

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST OPERASI *SECTIO*
CAESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANG KALIMAYA
BAWAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
DR SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh :

Dwimas Ayu Saputri

NIM : AKX.16.039



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

2019

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Dwimas Ayu Saputri

NPM : AKX.16.039

Program Studi : DIII Keperawatan

Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Op Sectio Caesarea

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

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

Bandung, 20 Mei 2019

Yang Membuat Pernyataan



Dwimas Ayu S.

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST OPERASI *SECTIO
CAESAREA* DENGAN NYERI AKUT DI RUANG KALIMAYA
BAWAH RSUD DR SLAMET GARUT**

**DWIMAS AYU SAPUTRI
AKX.16.039**

**Karya tulis ini telah disetujui oleh panitia penguji
Pada tanggal, 20 Mei 2019
Menyetujui**

Pembimbing Ketua



Inggrid Dirgayayu, S.Kp.,M.KM

NIK : 10104019

Pembimbing Pendamping



Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep

NIK : 10104025

Mengetahui

Prodi DIII Keperawatan

Ketua,



Tuti Suprapti,S.Kp.,M.kep

NIK: 1011603

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULISI ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST OPERASI *SECTIO
CAESAREA* DENGAN NYERI AKUT DI RUANG KALIMAYA
BAWAH RSUD DR SLAMET GARUT**

Oleh:

**DWIMAS AYU SAPUTRI
AKX.16.039**

Telah diuji

Pada tanggal, Mei 2019

Panitia Penguji

Ketua : Ingrid Dirgayahu, S.Kep.,M.KM

(Pemimbing Utama)

Anggota :

1. Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep

(Penguji I)

2. Sri L Kartikawati, S.ST.,M.Keb

(Penguji II)

3. Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep

(Pembimbing Pendamping)



.....



.....



.....



.....

Mengetahui,

STIKes Bhakti Kencana Bandung

Ketua,



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

NIK: 101070641

ABSTRAK

Latar belakang : *Sectio caesarea* adalah suatu pembedahan untuk melahirkan anak melalui insisi dinding abdomen dan uterus dengan persyaratan rahim dalam keadaan utuh dan bobot janin diatas 500 gram. Data rekam medik RSUD dr. Slamet Garut yang terdapat 1.433 kasus persalinan dengan *sectio caesarea* sepanjang tahun 2018. Namun banyak ibu yang mengeluh rasa nyeri di bekas jahitan SC. Rasa nyeri akan menimbulkan perasaan tidak nyaman. Apabila hal ini tidak segera diatasi maka dapat menimbulkan efek membahayakan yang akan mengganggu proses penyembuhan. **Tujuan:** Untuk memperoleh pengalaman dan pengetahuan dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien post *sectio sesarea* dengan masalah keperawatan Nyeri Akut. **Metode :** Studi kasus merupakan penelitian mendalam tentang masalah penelitian tertentu, bukan survei statistik atau pertanyaan komparatif. Studi kasus adalah studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada ibu post operasi *sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut pada luka post operasi *sectio caesarea*. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, masalah keperawatan nyeri pada luka post operasi *sectio caesarea* pada kedua klien dapat teratasi sebagian dikarenakan belum mencapai kriteria hasil yang diinginkan. **Diskusi :** Pada kedua klien ditemukan masalah nyeri akut post operasi *sectio caesarea*. Adapun perbedaan hasil dari intervensi bantu dengan atau berikan teknik relaksasi pada kedua klien yaitu pada hari ketiga, dengan hasil pada klien pertama yaitu penurunan skala nyeri menjadi 1 dari 4 (0-10) sedangkan pada klien kedua menjadi 2 dari 5 (0-10). Penulis menyarankan kepada pihak rumah sakit agar meningkatkan standar pelayanan kesehatan dalam pemberian asuhan keperawatan, khususnya keterlibatan dalam pelaksanaan pengaturan jam besuk untuk lebih ketat lagi. Diharapkan keluarga pasien hanya membesuk ataupun masuk ke dalam bangsal hanya saat jam besuk demi kenyamanan pasien lain. Dan untuk pihak institusi pendidikan diharapkan mampu memenuhi ketersediaan literatur terbitan terbaru atau dalam kurun waktu 10 tahun terakhir, khususnya literatur tentang *sectio caesarea* sehingga dapat menambah keilmuan dan wawasan mahasiswa.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Nyeri, Post Operasi, Post *Sectio Caesarea*.

Daftar Pustaka : 11 Buku (2009-2019), 2 Jurnal (2009-2019), 3 Website

ABSTRACT

Background : *Sectio caesarea* is a surgery for childbirth through an abdominal wall and uterine incision with the requirement that the uterus is intact and the fetus weighs above 500 grams. Medical record data of RSUD dr. Slamet Garut has 1,433 cases of labor with *sectio caesarea* throughout 2018. However, many mothers complain of pain in SC scars. Pain will cause discomfort. If this is not immediately addressed, it can cause harmful effects that will interfere with the healing process. **Objective :** To gain experience and knowledge in carrying out nursing care for post-cesarean clients with Acute Pain nursing problems. **Method :** Case studies are in-depth research on certain research problems, not statistical surveys or comparative questions. Case study is a study to explore the problem of nursing care in postoperative mothers caesarean section with acute pain nursing problems in postoperative caesarean section wounds. **Result :** After nursing care was given by giving nursing intervention for 3x24 hours, pain nursing problems in the *sectio caesarean* postoperative wound in both clients could be resolved in part because it had not reached the desired outcome criteria. **Discussion :** Clients with pain nursing problems do not always have the same response in postoperative caesarean mothers, this is influenced by the condition or previous health status of the client. So that nurses must carry out comprehensive nursing care to deal with nursing problems for each client.

Keyword : Post *Sectio Caesarea*, Pain, Nursing Care, Post Surgery

References : 11 Books (2009-2019), 2 Journals (2009-2019), 3 Websites

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST OPERASI SECTIO CAESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANG KALIMAYA BAWAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH 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 Anestesi 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. Ingrid Dirgayahu, S.Kep.,M.KM selaku Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan, saran serta motivasi yang sangat berguna dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners. selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

6. Staf dosen dan karyawan program studi DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik.
7. Deti Fuji Adiati, S.Kep., Ners., selaku CI Ruangan Kalimaya Bawah yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr. Slamet Garut.
8. Ny. S dan Ny. I serta kedua keluarga yang telah bekerja sama dengan penulis selama pemberian Asuhan Keperawatan.
9. Untuk kedua orangtua yang selalu menjadi panutan demi keberhasilan penulis yaitu Ayahanda tercinta Suyadi (alm.) dan Ibunda tercinta Prahyati, serta crew keluarga besar penulis yaitu, Faza Almeera, Eko bagus, Helmiati, Azriel Fares, Khalid Airlangga, Sri Wahyuni, dan yang tidak disebutkan namanya, yang telah memberikan dorongan serta dukungan dengan tulus, selalu mendoakan demi keberhasilan sekaligus sebagai *support system* bagi penulis.
10. Untuk Fery Gunawan yang selalu sabar dan tulus memberikan motivasi serta dukungan kepada penulis.
11. Untuk teman – teman *partner in crime* dalam pembuatan KTI ini yaitu, Cici, Rindia, Widia, Serli, Indah, Kak Dian, Nofa, April, Yuna, Ralista, Reni dan seluruh teman seperjuangan Anestesi Angkatan XII, khususnya kelas C yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus sehingga KTI ini dapat terselesaikan tepat waktu.
12. 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, 20 Mei 2019

Penulis

Dwimas Ayu S

DAFTAR ISI

	Halaman
SURAT PERNYATAAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR BAGAN	xv
DAFTAR SINGKATAN	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Teori	7
2.1.1 Konsep Seksio Sesarea	7
2.1.2 Konsep Masa Nifas	21
2.1.3 Konsep Nyeri	28
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas	38
2.2.1 Pengkajian.....	38

2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	55
2.2.3 Intervensi	55
2.2.4 Implementasi	82
2.2.5 Evaluasi	83
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian	84
3.2 Batasan Istilah	84
3.3 Partisipan/ Respon/ Subyek Penelitian	85
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	86
3.5 Pengumpulan Data	87
3.6 Uji Keabsahan Data	89
3.7 Analisis Data	90
3.8 Etik Penulisan KTI	91
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil	94
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	94
4.1.2 Data Asuhan Keperawatan	95
4.1.2.1 Pengkajian.....	95
4.1.2.3 Analisis Data	111
4.1.2.4 Diagnosa Keperawatan	113
4.1.2.5 Perencanaan	117
4.1.2.6 Implementasi	123
4.1.2.7 Evaluasi	134
4.2 Pembahasan	137
4.2.1 Pengkajian	137

4.2.2 Diagnosa Keperawatan	138
4.2.3 Perencanaan	143
4.2.4 Implementasi	148
4.2.5 Evaluasi	151
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan	153
5.2 Saran	156
Daftar Pustaka	158
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tabel Involusi Uterus pada Masa Post Partum
Tabel 2.2 Intervensi Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
Tabel 2.3 Intervensi Nyeri Akut
Tabel 2.4 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi
Tabel 2.5 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI
Tabel 2.6 Intervensi Gangguan Eleminasi Urine
Tabel 2.7 Intervensi Gangguan Pola Tidur
Tabel 2.8 Intervensi Resiko Infeksi
Tabel 2.9 Intervensi Defisit Perawatan Diri
Tabel 2.10 Intervensi Konstipasi
Tabel 2.11 Intervensi Resiko Syok
Tabel 2.12 Intervensi Resiko Perdarahan
Tabel 2.13 Intervensi Defisit Pengetahuan
Tabel 4.1 Identitas Klien
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan
Tabel 4.3 Riwayat Ginekologi dan Obstetri
Tabel 4.4 Perubahan Aktivitas Sehari-hari
Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.6 Data Psikologi
Tabel 4.7 Data Sosial
Tabel 4.8 Kebutuhan Bounding Attachment
Tabel 4.9 Kebutuhan Pemenuhan Seksual
Tabel 4.10 Data Spiritual
Tabel 4.11 Pengetahuan Tentang Perawatan Diri
Tabel 4.12 Hasil Pemeriksaan Diagnostik
Tabel 4.13 Program dan Rencana Pengobatan
Tabel 4.14 Analisis Data
Tabel 4.15 Diagnosa Keperawatan
Tabel 4.16 Perencanaan
Tabel 4.17 Implementasi
Tabel 4.18 Evaluasi

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Lapisan Abdomen
Gambar 2.2 Insisi Kulit sampai Otot dan Fascia
Gambar 2.3 Insisi Peritoneum
Gambar 2.4 Insisi Uterus
Gambar 2.5 <i>Low Transverse Incision</i>
Gambar 2.6 <i>Classical Incision</i>
Gambar 2.7 <i>Low Vertical Incision</i>

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Seksio Sesarea	16
--	----

DAFTAR SINGKATAN

A	: <i>Assesment</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BBL	: Berat Bayi Lahir
BU	: Bising Usus
°C	: Derajat <i>Celsius</i>
cm	: Centimeter
CPD	: <i>Cephalopelvic Disporpotion</i>
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DKI	: Daerah Khusus Ibu Kota
DO	: Data Obyektif
dr	: Dokter
DS	: Data Subyektif
E	: Evaluasi
EKG	: Ekokardio Grafi
G ₂ P ₁ A ₀	: Gravida 2 kali, Partus 1 kali, Abortus 0 kali
G ₄ P ₂ A ₁	: Gravida 4 kali, Partus 2 kali, Abortus 1 kali
I	: Intervensi
ICS	: <i>Incedent Command System</i>
IPA	: <i>Importanse Performance Analysis</i>
IUD	: <i>Intrauterine Device</i>
IUFD	: <i>Intrauterine fetal Death</i>
IV	: Intra Vena
Jl	: Jalan
KB	: Keluarga Berencana
KTI	: Karya Tulis Ilmiah
m ²	: Meter Persegi
mg	: Miligram

mm	: Milimeter
mmHg	: Milimeter <i>Hydrargyrum</i>
MOW	: Metode Operatif Wanita
No	: Nomor
Ny	: Nyonya
O	: Obyektif
P	: Paliatif
P	: <i>Planning</i>
PEB	: Preeklamsi Berat
Pempis	: Pemeriksaan Fisik
Q	: <i>Quantity/Quality</i>
R	: <i>Region/Radiasi</i>
R	: Rasional
RISKESDA	: Riset Kesehatan Dasar
RL	: Ringer Laktat
RS	: Rumah Sakit
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
S	: <i>Severity/Skala</i>
S	: Subyektif
SC	: <i>Sectio Caesarea</i>
SD	: Sekolah Dasar
SOP	: Standar Operasional Prosedur
T	: <i>Timing</i>
TBC	: <i>Tuberculosis</i>
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
tpm	: Tetes Per Menit
TT	: Tetanus Toxoid
TTD	: Tertanda

TTL : Tempat Tanggal Lahir
TTV : Tanda-tanda Vital
WIB : Waktu Indonesia Barat
WOD : Wawancara, Observasi, Dokumentasi

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Surat Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus

Lampiran II Lembar Konsultasi KTI

Lampiran III Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran IV Lembar Observasi

Lampiran V Jurnal Relaksasi Nafas Dalam

Lampiran VI Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran VII Leaflet

Lampiran VIII Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Finger (2003) menjelaskan bahwa, operasi caesar atau dalam istilah kedokteran *Sectio Caesarea*, adalah prosedur persalinan melalui pembedahan irisan di perut ibu (laparotomi) dan rahim (histerotomi) untuk mengeluarkan bayi. Umumnya *Sectio Caesarea* dapat dilakukan ketika proses persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan karena berisiko untuk kehidupan bayi atau ibu. Dapat juga dilakukan ketika persalinan normal berisiko menimbulkan komplikasi medis lainnya (Reeder (2011). Seorang ibu perlu dilakukan tindakan persalinan seksio sesarea tentu berdasarkan indikasi terlebih dulu. Indikasi tersebut dapat dilakukan dengan alasan medis antara lain: karena ibu ataupun bayinya berisiko tinggi, bukan karena alasan pribadi dari ibu sendiri/elektif (Solehati & Kosasih, 2015).

Data World Health Organization (WHO) pada tahun 2014, yang dikutip oleh Bijalmiah (2018), bahwa *Sectio caesarea* (SC) terus meningkat di seluruh dunia, khususnya di negara-negara berpenghasilan menengah dan tinggi diantaranya adalah Australia (32%), Brazil (54%), dan Colombia (43%).

Angka *Sectio Caesarea* di Indonesia juga mengalami peningkatan. Mengingat data RISKESDA tahun 2013 dimana angka *sectio caesarea* sebesar 9,8%, dan pada tahun 2018 mencapai 17,6% dengan proporsi tertinggi

di DKI Jakarta (31,1%) dan terendah di Papua (6,7%). Jawa barat menduduki peringkat ke-17 metode persalinan dengan operasi dimana prosentasinya sebesar 15,5% (RISKESDAS, 2018). Sedangkan berdasarkan data rekam medik RSUD dr. Slamet Garut sendiri terdapat 1.433 kasus persalinan dengan *sectio caesarea* sepanjang tahun 2018.

Sectio caesarea bukan lagi hanya indikasi medis, tetapi banyak faktor yang bukan medis yang dapat mempengaruhi, misalnya faktor ekonomi, kepercayaan atau adat istiadat mengenai tanggal kelahiran anak dan lain-lain (Amita, Fernalia, & Yulendasari, 2018). Hal ini menunjukkan bahwa adanya fenomena dimana metode persalinan dengan operasi *sectio caesarea* menjadi *trend* dikalangan masyarakat dunia, padahal risiko klinis terhadap ibu yang melahirkan melalui operasi *sectio caesarea* lebih besar dibandingkan dengan risiko persalinan normal (*pervaginam*).

Banyak ibu yang mengeluh rasa nyeri di bekas jahitan SC. Keluhan ini sebenarnya wajar karena tubuh mengalami luka dan proses penyembuhan tidak sempurna. Dampak nyeri yang perlu ditanyakan adalah hal-hal yang spesifik seperti pengaruhnya terhadap pola tidur, pola makan, energi, aktifitas keseharian (Zakiyah, 2015). Rasa nyeri akan menimbulkan perasaan tidak nyaman. Apabila hal ini tidak segera diatasi maka dapat menimbulkan efek membahayakan yang akan mengganggu proses penyembuhan. Hal ini terjadi karena rasa nyeri yang berkepanjangan dapat menimbulkan beberapa gangguan, baik pada aspek fisik maupun psikis klien (Solehati & Kosasih, 2015).

Akibatnya ibu dengan masalah nyeri post operasi *sectio caesarea* akan mengalami penurunan kemandirian dan angka ketergantungannya lebih tinggi dibandingkan ibu dengan post partum spontan. Oleh karena itu peran perawat sangat penting, yaitu ibu dengan post *sectio caesarea* perlu dilakukan dukungan fisik dan psikologis dalam penanganan nyeri terutama saat efek analgetik sudah hilang namun klien belum mendapatkan obat analgetik.

Namun hasil observasi awal peneliti di beberapa rumah sakit, peneliti menemukan bahwa upaya yang dilakukan oleh perawat di ruangan untuk mengurangi nyeri insisi pasien post SC biasanya dilakukan dengan pemberian obat analgetik. Pemberian terapi non-farmakologis jarang dilakukan, sehingga hal ini mendorong penulis untuk melakukan terapi non-farmakologi.

Melihat keadaan diatas sehingga penulis tertarik untuk membuat dan menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan mengangkat judul “Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Operasi *Sectio Caesarea* Dengan Nyeri Akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD dr. Slamet Garut”.

1.2. Rumusan Masalah

Dari latar belakang dan alasan mengangkat judul tersebut di atas, maka perumusan masalah studi kasus ini adalah “Bagaimanakah asuhan

keperawatan pada Ibu Post Operasi *Sectio Caesarea* dengan Nyeri Akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD dr. Slamet Garut ?“.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan pada Ibu Post Operasi *Sectio Caesarea* dengan Nyeri Akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD dr. Slamet Garut secara langsung dan komprehensif dalam bentuk karya tulis ilmiah.

1.3.2. Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian keperawatan pada Ibu Post Operasi *Sectio Caesarea* dengan Nyeri Akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- 2) Menetapkan diagnosis keperawatan pada Ibu Post Operasi *Sectio Caesarea* dengan Nyeri Akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- 3) Menyusun perencanaan keperawatan pada Ibu Post Operasi *Sectio Caesarea* dengan Nyeri Akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- 4) Melaksanakan tindakan keperawatan pada Ibu Post Operasi *Sectio Caesarea* dengan Nyeri Akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

- 5) Melakukan evaluasi pada Ibu Post Operasi *Sectio Caesarea* dengan Nyeri Akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

1.4. Manfaat

1.4.1. Teoritis

1) Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan penelitian ini dapat menambah referensi kepustakaan untuk penelitian lebih lanjut dalam mengembangkan ilmu keperawatan mengenai pengaruh terapi non-farmakologi Relaksasi Nafas Dalam terhadap Ibu Post Operasi *Sectio Caesarea* dengan masalah keperawatan Nyeri Akut.

1.4.2. Praktis

1) Bagi Perawat

Diharapkan penelitian ini dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan perawat tentang pengaruh terapi non-farmakologi Relaksasi Nafas Dalam terhadap Ibu post operasi *Sectio Caesarea* dengan masalah keperawatan Nyeri Akut.

2) Bagi Rumah Sakit

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi acuan dalam pengelolaan masalah yang berhubungan dengan nyeri di rumah sakit.

3) Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi sumber referensi dalam menambah ilmu pengetahuan serta dapat digunakan sebagai acuan

dalam pembuatan asuhan keperawatan pada Ibu post operasi *sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

4) Bagi Klien

Diharapkan penelitian ini dapat meningkatkan wawasan dan informasi bagi klien baik dari media masa maupun elektronik agar meningkatkan atau menambah pengetahuan khususnya tentang nyeri akut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Teori

2.1.1. Konsep *Sectio Caesarea*

2.1.1.1. Definisi

Menurut Oxorn & Forte tahun (1990) dikutip dalam Hakimi (2010), *sectio caesarea* adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus. Sedangkan Sarwono (2005) mengatakan bahwa, *sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan, yaitu janin dilahirkan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan persyaratan, bahwa rahim dalam keadaan utuh serta bobot janin diatas 500 gram (Solehati & Kosasih, 2015). Sehingga dapat disimpulkan bahwa *sectio caesarea* merupakan suatu tindakan pembedahan untuk melahirkan janin melalui dinding abdomen dan uterus dengan bobot janin diatas 500 gram.

2.1.1.2. Anatomi Abdomen

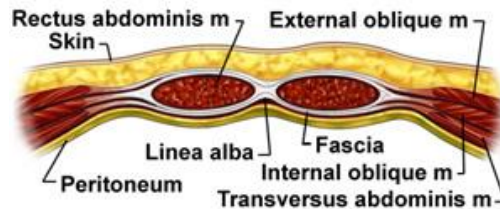
1. Dinding Abdomen

Tersusun dari superfisial ke profunda:

Kulit, jaringan subkutan, otot dan fascia, jaringan ekstraperitoneum, dan peritoneum (Rasjidi, 2009).

Gambar 2.1

Lapisan abdomen (Rasjidi, 2009)



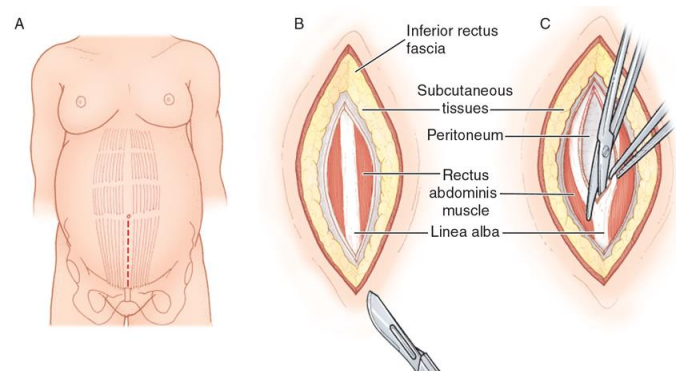
2. Insisi Abdomen

Insisi vertikal lineal mediana infraumbilikal adalah insisi yang paling cepat dilakukan. Insisi harus cukup panjang supaya bayi dapat dilahirkan dengan mudah. Panjang insisi harus sesuai dengan perkiraan ukuran janin. Diseksi tajam dilakukan setinggi selubung rektus anterior, yang dibebaskan dari lemak subkutan untuk memperlihatkan fascia selebar 2 cm di linea mediana. Fascia transversalis dan lemak praperitoneal didiseksi dengan hati-hati untuk mencapai peritoneum di bawahnya. Peritoneum yang dekat dengan bagian ujung atas insisi dibuka dengan hati-hati, baik secara tumpul atau mengeleवासinya dengan dua hemostat yang berjarak sekitar 2 cm. Lipatan peritoneum yang meragang di antara klem kemudian diperiksa dan dipalpsi untuk memastikan omentum, usus dan kandung kemih terletak tidak melekat. Peritoneum diinsisi pada bagian superior dari ujung atas

insisi dan turun hingga tepat diatas bayangan yang menutupi kandung kemih (Cunningham et al., 2009).

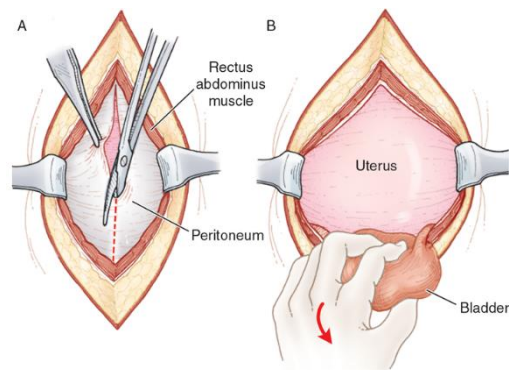
Gambar 2.2

Insisi Kulit sampai Otot dan Fascia (Reichman & Simon, 2013)



Gambar 2.3

Insisi Peritoneum (Reichman & Simon, 2013)



3. Insisi Uterus

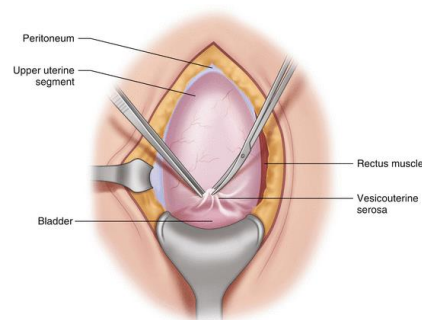
Insisi uterus vertikal dimulai dengan skalpel yang diletakkan serendah mungkin, tergantung pada seberapa

baik penipisan segmen bawah uterus. Bila perlekatan, paparan tidak cukup, tumor, atau plasenta perkreta menyulitkan tindakan bladder flap maka insisi dibuat lebih tinggi dari kandung kemih. Setelah skalpel memasuki uterus, insisi diperluas ke arah sefal dengan gunting kasa hingga panjangnya cukup untuk kelahiran janin.

Insisi uterus harus dibuat cukup lebar untuk memungkinkan kelahiran kepala dan badan janin tanpa merobek atau memotong ke dalam pembuluh darah yang berjalan di sepanjang tepi lateral uterus. Apabila plasenta ditemukan pada jalur insisi, plasenta harus dilepaskan atau diinsisi (Cunningham et al., 2009).

Gambar 2.4

Insisi Uterus (Cunningham et al., 2009)



4. Tipe Insisi Uterus

Oxorn & Forte (1990) dalam Hakimi (2010) menyebutkan bahwa, pada umumnya ada tiga tipe insisi

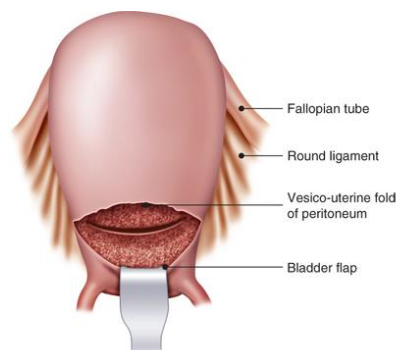
yang dilakukan pada pembedahan seksio sesarea, yaitu sebagai berikut.

a. Segmen Bawah : Insisi Melintang / *Low Transverse Incision*

Abdomen dibuka dan uterus disingskapkan. Lipatan couterina peritoneum (*bladder flap*) yang terletak dekat sambungan segmen atas dan bawah uterus ditentukan dan disayat melintang.

Gambar 2.5

Low Transverse Incision (Cunningham et al., 2014)

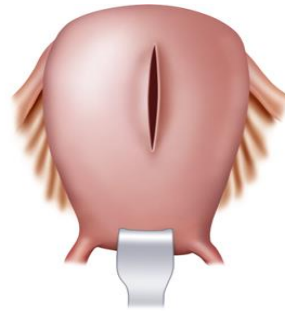


b. *Sectio Caesarea* Klasik / *Classical Incision*

Insisi longitudinal di garis tengah dibuat dengan skalpel ke dalam dinding anterior uterus dan dilebarkan ke atas serta ke bawah dengan gunting berujung tumpul. Diperlukan luka insisi yang lebar karena bayi sering dilahirkan dengan bokong dahulu.

Gambar 2.6

Classical Incision (Cunningham et al., 2014)

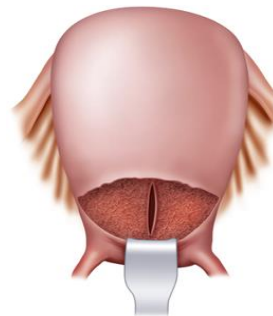


c. Segmen Bawah : Insisi Membujur / *Low Vertical Incision*

Cara membuka abdomen dan menyingkapkan uterus sama seperti pada insisi melintang. Insisi membujur dibuat dengan skalpel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi.

Gambar 2.7

Low Vertical Incision (Cunningham et al., 2014)



5. Penjahitan Uterus

Salah satu metode menggunakan selapis kromik *catgut* 0 atau #1 kontinu untuk menutup separuh insisi yang lebih dalam. Kemudian separuh insisi uterus bagian luar ditutup dengan jahitan yang sama, baik jahitan kontinu

atau *figure-of-eight*. Tusukan jarum yang tidak penting tidak perlu dilakukan supaya pembuluh darah miometrium tidak perforasi yang dapat menyebabkan perdarahan atau hematoma. Untuk mendapatkan penjahitan yang baik dan untuk mencegah jahitan merobek melewati miometrium, maka dibutuhkan seorang asisten untuk menekan uterus pada tiap sisi luka menuju ke tengah saat setiap menjahit dan mengikat jahitan. Bila tepi serosa uterus belum ditutup, dijahit kontinu dengan benang kromik *catgut* 2-0.

6. Penutupan Abdomen

Banyak ahli tidak melakukan penutupan peritoneum parietalis karena sedikit manfaatnya. Namun, bila terjadi distensi usus pada tempat insisi, penjahitan peritoneum dapat membantu melindungi usus saat penjahitan fascia. Seiring dengan ditutupnya setiap lapisan, lokasi perdarahan dicari, diklem, dan diligasi atau dikoagulasi dengan pisau elektrobedah. M. rectus dikembalikan ke posisi asal, dan rongga subfascia diperiksa dengan hati-hati untuk hemoestatis. Dengan diastasis yang baik, M. rectus dapat ditutup dengan satu atau dua jahitan *figure-of-eight* benang kromik *gut* 0 atau #1. Fascia rektus diatasnya ditutup dengan jahitan interuptus benang ukuran 0 yang diabsorpsi lambat pada lateral dari tepi fascia dan berjarak tidak lebih

dari 1 cm, atau dengan teknik kontinu *non-locking* menggunakan benang yang diabsorpsi lambat.

Jaringan subkutan biasanya tidak perlu ditutup jika ketebalan kurang dari 2 cm, dan kulit ditutup dengan jahitan matras vertikal benang silk 3-0 atau 4-0; atau dengan jahitan *running subcuticular* menggunakan benang 4-0 yang diabsorpsi lambat; atau dengan *skin clip*. Bila ketebalan jaringan subkutan sedikitnya 2 cm, maka harus ditutup.

2.1.1.3. Etiologi

Sudirman (2009) dalam Solehati & Kosasih (2015) mengatakan, seorang ibu yang akan melahirkan perlu dilakukan tindakan persalinan seksio sesarea tentu berdasarkan indikasi terlebih dahulu. Indikasi tersebut dapat dilakukan dengan alasan medis antara lain: karena ibu atau bayinya berisiko tinggi, bukan alasan pribadi dari ibu sendiri/elektif. Adapun indikasi dilakukan seksio sesarea karena adanya keadaan sebagai berikut :

1) Faktor Ibu

Indikasi seksio sesarea yang dipengaruhi oleh faktor ibu diantaranya : distosia, *cephalo pelvic disproportion* (CPD), preeklamsi berat dan eklamsia, gagal proses persalinan, seksio ulang, plasenta previa, solutio plasenta, tumor jalan lahir yang

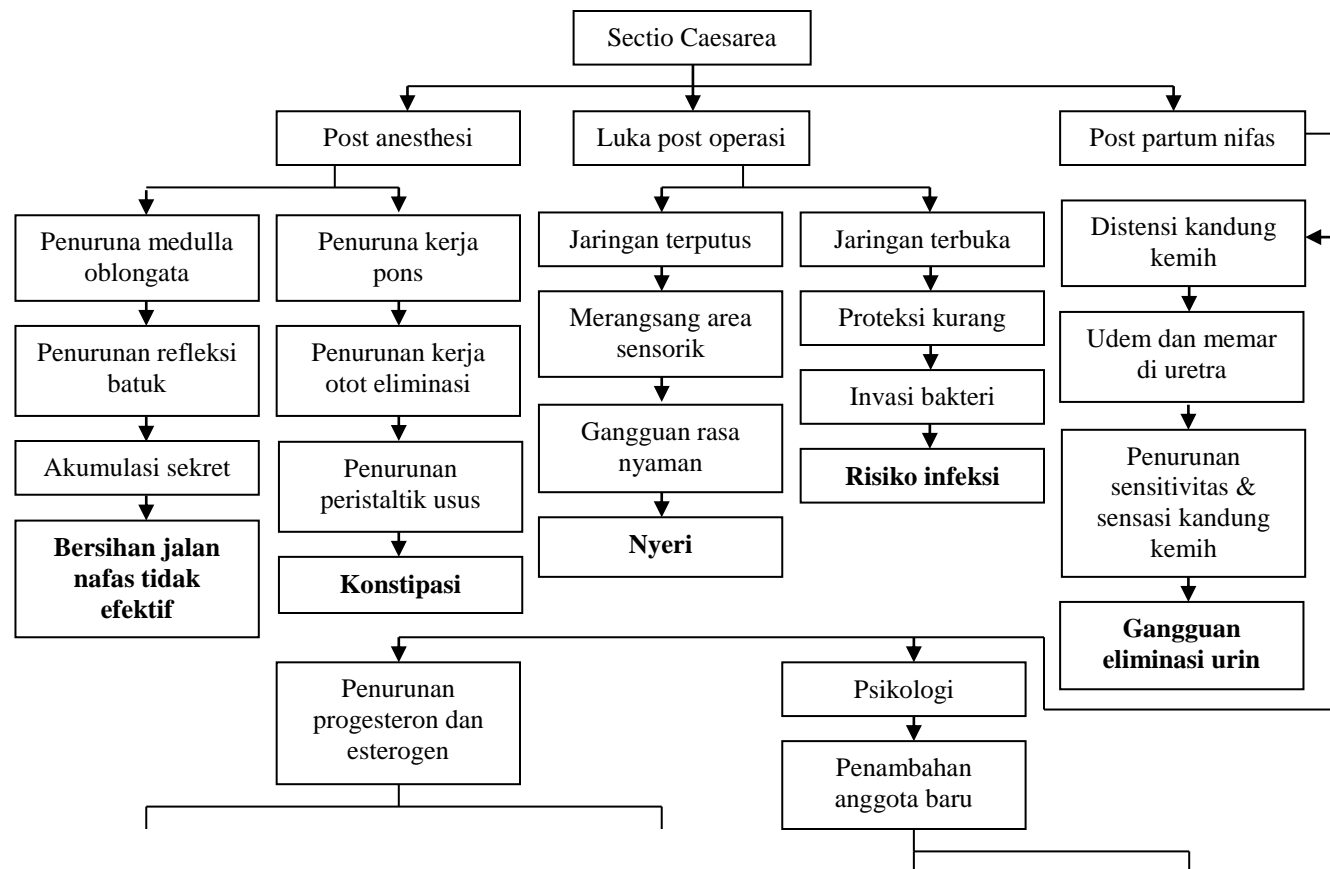
menimbulkan obstruksi, ruptur uteri, takut persalinan pervaginam, pengalaman buruk melahirkan, adanya keinginan untuk melahirkan pada hari yang telah ditentukan, disfungsi uterus, usia ibu lebih dari 35 tahun, dan herpes genital aktif.

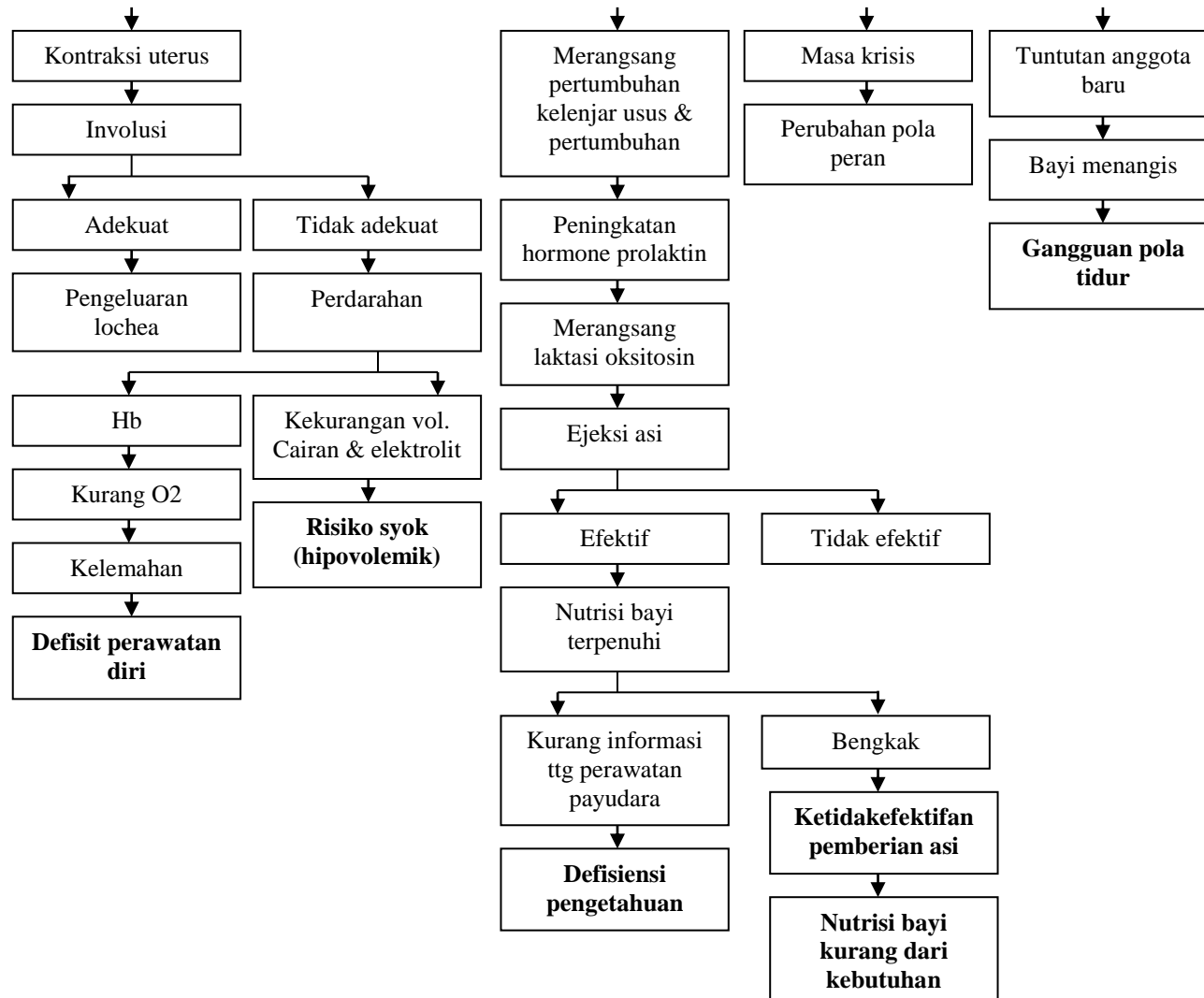
2) Alasan Janin

Indikasi seksio sesarea karena alasan janin diantaranya : terjadinya gawat janin (distress), letak janin (sungsang, lintang, dll), kehamilan ganda, dan adanya bobot badan bayi yang ukurannya lebih dari normal.

Patofisiologi

Bagan 2.1

Patofisiologi *Sectio Caesarea* (Nurarif, 2015)



2.1.1.4. Klasifikasi Sectio Caesarea

Klasifikasi sectio caesarea menurut Rasjidi (2009):

- 1) Sectio caesarea klasik atau corporal: insisi memanjang pada segmen atas uterus.
- 2) Sectio caesarea transperitonealis profunda: insisi pada segmen bawah rahim, paling sering dilakukan, adapun kerugiannya adalah terdapat kesulitan dalam mengeluarkan janin sehingga memungkinkan terjadinya perluasan luka insisi dan dapat menimbulkan pendarahan.
- 3) Melintang (secara kerr).
- 4) Sectio caesarea ekstra peritonealis: dilakukan tanpa insisi peritoneum dengan mendorong lipatan peritoneum keatas dan kandung kemih ke bawah atau ke garis tengah, kemudian uterus dibuka dengan insisi di segmen bawah.
- 5) Sectio caesarea Hysterectomi: dengan indikasi atonia uteri, plasenta akreta, myoma uteri, infeksi intra uterin berat

2.1.1.5. Komplikasi

Oxorn & Forte (1990) dalam Hakimi (2010) menjelaskan bahwa, komplikasi yang serius pada tindakan *sectio caesarea*, diantaranya:

- 1) Perdarahan
 - a) Atonia uteri
 - b) Pelebaran insisi uterus
 - c) Kesulitan mengeluarkan plasenta
 - d) Hematoma ligamentum latum (*broad ligamen*)
- 2) Infeksi
 - a) Traktus genitalis
 - b) Insisi
 - c) Traktus urinalis
 - d) Paru-paru dan traktus respiratorius atas
- 3) Thrombophlebitis
- 4) Cedera, dengan atau tanpa fistula
 - a) Traktus urinalis
 - b) Usus
- 5) Obstruksi usus
 - a) Mekanik
 - b) Paralitik

2.1.1.6. Pemeriksaan Penunjang

Tucker & Martin (1998) menyebutkan bahwa pemeriksaan penunjang pada *sectio caesarea*, yaitu :

- 1) Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- 2) Pemantauan EKG

- 3) JDL dengan diferensial
- 4) Elektrolit
- 5) Hemoglobin/Hematokrit
- 6) Golongan darah
- 7) Urinalis
- 8) Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- 9) Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi
- 10) Ultrasound sesuai pesanan

(Nurarif, 2015)

2.1.1.7. Penatalaksanaan

- 1) Dianjurkan jangan hamil selama kurang lebih satu tahun
- 2) Kehamilan selanjutnya hendaknya diawasi dengan pemeriksaan antenatal yang baik
- 3) Dianjurkan untuk bersalin di rumah sakit yang besar
- 4) Lakukan perawatan post op sesuai arahan tenaga medis selama di rumah
- 5) Jaga kebersihan diri
- 6) Konsumsi makanan yang bergizi dan istirahat yang cukup

(Nurarif, 2015)

2.1.2. Konsep Masa Nifas

2.1.2.1. Definisi

Mochtar (2002) menjelaskan bahwa, post partum merupakan masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum kehamilan. Lama post partum ini antara 6-8 minggu (; Solehati & Kosasih, 2015).

2.1.2.2. Periode

Menurut Mochtar (2002) dalam Solehati & Kosasih (2015), periode post partum dibagi menjadi tiga periode, yaitu sebagai berikut.

- 1) Periode pertama dinamakan *puerperiem* dini, yaitu periode pemulihan dimana ibu telah diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan.
- 2) Periode kedua dinamakan *puerperiem* intermedial, yaitu pemulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya antara 6-8 minggu.
- 3) Periode ketiga dinamakan *remote puerperiem*, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk menjadi sehat sempurna bisa memakan waktu berminggu-minggu, berbulan-bulan, bahkan bertahun-tahun.

2.1.2.3. Perubahan Psikologis Selama Post Partum

Perubahan psikologis yang dialami ibu selama post partum menurut Rubin (1977) dalam Sulistyawati (2015) terdiri atas:

1) Fase *Taking In*

Pada fase ini, ibu masih merasa kecapean setelah melahirkan, masih fokus pada keadaan dirinya, belum berminat untuk merawat bayinya.

2) Fase *Taking Hold*

Pada fase ini, ibu mulai tertarik untuk merawat bayinya.

3) Fase *Letting Go*

Pada fase ini, ibu mulai dapat membagi peran sebagai ibu bagi anak-anaknya, sebagai seorang istri dan sebagai pekerja jika mereka bekerja di luar rumah.

2.1.2.4. Perubahan Fisiologis Ibu Post Partum

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Proses kembalinya uterus pada keadaan sebelum hamil setelah melahirkan disebut involusi (Reeder, 2011). Setelah kala III selesai, uterus berada pada pertengahan abdomen dan sekitar 1 cm di bawah umbilikus. Dua belas jam setelah melahirkan, tinggi fundus kira-kira 2 cm di bawah umbilikus.

Tabel 2.1

Tabel Involusi Uterus pada Masa Post Partum

(Reeder, 2011)

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

b) Lokhea

Menurut Sulistyawati (2015) lokhea terbagi menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya :

(a) Lokhea Rubra/Merah

Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, *lanugo* (rambut bayi), dan *mekonium*.

(b) Lokhea Sanguinolenta

Lokhea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum.

(c) Lokhea Serosa

Lokhea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.

(d) Lokhea Alba

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu post partum.

c) Serviks

Kondisi serviks menurut Perry & Lowdermilk (2004) akan kembali lunak setelah melahirkan, yaitu antara 2-3 hari setelah melahirkan. Serviks akan kembali pada bentuk semula sebelum melahirkan setelah dua minggu melahirkan (Solehati & Kosasih, 2015).

d) Vagina dan Perineum

Perry & Lowdermilk (2004) juga menyebutkan bahwa, vagina dan perineum mengalami perubahan setelah post partum, yaitu akan kembali seperti semula pada 6-8 minggu setelah melahirkan. Rugae akan kembali setelah empat minggu melahirkan meskipun tidak sejelas rugae pada nulipara (Solehati & Kosasih, 2015).

2) Endokrin

Perry & Lowdermilk (2004) dalam Solehati & Kosasih, (2015) mengatakan, penurunan kadar hormon yang cepat setelah plasenta dikeluarkan menimbulkan berbagai perubahan fisiologis dan anatomi pada masa post partum. Human placental lactogen (hPL). Estrogen turun sampai dengan 10%, progesteron juga mengalami penurunan, sedangkan prolaktin dan oksitosin mengalami peningkatan yang dipengaruhi oleh proses menyusui.

3) Urinarius

Pada persalinan seksio sesarea akan terjadi penurunan persepsi terhadap penuhnya kandung kemih sehingga ibu harus terpasang kateter untuk mengeluarkan urin tersebut. Menurut Cuningham (1993) dalam Reeder (2011) yang dikutip oleh Solehati & Kosasih (2015) menyatakan, bahwa penurunan persepsi terhadap penuhnya kandung kemih yang disebabkan oleh penurunan tekanan intraabdomen, edema pada daerah trigonal di dasar kandung kemih yang disebabkan oleh trauma dan rusaknya transmisi impuls saraf aferen akibat anestesi regional.

4) Sistem Pencernaan

a) Nafsu Makan

Reeder (2011) dalam Solehati & Kosasih (2015) mengatakan, setelah pulih dari rasa letih setelah melahirkan dan dari pengaruh analgesia dan anesthesia, banyak ibu paska operasi yang meningkat nafsu makannya dengan pesat dan akan mengonsumsi makanan dalam porsi besar. Perubahan metabolisme karbohidrat dan pengeluaran selama persalinan dapat meningkatkan nafsu makan.

b) Eliminasi Feses

Reeder (2011) juga menjelaskan bahwa, konstipasi merupakan hal yang sering terjadi pada masa post partum. Hal ini terjadi karena penurunan tonus usus dan motilitas usus akibat otot abdomen dan akibat pengaruh progesteron pada otot polos. Kurangnya asupan makanan dan dehidrasi selama persalinan dan kelahiran berperan dalam terjadinya konstipasi (Solehati & Kosasih, 2015).

5) Kardiovaskuler

Menurut Reeder (2011), pada persalinan pervaginam akan mengalami kehilangan darah sebanyak 300-400 cc, sedangkan persalinan dengan seksio sesarea akan mengalami dua kali

lipatnya. Selain itu, ibu akan kehilangan volume plasma pada 72 jam pertama post partum, peningkatan hematokrit pada hari ketujuh yang akan kembali pada 4-5 minggu post partum, trombotosis mengalami peningkatan, jumlah leukosit mengalami peningkatan sampai dengan $12.000/\text{mm}^2$, begitu juga *cardiac output* sehingga sering terjadi bradikardi (Solehati & Kosasih, 2015).

6) Neurologis

Reeder (2011) mengatakan, adanya periode mati rasa dan gatal pada jari-jari terjadi pada 5% ibu post partum. Ibu post partum sering mengalami nyeri kepala yang disebabkan oleh berbagai faktor, seperti *pregnancy-induced hypertension* (PIH), stress, dan akibat pemberian anesthesia (Solehati & Kosasih, 2015).

7) Sistem Imun

Perry & Lowdermilk (2004) dalam Solehati & Kosasih (2015) menjelaskan bahwa, tidak ada perubahan yang berarti pada sistem imun ibu selama kehamilan ataupun setelah persalinan.

8) Muskuloskeletal

Menurut Reeder (2011), Otot-otot abdomen teregang secara bertahap selama kehamilan, mengakibatkan hilangnya

kekenyalan otot, terlihat pada masa post partum (Solehati & Kosasih, 2015).

2.1.2.5. Dampak Fisik pada Pasien Paska Seksio Sesarea

Dampak fisik atau dampak fisiologis yang sering muncul pada pasien paska seksio sesarea, seperti: adanya rasa nyeri, kelemahan, gangguan integritas kulit, nutrisi kurang dari kebutuhan, ketidaknyamanan akibat perdarahan, risiko infeksi, dan sulit tidur. Dampak fisiologis yang sering muncul dirasakan oleh klien paska seksio sesarea ini terutama rasa nyeri akibat dari efek pembedahan tersebut (Duffet & Smith, 1992; Solehati & Kosasih, 2015)

Nyeri merupakan masalah yang sering ditemui pada klien paska seksio sesarea. Nyeri ini disebabkan adanya peregangan otot uterus dan adanya insisional pada jaringan abdomen setelah efek anestesi hilang (Pilliteri, 2003; Lowdermilk, Perry, & Piotrowski, 2003; Solehati & Kosasih, 2015).

2.1.3. Konsep Nyeri

2.1.3.1. Definisi

Definisi nyeri menurut Azis (2009) dalam Solehati & Kosasih (2015), bahwa nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subyektif. Perasaan nyeri pada setiap orang berbeda dalam hal skala ataupun tingkatan, dan

hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya.

2.1.3.2. Etiologi Nyeri

Menurut Solehati & Kosasih (2015) nyeri terjadi akibat adanya stimulus nyeri, antara lain:

- 1) Fisik (termal, mekanik, dan elektrik)
- 2) Kimia

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

2.1.3.3. Patofisiologi

Guyton dan Hall (1997) dalam Solehati & Kosasih (2015) mengatakan bahwa, hampir semua jaringan tubuh terdapat ujung-ujung saraf nyeri. Ujung-ujung saraf ini merupakan ujung saraf yang bebas dan reseptornya adalah nociceptor. Nociceptor ini akan aktif bila dirangsang oleh rangsangan kimia, mekanik dan suhu. Zat-zat kimia yang merangsang rasa nyeri antara lain:

bradikinin, serotonin, histamin, ion kalium, dan asam asetat, sedangkan enzim proteolitik dan substansi P akan meningkatkan sensitivitas dari ujung saraf nyeri. Semua zat kimia ini berasal dari dalam sel. Bila sel-sel tersebut mengalami kerusakan maka zat-zat tersebut akan keluar merangsang reseptor nyeri, sedangkan pada mekanik umumnya karena spasme otot dan kontraksi otot. Spasme otot akan menyebabkan penekanan pada pembuluh darah sehingga terjadi iskemi pada jaringan, sedangkan pada kontraksi otot terjadi ketidakseimbangan antara kebutuhan nutrisi dan suplai nutrisi sehingga jaringan kekurangan nutrisi dan oksitosin yang menyebabkan terjadinya mekanisme anaerob dan menghasilkan zat besi sisa, yaitu asam laktat yang berlebihan. Kemudian, asam laktat tersebut akan merangsang serabut nyeri.

2.1.3.4. Klasifikasi

Menurut Hinchliff, Montague, & Watson (1996) yang dikutip dari Solehati & Kosasih (2015), nyeri diklasifikasikan menjadi nyeri akut dan nyeri kronis. Di bawah ini akan dijelaskan tentang nyeri akut dan nyeri kronis tersebut.

1) Nyeri Akut

Nyeri akut didefinisikan sebagai suatu nyeri yang dapat dikenali penyebabnya, waktunya pendek, dan diikuti oleh peningkatan tegangan otot, serta kecemasan. Ketegangan otot

dan kecemasan tersebut meningkatkan persepsi nyeri. Contohnya, ada luka karena cedera atau operasi.

2) Nyeri Kronis

Nyeri kronis didefinisikan sebagai suatu nyeri yang tidak dapat dikenali dengan jelas penyebabnya. Nyeri ini kerap kali berpengaruh pada gaya hidup klien. Nyeri kronis biasanya terjadi pada rentang waktu 3-6 bulan.

2.1.3.5. Intensitas Nyeri

Menurut Pasero & McCaffery (2005), umumnya untuk mengukur intensitas nyeri digunakan skala rentang 0-10, dimana: 0 = tidak ada nyeri, 1-2 = nyeri ringan, 3-4 = nyeri sedang, 5-6 = nyeri berat, 7-8 = nyeri sangat berat, 9-10 = nyeri buruk sampai tak tertahankan (Solehati & Kosasih, 2015).

2.1.3.6. Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Banyak faktor yang mempengaruhi persepsi dan reaksi nyeri, diantaranya: faktor lingkungan, keadaan umum, endorfin, faktor situasional, jenis kelamin, pengalaman masa lalu dan status emosional, *anxietas* dan kepribadian, budaya dan sosial, arti nyeri, usia, fungsi kognitif, dan kepercayaan individu (Prihardjo, 1996; Reeder, Martin, & Griffin, 1997; Lowdermilk, Perry, & Bobak, 2009; Niven, 2002; Azis, A., 2009; Solehati & Kosasih, 2015).

1) Faktor Lingkungan

Kozier, Erb, & Oliveri (1996) menjelaskan bahwa, lingkungan akan mempengaruhi persepsi nyeri. Lingkungan yang ribut dan terang dapat meningkatkan intensitas nyeri (Solehati & Kosasih, 2015)

2) Keadaan Umum

Terri (2000) mengatakan bahwa, kondisi fisik yang menurun, misalnya kelelahan dan kekurangan asupan nutrisi dapat meningkatkan intensitas yang dirasakan klien. Begitu juga rasa haus, dehidrasi, dan lapar akan meningkatkan persepsi nyeri (Solehati & Kosasih, 2015).

3) Endorfin

Menurut Martin, & Griffin (1997), tingkatan endorfin berbeda-beda antara satu orang dan yang lainnya. Hal inilah yang sering menyebabkan rasa nyeri yang dirasakan oleh seseorang berbeda dengan yang lain (Solehati & Kosasih, 2015).

4) Faktor situasional

Menurut Sikorsi & Barker (2005), pengalaman nyeri klien pada situasi formal akan terasa lebih besar daripada saat sendiri. Persepsi nyeri juga dipengaruhi oleh trauma jaringan (Solehati & Kosasih, 2015).

5) Jenis Kelamin

Sikorsi & Barker (2005) mengatakan, jenis kelamin merupakan faktor penting dalam merespon adanya nyeri. Dalam suatu studi dilaporkan, bahwa laki-laki kurang merasakan nyeri dibandingkan dengan wanita berdasarkan etnis tertentu (Solehati & Kosasih, 2015).

6) Status Emosi

Benson & Proctor (2000) menjelaskan, status emosional sangat memegang peranan penting dalam persepsi rasa nyeri karena akan meningkatkan persepsi dan membuat impuls rasa nyeri lebih cepat disampaikan.

Adapun status emosi yang sangat mempengaruhi persepsi nyeri pada individu antara lain; kecemasan, ketakutan dan kekhawatiran (Solehati & Kosasih, 2015)

7) Pengalaman Masa Lalu

Lowdermilk, Perry, & Bobak (2000) dalam Solehati & Kosasih (2015) menjelaskan, adanya pengalaman nyeri sebelumnya akan mempengaruhi respons nyeri pada klien. Contohnya, pada wanita yang mengalami kesulitan, kecemasan, dan nyeri pada persalinan sebelumnya akan meningkatkan respons nyeri.

8) Reaksi Terhadap Nyeri

Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respons seseorang terhadap nyeri, seperti rasa ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan menjerit (Solehati & Kosasih, 2015).

9) Ansietas dan Kepribadian

Menurut Niven (2002), ketakutan akan nyeri atau antisipasi terhadap tingkat nyeri yang tinggi akan meningkatkan ansietas, yang sebaliknya akan menyebabkan lingkaran yang terus berputar. Dengan meningkatnya ansietas akan mengakibatkan peningkatan sensitivitas nyeri (Solehati & Kosasih, 2015).

10) Budaya dan Sosial

Hasil penelitian Sofaer (1992) dalam Hinchliff, Montague, & Watson (1996) yang dikutip dalam Solehati & Kosasih (2015) membuktikan, bahwa persepsi nyeri juga dipengaruhi oleh fungsi nonfisiologis, seperti kebudayaan seseorang.

11) Usia

Menurut Niven (2002), persepsi nyeri dipengaruhi oleh usia, yaitu semakin bertambahnya usia maka semakin mentoleransi rasa nyeri yang timbul. Kemamouan untuk memahami dan mengontrol nyeri kerap kali berkembang dengan bertambahnya usia (Solehati & Kosasih, 2015).

12) Arti Nyeri

Nyeri memiliki arti yang berbeda bagi setiap orang. Nyeri memiliki fungsi proteksi yang penting dengan memberikan peringatan, bahwa ada kerusakan yang sedang terjadi. Arti nyeri meliputi: kerusakan, komplikasi, penyakit baru, berulangnya penyakit, penyakit fatal, meningkatnya ketidakmampuan, dan kehilangan mobilitas (Solehati & Kosasih, 2015).

13) Fungsi Kognitif

Pada penelitian yang dilakukan oleh Lander (1992) dalam Solehati & Kosasih (2015) ditemukan, bahwa ingatan akan nyeri tidak selalu akurat. Setiap klien mempunyai strategi koping (penyelesaian masalah) yang berbeda-beda untuk mengatasi pengalaman yang menyakitkan.

14) Kepercayaan

Kepercayaan terhadap agama dapat mempengaruhi individu dalam mengatasi nyeri yang timbul. Kemungkinan, individu mempercayai bahwa nyeri sebagai hukuman dan dapat mengurangi kesalahan yang dilakukan (Solehati & Kosasih, 2015).

2.1.3.7. Manifestasi Klinis

Brunner & Suddarth (2002) menjelaskan bahwa, setiap nyeri akan menimbulkan perasaan yang tidak nyaman pada klien, selain itu tanpa melihat pola, sifat, atau penyebab nyeri. Apabila nyeri tidak segera diatasi secara adekuat akan memberikan efek yang membahayakan, seperti mempengaruhi sistem pulmoner, kardiovaskuler, gastrointestinal, endokrin, dan immunologis (Solehati & Kosasih, 2015).

2.1.3.8. Penatalaksanaan

Strategi penatalaksanaan nyeri dibagi menjadi dua, yaitu penatalaksanaan nyeri dengan pendekatan farmakologis dan nonfarmakologis. Kedua pendekatan ini diseleksi dan disesuaikan dengan kebutuhan individu atau dapat juga digunakan secara bersama-sama (Solehati & Kosasih, 2015).

1) Pendekatan Farmakologis

Maternity Center Association (2002) dalam Solehati & Kosasih (2015) mengatakan, pendekatan ini merupakan tindakan yang dilakukan melalui kolaborasi dengan dokter. Intervensi farmakologis yang sering diberikan berupa pemberian obat analgetik, diantara lain: obat sedativa, narkotika, hipnotika yang diberikan secara sistemik,

tranquilizer, *short acting barbiturate*, skopalamina, dan nitrous oxide.

2) Pendekatan Nonfarmakologis

Maternity Center Association (2002) dalam Solehati & Kosasih (2015) menjelaskan, bahwa pendekatan nonfarmakologis yang biasa dilakukan oleh perawat meliputi.

- a) Pendekatan dengan modulasi psikologis nyeri, seperti relaksasi, hipnoterapi, imajinasi, umpan balik biologis, psikopropilaksis, dan distraksi.
- b) Modulasi sensorik nyeri, seperti masase, terapeutik, akupuntur, akupresur, *transcutaneous electrical nerve stimulations* (tens), musik, hidroterapi, homeopati, modifikasi lingkungan persalinan, pengaturan posisi dan postur, serta ambulansi.

2.1.3.9. Jurnal Relaksasi Nafas Dalam

Amita, Fernalia, & Yulendasari (2018) mengatakan dalam penelitiannya yang berjudul “Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post *Section Caesarea* Di Rumah Sakit Bengkulu”, bahwa tujuan relaksasi nafas dalam yaitu agar individu dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa ketegangan dan stress yang membuat individu merasa dalam kondisi yang tidak nyaman menjadi nyaman. Amita,

Fernalia, & Yulendasari (2018) juga menjelaskan, bahwa pelaksanaannya dilakukan selama 5 kali sehari dalam 2 hari. Variabel dependennya adalah intensitas nyeri yang diukur menggunakan skala nyeri numerik dengan skor terendah 0 dan skor tertinggi 10.

Hasil penelitian tersebut yaitu dari rata-rata intensitas nyeri sebelum dilakukan teknik relaksasi nafas dalam dan sesudah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam didapatkan penurunan intensitas nyeri dari rata-rata 5 menjadi rata-rata 3. Teknik relaksasi nafas dalam berpengaruh terhadap intensitas nyeri pada pasien post operasi *Sectio caesarea*.

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas

2.2.1. Pengkajian

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

2.2.1.1. Pengumpulan Data

- 1) Identitas klien meliputi nama, umur, pendidikan, suku, nama, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, nomor medical

record, diagnosa medik, tanggal masuk, dan tanggal dikaji (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2010).

- 2) Identitas penanggung jawab meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat serta hubungan dengan klien.

2.2.1.2. Riwayat kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

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

(a) Keluhan Utama Masuk Rumah Sakit

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

(b) Keluhan Utama Saat Dikaji

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah klien operasi. Umumnya klien akan mengeluh nyeri pada luka operasi. Sedangkan menurut Maryunani (2015). Keluhan yang diungkapkan saat dilakukan pengkajian, biasanya mengeluh nyeri pada daerah luka operasi. Keluhan ini diuraikan dengan metode PQRST :

P = Paliatif/Propokatif

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

Q = Quality/Quantity

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

R = Region/Radiasi

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

S = Severity, Skala

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

T = Timing

Yaitu menunjukkan waktu terjadinya dan frekuensi kejadian keluhan tersebut. Pada post partum dengan SC biasanya nyeri dirasakan hilang timbul dengan frekuensi tidak menentu tergantung aktifitas yang dilakukan

b) Riwayat Kesehatan Dahulu

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

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi penyakit yang diderita klien dan apakah keluarga klien juga mempunyai riwayat persalinan sectio caesarea (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2010).

2.2.1.3. Riwayat Ginekologi dan Obstetrik

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

1) Riwayat Ginekologi

Data ini penting untuk diketahui oleh tenaga kesehatan sebagai data acuan jika klien mengalami kesulitan post partum.

Riwayat ginekologi pada klien post sectio caesarea meliputi :

a) Riwayat Menstruasi

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

b) Riwayat Perkawinan

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

c) Riwayat Keluarga Berencana

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

2) Riwayat Obstetrik

Riwayat obstetrik pada klien post *sectio caesarea* meliputi :

a) Riwayat Kehamilan

Riwayat kehamilan meliputi :

(a) Riwayat Kehamilan Dahulu

Mengidentifikasi riwayat kehamilan yang pernah dialami klien, apakah kehamilan dengan penyulit, kontrol teratur, usia kehamilan saat melahirkan, keluhan selama hamil, imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam memeriksakan kehamilannya.

(b) Riwayat Kehamilan Sekarang

Yang perlu dikaji yaitu pemeriksaan kehamilan setiap bulan, riwayat imunisasi, riwayat pemeriksaan kehamilan dan tempat klien memeriksakan kehamilannya, riwayat pemakaian obat selama hamil, dan keluhan selama hamil.

b) Riwayat Persalinan

Riwayat persalinan meliputi :

(a) Riwayat Persalinan Dahulu

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

(b) Riwayat Persalinan Sekarang

Menjelaskan indikasi dilakukan sectio caesarea, kaji jam, tanggal, jenis kelamin bayi, BB, TB, LK, LB, dan APGAR SCORE dalam 1 dan 5 menit pertama.

c) Riwayat Nifas

Riwayat nifas meliputi :

(a) Riwayat Nifas Dahulu

Mengidentifikasi riwayat nifas dan keluhan pada masa nifas sebelumnya.

(b) Riwayat Nifas Sekarang

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

2.2.1.4. Pola Aktivitas Sehari-hari

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

1) Pola Nutrisi

a) Makan

Menjelaskan dan membandingkan pola makan klien selama hamil dan ketika setelah melahirkan di rumah sakit. Perlu dikaji menu, frekuensi dan keluhan dalam makan. Pada menu makanan dikaitkan dengan pola diet

berimbang bagi ibu. Jika pengaturan menu makan yang dilakukan oleh klien kurang seimbang sehingga ada kemungkinan beberapa komponen gizi tidak akan terpenuhi. Tenaga kesehatan dapat menanyakan pada klien tentang apa saja yang ia makan dalam sehari (nasi, sayur, lauk, buah, makanan selingan dan lain-lain), serta keluhan atau kesulitan klien dalam mengkonsumsi makanan. Pada ibu post sectio caesarea akan terjadi penurunan dalam pola makan dan akan merasa mual karena efek dari anestesi yang masih ada dan bisa juga dari faktor nyeri akibat sectio caesarea.

b) Minum

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

c) Pola Eliminasi

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

Pola eliminasi BAK menjelaskan frekuensi, jumlah, warna, dan keluhan saat BAK. Biasanya terjadi penurunan karena

faktor psikologis dari ibu yang masih merasa trauma, dan otot-otot masih berelaksasi.

d) Istirahat Tidur

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

e) Personal Hygiene

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

f) **Aktivitas**

Menjelaskan perbandingan aktivitas klien selama hamil dan setelah melahirkan di rumah sakit. Data ini memberikan gambaran kepada tenaga kesehatan tentang berapa berat aktivitas yang biasa dilakukan klien.

2.2.1.5. **Pemeriksaan Fisik**

Pemeriksaan fisik dilakukan pada klien yang meliputi:

1) **Keadaan Umum**

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

2) **Tanda-tanda Vital**

Mengkaji tekanan darah, pernafasan, suhu tubuh, dan denyut nadi klien. Pada tanda-tanda vital biasanya tekanan darah normal atau adapula yang menurun apabila pendarahannya banyak. Selain itu, nadi cenderung normal atau lebih cepat.

Ada respirasi biasanya normal atau dapat juga lebih lambat yang disebabkan ibu sedang dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Suhu tubuh dapat naik kurang lebih $0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal. Apabila suhu meningkat hingga lebih dari 38°C maka perlu diwaspadai adanya infeksi (Yanti, 2011).

3) Antropometri

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

4) Pemeriksaan Fisik *Head to Toe*

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

a) Mata

Kaji warna konjungtiva, kebersihan, kelainan dan fungsi penglihatan.

b) Telinga

Kaji bentuk, kebersihan telinga dan fungsi pendengaran.

c) Hidung

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

d) Mulut

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

e) Leher

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

f) Dada

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

g) Abdomen

Kaji bentuk abdomen, striae, bunyi bising usus, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, dan keadaan luka operasi.

Lembek atau lunak dan kendur, terdapatnya luka operasi sectio caesarea tertutup verban, fundus uteri setinggi pusat pada hari pertama dan 1-2 cm dibawah pusat setelah 3 hari, teraba keras.

h) Punggung dan bokong

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

i) Genitalia

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

j) Anus

Kaji kebersihan, fungsi mengedan, apakah terdapat benjolan hemoroid.

k) Ekstremitas

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

2.2.1.6. Data Psikologis

Sebanyak 80% dari perempuan mengalami gangguan suasana hati setelah melahirkan. Mereka merasa kecewa, sendirian, takut, tidak mencintai bayi mereka, dan merasa bersalah karena perasaan ini,

atau kemungkinan mengalami baby blues (Dewi & Sunarsih, 2011).

1) Adaptasi Psikologis Post Partum

Perubahan psikologis yang dialami ibu selama post partum menurut Rubin (1977) dalam Solehati & Kosasih (2015) terdiri atas:

a) Fase *Taking In*

Pada fase ini, ibu masih merasa kecapean setelah melahirkan, masih fokus pada keadaan dirinya, belum berminat untuk merawat bayinya.

b) Fase *Taking Hold*

Pada fase ini, ibu mulai tertarik untuk merawat bayinya.

c) Fase *Letting Go*

Pada fase ini, ibu mulai dapat membagi peran sebagai ibu bagi anak-anaknya, sebagai seorang istri dan sebagai pekerja jika mereka bekerja di luar rumah.

2) Konsep Diri

a) Gambaran Diri

Mengungkapkan tentang persepsi dan perasaan tentang bentuk penampilan. Pada umumnya pada klien post partum mengeluh perubahan badannya selama kehamilan dan setelah persalinan.

b) Ideal Diri

Persepsi individu tentang bagaimana klien harus bersikap atau berperilaku berdasarkan standar, tujuan, keinginan atau nilai pribadi. Sebagian besar ibu mengatakan ingin cepat sembuh dan pulang ke rumah agar dapat beraktifitas seperti biasanya.

c) Harga Diri

Persepsi dari klien tentang perasaannya setelah melahirkan. Ibu dengan post partum normalnya tidak malu dengan keadaan, ada rasa bahagia dan bangga bagi seorang ibu yang telah melahirkan.

d) Peran

Seperti perilaku yang diharapkan secara sosial yang berhubungan dengan fungsi individu pada berbagai kelompok. Seorang ibu harus bisa merawat dan mendidik anak-anaknya.

e) Identitas Diri

Kadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penelitian diri sendiri. Umumnya sebagian ibu mengungkapkan bahwa dirinya merupakan ibu dari anak-anaknya.

2.2.1.7. Data Sosial

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

2.2.1.8. Kebutuhan *Bounding Attachment*

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

2.2.1.9. Kebutuhan Pemenuhan Seksual

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

2.2.1.10. Data Spiritual

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

2.2.1.11. Pengetahuan tentang Perawatan Diri

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

2.2.1.12. Data Penunjang

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

2.2.1.13. Terapi

Terapi merupakan data obat yang dikonsumsi atau diberikan kepada klien.

2.2.1.2. Analisa Data

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

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

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 NANDA-I Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2018 – 2020 dan Rencana Asuhan Keperawatan Doenges et. al, 2018 menyatakan bahwa diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu post partum pre eklamsi berat dengan seksio sesarea adalah (Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et. al, 2018).

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

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

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

- 2.2.2.4. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui
- 2.2.2.5. Gangguan eliminasi urine
- 2.2.2.6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan
- 2.2.2.7. Risiko infeksi area pembedahan berhubungan dengan faktor risiko : episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan
- 2.2.2.8. Defisit perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, eliminasi berhubungan dengan kelelahan postpartum
- 2.2.2.9. Konstipasi
- 2.2.2.10. Risiko syok (hipovolemik)
- 2.2.2.11. Risiko perdarahan
- 2.2.2.12. Defisiensi pengetahuan : perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum

2.2.3. Rencana Keperawatan

Menurut *North American Nursing Diagnosis Association 2018* dan Rencana Asuhan Keperawatan Doenges et. al, 2018. Rencana keperawatan dengan diagnosa yang mungkin muncul dengan seksio sesarea adalah : (Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et. al, 2018).

- 2.2.3.1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mukus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi).

Tabel 2.2 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas

(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et. al, 2018).

Ketidakefektifan bersihan jalan napas

Ketidakmampuan membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran napas untuk mempertahankan bersihan jalan napas.

Batasan karakteristik

- | | |
|------------------------------|--|
| - Tidak ada batuk. | - Dispnea. |
| - Suara napas tambahan.. | - Sputum dalam jumlah yang berlebihan. |
| - Perubahan pola napas | - Batuk yang tidak efektif. |
| - Perubahan frekuensi napas. | - Ortopnea. |
| - Sianosis. | - Gelisah. |
| - Kesulitan verbalisasi. | - Mata terbuka lebar. |
| - Penurunan bunyi napas. | |

Faktor yang berhubungan

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------|
| - Mukus berlebihan. | - Sekresi yang tertahankan. |
| - Terpapar asap. | - Perokok pasif. |
| - Benda asing dalam jalan napas. | - Perokok. |

Kondisi terkait

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| - Spasme jalan napas. | - Hiperplasia pada dinding bronkus. |
| - Jalan napas alergik. | - Disfungsi neuromuskular. |
| - Asma. | - Adanya jalan napas buatan. |
| - Penyakit paru obstruksi kronis. | |
| - Eksudat dalam alveoli. | |

Kriteria Evaluasi :

- Mempertahankan/meningkatkan patensi jalan napas dengan pola pernapasan normal, bunyi napas jelas dan tidak bising, dan aspirasi dicegah.
 - Mendemonstrasikan perilaku untuk meningkatkan/mempertahankan jalan napas paten/membuang sekret.
-

TINDAKAN/INTERVENSI	RASIONAL
<i>Mandiri</i>	
Tinggikan kepala 30 – 45 derajat.	Meningkatkan drainase sekresi, kerja pernapasan dan ekspansi paru
Observasi frekwensi/irama pernapasan. Perhatikan penggunaan otot aksesori, pernapasan cuping hidung, pernapasan mengorok/stridor, serak.	Perubahan pada pernapasan, penggunaan otot aksesori pernapasan, dan/atau adanya ronki/mengi diduga ada retensi secret. Obstruksi jalan napas (meskipun sebagian) dapat menimbulkan tidak efektifnya pola pernapasan dan gangguan pertukaran gas menyebabkan komplikasi, contoh pneumonia, henti napas.
Dorong menelan, bila pasien mampu.	Mencegah secret oral menurunkan risiko aspirasi.
Dorong batuk efektif dan napas dalam.	Memobilisasi secret untuk membersihkan jalan napas dan membantu mencegah komplikasi pernapasan.
Perhatikan keluhan pasien akan peningkatan disfagia, batuk nada tinggi, mengi.	Dapat mengindikasikan pembengkakan jaringan lunak pada faring posterior.
Awasi tanda vital dan perubahan mental.	Takikardia/peningkatan gelisah dapat mengindikasikan terjadinya hipoksia/pengaruh terhadap pernapasan.
Auskultasi bunyi napas.	Adanya mengi/ronki menunjukkan sekret tertahan, mengindikasikan kebutuhan intervensi lebih agresif.
Kaji warna dasar kuku, jari/ibu jari kaki.	Membantu dalam menentukan keadekuatan oksigenisasi.
Perubahan posisi secara periodik dan dorong pernapasan dalam.	Meningkatkan ventilasi pada semua segmen paru dan mobilitas secret, menurunkan risiko atelectasis dan pneumonia

Dorong pemasukan cairan sedikitnya 2 – 3 L/hari bila mungkin, hindari minum karbonat.	Pengenceran secret mulut/pernapasan untuk meningkatkan pengeluaran. Minuman karbonat “busa” pada area orofaring dan mungkin sulit untuk pasien menahannya, sehingga mempengaruhi jalan napas.
Rawat dengan ketat bila pasien muntah atau mengambil minum/makanan.	Memberikan keyakinan akan kemungkinan intervensi cepat bila masalah meningkat.
Berikan pelembaban udara atau O ₂ dengan kantong wajah.	Menurunkan risiko muntah/regurgitasi dan aspirasi.
Berikan antiemetic, contoh hidroksizin (Vistaril) sesuai indikasi.	Digunakan untuk mencegah muntah/regurgitasi dan aspirasi.

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

Tabel 2.3 Intervensi Nyeri Akut

(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et. al, 2018).

Nyeri akut

Definisi

Pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau yang digambarkan sebagai kerusakan (*International Association for the Study of Pain*); awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat, dengan berakhirnya dapat diantisipasi atau diprediksi, dan dengan durasi kurang dari 3 bulan.

Batasan karakteristik

- | | |
|---|---|
| - Perubahan selera makan. | - Fokus menyempit. |
| - Perubahan pada parameter fisiologis. | - Sikap melindungi area nyeri. |
| - Diaforesis. | - Perilaku protektif. |
| - Perilaku distraksi. | - Laporan tentang perilaku nyeri/perubahan aktivitas. |
| - Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang | - Dilatasi pupil. |
| | - Fokus pada diri sendiri. |
| | - Keluhan tentang intensitas |

- | | | |
|--|-------|--|
| <p>tidak mengungkapkannya.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku ekspresif. - Ekspresi wajah nyeri. - Sikap tubuh melindungi. - Putus asa. | dapat | <p>menggunakan standar skala nyeri.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrument nyeri. |
| <p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agens cedera fisik. - Agens cedera kimiawi. | | <ul style="list-style-type: none"> - Agens cedera fisik. |

Kriteria Evaluasi :

Tingkat Nyeri (NIC)

- Mengungkapkan peredaan atau pengendalian nyeri.
- Tampak relaks dan mampu tidur dan istirahat dengan baik.

Pengendalian Nyeri (NOC)

- Melakukan tindakan kenyamanan umum.

TINDAKAN/INTERVENSI

RASIONAL

- | | |
|---|--|
| <p>Kaji nyeri, catat lokasi, karakteristik, dan intensitas (0 hingga 10 atau skala kode serupa).</p> | <p>Membantu mengevaluasi tingkat kenyamanan dan keefektifan analgesia atau dapat menunjukkan terjadinya komplikasi.</p> |
| <p>Pantau tanda vital, perhatikan perubahan tekanan darah, dan pola pernafasan. Perhatikan tanda nonverbal, seperti mimik muka nyeri, meringis, menangis, menyendiri, otot tegang, dan gelisah.</p> | <p>Indikator nyeri akut yang dapat menguatkan laporan verbal atau dapat merupakan indikator tunggal terkait ketidakmampuan atau ketidakmauan klien untuk menyatakan nyeri yang dialaminya.</p> |
| <p>Auskultasi bising usus, perhatian keluarnya flatus.</p> | <p>Mengidentifikasi pemulihan bising usus.</p> |
| <p>Menyediakan lingkungan yang tenang dan mengurangi stimulus yang membuat stress; suara berisik, pencahayaan, dan gangguan yang konstan.</p> | <p>Mendukung istirahat dan meningkatkan kemampuan coping.</p> |
| <p>Dorong klien mengungkapkan kekhawatiran.</p> | <p>Menurunkan ansietas dan ketakutan dapat meningkatkan relaksasi dan kenyamanan.</p> |
-

Diskusikan dengan klien/orang terdekat klien tentang tindakan penanganan nyeri yang efektif di masa lalu.	Melibatkan klien/orang terdekat klien dalam asuhan dan memungkinkan untuk mengidentifikasi terapi yang diketahui meredakan nyeri. Membantu dalam menetapkan kebutuhan individual.
Berikan tindakan kenyamanan, seperti menggosok punggung, pengaturan posisi, dan ambulasi.	Aktivitas, gerakan, dan tindakan kenyamanan dapat meredakan ketegangan otot, meningkatkan relaksasi, dan meningkatkan kemampuan koping.
Tinjau kembali dan dukung intervensi mandiri klien untuk mencapai kenyamanan. Posisi dan aktivitas atau non-aktivitas fisik.	Keberhasilan manajemen nyeri memerlukan keterlibatan klien. Penggunaan teknik yang efektif dapat memberikan penguatan positif, meningkatkan rasa kendali, dan mempersiapkan klien untuk intervensi yang akan digunakan setelah dipulangkan dari rumah sakit.
Evaluasi dan dukung mekanisme koping klien.	Menggunakan persepsi dan perilaku yang dimiliki untuk mengendalikan nyeri dapat membantu klien untuk melakukan koping secara lebih efektif.
Anjurkan penggunaan teknik relaksasi, seperti latihan napas dalam, imajinasi terbimbing, visualisasi, dan aktivitas diversional.	Membantu klien beristirahat lebih efektif dan memfokuskan perhatian, yang dapat meningkatkan kemampuan koping, mengurangi nyeri, dan ketidaknyamanan.
Bantu dengan atau berikan aktivitas pengalih dan teknik relaksasi.	Membantu dengan manajemen nyeri dengan mengarahkan kembali perhatian.
Berikan medikasi sesuai indikasi, seperti opioid, analgesik, dan analgesia dikendalikan pasien (<i>patient-controlled anesthesia</i>).	Meredakan nyeri, meningkatkan kenyamanan, dan meningkatkan istirahat.
Beri dan pantau transfusi sel darah merah.	Meskipun transfusi tidak menghentikan nyeri ketika terjadi krisis akut, frekuensi krisis dengan nyeri hebat dapat dikurangi dengan melakukan transfuse-tukar parsial guna mempertahankan populasi sel

darah merah normal.

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

Tabel 2.4 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi

(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et. al, 2018).

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Definisi

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik

Batasan karakteristik

- | | |
|---|---|
| - Kram abdomen | - Kurang minat dalam makanan |
| - Nyeri abdomen | - Tonus otot menurun |
| - Gangguan sensasi rasa | - Kesalahan informasi |
| - Berat badan 20% atau lebih dibawah rentang berat badan ideal | - Kesalahan persepsi |
| - Kerapuhan perifer | - Membran mukosa pucat |
| - Diare | - Ketidakmampuan memakan makanan |
| - Kehilangan rambut berlebihan | - Cepat kenyang setelah makan |
| - Enggan makan | - Sariawan rongga mulut |
| - Asupan makanan kurang dari <i>recommended daily allowance (RDA)</i> | - Kelemahan otot mengunyah |
| - Bisung usus hiperaktif | - Kelemahan otot untuk menelan |
| - Kurang informasi | - Penurunan berat badan dengan asupan makan adekuat |

Faktor yang berhubungan

- Asupan diet kurang

Populasi risiko

- | | |
|-------------------|---------------------|
| - Faktor biologis | - Kesulitan ekonomi |
|-------------------|---------------------|

Kondisi terkait

- | | |
|--|------------------------|
| - Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient | - Ketidakmampuan makan |
| - Ketidakmampuan mencerna makanan | - Gangguan psikososial |
-

Kriteria Evaluasi :**Status Nutrisi (NOC)**

- Menunjukkan peningkatan berat badan yang progresif atau berat badan yang stabil, dengan nilai laboratorium yang normal.
- Tidak mengalami tanda malnutrisi.

- Menunjukkan perubahan perilaku atau gaya hidup untuk memperoleh kembali dan mempertahankan berat badan yang sesuai

TINDAKAN/INTERVENSI	RASIONAL
Riwayat nutrisi, termasuk pilihan makanan.	Mengidentifikasi defisiensi dan menyarankan intervensi yang dapat dilakukan.
Observasi dan catat asupan makanan klien.	Pantau asupan kalori atau insufisiensi kualitas makanan yang dikonsumsi.
Timbang berat badan secara periodik secara tepat, seperti setiap minggu.	Pantau penurunan berat badan dan keefektifan intervensi nutrisi.
Rekomendasikan makanan porsi kecil dan sering serta makanan ringan diantara waktu makan.	Dapat meningkatkan asupan ketika mencegah distensi lambung.
Motivasi atau bantu higiene oral yang baik sebelum dan setelah makan; gunakan sikat gigi berbulu halus untuk menggosok gigi secara lembut.	Meningkatkan nafsu makan dan asupan oral. Menurunkan pertumbuhan bakteri, meminimalkan kemungkinan infeksi.
Konsultasikan dengan ahli gizi.	Bertujuan untuk menentukan rencana diet guna memenuhi kebutuhan individual.

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

Tabel 2.5 Intervensi Ketidakefektifan pemberian ASI

Elizabet (2009) dan (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Ketidakefektifan pemberian ASI

Definisi

Kesulitan pemberian susu pada bayi atau anak secara langsung dari payudara, yang dapat memengaruhi nutrisi bayi/anak.

Batasan Karakteristik

- Ketidakadekuatan defekasi bayi
- Bayi mendekat ke arah payudara
- Bayi menangis pada payudara
- Bayi menangis dalam jam pertama menyusu
- Bayi rewel dalam satu jam setelah menyusu
- Bayi tidak mampu *lath-on* pada payudara secara tepat
- Bayi menolak *latching-on*
- Bayi tidak responsif terhadap tindakan kenyamanan lain
- Ketidacukupan pengosongan payudara setelah menyusu
- Kurang penambahan berat badan bayi
- Tidak tampak pada pelepasan oksitosin
- Tampak ketidakadekuatan asupan susu
- Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusu
- Penurunan berat badan bayi terus-menerus
- Tidak mengisap payudara terus-menerus

Faktor yang berhubungan

- Keterlambatan laktogen II
- Suplai ASI tidak cukup
- Keluarga tidak mendukung
- Tidak cukup waktu untuk menyusu ASI
- Kurang pengetahuan orang tua tentang teknik menyusu
- Kurang pengetahuan orang tua tentang teknik menyusu
- Kurang pengetahuan orang tua tentang pentingnya pemberian ASI.
- Diskontinuitas pemberian ASI
- Ambivalensi ibu
- Ansietas ibu
- Anomali payudara ibu
- Kelelahan ibu
- Obesitas ibu
- Nyeri ibu
- Penggunaan dot
- Refleks isap bayi buruk
- Penambahan makanan dengan puting artifisial

Populasi Penyebab

- Bayi premature
- Pembedahan payudara sebelumnya
- Riwayat kegagalan menyusu sebelumnya
- Masa cuti melahirkan yang pendek

Kondisi terkait

- Defek orofaring

NOC

- Breastfeeding ineffective
-

-
- Breathing Pattern Ineffective
 - Breasfeeding interrupted

Kriteria Hasil

- Kematapan pemberian ASI : Bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI
- Kematapan Pemberian ASI : IBU : kematapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dan payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI
- Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/todler
- Penyapihan Pembenuan 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 kepuasan terhadap pemberian ASI

TINDAKAN/INTERVENSI

RASIONAL

Mandiri

Evakuasi pola mengisap atau menelan bayi	Mengetahui kemampuan bayi dalam menyusui
Tentukan keinginan motivasi ibu untuk menyusui	Mengetahui seberapa besar ibu ingin menyusui bayinya
Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (misalnya <i>reflek rooting</i> , menghisap, dan terjaga	Isyarat menyusui dari bayi dapat memberi tahu kapan ASI akan diberikan
Kaji kemampuan bayi untuk <i>latch on</i> dan menghisap secara efektif	Kemampuan bayi untuk <i>latch on</i> tergantung pada ukuran mulut bayi dan ukuran puting serta aerola ibu.
Pantau keterampilanibu dalam menempelkan bayinya ke puting	Jika bayi melekat dengan benar kemungkinan bayi menghisap secara efisien
Pantau integritas kulit puting ibu	Identifikasi dan intervensi dini dapat mencegah membatasi terjadinya luka atau pecah putih yang dapat merusak proses menyusui

Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar susu dan mastiits	Mendeteksi secara dini adanya perubahan yang abnormal pada payudara
Pantau kemampuan untuk mengurangi kongesti payudara dengan benar	Kemampuan untuk mengurangi kongesti payudara dapat mengurangi nyeri pada ibu
Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi	Mengetahui kecukupan ASI pada ibu
Kolaborasi	
Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI	Membantu menjamin suplai susu adekuat
Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI	Menambah pengetahuan klien tentang manfaat pemberian ASI
Demonstrasikan latihan menghisap bila perlu	Latihan menghisap memberikan keberhasilan menyusui

2.2.3.5. Gangguan eliminasi urine.

Tabel 2.6 Intervensi Gangguan Eliminasi Urine

(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et. al, 2018).

Gangguan eliminasi urine	
Definisi Disfungsi eliminasi urine	
Batasan karakteristik	
- Disuria	- Inkontinensia urine
- Sering berkemih	- Retensi urine
- <i>Anyang-anyangan</i>	- Dorongan berkemih
- Nokturia	
Faktor yang berhubungan	
- Penyebab multipel	
Kondisi terkait	

- Obstruksi anatomik
- Gangguan sensori motorik
- Infeksi saluran kemih

Kriteria Hasil :

Eliminasi Urine (NOC)

- Menunjukkan kontinuitas aliran urine, dengan haluaran adekuat untuk situasi individu

TINDAKAN/INTERVENSI	RASIONAL
Evaluasi dan pertahankan kateter urine serta drain pada periode pascaoperasi segera.	Kebanyakan klien terpasang kateter Foley, kemungkinan kateter suprepubis, dan drain pelvis selama fase perioperasi terutama ketika <i>neobladder</i> telah dikonstruksi.
Atur posisi slang dan kanton drainage sehingga memungkinkan aliran urine tanpa gangguan.	Aliran yang tersumbat memberikan tekanan dalam saluran kemih, yang menimbulkan risiko kebocoran anastomosis dan kerusakan pada parenkim ginjal.
Anjurkan peningkatan cairan dan pertahankan asupan yang adekuat.	Mempertahankan hidrasi dan aliran urine yang baik.
Pantau tanda vital. Kaji nadi perifer, turgor kulit, pengisian kapiler, dan mukosa oral. Timbang berat badan setiap hari.	Indikator keseimbangan cairan. Mrnggambarkan tingkat hidrasi dan keefektifan terapi penggantian cairan.
Berikan cairan, sesuai indikasi.	Membantu dalam mempertahankan hidrasi dan volume sirkulasi serta aliran urine yang adekuat.

2.2.3.6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan.

Tabel 2.7 Intervensi Gangguan Pola Tidur

(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et. al, 2018).

Gangguan pola tidur

Definisi

Intervasi jumlah waktu dan kualitas tidur akibat faktor eksternal.

Batasan karakteristik

- Kesulitan berfungsi sehari-hari.
- Kesulitan memulai tidur.
- Kesulitan mempertahankan tetap tidur.
- Ketidakpuasan tidur.
- Tidak terasa cukup istirahat.
- Terjaga tanpa jelas penyebabnya.

Faktor yang berhubungan

- Gangguan karena cara tidur pasangan tidur.
- Kendala lingkungan.
- Kurang privasi.
- Pola tidur tidak menyehatkan.

Kondisi terkait

- Imobilisasi.

Kriteria Evaluasi :

- Melaporkan perbaikan dalam pola tidur/istirahat
- Mengungkapkan peningkatan rasa sejahtera/segar

TINDAKAN/INTERVENSI	RASIONAL
Tentukan kebiasaan tidur biasanya dan perubahan yang terjadi.	Mengkaji perlunya dan mengidentifikasi intervensi yang tepat.
Berikan tempat tidur baru yang dimasukkan dalam pola lama dan lingkungan baru.	Meningkatkan kenyamanan tidur serta dukungan fisiologis/psikologis.
Buat rutinitas tidur baru yang dimasukkan dalam pola lama dan lingkungan baru.	Bila rutinitas baru mengandung aspek sebanyak kebiasaan lama, stress, dan ansietas yang berhubungan dapat berkurang.
Cocokkan dengan teman sekamar yang mempunyai pola tidur serupa dan kebutuhan malam hari.	Menurunkan kemungkinan bahwa teman sekamar yang “burung hantu” dapat menunda terlelap atau menyebabkan terbangun.
Dorong beberapa aktivitas ringan selama siang hari. Jamin pasien berhenti beraktivitas beberapa jam sebelum tidur.	Aktivitas siang hari dapat membantu pasien menggunakan energi dan siap untuk tidur malam hari.
Tingkatkan regimen kenyamanan waktu tidur mis., mandi hangat dan masase, segelas susu hangat, anggur	Meningkatkan efek relaksasi yang membantu pasien tertidur dan tidur lebih lama.

atau brandi pada waktu tidur.	
Instruksikan tindakan relaksasi.	Membantu menginduksi tidur
Kurangi kebisingan dan lampu.	Memberikan situasi kondusif untuk tidur
Dorong posisi nyaman, bantu dalam mengubah posisi.	Pengubahan posisi mengubah area tekanan dan meningkatkan istirahat.
Gunakan pagar tidur sesuai indikasi; rendahkan tempat tidur bila mungkin.	Dapat merasa takut jatuh karena perubahan ukuran dari tinggi tempat tidur.
Hindari mengganggu bila mungkin (mis., membangunkan untuk obat atau terapi)	Tidur tanpa gangguan lebih menimbulkan rasa segar, dan pasien mungkin tidak mampu kembali tidur bila terbangun.
Berikan sedatif, hipnotik, sesuai indikasi	Mungkin diberikan untuk membantu pasien tidur/istirahat selama periode transisi dari rumah ke lingkungan baru.

2.2.3.7. Risiko infeksi area pembedahan berhubungan dengan faktor risiko

: episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.

Tabel 2.8 Intervensi Risiko Infeksi Area Pembedahan

(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et. al, 2018).

Risiko infeksi area pembedahan

Definisi

Rentan terhadap invasi organisme patogenik pada area pembedahan, yang dapat mengganggu kesehatan

Faktor risiko

- Alkoholisme
- Merokok
- Obesitas

Populasi berisiko

- Suhu dingin diruang operasi
 - Nilai status kesehatan fisik
 - Jumlah personel berlebihan
 - menurut *American Society of*
-

- selama prosedur pembedahan
- Peningkatan pemajaman lingkungan terhadap patogen
- Anesthesiologist* (ASA) tidak optimal ≥ 2
- Kontaminasi luka bedah

Kondisi terkait

- Masalah penyerta
- Diabetes melitus
- Durasi pembedahan
- Hipertensi
- Imunosupresi
- Profilaktis antibiotik tidak adekuat
- Profilaktis antibiotik tidak efektif
- Infeksi pada area pembedahan lain
- Prosedur invasif
- Osteoarthritis pasca-traumatik
- Arthritis reumatoid
- Tipe anestesia
- Tipe prosedur bedah
- Penggunaan implant dan/atau prostese

Kriteria Evaluasi :

Pengendalian Risiko (NIC)

Mengidentifikasi perilaku untuk mencegah dan mengurangi risiko infeksi

Keparahan Infeksi (NOC)

Terbebas dari tanda infeksi; mencapai penyembuhan luka sesuai rencana, jika terdapat luka

TINDAKAN/INTERVENSI

RASIONAL

Lakukan dan dukung teknik mencuci tangan yang cermat oleh pemberi asuhan dan klien.

Mencegah kontaminasi silang atau kolonasi bakteri.

Pertahankan teknik aseptik secara ketat ketika melakukan prosedur dan perawatan luka.

Mengurangi risiko infeksi dan kolonisasi bakteri.

Berikan perawatan kulit, oral, dan peranal secara cermat.

Mengurangi risiko kerusakan dan infeksi kulit atau jaringan.

Tekankan perlunya memantau dan membatasi pengunjung sesuai indikasi. Berikan isolasi protektif, jika tepat.

Membatasi pajanan terhadap agens infeksius. Isolasi proktetik dapat diperlukan pada anemia aplastic, ketika respons imun sangat mengalami gangguan.

Pantau suhu, perhatikan adanya

Menggambarkan proses inflamasi

menggigil dan takikardia engan atau tanpa demam.	atau infeksi, yang memerlukan evaluasi dan terapi.
Observasi eritema dan drainage luka.	Indikator infeksi luka
Dapatkan specimen untuk kultur dan sensitivitas, sesuai indikasi.	Memverifikasi adanya infeksi, mengidentifikasi pathogen secara spesifik, dan memengaruhi pilihan terapi.
Berikan antiseptik topikal dan antibiotik sistemik.	Dapat digunakan secara profilaksis guna mengurangi kolonisasi atau digunakan untuk mengatasi proses infeksius

2.2.3.8. Defisit perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, eliminasi berhubungan dengan kelelahan postpartum.

Tabel 2.9 Intervensi Defisit Perawatan Diri

(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et. al, 2018).

Defisit Perawatan Diri: Mandi

Definisi

Ketidakmampuan melakukan pembersihan diri saksama setara mandiri

Batasan karakteristik

- | | |
|--|---|
| - Ketidakmampuan mengakses kamar mandi | - Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi |
| - Ketidakmampuan menjangkau sumber air | - Ketidakmampuan mengatur air mandi |
| - Ketidakmampuan mengeringkan tubuh | - Ketidakmampuan membasuh tubuh |

Faktor yang berhubungan

- | | |
|----------------------|-------------|
| - Ansietas | - Nyeri |
| - Penurunan motivasi | - Kelemahan |
| - Kendala lingkungan | |

Kondisi terkait

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| - Gangguan fungsi kognitif | - Gangguan muskuloskeletal |
| - Ketidakmampuan merasakan | - Gangguan neuromuscular |

- bagian tubuh
- Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial
- Gangguan persepsi

Defisit perawatan diri makan

Ketidakmampuan makan secara mandiri

Batasan karakteristik

- Ketidakmampuan memasukkan makanan ke mulut
- Ketidakmampuan mengunyah makanna
- Ketidakmampuan menempatkan makanan ke alat makan
- Ketidakmampuan memanipulasi makanan didalam mulut
- Ketidakmampuan membuka wadah makanan
- Ketidakmampuan mengambil cangkir
- Ketidakmampuan menyiapkan makanan
- Ketidakmampuan menghabiskan makanan secara mandiri
- Ketidakmampuan memakan makanan dalam cara yang dapat diterima
- Ketidakmampuan menelan makanan
- Ketidakmampuan menelan makanan dalam jumlah yang memadai
- Ketidakmampuan menggunakan alat bantu

Faktor yang berhubungan

- Ansietas
- Penurunan motivasi
- Ketidaknyamanan
- Kendala lingkungan
- Keletihan
- Nyeri
- Kelemahan

Kondisi terkait

- Gangguan fungsi kognitif
- Gangguan muskuloskeletal
- Gangguan neuromuskular
- Gangguan persepsi

Defisit perawatan diri: eliminasi

Ketidakmampuan untuk melakukan secara mandiri tugas yang berkaitan dengan eliminasi fekal dan urine.

Batasan karakteristik

- Ketidakmampuan melakukan hygiene eliminasi secara komplet
 - Ketidakmampuan menyiram toilet
 - Ketidakmampuan mencapai toilet
 - Ketidakmampuan naik ke toilet
 - Ketidakmampuan untuk
-

- Ketidakmampuan memanipulasi pakaian untuk eliminasi

duduk di toilet

Faktor yang berhubungan

- Ansietas
- Penurunan motivasi
- Kendala lingkungan
- Kelelahan

- Hambatan kemampuan berpindah-pindah
- Hambatan mobilitas
- Nyeri
- Kelemahan

Kondisi terkait

- Gangguan fungsi kognitif
- Gangguan fungsi musculoskeletal

- Gangguan neuromuskular
- Gangguan persepsi

Kriteria Evaluasi :

Perawatan Diri : mandi/kebersihan diri, makan, toileting.

- Mendemonstrasikan perubahan teknik dan gaya hidup untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri.
- Melaksanakan aktivitas perawatan diri dalam tingkat kemampuan sendiri.
- Mengidentifikasi sumber personal dan komunitas yang dapat memberikan bantuan sesuai kebutuhan.

TINDAKAN/INTERVENSI	RASIONAL
Kaji kemampuan dan tingkat defisit (skala 0 -4) untuk melaksanakan AKS.	Membantu mengantisipasi dan merencanakan untuk memenuhi kebutuhan individual.
Hindari untuk membantu klien melakukan hal-hal yang dapat klien lakukan sendiri, berikan bantuan sesuai kebutuhan.	Klien ini mungkin merasa ketakutan dan bergantung, serta meskipun bantuan bermanfaat dalam mencegah frustrasi, klien harus melakukan tindakan sebanyak mungkin untuk dirinya sendiri guna mempertahankan harga diri dan meningkatkan pemulihan.
Waspadai perilaku atau tindakan impulsif yang menunjukkan gangguan penilaian.	Dapat mengindikasikan kebutuhan untuk intervensi dan supervise tambahan untuk meningkatkan keamanan klien.

Pertahankan sikap suportif untuk upaya dan pencapaian.	Klien membutuhkan empati dan perlu mengetahui bahwa pemberi asuhan akan konsisten untuk terus memberikan bantuan.
Buat rencana untuk defisit visual yang ada.	Meningkatkan sensasi harga diri, meningkatkan kemandirian, dan motivasi klien untuk melanjutkan kerja kerasnya.
Atur tempat tidur sehingga tubuh klien yang tidak mengalami gangguan menghadap ke ruangan dengan sisi tubuh yang mengalami gangguan menghadap ke dinding.	Klien akan mampu melihat untuk memakan makanan.
Posisikan furnitur menempel pada dinding, diluar alur lalu-lalang.	Akan mampu melihat ketika klien mampu bergerak mengelilingi ruangan, mengurangi risiko tersandung dan terjatuh akibat menabrak furnitur.
Berikan alat bantu, seperti kancing atau kaitan restleting (<i>zipper</i>), kombinasi pisau-garpu, sikat bergagang anjang, alat penyambung untuk mengambil barang-barang dari lantai, peninggi toilet, tas tungkai untuk kateter, dan kursi untuk mandi. Bantu dan anjurkan kebiasaan berpakaian yang baik dan berias.	Memampukan klien untuk mengatur diri sendiri, meningkatkan kemandirian dan harga diri; mengurangi ketergantungan pada orang lain untuk memenuhi kebutuhan diri sendiri; dan kemampuan klien untuk menjadi lebih aktif secara social.
Anjurkan orang terdekat untuk membiarkan klien melakukan tindakan sebanyak mungkin untuk dirinya sendiri.	Menetapkan kembali sensasi kemandirian dan mengembangkan harga diri serta meningkatkan proses rehabilitasi.
Kaji kemampuan klien untuk mengomunikasikan kebutuhan untuk berkemih dan kemampuan menggunakan pispot berkemih atau pispot defekasi. Bawa klien ke kamar mandi sering dan jadwalkan interval untuk berkemih jika tepat.	Klien mungkin memiliki kandung kemih neurogenik, tidak perhatian, atau tidak mampu mengomunikasikan kebutuhan dalam fase pemulihan akut, tetapi biasanya mampu mengendalikan fungsi ini ketika pemulihan berlangsung.
Identifikasi kebiasaan usus sebelumnya dan tetapkan kembali regimen yang normal. Tingkatkan	Membantu pembentukan program pelatihan kembali (kemandirian) dan membantu mencegah

serat dalam diet. Anjurkan untuk meningkatkan asupan cairan dan aktivitas.	konstipasi serta impaksi (efek jangka panjang).
Pemberian supositoria dan pelunak feses.	Mungkin diperlukan untuk membantu membentuk fungsi usus yang regular.
Konsultasi dengan tim rehabilitasi, seperti ahli terapi fisik atau okupasional.	Memberikan bantuan dalam mengembangkan program terapi komprehensif dan mengidentifikasi kebutuhan perlengkapan khusus yang dapat meningkatkan partisipasi klien dalam perawatan diri.

2.2.3.9. Konstipasi

Tabel 2.10 Intervensi Konstipasi

(Herdman & Kamitsuru, 2018).

Konstipasi

Definisi

Penurunan frekuensi normal defekasi yang disertai kesulitan atau pengeluaran feses tidak tuntas dan/atau feses yang keras, kering, dan banyak

Batasan karakteristik

- | | |
|---|--|
| - Nyeri abdomen | - Bising usus hipoaktif |
| - Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot | - Tidak ada defekasi |
| - Anoreksia | - Peningkatan tekanan intraabdomen |
| - Penampilan tidak khas pada lansia | - Tidak dapat makanan |
| - Borborigmi | - Feses cair |
| - Darah merah pada feses | - Nyeri pada saat defekasi |
| - Perubahan pada pola defekasi | - Massa abdomen yang dapat diraba |
| - Penurunan frekuensi defekasi | - Perkusi abdomen pekak |
| - Penurunan volume feses | - Rasa penuh rektal |
| - Distensi abdomen | - Rasa tekanan rektal |
| - Keletihan | - Sering flatulans |
| - Feses keras dan berbentuk | - Adanya feses lunak, seperti pasta didalam rectum |
| - Sakit kepala | - Mengejan pada saat defekasi |
| - Bising usus hiperaktif | - Muntah |

Faktor yang berhubungan

- Kelemahan otot abdomen

-
- | | |
|--|--|
| - Rata-rata aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan menurut gender dan usia | - Kebiasaan menekan dorongan defekasi |
| - Konfusi | - Kebiasaan makan buruk |
| - Penurunan motilitas traktus gastrointestinal | - Higiene oral tidak adekuat |
| - Dehidrasi | - Kebiasaan <i>toileting</i> tidak adekuat |
| - Depresi | - Adupan serat kurang |
| - Perubahan kebiasaan makan | - Asupan cairan kurang |
| - Gangguan emosi | - Kebiasaan defekasi tidak teratur |
| | - Penyalahgunaan laksatif |
| | - Obesitas |
| | - Perubahan lingkungan baru |

Kondisi terkait

- | | |
|--------------------------------|------------------------|
| - Ketidakseimbangan elektrolit | - Abses rektal |
| - Hemoroid | - Fisura anal rektal |
| - Penyakit Hirschsprung | - Striktur anal rektal |
| - Ketidakadekuatan gigi geligi | - Prolaps rektal |
| - Garam besi | - Ulkus rektal |
| - Gangguan neurologis | - Rektokel |
| - Obstruksi usus pasca-bedah | - Tumor |
| - Kehamilan | |

NOC

- Bowel elimination
- Hydration

Kriteria hasil :

- | | |
|---|--|
| - Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari | - Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi |
| - Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi | - Feses lunak dan berbentuk |

TINDAKAH/INTERVENSI

Mandiri

Obsevasi warna feses, konsistensi, frekuensi dan jumlah.
Catat adanya distensi abdomen dan auskultasi peristaltik usus

Tinjau pola diet dan jumlah serta tipe asupan cairan

RASIONAL

Membantu mengidentifikasi penyebab atau faktor pemberat dan intervensi yang tepat

Distensi dan hilangnya peristaltik usus merupakan tanda bahwa fungsi defeksi hilang yang kemungkinan berhubungan dengan kehilangan persarafan parasimpatik usus besar dengan tiba-tiba

Tekankan pentingnya mengunyah makanan dengan baik, asupan cairan yang adekuat setelah makan, dan hanya konsumsi makanan tinggi serat dalam jumlah sedang dan menghindari selulosa	Asupan serat dan roughage yang adekuat membentuk limbak (bulk) dan cairan merupakan faktor penting dalam menentukan konsistensi feses
Tinjau makanan yang memang mungkin sumber flatus, seperti makanan berkarbonat, kacang-kacangan, kubis, bawang merah, ikan dan makanan berbumbu banyak atau bau seperti bawang merah, kubis, telur, ikan dan kacang-kacangan	Mengurangi risiko obstruksi usus pada klien
Anjurkan untuk melakukan pergerakan/ambulansi sesuai kemampuan	Mekanisme makanan tersebut dapat dibatasi atau dihilangkan mungkin penting untuk mengosongkan kantung lebih sering apabila makanan tersebut ditelan
Kolaborasi Mulai untuk meningkatkan diet sesuai toleransi pasien	Menstimulus peristaltik yang mamfasilitasi kemungkinan terbentuknya flatus
Berikan selang rektal, supositoria dan enema jika diperlukan	Makanan padat akan dimulai pemberiannya sampai peristaltik kembali timbul/sampai ada flatus, adanya kemungkinan bahaya ileus peristaltik dapat dipastikan tidak ada
Berikan obat laksatif, pelembek usus sesuai kebutuhan	Mungkin perlu untuk menghilangkan distensi abdomen meningkatkan kebiasaan defeksi yang normal Melembekkan feses, meningkatkan fungsi defeksi sesuai kebiasaan dan menurut ketegangan

2.2.3.10. Risiko Syok (Hipovolemik)

Tabel 2.11 Risiko Syok (hipovolemik)

(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et. al, 2018).

Risiko syok

Definisi

Rentan mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa, yang dapat mengganggu kesehatan

Faktor risiko

- Akan dikembangkan

Kondisi terkait

- Hipotensi
- Hipovolemia
- Hipoksemia
- Hipoksia
- Infeksi
- Sepsis
- Sindrom respons inflamasi sistemik (*systemic inflammatory response syndrome* [SIRS])

Kriteria Evaluasi :

Status Sirkulasi (NOC)

- Pertahankan dan tingkatkan perfusi jaringan yang ditandai oleh tanda-tanda vital stabil, kulit hangat, denyut perifer teraba, AGD dalam batas normal, dan haluaran urine adekuat.

TINDAKAN/INTERVENSI

RASIONAL

Investigasi perubahan pada tingkat kesadaran dan laporan tentang lambung atau sakit kepala.

Perubahan dapat mencerminkan perfusi serebral tidak adekuat penurunan darah arteri.

laporan nyeri dada. Catat lokasi, kualitas, durasi, dan apa yang meredakan nyeri.

Dapat mencerminkan iskemia jantung akibat penurunan perfusi

Auskultasi denyut apikal. Pantau laju dan ritme jantung, jika elektrokardiogram (EKG) berkelanjutan tersedia dan diindikasikan.

Distritmia dan perubahan iskemik dapat terjadi akibat hipotensia, hipoksia, asidosis, ketidakseimbangan elektrolit, atau pendinginan dekat jantung jika lavase salin dingin digunakan untuk mengontrol perdarahan.

Kaji kulit untuk dingin; pucat; diaphoresis; pengisapan kapiler terlambat; serta denyut perifer yang lemah dan rapuh.

Vasokonstriksi adalah respons simpatis untuk menurunkan volum sirkulasi dan dapat terjadi sebagai efek samping pemberian vasopressin.

Catat haluaran urine dan berat jenis. Pasang kateter Foley untuk mengukur urine secara akurat, sesuai indikasi.	Penurunan perfusi sistemik dapat menyebabkan isekemia dan gagal ginjal, ditandai dengan penurunan haluaran urine.
Observasi kulit untuk pucat dan kemerahan. Masase secara perlahan menggunakan losion. Ubah posisi secara sering.	Sirkulasi perifer yang terkompromi meningkatkan risiko robekan kulit sebagaimana ditunjukkan oleh kemerahan pada penonjolan tulang tidak memucat ketika ditekan dengan jari.
Pantau AGD dan oksimetri nadi.	Mengidentifikasi hipoksemia dan efektivitas serta kebutuhan terapi.
Sediakan oksigen suplemental, jika diindikasikan.	Menangani hipoksemia dan asidosis laktat selama perdarahan akut.
Berikan cairan IV, sesuai indikasi.	Mengganti dan mempertahankan volume sirkulasi dan perfusi. Panduan untuk penggantian cairan adalah 3 mL cairan untuk setiap 1 mL kehilangan darah. (Rujuk ke DN: risiko perdarahan)

2.2.3.11. Risiko perdarahan

Tabel 2.12 Risiko Perdarahan

(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et. al, 2018).

Risiko perdarahan

Definisi

Rentan mengalami penurunan volume darah, yang dapat mengganggu kesehatan

Faktor risiko

- Kurang pengetahuan tentang kewaspadaan perdarahan

Populasi berisiko

- Riwayat jatuh

Kondisi terkait

- Aneurisme
 - Koagulapati inheren
-

- Koagulapati intravaskuler diseminata
- Gangguan gastrointestinal
- Gangguan fungsi hati
- Komplikasi pascapartum
- Komplikasi kehamilan
- Trauma
- Program pengobatan

Kriteria Evaluasi :

Kehilangan Darah (NOC)

Tidak menunjukkan perdarahan aktif

INDAKAN/INTERVENSI

RASIONAL

Pantau asupan dan haluaran (I&O).

Indikator keseimbangan cairan dan kebutuhan penggantian.

Pantau tanda-tanda vital, perhatikan peningkatan nadi dan pernafasan, penurunan tekanan darah, diaphoresis, pucat, pengisian kapiler lambat, dan membrane mukosa kering.

Hipovolemia memerlukan intervensi yang cepat untuk mencegah syok yang akan datang.

Kaji kegelisahan, konfusi, dan perubahan perilaku.

Dapat menggambarkan penurunan perfusi serebral (hipovolemia) atau mengidentifikasi edema serebral akibat larutan yang diabsorpsi berlebihan.

Inspeksi balutan dan drain luka. Timbang balutan, jika diperlukan. Periksa adanya pembentukan hematoma.

Tanda perdarahan persisten dapat tampak jelas atau tersembunyi dalam jaringan perineum.

Pertahankan catatan akurat subtotal larutan dan produk darah selama terapi penggantian.

Potensi adanya transfuse cairan yang berkelebihan, khususnya ketika ekspander volume diberikan sebelum transfusi.

Pertahankan tirah baring; cegah muntah dan muntah ketika defekasi. Jadwalkan aktivitas untuk menyediakan waktu istirahat yang bebas gangguan. Hilangkan stimulasi yang mengganggu.

Aktivitas dan muntah meningkatkan tekanan intraabdomen dan dapat memicu perdarahan lebih lanjut.

Pantau pemeriksaan laboratorium, sesuai indikasi, seperti: Hemoglobin/hematokrit (Hb/Ht) dan sel darah merah

Bermanfaat dalam mengevaluasi kehilangan darah dan kebutuhan penggantian darah.

Pemeriksaan koagulasi dan hitung trombosit	Dapat mengindikasikan terjadinya komplikasi yang dapat meningkatkan perdarahan atau pembekuan.
Berikan terapi intravena (IV) atau produk darah, jika diindikasikan	Dapat memerlukan cairan tambahan, jika asupan oral tidak adekuat, atau produk darah, jika terjadi kehilangan darah berlebihan.

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

Tabel 2.16 Defisiensi Pengetahuan

(Herdman & Kamitsuru, 2018).

Defisiensi pengetahuan	
Definisi	
Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu, atau kemahiran	
Batasan karakteristik	
- Ketidakakuratan mengikuti perintah	- Perilaku tidak sehat
- Ketidakakuratan melakukan tes	- Kurang pengetahuan
Faktor yang berhubungan	
- Kurang informasi	- Kurang sumber pengetahuan
- Kurang minta untuk belajar	- Keterangan yang salah dari orang lain
Kondisi terkait	
- Gangguan fungsi kognitif	- Gangguan memori
Kriteria Evaluasi:	
Pengetahuan:	Manajemen postpartum
- Mengungkapkan pemahaman tentang kondisi, penyakit, kondisi, prognosis, dan program pengobatan	
Perawatan diri terhadap postpartum	
- Mengungkapkan pemahaman	

- tentang postpartum
- Melakukan secara tepat prosedur yang diperlukan dan menjelaskan alasan tindakan
 - Memulai perubahan gaya hidup yang diperlukan

TINDAKAN/INTERVENSI	RASIONAL
Tinjau kembali prosedur dan harapan di masa yang akan datang	Memberi pengetahuan dasar sehingga klien dapat membuat pilihan berbasis informasi
Evaluasi emosi dan kemampuan fisik klien	Faktor ini mempengaruhi klien untuk melakukan tugas dengan baik dan keinginan untuk mengemban tanggung jawab dalam perawatan pasca bedah
Pelajari kembali anatomi, fisiologi, dan dampak intervensi bedah. Diskusikan harapan dimana yang akan akan datang	Memberi pengetahuan dasar sehingga klien dapat membuat pilihan berbasis informasi dan kesempatan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman tentang individu
Tinjau proses penyakit, prognosis, dan faktor presipitasi penyakit, jika diketahui	Memberikan dasar pengetahuan bagi klien sehingga klien dapat membuat pilihan berbasis informasi
Sertakan sumber tertulis dan gambar	Memberi referensi setelah pulang untuk mendukung usaha klien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri
Instruksikan klien/orang terdekat dalam perawatan pasca bedah, sesuai kebutuhan	Meningkatkan manajemen positif dan mengurangi risiko perawatan pasca bedah yang tidak tepat
Tekankan pentingnya nutrisi yang baik; dorong asupan buah dan tingkatkan serat dalam diet	Meningkatkan penyembuhan dan mencegah konstipasi, mengurangi risiko perdarahan pascaoperasi
Dorong nutrisi optimal	Meningkatkan penyembuhan luka dan meningkatkan penggunaan energi untuk memfasilitasi perbaikan jaringan
Diskusikan pentingnya	Perubahan berat badan dapat

mempertahankan berat badan	mempengaruhi kadar gizi pada klien
Diskusikan program obat individual, jika tepat	Penggunaan medikasi nyeri dan obat antiplatelet secara tepat dapat mengurangi risiko komplikasi
Diskusikan dimulainya kembali tingkat aktivitas sebelum pembedahan dan kemungkinan gangguan tidur, anoreksia, dan kehilangan minat dalam melakukan aktivitas yang biasa	Klien harus mampu mengelola aktivitas yang sama seperti yang sebelumnya disukai dan pada beberapa kasus meningkatkan tingkat aktivitas, kecuali untuk olahraga kontak

2.3.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah realisasi tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Rohmah, 2009). Selama implementasi keperawatan perawat melakukan rencana asuhan keperawatan. Intruksi keperawatan diimplementasikan untuk membantu klien memenuhi kriteria hasil (Jitowiyono, 2010). Komponen tahap implementasi terdiri dari :

- 2.3.4.1. Tindakan keperawatan mandiri dilakukan tanpa advis dokter
- 2.3.4.2. Tindakan keperawatan kolaboratif diimplementasikan bila perawat bekerja dengan anggota lain dalam membuat keputusan bersama yang bertujuan untuk mengatasi masalah-masalah klien.
- 2.3.4.3. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan
- 2.3.4.4. Frekuensi dokumentasi tergantung kondisi klien dan terapi yang diberikan.

2.3.5. Evaluasi

Evaluasi adalah stadium pada proses keperawatan dimana taraf keberhasilan dalam pencapaian tujuan keperawatan dinilai dan kebutuhan untuk memodifikasi tujuan atau intervensi keperawatan ditetapkan (Brooker, 2009). Setelah dilakukan tindakan selama sehari, lihat respon klien sesuaikan dengan diagnosa dan perencanaan yang ada, digunakan teknik SOAPIER, apabila klien keadaannya membaik atau sudah hilang masalah keperawatan yang ada hentikan intervensi.