

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT
DI RSUD Dr SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh :

RIZKA NOER FARIDA

AKX.15.126



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

2018

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Rizka Noer Farida
NPM : AKX.15.126
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post
Seksio *Sesarea Dengan Masalah
Keperawatan Nyeri Akut di RSUD Dr
Slamet Garut

Menyatakan :

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

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

Bandung, Agustus 2018

Yang Membuat Pernyataan


Rizka Noer Farida

LEMBAR PERSETUJUAN**KARYA TULIS ILMIAH**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG
KALIMAYA BAWAH RSUD Dr SLAMET GARUT

RIZKA NOER FARIDA

AKX.15.126

KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL 18 AGUSTUS 2018

Oleh
Pembimbing Ketua



Rizki Muliani, S.Kep., Ners, MM
NIP : 10108089

Pembimbing Pendamping



Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners
NIP : 10114149

Mengetahui
Prodi DIII Keperawatan
Ketua,



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

LEMBAR PENGESAHAN**KARYA TULIS ILMIAH**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG
KALIMAYA BAWAH RSUD Dr SLAMET GARUT

Oleh :

Nama : RIZKA NOER FARIDA

NIM : AKX.15.126

Telah Diuji

Pada Tanggal 18 Agustus 2018

Panitia Penguji

Ketua : Rizki Muliani,S.Kep.,Ners MM
(Pembimbing Utama)



Anggota :

1. Vina Vitniawati,S.Kep.,Ners
(Penguji 1)
2. Irfan Safarudin,S.Kep.,Ners
(Penguji 2)
3. Anggi Jamiyanti,S.Kep.,Ners
(Pembimbing Pendamping)





Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung



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

NIP: 10107064

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 Dr SLAMET Garut periode Januari sampai September 2017 didapatkan hasil pada ruangan nifas proporsi ibu yang mengalami persalinan dengan seksio sesarea (37%) yaitu 374 dari 2872 persalinan. Masalah keperawatan seksio sesarea yang muncul di ruangan kalimaya bawah adalah dengan nyeri akut, dan resiko infeksi. **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. **Diskusi:** Pada kedua klien ditemukan masalah nyeri akut dikarenakan terputusnya kontinuitas jaringan . adapun perbedaan hasil dari intervensi penggunaan relaksasi nafas dalam pada kedua klien yaitu pada klien 1 berkurang pada hari ke 3 dan pada klien 2 nyeri klien berkurang pada hari ke 2 Penulis menyarankan kepada pihak rumah sakit agar membatasi pengunjung untuk mencegah kebisingan yang menyebabkan klien kurang fokus terhadap intervensi yang dilakukan dan kepada pihak institusi pendidikan diharapkan dapat memberikan pengetahuan baru tentang asuhan keperawatan khususnya post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut.

Keyword : Post seksio sesarea, nyeri akut, asuhan keperawatan.

Daftar Pustaka : 22 Buku (2001-2017) 2 Jurnal (2015-2017)

ABSTRACT

Background: *Caesarean section is a way of giving birth the fetus by making an incision on the uterine wall through the abdominal wall. The number of occurrences of cesarean section in Dr SLAMET Garut Hospital in the period of January to September 2017 was obtained in the postpartum room, the proportion of women who experienced giving birth with cesarean section (37%) was 374 out of 2872 deliveries. The problem of nursing cesarean section that appeared in the Kalimaya lower room was acute pain and the risk of infection. Purpose:* *To gain experience in nursing care for postpartum cesarean clients with acute pain nursing problems. Method:* *A case study is to explore a problem with a detailed limitation, have in-depth data collection and include various sources of information. Results:* *This case study was carried out on two post-caesarean section clients with acute pain nursing problems. After nursing care was carried out by providing intervention, the problem of nursing acute pain in case 1 and case 2 could be resolved on the second and third days. Discussion:* *In both clients, acute pain problems were found due to discontinuation of tissue continuity due to surgical cesarean section.the difference on client 1is reduced on day three and client 2 on day two. The author advised the hospital to limit visitors to prevent noises which caused the clients less-focused on the intervention carried out and to the educational institutions are expected to provide new knowledge about nursing care especially post cesarean section with acute pain nursing problems.*

Keyword : *Post Caesarean section, acute pain, nursing care.*

Bibliography : *22 books (2001-2017) 2 Journalis (2015-2017)l*

KATA PENGANTAR

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

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

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 yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat menempuh pendidikan Keperawatan Umum di STIKes Bhakti 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. Rizki Muliani, S.Kep., Ners, MM selaku Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan, saran serta motivasi yang sangat berguna dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

6. Untuk kedua orangtua tercinta yaitu Ayahanda Entar Kustardi dan Ibunda Nining Sariningsih, adik Anisa Cahya Kemala Putri dan Tante Arista Nuryani serta seluruh keluarga besar Trizka PKN yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus selalu mendoakan demi keberhasilan penulis.
7. Untuk sahabat saya Dewi Afrilia, Abdul Hanan Simatupang, yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus.
8. Untuk teman - teman seperjuangan D3 Keperawatan Umum Angkatan 2015 yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus.
9. 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, Agustus
2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
SURAT PERNYATAAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR BAGAN.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Penyakit	6
2.1.1 Anatomi Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita.....	6
2.1.2 Konsep Seksio Sesarea	12
2.1.2.1 Definisi Seksio Sesarea	12
2.1.2.2 Etiologi.....	13
2.1.2.3 Pathway	14
2.1.2.4 Indikasi	16
2.1.2.5 Pemeriksaan Penunjang.....	16
2.1.2.6 Penatalaksanaan	17
2.1.3 Konsep Persalinan.....	18
2.1.3.1 Definisi Persalinan	18
2.1.3.2 Tahapan Persalinan	19

2.1.4	Konsep Nifas	24
2.1.4.1	Definisi Nifas.....	24
2.1.4.2	Adaptasi Psikologi Ibu Dalam Masa Nifas.....	25
2.1.4.3	Perubahan Fisiologi	27
2.1.4.4	adaptasi Fisiologi Post Partum	35
2.2	Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas	37
2.2.1	Pengkajian	37
2.2.2	Diagnosa	47
2.2.3	Intervensi	48
2.2.4	Implementasi	76
2.2.5	Evaluasi	76
BAB III METODE PENELITIAN		
3.1	Desain Penelitian	77
3.2	Batasan Ilmiah	77
3.3	Partisipan/ Respon/ Subyek Penelitian	78
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian	78
3.5	Pengumpulan Data	79
3.6	Uji Keabsahan Data	80
3.7	Analisis Data	80
3.8	Etik Penulisan KTI.....	82
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN		
4.1	Hasil	84
4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data	84
4.1.2	Pengkajian	85
4.1.3	Analisa Data	96
4.1.4	Diagnosa Keperawatan.....	97
4.1.5	Perencanaan.....	100
4.1.6	Implementasi	104
4.1.7	Evaluasi	107
4.2	Pembahasan	108
4.2.1	Pengkajian.....	109
4.2.2	Diagnosa	109

4.2.3 Perencanaan	114
4.2.4 Implementasi.....	122
4.2.5 Evaluasi	
Daftar Pustaka	104
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Alat Reproduksi Wanita bagian luar	9
---	---

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	49
Tabel 2.2 Intervensi Nyeri Akut.....	51
Tabel 2.3 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi.....	53
Tabel 2.4 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI	55
Tabel 2.5 Intervensi Gangguan Eleminasi Urine	58
Tabel 2.6 Intervensi Gangguan Pola Tidur	59
Tabel 2.7 Intervensi Resiko Infeksi	61
Tabel 2.8 Intervensi Defisit Perawatan Diri.....	63
Tabel 2.9 Intervensi Konstipasi.....	65
Tabel 2.10 Intervensi Resiko Syok	69
Tabel 2.11 Intervensi Resiko Perdarahan.....	71
Tabel 2.12 Intervensi Defisit Pengetahuan	74
Tabel 4.1 Pengkajian	85
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit	86
Tabel 4.3 Riwayat Ginekologi	87
Tabel 4.4 Riwayat Obsetri.....	87

Tabel 4.5 Pola Sehari-Hari	89
Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik	90
Tabel 4.7 Psikologi.....	93
Tabel 4.8 Sosial.....	94
Tabel 4.9 Kebutuhan Bounding Attachment.....	94
Tabel 4.10 Pemenuhan Seksual.....	94
Tabel 4.11 Spritual	94
Tabel 4.12 Perawatan diri	95
Tabel 4.13 Pemeriksaan Diagnostik.....	95
Tabel 4.14 Rencana Pengobatan	95
Tabel 4.15 Analisa Data	96
Tabel 4.16 Diagnosa Keperawatan	97
Tabel 4.17 Perencanaan	100
Tabel 4.18 Implementasi	104
Tabel 4.19 Evaluasi	107

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Seksio Sesarea.....	27
---------------------------------------	----

- Lampiran I Lembar Konsultasi KTI
- Lampiran II Catatan Revisi Ujian KTI
- Lampiran III Lembar Persetujuan Menjadi Responde
- Lampiran IV SOP
- Lampiran V Jurnal

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Setiap perempuan menginginkan persalinannya berjalan lancar dan dapat melahirkan bayi dengan sempurna. Persalinan bisa saja berjalan secara normal, namun tidak jarang proses persalinan mengalami hambatan dan harus dilakukan melalui operasi. Hal ini berarti janin dan ibu dalam keadaan gawat darurat dan hanya dapat diselamatkan jika persalinan dilakukan dengan jalan operasi.(Kundre, 2014)

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu. Adapun menurut proses berlangsungnya persalinan dibedakan atas persalinan spontan yaitu persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut, dan persalinan buatan yaitu persalinan dengan tenaga medis dari luar misalnya dilakukan operasi seksio sesarea. Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding perut (Sofian, 2012).

Menurut data WHO, menetapkan standar rata-rata persalinan operasi sesar di sebuah negara adalah sekitar 5-15 persen per 1000 kelahiran di dunia, peningkatan persalinan dengan operasi sesar di seluruh negara terjadi semenjak tahun 2007-2008 yaitu 110.000 per

kelahiran diseluruh Asia dan pada tahun 2011 meningkat tajam menjadi 36,3%.

Di Indonesia sendiri, menunjukkan kelahiran dengan metode operasi sesar sebesar 9,8 persen dari total 49.603 kelahiran sepanjang tahun 2010 sampai dengan 2013, dengan proporsi tertinggi di DKI Jakarta (19,9%) dan terendah di Sulawesi Tenggara (3,3%). Secara umum pola persalinan melalui operasi sesar menurut karakteristik menunjukkan proporsi tertinggi pada kuintil indeks kepemilikan teratas (18,9%), tinggal di perkotaan (13,8%), pekerjaan sebagai pegawai (20,9%) dan pendidikan tinggi/lulus PT (25,1%) (Riskesdas, 2013). Berdasarkan catatan *medical record* di RSUD Dr Slamet Garut periode Januari sampai September didapatkan hasil pada ruangan nifas proporsi ibu yang mengalami persalinan dengan seksio sesarea (37%) yaitu 374 dari 2872 persalinan.

Masalah keperawatan seksio sesarea yang sering muncul pada klien post op seksio sesarea yaitu resiko infeksi, nyeri akut, mobilisasi fisik, gangguan pola tidur, gangguan eliminasi urin, gangguan defisit diri, konstipasi, resiko syok, perdarahan, dan yang ada di ruangan kalimaya bawah adalah nyeri dan resiko infeksi. Keluhan utama yang paling klien keluhkan yaitu nyeri yang muncul akibat adanya luka insisi (Nurarif, 2012). Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang actual dan potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (*internasional assocation 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 (Nurarif&Kusuma,2015). Dampak nyeri tersebut bisa menimbulkan gangguan pola tidur dan mobilisasi fisik pada klien. Nyeri yang dirasakan seseorang mempunyai rentang nyeri yang berbeda-beda dari satu orang ke orang lainnya. Rasa nyeri ini dapat timbul akibat trauma fisik yang disengaja ataupun tidak sengaja. Meskipun nyeri merupakan respon normal akibat adanya kerusakan jaringan.

Dalam hal ini peran perawat sangat penting dalam merawat pasien post seksio sesarea antara lain sebagai pemberi pelayanan kesehatan, pengorganisasi pelayanan kesehatan yang khususnya adalah sebagai pemberi asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnose, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Oleh karena itu diperlukan Salah satu cara mengatasi nyeri post seskio sesarea dapat melalui tindakan kolaboratif perawat dengan tim kesehatan lain maupun tindakan mandiri perawat salah satunya dengan tehnik relaksasi nafas dalam. Dimana perawat mengajarkan kepada pasien bagaimana cara melakukan nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan.

Berdasarkan latar belakang di atas maka penulis tertarik dan termotivasi untuk menyusun laporan Karya Tulis Ilmiah dengan mengambil kasus berjudul Asuhan Keperawatan pada klien dengan post seksio sesarea masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kalimaya bawah RSUD Dr Slamet Garut.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, bagaimakah asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang kalimaya bawah RSUD Dr Slamet Garut ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu mengaplikasikan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang kalimaya Bawah RSUD Dr Slamet Garut.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr Slamet Garut.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr Slamet Garut.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr Slamet Garut.

- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr Slamet Garut.
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr Slamet Garut

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Menambah khasanah ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr Slamet Garut

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Perawat

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi perawat yaitu dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat ada pasien dengan *post* seksio sesarea.

b. Manfaat Rumah Sakit

Penulisan karya tulis ilmiah ini bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan dengan pasien khususnya dengan *post* seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Anatomi Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita

Organ reproduksi perempuan terbagi atas organ genitalia Interna dan organ genitalia eksterna. Organ genitalia interna terletak di dalam rongga pelvis, dan genitalia eksterna yang terletak di perineum . Organ genitalia eksterna adalah bagian untuk sanggama, sedangkan organ genitalia interna adalah bagian untuk ovulasi, tempat pembuahan sel telur, transportasi blastokis, implantasi, dan tumbuh kembang janin (Bobak,2001)

1. Struktur Eksterna

a. Mons Veneris

Disebut juga gunung venus merupakan bagian yang menonjol di bagian depan simfisis terdiri dari jaringan lemak dan sedikit jaringan ikat setelah dewasa tertutup oleh rambut yang bentuknya segitiga. Mons pubis mengandung banyak kelenjar sebacea (minyak) berfungsi sebagai bantal pada waktu melakukan hubungan seks.

b. Bibir besar (Labia mayora)

Merupakan kelanjutan dari mons veneris berbentuk lonjong, panjang labia mayora 7-8 cm, lebar 2-3 cm dan agak

meruncing pada ujung bawah. Kedua bibir ini dibagian bawah bertemu membentuk perineum permukaan terdiri dari:

1) Bagian luar

Tertutup oleh rambut yang merupakan kelanjutan dari rambut pada mons veneris.

2) Bagian dalam

Tanpa rambut merupakan selaput yang mengandung kelenjar sebasea (lemak).

c. Bibir kecil (labia minora)

Merupakan lipatan kulit yang panjang, sempit, terletak dibagian dalam bibir besar (labia mayora) tanpa rambut yang memanjang kearah bawah klitoris dan menyatu dengan fourchette, sementara bagian lateral dan anterior labia biasanya mengandung pigmen, permukaan medial labia minora sama dengan mukosa vagina yaitu merah muda dan basah.

d. Klitoris

Merupakan bagian penting alat reproduksi luar yang bersifat erektil, dan letaknya dekat ujung superior vulva. Organ ini mengandung banyak pembuluh darah dan serat saraf sensoris sehingga sangat sensitive analog dengan penis laki-laki. Fungsi utama klitoris adalah menstimulasi dan meningkatkan ketegangan seksual.

e. Vestibulum

Merupakan alat reproduksi bagian luar yang berbentuk seperti perahu atau lonjong, terletak di antara labia minora, klitoris dan fourchette. Vestibulum terdiri dari muara uretra, kelenjar parauretra, vagina dan kelenjar paravagina. Permukaan vestibulum yang tipis dan agak berlendir mudah teriritasi oleh bahan kimia, panas, dan friksi.

f. Perinium

Merupakan daerah muskular yang ditutupi kulit antara introitus vagina dan anus. Perinium membentuk dasar badan perinium.

g. Kelenjar Bartholin

Kelenjar penting di daerah vulva dan vagina yang bersifat rapuh dan mudah robek. Pada saat hubungan seks pengeluaran lendir meningkat.

h. Himen (Selaput dara)

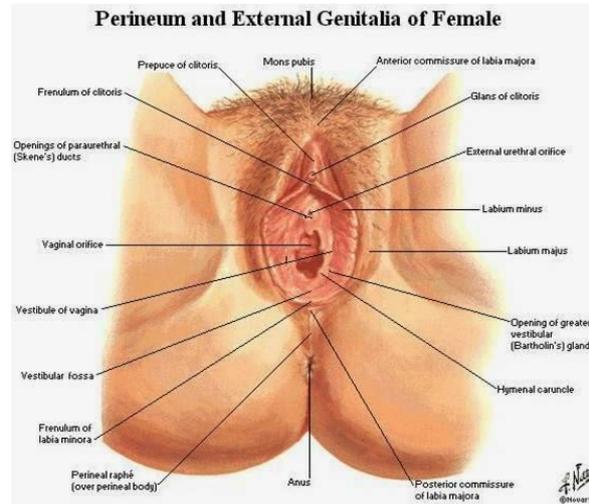
Merupakan jaringan yang menutupi lubang vagina bersifat rapuh dan mudah robek, himen ini berlubang sehingga menjadi saluran dari lendir yang di keluarkan uterus dan darah saat menstruasi.

i. Fourchette

Merupakan lipatan jaringan transversal yang pipih dan tipis, terletak pada pertemuan ujung bawah labia mayoradan labia

minora. Di garis tengah berada di bawah orifisium vagina. Suatu cekungan kecil dan fosa navikularis terletak di antara fourchette dan himen.

Gambar 2.1



Nurarif, 2015

2. Alat genitalia wanita bagian dalam

a. Vagina

Vagina adalah suatu tuba berdinding tipis yang dapat melipat dan mampu meregang secara luas karena tonjolan serviks ke bagian atas vagina. Panjang dinding anterior vagina hanya sekitar 9 cm,10 sedangkan panjang dinding posterior 11 cm. Vagina terletak di depan rectum dan di belakang kandung kemih. Vagina merupakan saluran muskulo-membraneus yang menghubungkan rahim dengan vulva. Jaringan muskulusnya merupakan kelanjutan dari

muskulus sfingter ani dan muskulus levator ani oleh karena itu dapat dikendalikan. Pada dinding vagina terdapat lipatan-lipatan melintang disebut rugae dan terutama di bagian bawah. Pada puncak (ujung) vagina menonjol serviks pada bagian uterus. Bagian servik yang menonjol ke dalam vagina di sebut portio. Portio uteri membagi puncak vagina menjadi empat yaitu: fornix anterior, fornix posterior, fornix dekstra, fornix sinistra. Sel dinding vagina mengandung banyak glikogen yang menghasilkan asam susu dengan PH 4,5. Keasaman vagina memberikan proteksi terhadap infeksi. Fungsi utama vagina yaitu sebagai saluran untuk mengeluarkan lendir uterus dan darah menstruasi, alat hubungan seks dan jalan lahir pada waktu persalinan.

b. Uterus

Merupakan jaringan otot yang kuat, berdinding tebal, muskular, pipih, cekung dan tampak seperti bola lampu / buah peer terbalik yang terletak di pelvis minor di antara kandung kemih dan rectum. Uterus normal memiliki bentuk simetris, nyeri bila ditekan, licin dan teraba padat Uterus terdiri dari tiga bagian yaitu: fundus uteri yaitu bagian corpus uteri yang terletak di atas kedua pangkal tuba fallopi, corpus uteri merupakan bagian utama yang mengelilingi kavum uteri dan berbentuk segitiga, dan serviks uteri yang

berbentuk silinder. Dinding belakang, dinding depan dan bagian atas tertutup peritoneum sedangkan bagian bawahnya berhubungan dengan kandung kemih. Untuk mempertahankan posisinya uterus disangga beberapa ligamentum, jaringan ikat dan peritoneum. Ukuran uterus tergantung dari usia wanita, pada anak-anak ukuran uterus sekitar 2-3 cm, nullipara 6-8 cm, dan multipara 8-9 cm. Dinding uterus terdiri dari tiga lapisan yaitu peritoneum, miometrium / lapisan otot, dan endometrium.

c. Tuba Fallopi

Tuba fallopi merupakan saluran ovum yang terentang antara kornu uterine hingga suatu tempat dekat ovarium dan merupakan jalan ovum mencapai rongga uterus. terletak di tepi atas ligamentum latum berjalan ke arah lateral mulai dari ostium tubae internum pada dinding rahim. Panjang tuba fallopi 12cm diameter 3-8cm. Dinding tuba terdiri dari tiga lapisan yaitu serosa, muskular, serta mukosa dengan

d. Ovarium

Ovarium berfungsi dalam pembentukan dan pematangan folikel menjadi ovum, ovulasi, sintesis, dan sekresi hormon – hormon steroid Letak: Ovarium ke arah uterus bergantung pada ligamentum infundibulo pelvikum dan melekat pada ligamentum latum melalui mesovarium.

e. Parametrium

Parametrium adalah jaringan ikat yang terdapat di antara ke dua lembar ligamentum latum.

(Bobak, Lowdermilk, dan Janasen, 2004)

2.1.2 Konsep Sekio Sesarea

2.1.2.1 Definsi Seksio Sesarea

Seksio sesarea adalah Suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Sofian, 2012).

Proses persalinan tidak selalu berlangsung alamiah atau normal. Banyak faktor yang menyebabkan persalinan tidak berlangsung normal, karena syarat persalinan normal itu ada jalan lahir, turunnya kepala bayi pada panggul, kekuatan, posisi ibu selama perslinan, dan kondisi psikologis jiwa (Johnson, 2014). Jika salah satu tidak memenuhi maka akan sulit dilakukan persalinan secara normal dan apabila keadaan ibu maupun bayi tidak memungkinkan biasanya dapat dilakukan tindakan seksio sesarea.

Post partum seksio sesarea, dapat diartikan sebagai berikut : ibu pasca seksio sesarea adalah ibu yang

melahirkan janin dengan cara proses pembedahan dengan membuka dinding perut dan dinding uterus dalam waktu sekitar kurang lebih enam minggu organ-organ reproduksi akan kembali pada keadaan tidak hamil (cunningham,2005)

2.1.2.2 Etiologi

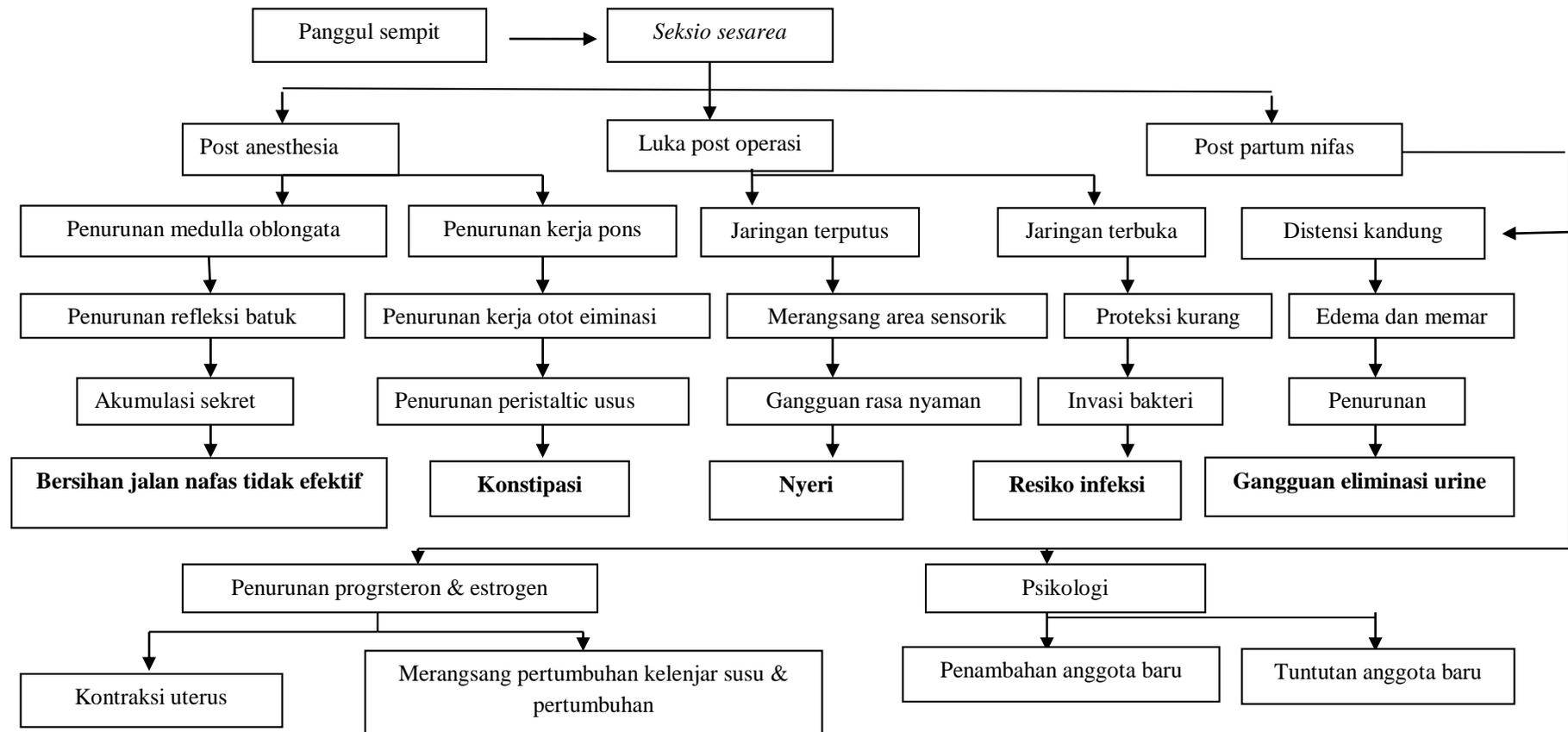
Menurut Nurarif & Kusuma (2015), etiologi seksio sesarea ada dua, yaitu

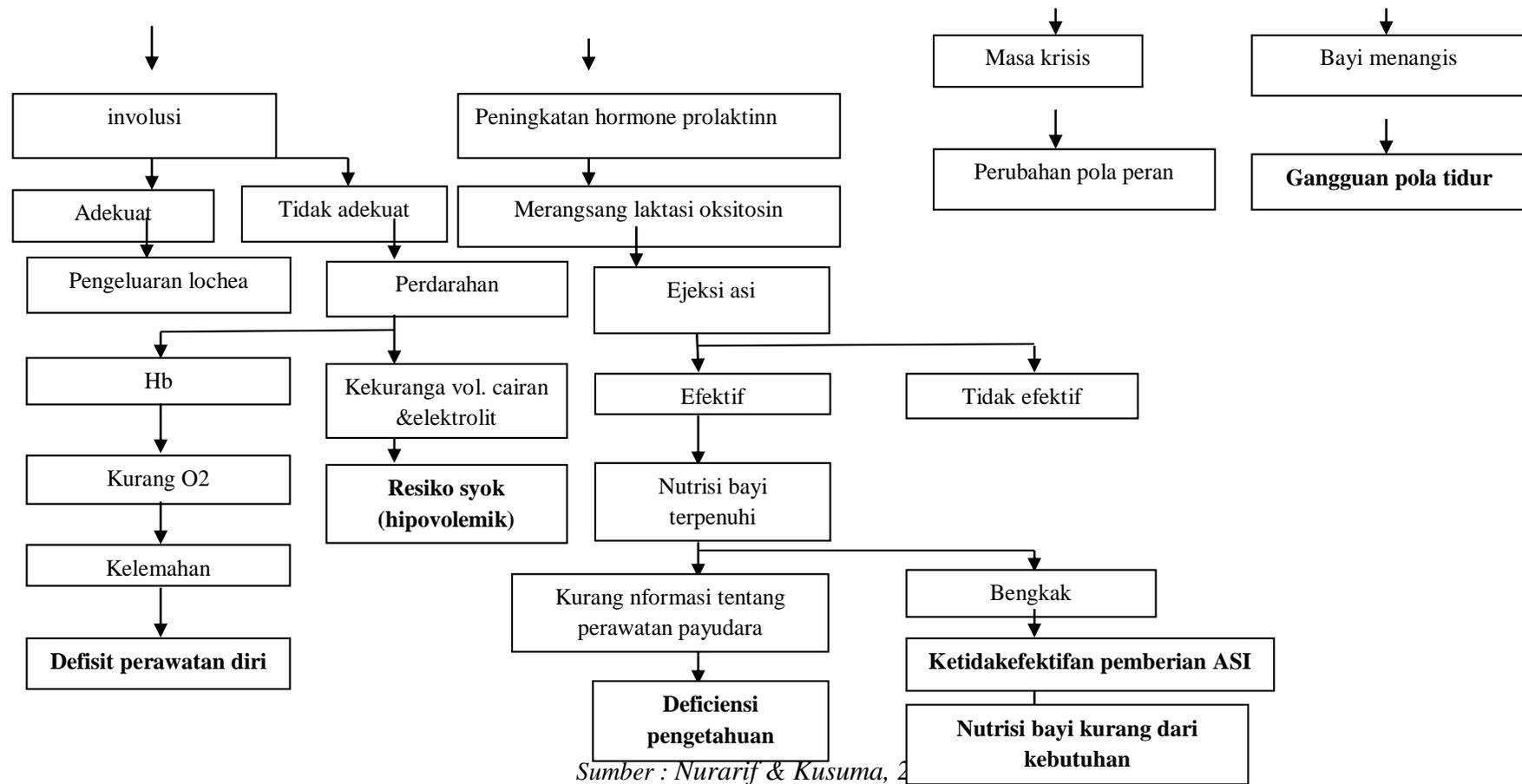
Etiologi yang berasal dari ibu seperti pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disporposi sefalo pelvik (disporposi janin / panggul), terdapat kesempitan panggul, plasenta previa, solution plasenta tingkat I – II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsi-eklamsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya), dan etiologi yang berasal dari janin seperti fetal distress / gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstrak.

2.1.2.3 Patofisiologi

Bagan 2.1

Pathway Seksio Sesarea





2.1.2.4 Indikasi

1. Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior)
2. Panggul sempit
3. Disporsi sefalopevik : yaitu ketidakseimbangan antara ukuran kepala dan ukuran panggul
4. Rupture uteri mengancam
5. Partus lama
6. Partus tak maju
7. Distosia serviks
8. Pre-eklamsia dan hipertensi
9. Malpresentasi janin
 - Letak lintang
 - Letak bokong
 - Presentasi dahi dan muka
 - Presentasi

(Nurarif,2015)

2.1.2.5 Pemeriksaan Penunjang

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

(Nurarif, 2015)

2.1.2.6 Penatalaksanaan

Ada dua metode yaitu metode non farmakologis bukan merupakan pengganti obat-obatan, tindakan ini diperlukan untuk mempersingkat episode nyeri yang berlangsung hanya beberapa detik atau menit. Dilakukan dengan relaksasi nafas dalam atau dengan distraksi verbal. Dan farmakologi yaitu dengan kolaborasi pemberian obat analgetik. Salah satu metode untuk mengatasi nyeri dengan menggunakan obat keterolak untuk mengatasi nyeri pada klien

Post partum dengan Seksio Sesarea biasanya nyeri dirasakan hilang timbul dengan frekuensi tidak menentu tergantung aktivitas yang dilakukan.

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang actual dan potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (*internasional assocation 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 (Nurarif&Kusuma,2016)

Rasa nyeri ini dapat timbul akibat trauma fisik yang disengaja atau tidak disengaja. Salah satu trauma fisik yang disengaja yaitu luka operasi seksio sesarea. Seksio sesarea itu sendiri adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat dinding rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram.

2.1.3 Konsep Persalinan

2.1.3.1 Definisi Persalinan

Persalinan merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu). Lahir Spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. (Lisnawati, 2013)

2.1.3.2 Tahapan persalinan

Tahapan kala dalam persalinan

a. Kala I

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus atau dikenal dengan “his” yang teratur dan meningkat (baik frekuensi maupun kekuatannya) hingga serviks berdilatasi hingga 10 cm (pembukaan lengkap) atau kala pembukaan berlangsung dari mulai adanya pembukaan sampai pembukaan lengkap. (Djami MEU, 2013)

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (baik frekuensi maupun kekuatannya) hingga serviks berdilatasi hingga 10 cm (pembukaan lengkap). Pada permulaan kala satu, his yang timbul tidak begitu kuat sehingga ibu masih kooperatif dan masih bisa berjalan-jalan. Kala satu persalian terdiri dari dua fase yaitu fase laten dan fase aktif. (JNPK-KR Depkes RI, 2014).

1. Fase laten

- a) Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- b) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.
- c) Pada umumnya, berlangsung hampir atau hingga 8 jam.

2. Fase aktif

- a) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
- b) Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm/jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 sampai 2 cm (multipara).
- c) Terjadi penurunan bagian terbawah janin.
- d) Pada umumnya, fase aktif berlangsung hampir atau hingga 6 jam.
- e) Fase aktif dibagi lagi menjadi tiga fase, yaitu:
 - 1) Fase akselerasi, pembukaan 3 ke 4, dalam waktu 2 jam.
 - 2) Fase dilatasi maksimal, pembukaan 4 ke 9, dalam waktu 2 jam.
 - 3) Fase deselerasi, pembukaan 9 ke 10, dalam waktu 2 jam.
- f) Fase-fase tersebut terjadi pada primigravida. Pada multigravida juga demikian, namun fase laten, aktif, dan fase deselerasi terjadi lebih pendek.

b. Kala II

Kala dua persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi. Kala dua disebut juga dengan kala pengeluaran bayi. (Indrayani, Djami MEU. 2013)

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua disebut juga kala pengeluaran bayi. Tanda dan gejala kala dua persalinan adalah: (JNPK-KR Depkes RI, 2014)

1. Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
2. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan/atau vaginanya.
3. Perineum menonjol.
4. Vulva vagina dan sfingter ani membuka.
5. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

Pada kala II persalinan his/kontraksi yang semakin kuat dan teratur. Umumnya ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan meneran. Kedua kekuatan, his dan keinginan untuk meneran akan mendorong bayi keluar. Kala dua berlangsung hingga 2 jam pada primipara dan 1 jam pada multipara. (Djami MEU, 2013)

Pada kala dua, penurunan bagian terendah janin hingga masuk ke ruang panggul sehingga menekan otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa ingin meneran karena adanya penekanan pada rektum sehingga ibu merasa seperti mau buang air besar yang ditandai dengan anus membuka. Saat adanya his bagian terendah janin akan semakin terdorong keluar sehingga kepala mulai terlihat, vulva membuka dan perineum menonjol. (Indrayani Djami MEU, 2013)

Pada keadaan ini, ketika ada his kuat, pimpin ibu untuk meneran hingga lahir seluruh badan bayi.

c. Kala III

Kala tiga persalinan disebut juga sebagai kala uri atau kala pengeluaran plasenta. Kala tiga dan empat persalinan merupakan kelanjutan dari kala satu (kala pembukaan) dan kala dua (kala pengeluaran bayi) persalinan. (JNPK-KR Depkes RI, 2014)

Kala III persalinan disebut juga dengan kala uri atau kala pengeluaran plasenta. Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Setelah kala dua persalinan, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda dibawah ini: (Indrayani Djami MEU, 2013)

Perubahan bentuk uterus dan tinggi fundus uteri :

- a) Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan umum tinggi fundus uter dibawah pusat.
- b) Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berubah bentuk menjadi seperti buah pear/alpukat dan tinggi fundus uteri menjadi diatas pusat.
 1. Tali pusat bertambah panjang
 2. Terjadi semburan darah secara tiba-tiba perdarahan bila pelepasan plasenta secara duncan atau dari pinggir.

d. Kala IV

Kala empat persalinan disebut juga dengan kala pemantauan. Kala empat dimulai dari setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Pada kala ini sering terjadi perdarahan postpartum, yaitu pada dua jam pertama. Pemantauan yang dilakukan bertujuan untuk memantau kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam, dengan memantau setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit pada jam kedua pascapersalinan. (Djami MEU, 2013)

1. Kesadaran penderita, mencerminkan kebahagiaan karena tugasnya untuk melahirkan bayi telah selesai.

2. Pemeriksaan yang dilakukan: tekanan darah, nadi, pernafasan, dan suhu; kontraksi rahim yang keras; perdarahan yang mungkin terjadi dari *plasenta rest*, luka episiotomi, perlukaan pada serviks; kandung kemih dikosongkan, karena dapat mengganggu kontraksi rahim.
3. Bayi yang telah dibersihkan diletakan di samping ibunya agar dapat memulai pemberian ASI.
4. Observasi dilakukan selama 2 jam dengan interval pemeriksaan setiap 2 jam.
5. Bila keadaan baik, parturien dipindahkan ke ruangan inap bersama sama dengan bayinya

2.1.4 Konsep Nifas

2.1.4.1 Definisi Nifas

Puerperium berasal dari bahasa Latin, yaitu *puer*, artinya bayi, dan *parous*, artinya melahirkan atau masa sesudah melahirkan, yang berlangsung kurang lebih 6 minggu (Saleha, 2009).

Periode masa nifas selama 6-8 minggu setelah persalinan, proses ini dimulai setelah selesainya persalinan dan berakhir setelah alat-alat reproduksi kembali seperti keadaan sebelum hamil atau tidak hamil sebagai akibat dari adanya perubahan fisiologis dan psikologis karena proses persalinan (Sulistyawati, 2009).

2.1.4.2 Adaptasi Psikologis Ibu dalam Masa Nifas

a. Adaptasi Psikologis Ibu dalam Masa Nifas

Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase-fase berikut: (Dewi & Sunarsih, 2011)

1) Fase *taking in*

Fase *taking in* yaitu periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan berulang kali diceritakannya. Hal ini membuat ibu menjadi cenderung pasif terhadap lingkungannya.

2) Fase *taking hold*

Fase *taking hold* adalah fase / periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu memiliki perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah.

3) Fase *letting go*

Fase *letting go* merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan

diri, merawat diri dan bayinya, serta kepercayaan dirinya yang sudah meningkat. Pendidikan kesehatan yang kita berikan pada fase sebelumnya akan sangat bergina bagi ibu. Ibu lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya.

a. Postpartum Blues

Postpartum blues atau sering juga disebut *maternity blues* atau sindrom ibu baru, dimengerti sebagai suatu sindrom gangguan efek ringan pada minggu pertama setelah persalinan yang ditandai dengan gejala-gejala seperti reaksi depresi/sedih/disforia, sering menangis, mudah tersinggung, cemas, labilitas perasaan, cenderung menyalahkan diri sendiri, mudah sedih. Puncak dari *postpartum blues* ini 3-5 hari setelah melahirkan dan berlangsung dari beberapa hari sampai 2 minggu (Dewi & Sunarsih, 2011).

2.1.4.3 Perubahan Fisiologi Menurut (Dewi & Sunarsih, 2011)

1) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Bila kelahiran melalui seksio caesarea ,

maka kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah (blood volume) dan hematokrit (haemoconcentration). Bila persalinan pervaginam, hematokrit akan naik dan pada seksio caesarea, hematokrit cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

2) Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil. Hal ini disebabkan terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung.

3) Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu akan mengalami keadaan konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan, alat pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktivitas tubuh. Namun hal ini masih dalam kondisi normal dimana faal usus akan kembali normal dalam 3-4 hari

4) Perubahan Sistem Musculoskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara

berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligament rotundum menjadi kendur. Stabilisasi/secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

5) Perubahan Sistem Endokrin

a) Hormon Plasenta

Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7.

b) Hormon Pituitary

Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke-3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c) Hipotalamik Pituitary Ovarium

Untuk wanita yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi.

6) Perubahan Sistem Hematologi

Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental. Leukositosis yang meningkat dimana sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari dari masa postpartum. Jumlah haemoglobin, hematokrit, dan eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal postpartum sebagai akibat dari volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi wanita tersebut.

7) Uterus

a) Pengerutan Rahim (involusi)

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan involusi uterus ini, lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi *neurotic* (layu/mati). Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFUnya (tinggi fundus uteri).

Involusi uterus terjadi melalui 3 proses yang bersamaan, sebagai berikut:

(1) Autolysis

Autolysis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uteri dengan enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur.

(2)Atrofi jaringan

Jaringan yang berproliferasi dengan adanya ekstrojen dalam jumlah yang besar, kemudian mengalami atrofi sebagai reaksi terhadap penghentian produksi ekstrojen yang menyertai pelepasan plasenta.

(3)Efek oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uteri 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.

b) Lochia

Lochia adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochia mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus, berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada

setiap wanita, lochia yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochia dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya:

(1) Lochia rubra/merah

Keluar pada hari pertama sampai hari keempat masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan meconium.

(2) Lochia sanguinolenta

Berwarna merah kecokelatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari keempat sampai hari ketujuh postpartum.

(3) Lochia serosa

Berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.

(4) Lochia alba/putih

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks, dan serabut jaringan yang mati. Berlangsung selama 2-6 minggu postpartum.

c) Laktasi

Produksi ASI masih sangat dipengaruhi oleh faktor kejiwaan, ibu yang selalu dalam keadaan tertekan, sedih, kurang percaya diri dan berbagai ketegangan emosional akan menurunkan volume ASI bahkan tidak terjadi produksi ASI. Ada 2 refleks yang sangat dipengaruhi oleh keadaan jiwa ibu, yaitu:

(1) Refleks Prolaktin

Pada waktu bayi menghisap payudara ibu, ibu menerima rangsangan neurohormonal pada puting dan areola, rangsangan ini melalui nervus vagus diteruskan ke hypophysa lalu ke lobus anterior, lobus anterior akan mengeluarkan hormone prolaktin yang masuk melalui peredaran darah sampai pada kelenjar-kelenjar pembuat ASI dan merangsang untuk memproduksi ASI.

Pada ibu yang melahirkan anak, tetapi tidak menyusui, kadar prolaktin akan menjadi normal pada minggu ke 2-3. Pada ibu yang menyusui, prolaktin tidak akan meningkat dalam keadaan seperti stress atau pengaruh psikis, anestesi, operasi, dan merangsang puting susu.

(2) Refleks *Let Down*

Refleks ini mengakibatkan memancarnya ASI keluar, isapan bayi akan merangsang puting susu dan areola yang dikirim lobus posterior melalui nervus vagus, dari glandula pituitary posterior dikeluarkan hormon oxytosin ke dalam peredaran darah yang menyebabkan adanya kontraksi otot-otot myoepitel dari saluran air susu, karena adanya kontraksi ini maka ASI akan terperas ke arah ampula. Faktor-faktor yang menghambat refleks *let down* adalah stress, seperti keadaan bingung/pikiran kacau, takut, dan cemas.

Beberapa hal yang memengaruhi produksi ASI yaitu seperti makanan yang mengandung cukup gizi, konsumsi rokok dan alkohol, ketenangan jiwa dan pikiran, kurang istirahat, faktor isapan bayi dan frekuensi penyusuan, serta perawatan payudara.

8) Serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks ialah bentuk serviks agak menganga seperti corong. Muara serviks yang berdilatasi sampai 10 cm sewaktu persalinan akan menutup secara perlahan dan bertahap. Pada minggu ke-6 serviks menutup kembali.

9) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan *rugae* dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol.

10) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke-5, perineum sudah mendapat kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.

2.1.4.4 Adaptasi Fisiologis Postpartum

a. Perubahan tanda-tanda vital (Maryunani, 2015)

Dalam hal ini perubahan tanda-tanda vital, yaitu:

1) Suhu

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37⁰C. Setelah partus dapat naik kurang lebih 0,5⁰C dari keadaan normal. Sesudah 2 jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal (Sulistyawati, 2009). Penjelasan lain mengenai perubahan suhu pada masa nifas ini adalah pada 24 jam pertama suhu tubuh ibu dapat meningkat sekitar 38⁰C, hal ini mungkin disebabkan oleh karena ekskresi otot, dehidrasi dan perubahan hormonal. Jika terjadi peningkatan suhu 38⁰C yang menetap dalam dua hari dalam 24 jam melahirkan maka perlu dipikirkan adanya infeksi.

2) Tekanan Darah

Tekanan darah sedikit mengalami penurunan sekitar 20 mmHg atau lebih pada tekanan systole akibat dari hipotensi ortostatik; yang ditandai dengan sedikit pusing pada saat perubahan posisi dari berbaring ke berdiri dalam 48 jam pertama.

3) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhirnya kembali normal setelah beberapa jam postpartum. Nadi berkisar antara 60-80 denyutan per

menit setelah partus. Bila terdapat takikardia dan suhu tubuh tidak panas, mungkin ada perdarahan berlebihan.

4) Pernafasan

Pernafasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula. Dalam hal ini, fungsi pernafasan kembali pada rentang normal wanita selama jam pertama postpartum.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas

2.2.1 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,Skale

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 keberapa 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 obstetri

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 pemeriksaan 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 keberapa 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

Mencangkup 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

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 seksio sesarea.

4) Personal hygiene

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

1) Pemeriksaan fisik ibu (Sulistiyawati, 2009 dan Mansyur & Dahlan, 2014)

a) Keadaan umum

Meliputi tingkat kesadaran dan penampilan, berat badan, tinggi badan. Pada klien dengan post partum dengan SC biasanya kesadaran composmentis (kesadaran maksimal), dan penampilan tampak baik dan terkadang sedikit pucat.

b) Tanda-tanda vital

Pada tanda-tanda vital biasanya ada kenaikan pada suhu, yaitu mencapai 36-37°C, dengan frekuensi nadi 65-80 kali/menit pada hari pertama dan normal kembali pada hari ketiga tekanan darah dan respirasi normal.

c) Antropometri

Meliputi tinggi badan, BB sebelum hamil, BB sesudah hamil, dan BB setelah melahirkan.

d) 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 muskuloskeletal 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. 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).

g. Pemeriksaan penunjang (Nurarif, 2015)

- 1) Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- 2) Pemantauan EKG
- 3) JDL dengan diferensial
- 4) Pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, elektrolit
- 5) Golongan darah
- 6) Urinalisis
- 7) Ultrasonografi

h. 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 :

- a. Kebutuhan dasar atau fisiologis

- b. Kebutuhan rasa nyaman
- c. Kebutuhan cinta dan kasih sayang
- d. Kebutuhan harga diri
- e. Kebutuhan aktualisasi diri

2.2.2 Diagnosa Keperawatan Pada Klien Seksio Sesarea

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

- a. Ketidakefektifan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mucus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi).
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan,trauma jalan lahir, episiotomy).
- c. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi postpartum.
- d. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.

- e. Gangguan eliminasi urine.
- f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan.
- g. Resiko infeksi berhubungan dengan factor resiko : episiotomy, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.
- h. Defisit perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelemahan postpartum.
- i. Konstipasi.
- j. Resiko syok (hipovolemik).
- k. Resiko perdarahan.
- l. Defisiensi pengetahuan: perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.

2.2.3 Rencana Keperawatan

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

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

Tabel 2.1

Intervensi Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	NOC	NIC
Definisi : Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dan saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas.	❖ Respiratory status : Ventilation ❖ Respiratory status : Airway patency.	Airway suction - Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning - Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning.
Batasan Karakteristik:	Kriteria Hasil :	
<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada batuk • Suara napas tambahan • Perubahan frekwensi napas • Perubahan irama napas • Sianosis • Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara • Penurunan bunyi napas • Dipsneu • Sputum dalam jumlah yang berlebihan • Batuk yang tidak efektif • Orthopneu • Gelisah • Mata terbuka lebar 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) ❖ Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) ❖ Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan 	<ul style="list-style-type: none"> - Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning - Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan. - Berikan O2 dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suksion nasotrakeal - Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan - Anjurkan pasien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dan nasotrakeal - Monitor status oksigen pasien - Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suksion - Hentikan suksion dan berikan oksigen apabila pasien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi O2, dll

Faktor Yang Berhubungan :	nafas	Airway Management
<ul style="list-style-type: none"> • Lingkungan <ul style="list-style-type: none"> - Perokok pasif - Mengisap asap - Merokok • Obstruksi jalan nafas <ul style="list-style-type: none"> - Spasme jalan nafas - Mokus dalam jumlah berlebihan - Eksudat dalam jalan alveoli - Maten asing dalam jalan napas - Adanya jalan napas buatan - Sekresi bertahan/sisa sekresi - Sekresi dalam bronki • Fisiologis : <ul style="list-style-type: none"> - Jalan napas alergik - Asma - Penyakit paru obstruktif kronik - Hiperplasi dinding bronkial - Infeksi - Disfungsi neuromuscular 		<ul style="list-style-type: none"> - Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu - Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi - Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan - Pasang mayo bila perlu - Lakukan fisioterapi dada jika perlu - Keluarkan sekret dengan batuk atau suction - Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan - Lakukan suction pada mayo - Berikan bronkodilator bila perlu - Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab - Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan. - Monitor respirasi dan status O2

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

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

Tabel 2.2

Diagnosa Keperawatan	Intervensi Nyeri Akut Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Nyeri akut</p> <p>Definisi : Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the study of Pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dan intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan.</p>	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Pain Level, ❖ Pain control ❖ Comfort level <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) ❖ Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri ❖ Mampu mengenali nyeri 	<p>NIC</p> <p>Pain Management</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi - Observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan - Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien - Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri - Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau - Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang
<p>Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan selera makan 		

<ul style="list-style-type: none"> • Perubahan tekanan darah • Perubahan frekwensi jantung • Perubahan frekwensi pernapasan • Laporan isyarat • Diaforesis • Perilaku distraksi (mis, berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang) • Mengekspresikan perilaku (mis, gelisah, merengek, menangis) • Masker wajah (mis, mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus meringis) • Sikap melindungi area nyeri • Fokus menyempit (mis, gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan) • Indikasi nyeri yang dapat diamati 	<p>(skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</p> <p>❖ Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p>	<p>ketidakefektifan kontrol nyeri masa Iampau</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan - Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan - Kurangi faktor presipitasi nyeri - Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal) - Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi - Ajarkan tentang teknik non farmakologi - Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri - Evaluasi keefektifan kontrol nyeri - Tingkatkan istirahat - Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil - Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri <p>Analgesic Administration</p>
---	---	---

<ul style="list-style-type: none"> • Perubahan posisi untuk menghindari nyeri • Sikap tubuh melindungi • Dilatasi pupil • Melaporkan nyeri secara verbal • Gangguan tidur <p>Faktor Yang Berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agen cedera (mis, biologis, zat kimia, fisik, psikologis) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat - Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi - Cek riwayat alergi - Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu - Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri - Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal - Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur - Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali - Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat - Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala
--	---

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015)

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

Tabel 2.3

Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Ketidakseimbangan nutrisi	NOC	NIC
kurang dari kebutuhan tubuh	❖ Nutritional Status :	Nutrition Management
Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik	❖ Nutritional Status : food and Fluid Intake	- Kaji adanya alergi makanan - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.
Batasan karakteristik :	❖ Nutritional Status: nutrient Intake	
• Kram abdomen	❖ Weight control	- Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe
• Nyeri abdomen		
• Menghindari makanan	Kriteria Hasil:	- Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C
• Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal	❖ Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan	
• Kerapuhan kapiler		- Berikan substansi gula
• Diare	❖ Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan	- Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi
• Kehilangan rambut berlebihan	❖ Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi	- Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)
• Bising usus hiperaktif	❖ Tidak ada tanda-tanda malnutrisi	
• Kurang makanan	❖ Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan	- Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian. - Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori
• Kurang informasi	❖ Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	- Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi
• Kurang minat pada makanan		
• Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat		
• Kesalahan konsepsi		
• Kesalahan informasi		
• Mambran mukosa pucat		- Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang
• Ketidakmampuan memakan		

makanan	dibutuhkan
<ul style="list-style-type: none"> • Tonus otot menurun 	Nutrition Monitoring
<ul style="list-style-type: none"> • Mengeluh gangguan sensasi rasa 	<ul style="list-style-type: none"> - BB pasien dalam batas normal
<ul style="list-style-type: none"> • Mengeluh asupan makanan kurang dan RDA (recommended daily allowance) 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor adanya penurunan berat badan - Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan
<ul style="list-style-type: none"> • Cepat kenyang setelah makan 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor interaksi anak atau orangtua selama makan
<ul style="list-style-type: none"> • Sariawan rongga mulut 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor lingkungan selama makan
<ul style="list-style-type: none"> • Steatorrea 	<ul style="list-style-type: none"> - Jadwalkan pengobatan dan perubahan pigmentasi
<ul style="list-style-type: none"> • Kelemahan otot pengunyah 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor turgor kulit
<ul style="list-style-type: none"> • Kelemahan otot untuk menelan 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah
<p>Faktor Yang Berhubungan:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Faktor biologis 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor mual dan muntah
<ul style="list-style-type: none"> • Faktor ekonomi 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht
<ul style="list-style-type: none"> • Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrisi 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor pertumbuhan dan perkembangan
<ul style="list-style-type: none"> • Ketidakmampuan untuk mencerna makanan 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva
<ul style="list-style-type: none"> • Ketidakmampuan menelan makanan 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor kalori dan intake nutrisi
<ul style="list-style-type: none"> • Faktor psikologis 	<ul style="list-style-type: none"> - Catat adanya edema, hiperemik, hipertonic papila lidah dan cavitas oral.
	<ul style="list-style-type: none"> - Catat jika lidah berwarna magenta,

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015)

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

Tabel 2.4

Diagnosa Keperawatan	Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI	
	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Ketidakefektifan pemberian ASI	NOC	NIC
Definisi : ketidakpuasan atau kesulitan ibu, bayi, atau anak menjalani proses pemberian ASI	❖ Breastfeding ineffective ❖ Breathing Pattern Ineffective	Breastfeding Assistance - Evaluasi pola menghisap / menelan bayi
Batasan Karakteristik:	❖ Breasfeeding interrupted	- Tentukan Keinginan Dan Motivasi Ibu untuk menyusui
• Ketidakadekuatan suplai ASI		
• Bayi melengkung menyesuaikan diri dengan payudara	Kriteria Hasil: ❖ Kementapan pemberian ASI : Bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI	- Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (misalnya reflex rooting, menghisap dan terjaga)
• Bayi menangis pada payudara		
• Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusui		- Kaji kemampuan bayi untuk <i>latch-on</i> dan menghisap secara efektif
• Bayi rewel dalam jam pertama setelah menyusui		- Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting
• Ketidakmampuan bayi untuk latch-on pada payudara ibu secara tepat	❖ Kemantapan Pemberian ASI : IBU : kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dan payudara ibu untuk memperoleh	- Pantau integritas kulit puting ibu - Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi
• Menolak latching on		
• Tidak responsive terhadap kenyamanan lain		Breast Examination Lactation Supresion
• Ketidak cukupan pengosongan		- Fasilitasi proses bantuan interaktif

<p>setiap payudara setelah menyusui</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketidacukupan kesempatan untuk mengisap payudara • Kurang menambah berat badan bayi • Tidak tampak tanda pelepasan ositosis • Tampak ketidakadekuatan asupan susu • Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui • Penurunan berat badan bayi terus menerus • Tidak mengisap payudara terus-menerus <p>Faktor Yang Berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deficit pengetahuan • Anomaly bayi • Bayi menerima makanan tambahan dengan puting buatan • Diskontinuitas pemberian ASI • Ambivalen ibu • Ansietas ibu • Anomaly payudara ibu 	<p>nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/todler ❖ Penyapihan Pemberian ASI : ❖ Diskontinuitas progresif pemberian ASI ❖ Pengetahuan Pemberian ASI : tingkat pemahaman yang ditunjukkan megenal laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera ibu mengindikasikan kepuasaan terhadap pemberian ASI ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI 	<p>untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI - Ajarkan pengasuh bayi mengenai topik-topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran memberi susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang - Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula - Apabila penyapihan diperlukan, informasikan ibu mengenai kembalinya proses ovulasi dan seputar alat kontrasepsi yang sesuai <p>Lactation Counseling</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI
---	--	---

<ul style="list-style-type: none"> • Keluarga tidak mendukung • Pasangan tidak mendukung • Reflek menghisap buruk • Prematuritas • Pembedahan payudara sebelumnya • Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu - Diskusikan metode alternative pemberian makan bayi
---	--

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

e) Gangguan eliminasi urine

Tabel 2.5
Intervensi Gangguan Eleminasi Urine

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Gangguan Eliminasi Urine	NOC	NIC
Definisi : Disfungsi pada eliminasi urine	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Urinary elimination ❖ Urinary Continence 	Urinary Retention Care
Batasan Karakteristik:		- Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia (misalnya, output urine, pola berkemih kemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten)
<ul style="list-style-type: none"> • Disuria • Sering berkemih • Anyang-anyangan • Inkontinensia • Nokturia • Retensi • Dorongan 	<p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Kandung kemih kosong secara penuh ❖ Tidak ada residu urine > 100-200 cc ❖ Intake cairan dalam rentang normal ❖ Bebas dari ISK ❖ Tidak ada spasme bladder ❖ Balance cairan seimbang 	<ul style="list-style-type: none"> - Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau properti alpha agonis - Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium channel blockers dan antikolinergik
Faktor Yang Berhubungan :		
<ul style="list-style-type: none"> • Obstruksi anatomic • Penyebab multiple 		

-
- **Gangguan sensori motorik**
 - **Infeksi saluran kemih**
- Menyediakan penghapusan privasi
 - Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiram toilet
 - Merangsang refleks kandung kemih dengan menerapkan dingin untuk perut, membelai tinggi batin, atau air
 - Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit)
 - Gunakan spirit wintergreen di pispot atau urinal
 - Menyediakan manuver Crede, yang diperlukan
 - Gunakan double-void teknik
 - Masukkan kateter kemih, sesuai
 - Anjurkan pasien / keluarga untuk merekam output urine, sesuai
 - Instruksikan cara-cara untuk menghindari konstipasi atau impaksi tinja
 - Memantau asupan dan keluaran
 - Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi
 - Membantu dengan toilet secara berkala
-

- Memasukkan pipa ke dalam lubang tubuh untuk sisa
- Menerapkan kateterisasi intermiten
- Merujuk ke spesialis kontinensia kemih

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

f) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

Tabel 2.6
Intervensi Gangguan Pola Tidur

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Gangguan pola tidur	NOC	NIC
	❖ Anxiety reduction	Sleep Enhancement
Definisi : Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal	❖ Comfort level	- Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur
Batasan Karakteristik :	❖ Pain level	- Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat
• Perubahan pola tidur normal	❖ Rest : Extent and Pattern	- Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat
• Penurunan kemampuan berfungsi	❖ Sleep : Extent an Pattern	- Fasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca)
• Ketidakpuasan tidur	Kriteria Hasil:	- Ciptakan lingkungan yang nyaman
• Menyatakan sering terjaga	❖ Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari	- Kolaborasikan pemberian obat tidur
• Meyatakan tidak mengalami kesulitan tidur	❖ Pola tidur, kualitas dalam batas normal	- Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien
• Menyatakan tidak merasa cukup istirahat	❖ Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat	- Instruksikan untuk memonitor tidur pasien
Faktor Yang Berhubungan	❖ Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan	

<ul style="list-style-type: none"> • Kelembaban lingkungan tidur sekitar • Suhu lingkungan sekitar • Tanggung jawab memberi asuhan • Perubahan pejanan terhadap cahaya gelap • Gangguan(mis.,untuk tujuan terapeutik, pemantauan, pemeriksaan laboratorium) • Kurang kontrol tidur • Kurang privasi, Pencahayaan • Bising, Bau gas • Restrain fisik, Teman tidur • Tidak familier dengan prabot tidur 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur - Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam
---	--

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

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

Tabel 2.7
Intervensi Resiko Infeksi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Risiko Infeksi	NOC	NIC
Definisi : Mengalami	❖ Immune Status	Infection Control (Kontrol infeksi)

peningkatan resiko terserang organisme patogenik	❖ Knowledge : Infection control	- Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain
Faktor Resiko :	❖ Risk control	- Pertahankan teknik isolasi
• Penyakit kronis.	Kriteria Hasil:	- Batasi pengunjung bila perlu
- Diabetes melitus	❖ Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi	- Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien
- Obesitas		- Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan
• Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemanjangan patogen.	❖ Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya	- Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan
• Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat.	❖ Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi	- Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung
- Gangguan peritallsis	❖ Jumlah leukosit dalam batas normal	- Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat
- Kerusakan integritas kulit (pemasangan kateter intravena, prosedur invasif)	❖ Menunjukkan perilaku hidup sehat	- Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum
- Perubahan sekresi pH		- Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing
- Penurunan kerja siliaris		- Tingkatkan intake nutrisi
- Pecah ketuban dini		- Berikan terapi antibiotik bila perlu
- Pecah ketuban lama		- Infection Protection (proteksi terhadap infeksi)
- Merokok		- Monitor tanda dan gejala infeksi
- Stasis cairan tubuh		
- Trauma jaringan (mis, trauma destruksi jaringan)		
• Ketidakadekuatan pertahanan sekunder		

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

- Laporkan kultur positif

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

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

Tabel 2.8

Intervensi Defisit Perawatan Diri		
Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
Defisit perawatan diri mandi	NOC	NIC
Definisi : hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi / aktivitas perawatan diri untuk diri sendiri.	❖ Activity Intolerance ❖ Mobility: physical Impaired	Self-Care Assistance: Bathing / Hygiene - Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri.
Batasan karakteristik :	❖ Sensory perception, Auditory disturbed.	- Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri
• Ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi		
• Ketidakmampuan mengeringkan tubuh	Kriteria hasil :	- Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan
• Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi	❖ Perawatan diri ostomi : tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi	- Tempat handuk, sabun, deodoran, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan di samping tempat tidur atau di kamar mandi
• Ketidakmampuan menjangkau sumber air		
• Ketidakmampuan mengatur air mandi	❖ Perawatan diri : Aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu	- Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya, deodoran, sekat gigi, sabun mandi, sampo, lotion, dan produk aromaterapi)
Faktor Yang Berhubungan :		
• Gangguan kognitif		
• Penurunan motivasi		- Menyediakan lingkungan yang

<ul style="list-style-type: none"> • Kendala lingkungan • Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh • Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial • Gangguan muskuloskeletal • Gangguan neuro muskular • Nyeri • Gangguan persepsi • Ansietas berat 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Perawatan diri Mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu ❖ Perawatan diri hygiene : mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu ❖ Perawatan diri Hygiene oral : mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu ❖ Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi ❖ Membersihkan dan mengeringkan tubuh ❖ Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang 	<p>terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memfasilitasi gigi pasien menyikat - Memfasilitasi diri mandi pasien, sesuai - Memantau pembersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien - Memantau integritas kulit pasien - Menjaga kebersihan ritual - Memfasilitasi pemeliharaan rutin yang biasa pasien tidur, isyarat sebelum tidur, alat peraga, dan benda-benda asing (misalnya, untuk anak-anak, cerita, selimut / mainan, goyang, dot, atau favorit, untuk orang dewasa, sebuah buku untuk membaca atau bantal dari rumah), sebagaimana sesuai - Mendorong orang tua / keluarga partisipasi, dalam kebiasaan tidur biasa - Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri.
---	---	---

kebersihan tubuh dan
hygiene oral

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

i) Konstipasi

Tabel 2.9

Intervensi Konstipasi

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

<ul style="list-style-type: none"> • Darah merah pada feses • Perubahan pada pola defekasi • Penurunan frekuensi • Penurunan volume feses • Distensi abdomen • Rasa rektal penuh • Rasa tekanan rektal • Keletihan umum • Feses keras dan berbentuk • Sakit kepala • Bising usus hiperaktif • Bising usus hipoaktif • Peningkatan tekanan abdomen • Tidak dapat makan, mual • Rembesan feses cair • Nyeri pada saat defekasi • Massa abdomen yang dapat diraba • Adanya feses lunak, seperti pasta didalam rektum • Perkusi abdomen pekak • Sering flatus • Mengejan pada saat defekasi • Tidak dapat mengeluarkan feses • Muntah 	<p>bentuk, volume, dan warna.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memantau bising usus - Anjurkan pasien atau keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses. - Anjurkan pasien atau keluarga untuk diet tinggi serat - Timbang pasien secara teratur - Timbang pasien secara teratur. - Ajarkan pasien dan keluarga tentang proses pencernaan yang normal. - Ajarkan pasien/keluarga tentang kerangka waktu untuk revolusi sembelit
---	---

Faktor yang berhubungan:

- **Fungsional:**
 - **Kelemahan otot abdomen**
 - **Kebiasaan mengabaikan dorongan defekasi**
 - **Ketidakadekuatan toileting (mis: batasan waktu, posisi untuk defekasi, privasi)**
 - **Kurang aktivitas fisik**
 - **Kebiasaan defekasi tidak teratur**
 - **Perubahan lingkungan saat ini**
 - **Psikologis:**
 - **Depresi, stres emosi**
 - **Konfusi mental**
 - **Farmakologis:**
 - **Antasida mengandung aluminium**
 - **Antikolinergik, antikonvulsan**
 - **Antidepresan**
 - **Agens antilipemik**
 - **Garam bismuth**
 - **Kalsium karbonat**
-

-
- **Penyekat saluran kalium**
 - **Diuretic, garam besi**
 - **Penyalahgunaan laksatif**
 - **Agens anti-inflamasi non steroid**
 - **Opiate, fenotiazid, sedative**
 - **Simpatomimetik**
 - **Mekanis**
 - **Ketidakseimbangan elektrolit**
 - **Kemoroid**
 - **Penyakit hirschprung**
 - **Gangguan neurologist**
 - **Obesitas**
 - **Obstruksi pasca bedah**
 - **Kehamilan**
 - **Pembesaran prostat**
 - **Abses rektal**
 - **Fisura anak rektal**
 - **Striktur anak rektal**
 - **Prolapse rektal, ulkus rektal**
 - **Rektokel, tumor**
 - **Fisiologis:**
 - **Perubahan pola makan**
-

-
- **Perubahan makanan**
 - **Penurunan motilitas traktus gastrointestinal**
 - **Dehidrasi**
 - **Ketidakadekuatan gigi geligi**
 - **Ketidakadekuatan hygiene oral**
 - **Asupan serat tidak cukup**
 - **Asupan cairan tidak cukup**
 - **Kebiasaan makan buruk**
-

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

j) Resiko syok (hipovolemik)

Tabel 2.10

Intervensi Resiko Syok		
Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
Resiko syok	NOC	NIC
Definisi : Beresiko terhadap ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa	❖ Syok prevention ❖ Syok management	Syok prevention
Faktor Resiko :	Kriteria Hasil:	- Monitor status sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme, nadi perifer, dan kapiler refill.
• Hipotensi	❖ Nadi dalam batas yang diharapkan	- Monitor tanda inadekuat oksigenasi jaringan
• Hipovolemi	❖ Irama jantung dalam batas yang diharapkan	- Monitor suhu dan pernafasan

<ul style="list-style-type: none"> • Hipoksemia • Hipoksia • Infeksi • Sepsis • Sindrom respons inflamasi sistemik 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan ❖ Irama pernapasan dalam batas yang diharapkan ❖ Natrium serum dalam batas normal ❖ Kalium serum dalam batas normal ❖ Klorida serum dalam batas normal ❖ Kalsium serum dalam batas normal ❖ Magnesium serum dalam batas normal ❖ PH darah serum dalam batas normal ❖ Indikator : ❖ Mata cekung tidak ditemukan ❖ Demam tidak ditemukan ❖ Tekanan darah dalam batas normal ❖ Hematokrit dalam batas normal 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor input dan output - Pantau nilai labor : HB, HT, AGD dan elektrolit - Monitor hemodinamik invasi yng sesuai - Monitor tanda dan gejala asites - Monitor tanda awal syok - Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat - Lihat dan pelihara kepatenan jalan nafas - Berikan cairan IV dan atau oral yang tepat - Berikan vasodilator yang tepat - Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok - Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok - Syok management - Monitor fungsi neurotogis - Monitor fungsi renal (e.g BUN dan Cr : Lavel) - Monitor tekanan nadi - Monitor status cairan, input, output
--	---	---

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

kimia)

- Masukkan dan memelihara besarnya kobosanan akses IV

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015)

k) Resiko perdarahan

Tabel 2.11

Diagnosa	Intervensi Resiko Perdarahan	
	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
Resiko perdarahan	NOC	NIC
Definisi : Beresiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan.	<ul style="list-style-type: none">❖ Blood lose severity❖ Blood koagulation	Bleeding precautions
Faktor Resiko :	Kriteria Hasil:	
<ul style="list-style-type: none">• Aneurisme• Sirkumsisi• Defisiensi pengetahuan• Koagulopati intravaskuler diseminata• Riwayat jatuh• Gangguan gastrointestinal (mis.,penyakit ulkus lambung, polip, varises)• Gangguan fungsi hati (mis, sirosis, hepatitis)• Koagulopati inheren (mis, trombositopenia)• Komplikasi pascapartum	<ul style="list-style-type: none">❖ Tidak ada hematuria dan hematemesis❖ Kehilangan darah yang terlihat❖ Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastole❖ Tidak ada perdarahan pervagina❖ Tidak ada distensi abdominal❖ Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal❖ Plasma, PT, PTT dalam	<ul style="list-style-type: none">- Monitor ketat tanda-tanda perdarahan- Catat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan- Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit- Monitor TTV ortostatik- Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif- Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresh frozen plasma)- Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan- Hindari mengukur suhu lewat rectal- Hindari pemberian aspirin dan anticoagulant

<p>(mis, atoni uteri, retensi plasenta)</p>	<p>batas normal</p>	<p>- Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K</p>
<p>• Komplikasi terkait kehamilan (mis, plasenta previa, kehamilan mola, solusio plasenta)</p>		<p>- Hindari terjadinya konstipasi dengan menganjurkan untuk mempertahankan intake cairan yang adekuat dan pelembut feces</p>
<p>• Trauma</p>		<p>Bleeding reduction</p>
<p>• Efek samping terkait terapi (mis, pembedahan, pemberian obat, pemberian produk darah defisiensi trombosit, kemoterapi)</p>		<p>- Identifikasi penyebab perdarahan</p> <p>- Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonary capillary / artery wedge pressure</p> <p>- Monitor status cairan yang meliputi intake dan output</p> <p>- Monitor penentu pengiriman oksigen ke jaringan (PaO₂, SaO₂ dan level Hb dan cardiac output)</p> <p>- Pertahankan patensi IV line</p>
		<p>Bleeding reduction: wound/luka</p> <p>- Lakukan manual pressure (tekanan) pada area perdarahan</p> <p>- Gunakan ice pack pada area perdarahan</p> <p>- Lakukan pressure dressing (perban yang menekan) pada area luka</p>

-
- Tinggikan ekstremitas yang perdarahan
 - Monitor ukuran dan karakteristik hematoma
 - Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan
 - Instruksikan pasien untuk menekan area luka pada saat bersin atau batuk
 - Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas

Bleeding reduction : gastrointestinal

- Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh: emesis, feces, urine, residu lambung, dan drainase luka
 - Monitor complete blood count dan leukosit
 - Kolaborasi dalam pemberian terapi : lactulose atau vasopressin
 - Lakukan pemasangan NGT untuk memonitor sekresi dan perdarahan lambung
 - Lakukan bilas lambung dengan NaCl dingin
 - Dokumentasikan warna, jumlah dan karakteristik feses
-

-
- Hindari pH lambung yang ekstrem dengan kolaborasi pemberian antacids atau histamine blocking agent
 - Kurangi faktor stress
 - Pertahankan jalan nafas
 - Hindari penggunaan anticoagulant
 - Monitor status nutrisi pasien
 - Berikan cairan Intravena
 - Hindari penggunaan aspirin dan ibuprofen
-

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

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

Tabel 2.12

Intervensi Defisit Pengetahuan		
Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
Defisit pengetahuan	NOC	NIC
Definisi : Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.	❖ Knowledge : disease proses	Treching : disease proces
Batasan Karakteristik:	❖ Knowledge : healt beavior	- Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik
• Perilaku hiperbola	Kriteria Hasil:	- Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit,
• Ketidakakuratan mengikuti perintah	❖ Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi,	- Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat.
• Ketidakakuratan mengikuti tes (mis.,	prognosis,program	- Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat

hysteria, bermusuhan, agitasi, apatis)	pegobatan.	-	Identifikasi kemampuan penyebab dengan cara yang tepat
• Pengukuran masalah	❖ Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.	-	Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat
Faktor yang berhubungan:			
• Keterbatasan kognitif	❖ Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya.	-	Hindari jaminan yang kosong
• Salah intepretasi informasi		-	Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat
• Kurang pajanan		-	Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit
• Kurang minat dalam belajar		-	Diskusikan pilihan terapi atau penanganann
• Kurang dapat mengingat		-	Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan
• Tidak familiar dengan sumber informasi		-	Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan,dengan cara yang tepat.

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

2.2.4 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)

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan hasil akhir yang diharapkan pada ibu postpartum dengan tindakan seksios sesarea adalah mampu mempertahankan kebutuhan perawatan diri, mampu mengatasi defisit perawatan diri, dan dapay meningkatkan kemandirian. Masalah ketidaknyamanan fisik akibat seksio sesarea dapat teratasi. (Reeder, 2009)