut. Pada post partum dengan SC biasanya nyeri

dirasakan hilang timbul dengan frekuensi tidak menentu tergantung aktifitas yang dilakukan.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Apakah klien mempunyai riwayat tindakan perbedahan sebelumnya, memungkinkan kehamilan sebelumnya.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Meliputi tentang riwayat penyakit keturunan seperti Hipertensi dan Diabetes Melitus, ataupun penyakit menular seperti TBC, HIV dan hepatitis.

c. Riwayat Ginekologi dan Obstetri (Sulistyawati, 2009)

1) Riwayat ginekologi

a) Riwayat menstruasi

Siklus haid, lamanya, banyaknya sifat darah (warna, bau, cair gumpalan) menarche disminorhae, HPHT dan taksiran persalinan.

b) Riwayat perkawinan (suami istri)

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

c) Riwayat keluarga berencana

Jenis kontrasepsi yang digunakan klien sebelum hamil, waktu dan lamanya penggunaan kontrasepsi, apakah ada masalah dengan kontrasepsi yang digunakan, jenis kontrasepsi yang akan digunakan setelah persalinan.

2) Riwayat obstetric

a) Riwayat kehamilan dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada kehamilan sebelumnya.

b) Riwayat kehamilan sekarang

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

c) Riwayat persalinan dahulu

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

d) Riwayat persalinan sekarang

Merupakan persalinan yang beberapa bagi klien, tanggal melahirkan, jenis persalinan, lamanya persalinan, banyaknya perdarahan, jenis kelamin anak, berat badan dan APGAR score dalam 1 menit pertama dan 5 menit pertama.

e) Riwayat nifas dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya.

f) Riwayat nifas sekarang

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

d. Pola aktivitas sehari-hari, di rumah dan di rumah sakit
(Sulistyawati, 2009)

1) Pola nutrisi

Mencakup makan: frekuensi, jumlah, jenis makanan yang disukai, porsi makan, pantangan, riwayat alergi terhadap makanan dan minuman : jumlah, jenis minuman dan frekuensi. Pada ibu post sektio sesarea akan terjadi penurunan dalam pola makan dan akan merasa mual karena efek dari anestesi yang masih ada dan bisa juga dari faktor nyeri akibat seksio sesarea.

2) Pola eliminasi

Mencakup kebiasaan BAB: frekuensi, warna, konsistensi dan keluhan. BAK: frekuensi, jumlah, warna, dan keluhan. Biasanya terjadi penurunan karena faktor psikologis dari ibu yang masih merasa trauma, dan otot-otot masih berelaksasi. Defekasi spontan mungkin baru terjadi setelah 2-3 hari post partum. Pergerakan usus yang biasa dan teratur kembali setelah tonus usus kembali. Dibutuhkan 2-8 minggu sampai

hipotonus dan dilatasi uterus dan pelvis ginjal yang terjadi karena kehamilan kembali seperti sebelum hamil.

3) Pola istirahat dan tidur

Mencangkup tidur malam: waktu dan lama, tidur siang: waktu, lama dan keluhan. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasa kesakitan dan lemas akibat dari tindakan pembedahan sektio sesarea.

4) Personal hygiene

Mencangkup frekuensi mandi, gosok gigi, dan mencuci rambut. Kondisi pada ibu setelah melahirkan dengan seksio sesarea yaitu dalam keadaan lemah dan nyeri akibat tindakan operasi, sehingga dalam melakukan perawatan diri masih dibantu.

5) Aktifitas dan latihan

Kegiatan dalam pekerjaan dan aktivitas klien sehari-hari serta kegiatan waktu luang saat sebelum melahirkan dan saat di rawat di rumah sakit.

e. Pemeriksaan Fisik Ibu

1) Kepala

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

2) Wajah

Penampilan, ekspresi, nyeri tekan, adanya edema pada pipi atau pitting edema pada dahi, dan adanya kloasma gravidarum.

3) Mata

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

4) Telinga

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

5) Hidung

Bentuk, kebersihan, pernafasan cuping hidung, ada tidak nyeri tekan, warna mukosa, dan fungsi penciuman.

6) Mulut

Keadaan mulut, mukosa bibir, keadaan gigi, jumlah gigi, pembesaran tonsil, dan nyeri pada saat menelan.

7) Leher

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

8) Dada

Terdiri dari jantung, paru-paru dan payudara. Selama 24 jam pertama setelah melahirkan, terjadi sedikit perubahan di

jaringan payudara. Kolostrum, cairan kuning jernih, keluar dari payudara. Payudara akan terasa hangat, keras dan agak nyeri. Beberapa ibu akan mengalami pembengkakan, kondisi ini bersifat sementara, biasanya 24 sampai 48 jam setelah melahirkan.

9) Abdomen

Pada hari pertama, tinggi fundus uteri kira-kira 1 jari dibawah pusat. Perhatikan adanya linea nigra masih terlihat, serta ada tidaknya hematoma dan infeksi sekitar luka insisi seksio sesarea.

10) Punggung dan bokong

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

11) Genetalia

Kebersihan, ada tidaknya edema pada vulva, pengeluaran lochea rubra pada hari pertama dengan jumlah sedang dan sampai lochea serosa pada hari ketiga dengan jumlah sedang berbau amis atau kadang tidak berbau.

12) Anus

Hemoroid (varises anus) umum ditemui. Hemoroid interna dapat terbuka saat ibu mengejan ketika melahirkan.

13) Ekstremitas

Adaptasi sistem musculoskeletal ibu yang terjadi saat hamil akan kembali pada masa nifas. Adaptasi ini termasuk relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat gravid ibu sebagai respon terhadap uterus yang membesar. Serta adanya perubahan ukuran pada kaki.

f. Pemeriksaan fisik bayi

1) Keadaan umum

Meliputi tampilan, dan kesadaran bayi dilakukan dengan pemeriksaan APGAR Score.

2) Antropometri

Meliputi pengukuran berat badan, panjang badan, lingkar kepala, lingkar dada, dan lingkar lengan atas.

g. Pemeriksaan diagnostic

1) Pemantauan janin terhadap kesehatan janin

2) Pemantauan EKG

3) JDL dengan diferensial

4) Elektrolit

5) Hemoglobin/Hematokrit

6) Golongan darah

7) Urinalisis

8) Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi.

9) Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi

10) Ultrasound sesuai pesanan

h. Data psikologis

Perubahan psikologis yang terjadi pada wanita post partum dengan seksio sesarea yaitu memungkinkan mengalami perasaan yang tidak menentu, depresi, atau kemungkinan mengalami baby blues (Reeder, 2009).

i. Analisa data (Reeder, 2009)

Data yang sudah terkumpul selanjutnya dikelompokkan dan dilakukan analisa serta sintesa data. Dalam mengelompokkan data dibedakan atas data subjektif dan data objektif dan pedoman pada teori Abraham Maslow yang terdiri dari:

- 1) Kebutuhan dasar atau fisiologis
- 2) Kebutuhan rasa nyaman
- 3) Kebutuhan cinta dan kasih sayang
- 4) Kebutuhan harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap proses kehidupan/masalah kesehatan. Aktual atau potensial dan kemungkinan menimbulkan tindakan keperawatan untuk memecahkan masalah tersebut. Menurut Nurarif dan Kusuma (2015) bahwa diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu post operasi Seksio Sesarea adalah:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obstruksi jalan napas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan napas alergik (respon obat anestesi).
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik.
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi postpartum.
4. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.
5. Gangguan eliminasi urine
6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan lemah
7. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko: episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.
8. Defisit perawatan diri: mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan postpartum.
9. Konstipasi
10. Resiko syok (hipovolemik)
11. Resiko perdarahan
12. Defisiensi pengetahuan: perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015) rencana keperawatan pada diagnosa yang mungkin muncul dengan seksio sesarea adalah:

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

Tabel 2.3

Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Ketidakefektifan bersihan jalan napas Definisi: ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernapasan untuk mempertahankan kebersihan jalan napas. Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tidak ada batuk b. Suara napas tambahan c. Perubahan frekuensi napas d. Perubahan irama napas e. Sianosis f. Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara g. Penurunan bunyi napas h. Dispneu i. Sputum dalam jumlah yang berlebihan j. Batuk yang tidak efektif k. Orthopneu l. Gelisah m. Mata terbuka lebar <p>Faktor – faktor yang berhubungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Lingkungan: <ol style="list-style-type: none"> 1) Perokok pasif 2) Mengisap asap 3) merokok b. Obstruksi jalan napas <ol style="list-style-type: none"> 1) Spasme jalan napas 	<p>NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Respiratory status: Ventilation b. Respiratory status: airway patency <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dispneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) b. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) c. Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas. 	<p>NIC: Airway suction</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning b. Auskultasi suara napas sebelum dan sesudah suctioning. c. Informasikan kepada klien dan keluarga tentang suctioning d. Minta klien napas dalam sebelum suctioning e. Berikan Oksigen dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suksion nasotrakeal f. Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan g. Anjurkan klien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal h. Monitor status oksigen klien i. Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suksion j. Hentikan suksion dan berikan oksigen apabila klien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi Oksigen dan lain – lain. <p>Airway manajemen</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Buka jalan napas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu b. Posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi

<ul style="list-style-type: none"> 2) Mokus dalam jumlah berlebihan 3) Eksudat dalam jalan alveoli 4) Materi asing dalam jalan napas 5) Adanya jalan napas buatan 6) Sekresi bertahan/sisa sekresi 7) Sekresi dalam bronki 	<ul style="list-style-type: none"> c. Identifikasi klien perlunya pemasangan alat jalan napas buatan d. Pasang mayo bila perlu e. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction f. Auskultasi suara napas, catat adanya suara tambahan g. Lakukan suction pada mayo h. Berikan bronkodilator bila perlu i. Berikan pelembab udara kassa basah NaCl lembab j. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan k. Monitor respirasi dan status oksigen
<p>c. Fisiologis:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Jalan nafas alergik 2) Asma 3) Penyakit paru obstruktif kronik 4) Hiperplasia dinding bronkial 5) Infeksi 6) Disfungsi neuromuskular 	

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik

Tabel 2.4
Intervensi Nyeri Akut

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Nyeri akut 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 dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan. Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Perubahan selera makan b. Perubahan tekanan darah c. Perubahan frekuensi jantung 	<p>NOC:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pain level b. Pain control c. Comfort level <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mampu mengontrol nyeri (penyebab, teknik nonfarmakologi, mencari bantuan) b. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri c. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) d. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang. 	<p>NIC: Pain Management</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. b. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan. c. Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien. d. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri e. Evaluasi pengalaman nyeri masalalu f. Evaluasi bersama pasien dan kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau g. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan.

-
- d. Perubahan frekuensi pernafasan
 - e. Laporan isyarat
 - f. Diaforesis
 - g. Perilaku distraksi (misalnya berjalan mondar mandir mencari orang lain atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang)
 - h. Mengekspresikan perilaku (misalnya gelisah, merengek, menangis)
 - i. Masker wajah (misalnya mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus meringis)
 - j. Sikap melindungi area nyeri
 - k. Fokus menyempit (misalnya gangguan persepsi nyeri)
 - l. Indikasi nyeri yang dapat diamati
 - m. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri
 - n. Sikap tubuh melindungi
 - o. Dilatasi pupil
 - p. Melaporkan nyeri secara verbal
 - q. Gangguan tidur
- Faktor yang berhubungan:**
- a. Agen cedera (misalnya biologis, zat kimia, fisik, psikologis)
 - h. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.
 - i. Kurangi factor presipitasi nyeri
 - j. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)
 - k. Kaji dan tipe sumber nyeri untuk menentukan intervensi.
 - l. Ajarkan tentang tehnik nonfarmakologi
 - m. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
 - n. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri
 - o. Tingkatkan istirahat
 - p. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
 - q. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri
- Analgetic administration**
- a. Tentukan lokasi karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
 - b. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
 - c. Cek riwayat alergi
 - d. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgetik ketika pemberian lebih dari satu
 - e. Tentukan pilihan analgetik tergantung tipe dan beratnya nyeri
 - f. Pilih rute pemberian secara IV, IM, untuk pengobatan nyeri secara teratur
 - g. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali
 - h. Berikan analgetik tepat waktu terutama saat nyeri hebat
 - i. Evaluasi efektivitas analgetik, tanda dan gejala.
-

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

Tabel 2.5

Intervensi ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Definisi: Asupan nutrisi tidak cukup memenuhi kebutuhan metabolik. Batasan karakteristik: a. Nyeri abdomen b. Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal c. Kurang makan d. Kurang informasi e. Tonus otot menurun</p> <p>Faktor yang berhubungan: a. Faktor biologis b. Faktor ekonomi c. Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrient d. Ketidak mampuan menelan makanan e. Faktor psikologis</p>	<p>NOC: a. Nutritional status b. Nutritional status: food and fluid c. Intake d. Nutritional status: nutrient intake e. Weight control.</p> <p>Kriteria hasil : a. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan b. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan c. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi d. Tidak ada tanda mal nutrisi e. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dari menelan f. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti.</p>	<p>NIC: Nutrition Management a. Kaji adanya alergi makanan b. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien c. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe d. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C e. Berikan substansi gula f. Yakinkan diet yang dimakan klien mengandung serat tinggi untuk mencegah konstipasi g. Berikan makanan yang terpilih (berdasarkan konsultasi ahli gizi) h. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori i. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi j. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan.</p> <p>Nutrition Monitoring a. Bb pasien dalam batas normal b. Monitor adanya penurunan berat badan c. Montor tipe dan jumlah aktivitas yang bisa dilakukan d. Monitor lingkungan selama makan e. Monitor kulit kering dan pigmentasi f. Monitor turgor kulit g. Monitor kekeringan rambut kusam dan mudah patah h. Monitor mual muntah i. Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht</p>

-
- j. Monitor pertumbuhan dan perkembangan
 - k. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva
 - l. Monitor kalori dan intake nutrisi.
-

4. 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
<p>Ketidakefektifan pemberian ASI</p> <p>Ketidakefektifan pemberian ASI</p> <p>Definisi : Ketidak puasan atau kesulitan ibu, bayi atau anak menjalani proses pemberian ASI</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ketidakefektifan suplai ASI b. Tampak ketidakefektifan asupan susu c. Tidak tampak tanda pelepasan oksitosin d. Ketidak cukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui e. Kurang menambah berat badan bayi <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Defisit pengetahuan b. Diskontinuitas pemberian ASI c. Reflex menghisap buruk d. Prematuritas e. Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya 	<p>NOC:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Breastfeding ineffective b. Breathing pattern ineffective c. Breasfeeding interupted <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kemantapan pemberian ASI: bayi: perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI. b. Kemantapan pemberian ASI: ibu: kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI. c. Pemeliharaan pemberian ASI: keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/ toddler. d. Penyapihan pemberian ASI e. Diskontinuitas progresif pemberian ASI f. Pengetahuan pemberian ASI tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makanan bayi melalui proses pemberian ASI, ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan seger, ibu 	<p>NIC:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Evaluasi pola menghisap/ menelan bayi b. Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui. c. Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (reflek rooting, menghisap dan terjaga) d. Kaji kemampuan bayi untuk latch on dan menghisap secara evektif e. Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting f. Pantau integritas kulit puting ibu g. Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar susu dan mastitis h. Pantau kemampuan untuk mengurangi kongesti payudara dengan benar i. Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi. <p>Brest examination</p> <p>Laktation supresion</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI. b. Sediakan informasi tentang laktasi dan tehnik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI c. Ajarkan pengasuhan bayi mengenai topik-topik, seperti

	<p>mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI, ibu tidak mengalami nyeri penekanan pada puting, mengenali tanda-tanda penurunan suplay ASI.</p>	<p>penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran pemberian susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang</p> <p>d. Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan, dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula</p> <p>e. Apabila penyapihan diperlukan informasikan ibu mengenai kembalinya proses ovulasi dan seputar alat kontrasepsi yang sesuai</p> <p>Laktation konseling</p> <p>a. Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI</p> <p>b. Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu.</p> <p>c. Diskusikan metode alternatif pemberian makanan bayi</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5. Gangguan eliminasi urine

Tabel 2.7

Intervensi Gangguan Eliminasi Urine

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Gangguan eliminasi urine</p> <p>Definisi: Disfungsi pada eliminasi urin</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <p>a. Disuria</p> <p>b. Sering berkemih</p> <p>c. Anyang-anyangan</p> <p>d. Nokturia</p> <p>e. Retensi</p> <p>f. Dorongan</p> <p>Faktor yang berhubungan:</p> <p>a. Obstruksi anatomic</p> <p>b. Penyebab multiple</p> <p>c. Gangguan sensori motoric</p> <p>d. Infeksi saluran kemih</p>	<p>NOC:</p> <p>a. Urinary elimination</p> <p>b. Urinary continence</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <p>a. Kandung kemih kosong secara penuh</p> <p>b. Tidak ada residu urine > 100-200cc</p> <p>c. Intake cairan dalam rentan normal</p> <p>d. Bebas dari ISK</p> <p>e. Tidak ada spasme bleder</p> <p>f. Balance cairan seimbang</p>	<p>NIC:</p> <p>Urinary retention care</p> <p>a. Lakukan penilaian kemih yang komprehensif terfokus pada inkontinensia (misalnya, output urine, pola berkemih, fungsi kognitiv, dan masalah kencing pra eksisten)</p> <p>b. Memantau penggunaan obat dengan sifat kolinergik atau properti alfa agonis</p> <p>c. Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium chennel blockers dan antikolinergik</p> <p>d. Menyediakan penghapusan prifasi</p> <p>e. Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiram toiet</p> <p>f. Merangsang refleks kandung kemih dengan menerapkan dingin untuk perut.</p>

-
- g. Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit)
 - h. Instruksikan cara-cara untuk menghindari konstipasi atau impaksi tinja
 - i. Memantau asupan dan keluaran
 - j. Gunakan kateter kemih
 - k. Anjurkan keluarga untuk mencatat output urine
 - l. Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi
 - m. Membantu toileting secara berkala
 - n. Menerapkan katering intermiten.
-

6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan lemah

Tabel 2.8

Intervensi Gangguan Pola Tidur

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

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

Tabel 2.9

Intervensi Resiko Infeksi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Resiko infeksi Definisi: Mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik. Faktor-faktor resiko: <ol style="list-style-type: none"> Penyakit kronis <ol style="list-style-type: none"> Diabetes Melitus Obesitas Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemajanan patogen Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat : <ol style="list-style-type: none"> Gangguan peristalsis Kerusakan integritas kulit Perubahan sekresi pH Penurunan kerja siliaris Pecah ketuban dini Pecah ketuban lama Merokok Stasis cairan tubuh Trauma jaringan Ketidakadekuatan pertahanan sekunder <ol style="list-style-type: none"> Penurunan hemoglobin Imunosupresi Supresi respon inflamasi Vaksinasi tidak adekuat Pemajanan terhadap patogen Lingkungan meningkat <ol style="list-style-type: none"> Wabah Prosedur infasif 	NOC <ol style="list-style-type: none"> Immune status Knowledge: infection control Risk control Kriteria Hasil: <ol style="list-style-type: none"> Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi Jumlah leukosit dalam batas normal Menunjukkan perilaku hidup sehat 	NIC Kontrol infeksi <ol style="list-style-type: none"> Bersihkan lingkungan setelah dipakai klien Pertahankan tehnik isolasi Batasi pengunjung bila perlu Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung Gunakan antiseptik untuk cuci tangan Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan Gunakan baju, sarung tangan sesuai 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 menurunkan infeksi kandung kencing. Tingkatkan intake nutrisi Berikan terapi antibiotik bila perlu Infection Protection (Proteksi terhadap Infeksi) <ol style="list-style-type: none"> Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal Monitor hitung granulosit, WBC Saring pengunjung terhadap penyakit menular Pertahankan teknik aseptik pada klien yang beresiko Pertahankan teknik isolasi Berikan perawatan kulit pada area epidema Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase.

i. Malnutrisi	t. Inspeksi kondisi luka/insisi bedah u. Dorong masukan nutrisi yang cukup v. Dorong masukan cairan w. Dorong istirahat x. Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep. y. Ajarkan pasien dan keluarga mengenali tanda infeksi z. Ajarkan cara menghindari infeksi aa. Laporkan kecurigaan infeksi bb. Laporkan kultur positif.
---------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8. Defisit perawatan diri (mandi/kebersihan diri, makan, toileting) berhubungan dengan kelelahan postpartum.

Tabel 2.10

Intervensi Defisit Perawatan Diri

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Defisit perawatan diri: mandi: Definisi: Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi/aktivitas perawatan diri untuk diri sendiri. Batasan Karakteristik: a. Ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi b. Ketidakmampuan mengeringkan tubuh c. Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi d. Ketidakmampuan menjangkau sumber air e. Ketidakmampuan membasuh tubuh Faktor yang berhubungan: a. Gangguan kognitif b. Penurunan motivasi c. Gangguan muskuloskeletal d. Nyeri e. Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh f. Kendala lingkungan	NOC a. Activity Intolerance b. Mobility: physical impaired c. Self care deficit hygiene d. Sensory perception, auditory disturbed Kriteria hasil: a. Perawatan diri ostomi: tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi b. Perawatan diri: aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu c. Perawatan diri mandi: mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu d. Perawatan diri hygiene: mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	NIC Self care assistance: Bathing/hygiene a. Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri b. Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri c. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan d. Tempat handuk, sabun, deodorant, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan disamping tempat tidur atau dikamar mandi e. Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal f. Memfasilitasi sikat gigi yang sesuai g. Memfasilitasi mandi pasien h. Membantu kebersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien i. Memantau kebersihan kulit pasien j. Menjaga ritual kebersihan diri

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| e. Perawatan diri hygiene oral: mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu | k. Memberikan bantuan sampai pasien dapat melakukan perawatan diri sepenuhnya. |
| f. Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi | |
| g. Membersihkan dan mengeringkan tubuh | |
| h. Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral | |

9. Konstipasi

Tabel 2.11
Intervensi Konstipasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Konstipasi Definisi: Penurunan pada frekuensi normal pada defeksi yang disertai oleh kesulitan atau pengeuaran tidak lengkap feses atau pengeluaran feses yang kering, keras dan banyak. Batasan Karakteristik: <ol style="list-style-type: none"> Nyeri abdomen Anoreksia Darah merah pada feses Perubahan pada pola defeksi Penurunan volume feses Distensi abdomen Rasa tekanan rektal Keletihan umum Sakit kepala Bising usus hiperaktif Bising usus hipoaktif Peningkatan tekanan abdomen Adanya feses lunak, seperti pasta didalam rektum 	NOC: <ol style="list-style-type: none"> Bowel elamination Hidrasi Kriteria Hasil: <ol 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. 	NIC: Constipation/ impaction management <ol 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 dan gejala konstipasi Pantau 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. Anjurkan pasien atau keluarga untuk diet tinggi serat

<p>Faktor berhubungan:</p> <p>a. Fungsional:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kelemahan otot abdomen 2) Kebiasaan mengabaikan dorongan defekasi 3) Perubahan lingkungan saat ini <p>b. Psikologis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Depresi, stres emosi 2) Konfusi mental <p>c. Farmakologis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Antikolinergik 2) Deuretik 3) Simpatomimetik <p>d. Mekanis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ketidakseimbangan elektrolit <p>e. Fisiologis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Perubahan pola makan 2) Asupan serat tidak cukup 	<p>n. Timbang pasien secara teratur</p> <p>o. Timbang pasien secara teratur.</p> <p>p. Ajarkan pasien dan keluarga tentang proses pencernaan yang normal.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

10. Resiko syok (hipovolemik)

Tabel 2.12

Intervensi Resiko Syok (Hipovolemik)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Resiko syok (hipovolemik)</p> <p>Definisi: Beresiko terhadap ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa</p> <p>Faktor resiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Hipotensi b. Hipovolemi c. Hipoksemia d. Hipoksia e. Infeksi f. Sepsis g. Sindrom respons inflamasi sistemik 	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Syock prevention b. Syock management <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Nadi dalam batas yang diharapkan b. Irama jantung dalam batas yang diharapkan c. Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan d. Irama napas dalam batas yang diharapkan e. Natrium serum, kalium klorida, kalsium, magnesium, PH darah dalam batas normal. <p>Hidrasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Indicator : b. Mata cekung tidak ditemukan 	<p>NIC</p> <p>Syok prevention</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor sirkulasi blood preasure, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, hate rate, ritme, dan kapileri refil time b. Monitor tanda inadekuat oksigenisasi jaringan c. Monitor suhu dan pernafasan d. Monitor input dan output e. Pantau nilai labor :hb, ht, agd dan elektrolit f. Monitor hemodinamik invasi yang sesuai g. Monitor tanda dan gejala asites h. Monitor tanda gejala syok i. Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> c. Demam tidak ditemukan d. TD dalam batas normal e. Hematokrit DBN | <ul style="list-style-type: none"> j. Lihat dan pelihara kepatenan jalan nafas k. Berikan cairan iv atau oral yang tepat l. Berikan vasodilator yang tepat m. Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok n. Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

11. Resiko perdarahan

Tabel 2.13

Intervensi Resiko Perdarahan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Resiko perdarahan Definisi: Beresiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan. Faktor resiko: <ul style="list-style-type: none"> a. Aneurisma b. Sirkumsisi c. Defisiensi pengetahuan d. Koagulasi intravaskuler diseminata e. Riwayat jatuh f. Gangguan gastrointestinal (mis., penyakit ulkus lambung, polip, varises) g. Gangguan fungsi hati (mis., sirosis, hepatitis) h. Koagulopati inheren (mis., trombositopenia) i. Komplikasi pascapartum (mis., atonia uteri, retensi plasenta) j. Komplikasi terkait kehamilan (mis., plasenta previa, kehamilan mola, solusio plasenta) k. Trauma 	NOC <ul style="list-style-type: none"> a. Blood lose severity b. Blood koagulation Kriteria Hasil: <ul style="list-style-type: none"> a. Tidak ada hematuria dan hematemesis b. Kehilangan darah yang terlihat c. Tekanandarrah dalam batas normal sistol dan diastol d. Tidak ada perdarahan pervagina e. Tidak ada distensi abdominal f. Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal 	NIC Bleding precaution <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor ketet tanda tanda perdarahan b. Catat nilai hb dan ht sebelum dan sesudah perdarahan c. Monitor TTV ortostatik d. Pertahankan bedrest selama perdarahan aktif e. Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresfrozen plasma) f. Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan g. Hindari mengukur suhu lewat rectal h. Hindari pemberian aspirin dan antikoagulan i. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin k j. Identifikasi penyebab perdarahan k. Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonari kapileri, atau arteri wedge pressure l. Monitor status cairan yang meliputi intake dan output m. Pertahankan potensi IV line n. Lakukan pressure dressing (perban yang menekan area luka). o. Tinggikan ekstremitas perdarahan

<p>l. Efek samping terkait terapi (mis., pembedahan, pemberian obat, pemberian produk darah defisiensi trombosit, kemoterapi).</p>	<p>p. Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan. q. Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas. Bleeding reduction: gastrointestinal a. Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh : emesis, feses, urine, residu lambung, dan drainase luka b. Monitor komplrit blood count dan leukosit c. Kolaborasi dalam pemberian terapi: lactulose dan vasopressin d. Hindari penggunaan anticoagulant. e. Perhatikan jalan napas, Berikan cairan intravena f. Hindari penggunaan aspirin dan ibuprofen</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

Tabel 2.14

Intervensi Defisiensi Pengetahuan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Defisiensi pengetahuan: Definisi: Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. Batasan Karakteristik: a. Perilaku hiperbola b. Ketidakakuratan mengikuti perintah c. Ketidakakuratan mengikuti tes (mis., hysteria, bermusuhan, agitasi, apatis) d. Pengukuran masalah Faktor yang berhubungan: a. Keterbatasan kognitif b. Salah interpretasi informasi c. Kurang pajanan d. Kurang minat dalam belajar</p>	<p>NOC: a. Knowledge : disease proces b. Knowledge : healt beavior Kriteria Hasil: a. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tetang penyakit, kondisi, prognosis,program pengobatan. b. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secar benar. c. Pasien dan keluarga mamu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya.</p>	<p>NIC: Treching : disease proces a. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik b. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat. c. Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat d. Identifikasi kemampuan penyebab dengan cara yang tepat e. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat f. Hindari jaminan yang kosong g. Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat</p>

<p>e. Kurang dapat mengingat</p> <p>f. Tidak familiar dengan sumber informasi</p>	<p>h. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit</p> <p>i. Diskusikan pilihan terapi atau penanganann</p> <p>j. Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan</p> <p>k. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan,dengan cara yang tepat.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Fase implementasi dari proses keperawatan mengikuti rumusan dari rencana keperawatan. Implementasi mengacu pada pelaksanaan rencana keperawatan yang disusun. Tindakan dilakukan berdasarkan tingkat ketergantungan ibu post partum seksio sesarea (Reeder, 2009)

2.4.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan hasil akhir yang diharapkan pada ibu post operasi seksio sesarea adalah mampu mempertahankan kebutuhan perawatan diri, mampu mengatasi defisit perawatan diri dan dapat meningkatkan kemandirian. Masalah ketidaknyamanan fisik akibat seksio sesarea dapat teratasi (Mitayani, 2015).