

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO
SESAREA DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN
PEMBERIAN ASI DI RUANGAN DELIMA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh :

HENI SANTOSO

NIM: AKX.16.052



PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN STIKES BHAKTI

KENCANA BANDUNG

2019

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Heni Santoso

NIM : AKX.16.052

Institusi : *Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik STIKes Bhakti Kencana Bandung*

Judul KTI : *Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Seksio Sesarea Dengan Ketidakefektifan Pemberian ASI di Ruangannya RSUD Ciamis.*

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

Bandung, 10 April 2019

Yang Membuat Pernyataan



Heni Santoso

AKX.16.052

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA
DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN PEMBERIAN ASI
DI RUANG DELIMA RSUD CIAMIS**

OLEH

HENI SANTOSO

AKX.16.052

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

Menyetujui,

Pembimbing Utama



Ade Tika Herawati, M.Kep

NIK: 10107069

Pembimbing Pendamping

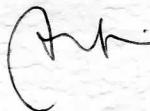


Iceu Komalanengsih, SKM

NIK:102.18.003

Mengetahui,

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep

NIK: 1011603

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN
KETIDAKEFEKTIFAN PEMEBRIAN ASI
DI RUANGAN DELIMA
RSUD CIAMIS**

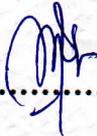
**OLEH
HENI SANTOSO
AKX.16.052**

Berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan dan Program studi Diploma III Keperawatan STIKES

Bhakti kencana Bandung, Pada Tanggal 12 April 2019

PANITIA PENGUJI

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

(.....


Anggota:

- 1. Inggrid Dirgahayu S.Kep., MKM**
- 2. Sri Lestari Kartikawati, M.Keb**
- 3. Iceu Komalaningsih, SKM**

(.....

(.....

(.....




**Mengetahui,
STIKES Bhakti kencana bandung
Ketua**

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

ABSTRAK

Latar Belakang: Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding perut. Cakupan ASI eksklusif di Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis dari 75 orang pasien yang di observasi sebanyak 50 orang pasien mengalami ketidakefektifan pemberian ASI. Dari tindakan seksio sesarea menimbulkan dampak nyeri yang menyebabkan ibu takut untuk mobilisasi sehingga payudara sulit memproduksi ASI, dampaknya pemberian ASI pun tidak efektif. Tujuannya yaitu untuk memperoleh pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan ketidakefektifan pemberian ASI. **Metode:** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua klien post seksio sesarea dengan ketidakefektifan pemberian ASI. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi, ketidakefektifan pemberian ASI pada kasus 1 dan kasus 2 dapat teratasi pada hari ketiga. **Diskusi:** Pada kedua klien ditemukan masalah ketidakefektifan pemberian ASI dikarenakan isapan bayi tidak adekuat. Adapun perbedaan hasil dari intervensi lakukan perawatan payudara pada kedua klien yaitu pada hari kedua dengan hasil pada klien satu ada pengeluaran ASI sebanyak 2 tetes sedangkan pada klien dua ada pengeluaran ASI dari payudara kanan 4 tetes. Penulis menyarankan kepada pihak rumah sakit agar meningkatkan standar pelayanan dalam pemberian asuhan keperawatan, khususnya keterlibatan dalam pelaksanaan perawatan payudara pada klien dan kepada pihak institusi pendidikan diharapkan mampu memenuhi ketersediaan literatur terbitan baru terutama mengenai seksio sesarea dan ketidakefektifan pemberian ASI sehingga dapat menambah wawasan keilmuan mahasiswa.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Ketidakefektifan Pemberian ASI, Post Seksio Sesarea
Daftar Pustaka : 10 Buku (2009-2015) , 2 Jurnal (2014-2016), 3 Website

ABSTRACT

Background: *Seksio sesarea is a way of giving birth to a fetus by making incisions on the wall of the uterus through the abdominal wall. Scope of exclusive BREAST MILK in the Ciamis Area General Hospital from 75 people patients in observation as many as 50 patients experience the ineffectiveness Of breast feeding Action seksio sesarea pain impacts that cause mothers fear for mobilization so hard producing breast MILK breast feeding, their impact was not effective. The goal is to gain experience in doing nursing care on the client post seksio sesarea with the ineffectiveness of breast feeding* **method:** *a case study to explore a problem with detailed restrictions, have deep data retrieval and include a variety of information sources. this case study was conducted on two clients post seksio sesarea with the ineffectiveness of breast feeding.* **Results:** *After intervention by providing nursing care, breast feeding ineffectiveness on case 1 and case 2 can be resolved on the third day.* **Discussion:** *on both the client found the problem of ineffectiveness due to breast feeding the baby's suction is not adekuat. As for the difference in the outcome of the intervention do breast care on both a client that is on the second day with the result on the client one is spending as much as 2 drops of BREAST MILK while on the client there are two spending ASI from right breast 4 drops. The author suggests to the hospital in order to improve the standard of service in administering nursing care, in particular involvement in the implementation of the breast care on the client and to the educational institutions are expected to comply the availability of a new publication primarily about literature seksio sesarea and ineffectiveness of breast feeding so that it can add to the insights of scholarship students.*

Keyword: *Nursing care, my big care, breast feeding Ineffectiveness, Post Seksio sesarea*

List of Central Railway: 10 books(2009-2015), Journal (2014-2016), 3 Website

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Seksio Sesarea Dengan Ketidakefektifan Pemberian ASI di RSUD Ciamis" dengan sebaik-baiknya.

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

1. H. Mulyana SH.MPd.,MH.Kes. selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana.
3. Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Ade Tika Herawati, M.Kep selaku Pembimbing Utama dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Iceu Komalanengsih, SKM selaku Pembimbing Pendamping dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Dr. H. Aceng Solahudin A, M.Kes selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.

7. Dedeh, S.ST selaku CI ruangan Delima yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis.
8. Seluruh staf dan dosen pengajar di Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi STIKes Bhakti Kencana Bandung.
9. Ny. W dan Ny. R yang bekerja sama dengan penulis selama pemberian asuhan keperawatan.
10. Kedua orang tuaku tercinta Ayahanda Poniman dan Ibunda Ruwaidah yang membesarkan, membimbing serta memberikan dorongan motivasi dan mendoakan penulis tiada henti dan tidak pernah lelah, sehingga dapat menyelesaikan pendidikan ini. Kepada kakakku Budi Santoso dan adik-adikku tersayang Dia andini, Maya Safana beserta seluruh anggota keluarga yang selalu memberi semangat dan motivasi untuk penulis.
11. Kepada M.Fadliansyah (Senior) yang ikut membantu penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Sahabat-sahabatku Gita, lulu, lin, lia, nanda,ririn yang selalu memberi semangat dan mendoakan penulis
13. Kepada Ainul, Jiah dan oddo terimakasih karena selalu mengiburku
14. Terimakasih kepada sahabat-sahabatku billa, irfi, Tania yang selalu memberi perhatian dan semangat
15. Ilma dan dina Terimakasih selalu menemani dalam proses penyusunan karya Tulis ilmiah

16. Teman-teman Anestesi seperjuangan angkatan XII tahun 2016 yang bersama-sama berjuang dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
17. Semua pihak yang tidak bisa 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 ilmiah yang lebih baik.

Bandung, 5 Maret 2019

PENULIS

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
LEMBAR PESETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
DAFTAR SINGKATAN	x
DAFTAR GAMBAR	xi
 BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan masalah.....	4
1.3 Tujuan Penulisan	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus.	5
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis.	6
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Penyakit	7
2.1.1 Definisi Seksio Sesarea.....	7
2.1.2 .Anatomi Abdomen	7
2.1.3 Pathofisiologi	10
2.1.4 Penatalaksanaan	11

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang	12
2.2. Konsep Dasar Post Partum.....	12
2.2.1 Tujuan Asuhan Post Partum.....	12
2.2.2 Tahapan Post Partum.....	13
2.2.3 Adaptasi Fisiologi Post Partum	13
2.2.4 Adaptasi Psikologi Post Partum	21
2.2.5 Perawatan Post Partum Seksio Sesarea.....	22
2.3 Manajemen Laktasi	25
2.3.1 Manfaat Pemberian ASI.....	26
2.3.2 Stadium Laktasi.....	26
2.3.3 Komposisi Gizi Dalam ASI	27
2.3.4 Upaya Memperbanyak ASI.....	28
2.3.5 ASI Eksklusif	29
2.3.6 Cara Merawat Payudara	30
2.3.7 Cara Menyusui Yang Benar	32
2.3.8 Masalah Dalam Pemberian ASI.....	33
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan	33
2.4.1 Pengkajian.....	33
2.4.2 Diagnosa Keperawatan	42
2.4.3 Perencanaan	43
2.4.4 Implementasi	81
2.4.5 Evaluasi	81

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian.....	82
3.2 Batasan Istilah	82
3.3 Responden/Subyek Penelitian.....	83
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	83
3.5 Pengumpulan Data	84
3.6 Uji Keabsahan Data.....	85
3.7 Analisis Data	85

3.8 Etik Penelitian	87
---------------------------	----

BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1 HASIL.....	90
4.1.1 Gambaran Lokasi pengambilan Data.....	90
4.1.2 Pengkajian Keperawatan.....	91
4.1.3 Analisa Data	109
4.1.4 Diagnosa Keperawatan.....	112
4.1.5 Perencanaan	115
4.1.6 Pelaksanaan	117
4.1.7 Evaluasi	122
4.2 PEMBAHASAN	122
4.2.1 Pengkajian	123
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	123
4.2.3 Perencanaan	127
4.2.4 Pelaksanaan	131
4.2.5 Evaluasi	132

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan	134
5.2 Saran.....	136

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perubahan uterus ...	16
Tabel 2.2 Intervensi Ketidaefektifan bersihan jalan nafas	43
Tabel 2.3 Intervensi nyeri akut.....	43
Tabel 2.4 Intervensi Ketidakseimbangan nutrisi.....	50
Tabel 2.5 Intervensi Ketidaefektifan pemberian ASI	54
Tabel 2.6 Intervensi hambatan eliminasi urin	58
Tabel 2.7 Intervensi gangguan pola tidur.....	60
Tabel 2.8 Intervensi Resiko infeksi.....	61
Tabel 2.9 Intervensi deficit perawatan diri	65
Tabel 2.10 Intervensi Konstipasi.....	68
Tabel 2.11 Intervensi Resiko syok	70
Tabel 2.12 Intervensi Resiko perdarahan.....	74
Tabel 2.13 Intervensi Defisit pengetahuan.....	79
Tabel 4.1 Identitas klien.....	91
Tabel 4.2 Riwayat kesehatan.	92
Tabel 4.3 Riwayat Ginekologi dan Obstetric.....	93
Tabel 4.4 Riwayat obstetric... ..	94
Tabel 4.5 Pola Aktivitas sehari-hari.....	96
Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik Ibu	98

Tabel 4.7 APGAR score.....	103
Tabel 4.8 Pemeriksaan Fisik Bayi.....	105
Tabel 4.9 Pemeriksaan Psikologis.....	106
Tabel 4.10 Data Sosial	107
Tabel 4.11 Kebutuhan Bounding Attachment.....	107
Tabel 4.12 Kebutuhan Pemenuhan Seksual	107
Tabel 4.13 Data Spiritual	108
Tabel 4.14 Pengetahuan Tentang Perawatan Diri	108
Tabel 4.15 Tabel hasil pemeriksaan laboratorium	108
Table 4.16 Program dan Rencana Pengobatan	109
Tabel 4.17 Analisa data.....	110

Tabel 4.18 Diagnosa Keperawatan	112
Tabel 4.19 Perencanaan	115
Tabel 4.20 Implementasi.....	117
Tabel 4.21 Evaluasi.....	122

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	: Lembar Bimbingan
Lampiran II	: Lembar Persetujuan responden
Lampiran III	: Lembar persetujuan jurnal
Lampiran IV	: JURNAL
Lampiran V	: Lembar Observasi Klien
Lampiran VI	: Satuan Acara Penyuluhan (SAP)
Lampiran VI	: Leaflet
Lampiran VIII	: Lembar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

ASI	: Air Susu Ibu
SC	: Sectio Caesarea
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKN	: Angka Kematian Neonatal
AKABA	: Anka Kematian Balita
WHO	: World Healty Organization
UNICEF	: United Nations Children's Fund
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
Depkes	: Depertemen Kesehatan
KTI	: Karya Tulis Ilmiah
STIKes	: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bandung
Cm	: Centi Meter
gr	: Gram
Mg	: Mili Gram
Kg	: Kilo Gram
ml	: Mili liter
Mm	: Mili meter
EKG	: Elektrokardiogram
IUD	: Intra Uterine Device
APGAR	: Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration
PB	: Panjang Badan
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
TTV	: Tanda Tanda Vital
TB	: Tinggi Badan
BB	: Berat Badan

DO : Data Objektif
DS : Data Subjektif
BAB : Buang Air Besar
BAK : Buang Air Kecil
NOC : Nursing Outcome Classification
NIC : Nursing Intervention Classification

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kuadran abdomen.....	9
---------------------------------	---

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Seksio saesarea adalah suatu melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. (Amru sofian,2012). Dan menurut Sarwono (2010), seksio sesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui sebuah insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram.

Seksio sesarea telah menjadi pilihan dalam proses persalinan. World Health Organization (WHO,2015) menyatakan selama hampir 30 tahun tingkat persalinan seksio sesarea meningkat menjadi 10% sampai 15% dari semua proses persalinan di negara-negara berkembang. Sedangkan di indonesia menunjukkan kelahiran seksio sesarea sebesar 17,6%, dengan proporsi tertinggi di Bali (30,2%) dan terendah di Papua (6,6%) di Jawa Barat (15,5%) berarti didaerah jawab barat tingkat persalinan pada perempuan melalui operasi seksio sesarea termasuk dalam tingkat sedang (RISKESDAS,2018). Berdasarkan data Medical Recoard Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis periode desember 2017 sampai juni 2018 didapatkan hasil persalinan normal sebanyak 626 kasus diruang VK dan Delima, kasus

persalinan pada ruang nifas yang mengalami persalinan dengan seksio sesaria sebanyak 719.

Masalah yang dapat muncul pada pasien post seksio sesarea seperti nyeri akut, resiko infeksi, resiko pendarahan, Cerebral plasy (gangguan gerakan, otot), Depresi setelah melahirkan, ketidakefektifan pemberian ASI, ketidakefektifan jalan nafas, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, hambatan eliminasi urine, gangguan pola tidur, defisit perawatan diri : mandi, konstipasi, risiko syok, dan defisiensi pengetahuan. (Rasmiji Imam,2009) dan menurut (Nurarif & Kusuma 2015)

Banyak diantara ibu yang melahirkan tidak mengetahui manfaat ASI. Adapun manfaat ASI bagi bayi yaitu ASI mengurangi resiko infeksi lambung usus,sambelit dan alergi,ASI memiliki kekebalan lebih tinggi terhadap penyakit. ASI adalah makanan terbaik untuk diberikan karena sangat mudah dicerna dan bayi akan lebih cepat sembuh,penyakit akan lebih jarang muncul pada bayi yang diberikan ASI,ASI membuat bayi berkembang dengan baik pada 6 bulan pertama bahkan pada usia lebih dari 6 bulan. Dampak jika tidak diberikannya ASI pada bayi yaitu bertambahnya kerentanan terhadap penyakit, kerugian kognitif, dan biaya susu formula (Anik Maryunani, 2015).

ASI eksklusif harus diberikan dalam 6 bulan pertama, dengan demikian bayi akan mencapai tumbuh kembang yang optimal. WHO/ UNICEF merekomendasi empat hal yang harus diperhatikan dalam mencapai tumbuh kembang optimal yaitu pemberian ASI segera dalam waktu 30 menit setelah

bayi lahir, pemberian ASI eksklusif, pemberian MP-ASI sejak bayi berusia 6 – 24 bulan serta meneruskan pemberian ASI sampai 24 bulan.(Depkes, 2011)

Perubahan yang utama terjadi pada hari kedua setelah melahirkan adalah produksi ASI mulai memuncak, sehingga akan terjadi pembesaran payudara. Masalah yang sering muncul adalah pembengkakan payudara, jika tidak segera dilakukan perawatan, maka akan berakibat radang atau mastitis (Jenny, 2006, hlm.25). Sehingga dapat berdampak pada ketidakefektifan pemberian ASI. Payudara bengkak karena terjadi hambatan aliran darah vena atau saluran kelenjar getah bening akibat ASI terkumpul dalam payudara. Saluran ASI yang mengalami bendungan tidak hanya mengganggu laktasi, tetapi juga berakibat mudah terinfeksi. Jika ibu mengalami masalah pada saat menyusui itu akan sangat merugikan seperti pada keadaan ini sering kali seorang ibu menghentikan menyusui karena puting susunya sakit atau lecet. Salah satu cara untuk melancarkan dalam proses menyusui yaitu dengan melakukan perawatan payudara secara teratur

Pelaksanaan perawatan payudara sangat di perlukan, namun banyak dari ibu-ibu postpartum biasanya jarang bahkan tidak pernah melakukan perawatan payudara. Penyebab dari kondisi ini karena kurang adanya penyuluhan atau informasi atau juga ibu malas dalam melakukan perawatan payudara sehingga mempengaruhi kelancaran ASI. Perawatan payudara sangat penting salah satunya memperbaiki sirkulasi darah, merawat puting

payudara agar bersih dan tidak mudah lecet, ini bermanfaat untuk memperlancar pengeluaran ASI.

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

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea melalui penyusunan karya tulis ilmiah (KTI) yang berjudul “ Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Seksio Sesarea Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pemberian ASI Di RSUD Ciamis”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD Ciamis?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu mengaplikasikan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD Ciamis secara komprehensif meliputi aspek bio, psiko, spiritual, dalam bentuk pendokumentasian.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD Ciamis.
2. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD Ciamis.
3. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD Ciamis.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD Ciamis.
5. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD Ciamis.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada klien seksio sesarea dengan ketidakefektifan pemberian ASI.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Perawat

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi perawat yaitu perawat dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada klien post seksio sesarea dengan ketidakefektifan pemberian ASI.

b. Bagi Rumah Sakit

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu dan pelayanan bagi pasien khususnya pada klien post seksio sesarea dengan ketidakefektifan pemberian ASI.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Manfaat praktis bagi institusi Pendidikan yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan ketidakefektifan pemberian ASI

d. Bagi klien

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi seksio saesarea

Seksio saesarea adalah suatu melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. (Amru sofian,2012). Seksio sesarea adalah suatu tindakan yang dilakukan dengan tujuan untuk melahirkan bayi melalui sayatan pada dinding Rahim yang masih utuh untuk menyelamatkan nyawa ibu dan bayi Desmawati, (2013).

Seksio sesarea merupakan persalinan buatan untuk melahirkan anak lewat insisi abdomen dan insisi uterus, seksio sesarea dapat dilakukan secara terencana maupun segera (cyto), dimana pada operasi seksio sesarea terencana (elektif) operasi telah di rencanakan jauh-jauh hari sebelum jadwal melahirkan dengan mempertimbangkan keselamatan ibu dan bayi.

Seksio sesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Wiknjosostro, 2015).

2.1.2 Anatomi Abdomen

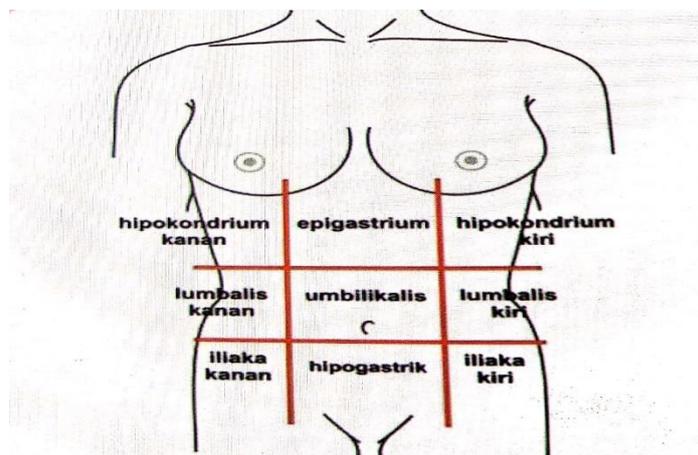
Menurut (Widjaja, 2009) Abdomen atau perut merupakan bagian batang tubuh yang terletak diantara thorax dan pelvis. Dinding perut yang normal lembut bergantung pada tonus ototnya.

Menurut (Rasjidi,2009) kuadran abdomen dibagi menjadi 9 regio oleh dua garis vertikal dan dua garis horizontal. Garis vertikal melalui pertengahan antara SIAS (spina iliaca anterior superior) dan simfisis pubis. Garis horizontal bidang subskostalis, menghubungkan titik terbawah tepi kosta satu sama lain. Merupakan tepi inferior tulang rawan kosta X dan terletak berseberangan dengan vertebra lumbalis III. Bidang intertuberkularis, menghubungkan tuberkulum pada krista iliaca yang terletak setinggi korpus vertebra lumbal V.

Organ-organ yang terdapat di 9 regio yaitu :

1. Hipokandrium kanan terdapat hati,kandung empedu, sebagian duodenum,seperdua atas ginjal kanan,kelenjar suprarenal
2. Epigastrium terdapat aorta, lambung, pankreas dan sebagian hati.
3. Hipokandrium kiri terdapat limpa, lambung, ekor pankreas, seperdua atas ginjal kiri dan kelenjar suprarenal.
4. Lumbalis kanan terdapat kolon asenden, seperdua bawah ginjal kanan, sebagian duodenum dan jejunum
5. Umbilikalis terdapat omentum, bagian bawah duodenum, sebagian jejunum dan ileum
6. Lumbalis kiri terdapat kolon desenden, seperdua bawah ginjal kiri, sebagian jejunum dan ileum
7. Iliaka kanan terdapat apendiks, sektrum, ujung bawah ileum, ureter kanan, saluran sperma kanan, ovarium kanan
8. Hipogastrik terdapat organ ileum, kandung kemih dan uterus

9. Iliaka kiri terdapat ovarium kiri, saluran sperma kiri, ureter kiri, dan kolon sigmoid.



Gambar 2.1 Kuadran Abdomen (Rasjidi,2009)

Dinding Abdomen dari bagian luar ke bagian dalam terdiri dari kulit, jaringan subcutis, fascia superficialis, otot-otot perut dan bagian punggung. Kulit abdomen mempunyai turgor yang bervariasi, pada wanita yang telah melahirkan anak, turgornya berkurang sehingga kulit menjadi lembek dan keriput. Pada penderita dehidrasi turgor kulit juga berkurang (Widjaja, 2009).

Otot dinding ventral abdomen : M.rektus abdominalis dan m.piramidalis. Otot-otot dinding lateral abdomen : m.obliquus abdominis eksternus, m. Obliquus abdominis internus, dan m.transversus abdominis. Otot-otot dinding abdomen pada bidang median membentuk suatu aponeurosis (lapis tendon datar luas) ini nampak sebagai suatu garis yang disebut linea alba. Sarung rektus berguna sebagai retikulum yang mempertahankan m.rektus abdominis tetap pada posisinya (mencegah terjadinya bow-string effect) pada waktu berkontraksi.

Aponeuris dari otot-otot abdomen ini tersusun sedemikian rupa sehingga ada perbedaan antara lapisan aponeurosis yang terletak di atas dan dibawah umbilikus,

yang dibatasi oleh linea arkuata. Diatas linea arkuata, sarung rektus terdiri atas dua lamina, yaitu lamina anterior dan lamina superior. Susunan serabut dinding abdomen sejajar dengan serabut kulit. Oleh karena itu, garis jahitan pada insisi vertikal akan mendapatkan tegangan yang lebih besar sehingga insisi vertikal lebih sering menyebabkan terjadinya dehisensi dan hernia. Fungsi otot abdomen untuk pergerakan dan untuk melindungi alat-alat dalam abdomen. Peritonium merupakan serabut tipis dan mengkilap yang melapisi dinding kavum abdomen dari sebelah dalam. Peritonium di bagi menjadi dua :

Peritonium perietalis langsung melekat pada dinding abdomen

1. *Peritonium visceralis* meliputi organ visceralis, peritoneum yang menghunung organ dan dinding abdomen ini secara umum disebut mesenterium. Peritonium parietalis dan visceralis merupakan suatu kontinuitas yang membatasi suatu ruangan yang disebut kavum peritonei. Kavum peritoneum dibagi menjadi dua:
2. *Saccus major (kavum peritoneum s.s ; greater sac)*
3. *Saccus minor (bursa omentalis; lesser sac)*

Pada wanita, kavum peritoneum mempunyai dua lubang, yaitu kedua ostium tuba uteria (Rasmiji,2009).

2.1.3 Pathofisiologi

Sesudah bayi lahir dan plasenta keluar, kadar estrogen dan progesteron turun dalam 2-3 hari. Dengan ini factor dari hypothalamus yang menghalangi prolactin waktu hamil, dan sangat dipengaruhi oleh estrogen tidak dikeluarkan lagi, dan terjadi sekresi prolactin oleh hipofisis. Hormone ini menyebabkan alveolus-alveolus kelenjar mammae terisi dengan air susu, tetapi untuk mengeluarkan

dibutuhkan reflex yang menyebabkan kontraksi sel-sel miopitel yang mengelilingi alveolus dan duktus kecil kelenjar-kelenjar tersebut. Reflex ini timbul bila bayi menyusui. Apabila bayi tidak menyusui dengan baik, atau jika tidak dikosongkan dengan sempurna, maka terjadi bendungan air susu. Gejala yang biasa terjadi pada bendungan ASI antara lain payudara penuh terasa panas. Berat dan keras, terlihat mengkilat meski tidak kemerahan. ASI biasanya mengalir tidak lancar, namun ada pula payudara yang terbungkus membesar, membengkak dan sangat nyeri, puting susu teregang menjadi rata. ASI tidak mengalir dengan mudah dan bayi sulit mengenyut untuk menghisap ASI. Ibu kadang-kadang menjadi demam, tapi biasanya akan hilang dalam 24 jam (Wiknjosastro, 2005).

2.1.4 Penatalaksanaan Seksio Sesarea

Penatalaksanaan medis pada pasien yang sudah menjalani *sectio caesarea* adalah sebagai berikut :

1. Analgesia.
2. Observasi tanda-tanda vital.
3. Terapi cairan dan diet.
4. Observasi visika urinarius dan usus.
5. Ambulasi.
6. Perawatan luka.
7. Laboratorium.
8. Perawatan payudara.
9. Memulangkan klien dari rumah sakit.

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang Seksio Sesarea

1. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
2. Pemantauan EKG
3. Pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, elektrolit
4. Golongan darah
5. Urinalisis
6. Ultrasonografi

2.2 Konsep Dasar Post Partum

Menurut saleha (2009), masa nifas adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil dan berakhir kira-kira 6 minggu. Menurut Anggraini (2010), masa nifas (puerperium) adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan.

2.2.1 Tujuan Asuhan Post Partum

Adapun tujuan asuhan masa nifas adalah sebagai berikut :

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikis.
2. Melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi.
3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayi dan perawatan bayi sehat.
4. Memberikan pelayanan keluarga berencana
5. Untuk Mendapatkan kesehatan emosi

6. Memperlancar pembentukan air susu ibu (ASI)
7. Mengajarkan ibu untuk melaksanakan perawatan mandiri sampai masa nifas selesai dan memelihara bayi dengan baik, sehingga bayi dapat mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang normal.

2.2.2 Tahapan Post Partum

Masa nifas dibagi dalam tiga tahap , yaitu:

1. Puerperium Dini (Periode immediate postpartum)

Yaitu pemulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan–jalan (waktu 0-24 jam postpartum). Dalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2. Puerperium Intermedial (Periode Early)

Suatu masa dimana pemulihan dari organ-organ reproduksi secara menyeluruh kurang lebih 6-8 minggu.

3. Remote Puerperium (Periode Late)

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan yang sempurna secara bertahap terutama jika selama masa kehamilan dan persalinan ibu mengalami komplikasi, waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, bulan bahkan tahun.

2.2.3 Adaptasi Fisiologis Postpartum

1. Perubahan tanda-tanda vital

Dalam hal ini perubahan tanda-tanda vital, yaitu:

a. Suhu

Satu hari (24 jam) post partum suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan (dehidrasi) dan kelelahan karena adanya bendungan vaskuler dan limfatik. Apabila keadaan normal suhu badan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena adanya pembentukan ASI, payudara menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI. Bila suhu tidak turun kemungkinan ada infeksi pada endometrium, mastitis, tractus genitalis atau system lain.

b. Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat pada persalinan 15 mmHg systole dan 10 mmHg diastole. Biasanya setelah bersalin tidak berubah (normal), kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan Karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada post partum dapat menandakan terjadinya preeklampsi pada masa postpartum.

c. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa antara 60-80 kali per menit atau 50-70 kali permenit. Sesudah melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.

d. Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu naik tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran napas contohnya penyakit asma. Bila

pernapasan pada post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

2. Perubahan system reproduksi

a. Uterus

1) Involusi uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses yang menyebabkan uterus kembali pada posisi semula seperti sebelum hamil dengan bobot 60 gram. Involusi uteri juga dikatakan sebagai proses kembalinya uterus pada keadaan semula atau keadaan sebelum hamil. Involusi uterus melibatkan reorganisasi dan penanggalan decidua/endometrium dan pengelupasan lapisan pada tempat implantasi plasenta sebagai tanda penurunan ukuran dan berat serta perubahan tempat uterus, warna dan jumlah lochea. Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

a) Autolisis

Autolysis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi dalam otot uterin. Enzyme proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat menggendur hingga 10 kali panjangnya dari semula selama hamil atau dapat juga dikatakan sebagai pengrusakan secara langsung jaringan hipertrofi yang berlebihan, hal ini disebabkan karena penurunan kadar hormone estrogen dan progesterone.

b) Terdapat polymorph phagolitik dan macrophages di dalam system cardiovascular dan system limfatik.

c) Efek oksitosin (cara bekerjanya oksitosin)

- d) Penyebab kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan mengompres pembuluh darah yang menyebabkan kurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

	Bobot uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks
Pada akhir persalinan	900-1000 gram	12,5 cm	Lembut/lunak
Pada akhir minggu 1	450-500 gram	7,5 cm	2 cm
Pada akhir minggu 2	200 gram	5,0 cm	1 cm
Sesudah akhir 6 minggu	60 gram	2,5 cm	Menyempit

Tabel 2.1 Perubahan uterus selama masa nifas
Saleha, S (2009)

2) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan Rahim selama masa nifas. Lochea berasal dari pengelupasan desidua. Lochea mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat mikroorganisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada wanita normal. Lochea mempunyai bau amis (anyir), meskipun tidak terlalu menyengat, dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Adapun macam-macam lochea:

a) Lochea rubra (cruenta)

Berwarna merah tua berisi darah dari perobekan/luka pada plasenta dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua dan korion, vernik kaseosa, lanugo, sisa darah dan meconium, selama 3 hari postpartum.

b) Lochea sanguinolenta

Berwarna kecoklatan berisi darah dan lender, hari 4- 7 postpartum.

c) Lochea serosa

Berwarna kuning, berisi cairan lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta, pada hari ke 7-14 postpartum.

d) Lochea alba

Cairan putih berisi leukosit, berisi selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati setelah 2 minggu sampai 6 minggu postpartum

Pada kondisi tertentu terdapat beberapa jenis lochea seperti lochea purulenta terjadi karena adanya infeksi yang ditandai dengan keluar cairan seperti nanah yang berbau busuk dan lochea statis terjadi karena pengeluaran lochea tidak lancar sehingga tertahan di uterus.

b. Serviks

Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan membuka seperti corong. Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh 1 jari saja, dan setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

c. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.

d. Perineum

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

3. Perubahan Sistem Pencernaan

a. Nafsu makan

Ibu biasanya merasa lapar setelah melahirkan meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema

b. Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anesthesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke dalam normal.

c. Pengosongan usus

Buang air besar secara spontan bisa tertunda selama dua sampai tiga hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini bisa disebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada awal masa pasca partum.

4. Perubahan Sistem Perkemihan

Pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urine dalam jumlah yang besar akan dihaluskan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan

5. Perubahan Sistem Musculoskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi mengerut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligament rotundum menjadi kendur. Stabilisasi/secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

6. Perubahan Sistem Endokrin

a. Hormon Plasenta

Terjadi penurunan hormone *human placental lactogen* (HPL), HCG, estrogen, kortisol serta *plasental enzyme insulinase* yang merupakan periode transisi untuk metabolisme karbohidrat. kondisi ini dapat kembali normal setelah hari ke-7.

b. Hormone hipofisis dan fungsi ovarium

Kadar prolactin serum tinggi pada wanita menyusui sehingga terjadi penurunan kadar estrogen, progesterone dan FSH sehingga menekan ovulasi. Prolactin tetap meningkat sampai minggu ke-6 dipengaruhi oleh seringnya menyusui lamanya setiap kali menyusui dan makanan tambahan.

c. Hormone pituitary

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

7. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Bila kelahiran melalui seksio caesarea, maka kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah (*blood volume*) dan hematokrit (*haemoconcentration*). Bila persalinan pervaginam, hematokrit akan naik dan pada seksio caesarea, hematokrit cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

8. Perubahan Sistem Hematologi

- a. Pada hari pertama masa nifas, kadar fibrinogen dan gen plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih kental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan pembekuan darah.
- b. Leukosit yang meningkat dapat mencapai 15.000/mm³ selama persalinan dan tetap tinggi dalam beberapa hari post partum. Selama 10-12 hari setelah persalinan umumnya bernilai antara 20000-25000/mm³.
- c. Factor pembekuan
Suatu aktivasi factor pembekuan darah terjadi setelah persalinan.
- d. Thrombosis

Kaki ibu diperiksa setiap hari untuk mengetahui adanya tanda-tanda thrombosis (nyeri, hangat, dan lemas, vena bengakak kemerahan yang dirasakan keras atau padat ketika disentuh)

e. Varises

Varises pada kaki dan sekitar anus adalah umum pada masa kehamilan.

Varises pada vulva umumnya kurang dan akan segera kembali setelah persalina.

2.2.4 Adaptasi Psikologis Ibu Post Partum

1. Adaptasi Psikologis Ibu Post Partum

Dalam menjalani adaptasi psikososial menurut Rubin setelah melahirkan, ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut:

a. Fase taking in (focus pada diri sendiri)

Masa ini terjadi 1-3 hari pasca-persalinan, ibu yang baru akan melahirkan bersikap pasif dan sangat tergantung pada dirinya (trauma), segala energinya difokuskan pada kekhawatiran tentang badannya. Dia akan menceritakan tentang persalinannya berulang-ulang.

b. Fase taking on (focus pada bayi)

Masa ini terjadi 3-10 hari pasca-persalinan, ibu menjadi khawatir akan kemampuannya merawat bayi dan menerima tanggung jawabnya sebagai ibu dalam merawat bayi semakin besar. Ibu berupaya untuk menguasai keterampilan perawatan bayinya. Selain itu, perasaan yang sangat sensitive sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati.

c. Fase letting go

Massa ini biasanya terjadi bila ibu sudah pulang dari RS dan melibatkan keluarga. Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan.

2. Postpartum blues

Postpartum blues yaitu keadaan dimana ibu merasa sedih berkaitan dengan bayinya disebut *baby blues*. Penyebabnya antara lain, perubahan perasaan saat hamil, perubahan fisik dan emosional. Perubahan yang ibu alami akan kembali secara perlahan setelah beradaptasi dengan peran barunya. Gejala *baby blues* antara lain menangis, perubahan perasaan, cemas, kesepian, khawatir dengan bayinya, penurunan libido, kurang percaya diri.

2.2.5 Perawatan Post Partum pada Sectio Caesarea

Pada Ibu Post Seksio Sesaria (SC) Setelah pasca operasi, ada hal-hal yang perlu diperhatikan karena pada tahap ini ibu sangat rentang terhadap infeksi akibat perlukaan karena persalinan. Dengan memberikan perawatan dan pemantauan khusus pada ibu pasca operasi maka kemungkinan terjadinya infeksi pada klien lebih rendah.

1. Perawatan Luka Sectio Caesarea

Perawatan luka merupakan tindakan untuk merawat luka dan luka operasi merupakan luka bersih sehingga mudah untuk perawatannya, namun jika salah dalam merawat, maka akan bisa berakibat fatal. Luka insisi diperiksa setiap hari. Karena itu bebat yang tipis tanpa plester yang berlebihan lebih menguntungkan. Pembalut luka berfungsi sebagai penghalang dan pelindung terhadap infeksi selama

proses penyembuhan. Penutup luka dipertahankan selama hari pertama pembedahan untuk mencegah infeksi pada saat proses penyembuhan berlangsung (Prawihardjo, 2008).

Pembalut luka diganti dan dibersihkan setiap hari dan luka yang mengalami komplikasi seperti hanya sebagian luka yang sembuh sedangkan sebagian mengalami infeksi dengan eksudat atau luka terbuka seluruhnya memerlukan perawatan khusus bahkan memerlukan reinfeksi (Novita, 2006).

Berikut ketentuan membersihkan luka post operasi sectio Caesar:

- a. Setiap satu minggu kasa harus dibuka
- b. Bersihkan jika keluar darah dan langsung ganti kasa.
- c. Jaga luka agar tidak lembab.
- d. Menjaga kebersihan.
- e. Gunakan bahan plastik atau pembalut yang kedap air (Opset).

2. Nutrisi Masa Nifas

Kebutuhan gizi pada masa nifas meningkat 25 % dari kebutuhan biasa karena berguna untuk proses kesembuhan sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup (Sulistyawati, 2009). Makanan yang dikonsumsi harus bermutu tinggi dan cukup kalori, cukup protein, banyak cairan serta banyak buah-buahan dan sayuran karena si ibu ini mengalami hemokonsentrasi (Hanafiah, 2004).

Ibu post sectio casarea harus menghindari makanan dan minuman yang mengandung bahan kimia, pedas dan menimbulkan gas karena gas perut kadang-kadang menimbulkan masalah sesudah sectio caesare. Jika ada gas dalam perut, ibu akan merasakan nyeri yang menusuk. Gerak fisik dan bangun dari tempat tidur,

pernapasan dalam, dan bergoyang di kursi dapat membantu mencegah dan menghilangkan gas (Simkin dkk, 2007)

3. Ambulasi Dini

Pasien sectio caesarea biasanya mulai ambulasi 24-36 jam sesudah melahirkan. Jika pasien menjalani analgesia epidural, pemulihan sensibilitas yang total harus dibuktikan dahulu sebelum ambulasi dimulai. Selanjutnya secara berturut-turut, hari demi hari ibu yang sudah melahirkan dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai 5 hari setelah operasi (Nurjanah, et al, 2013).

4. Defekasi

Fungsi gastrointestinal pada pasien obstetrik yang tindakannya tidak terlalu berat akan kembali normal dalam waktu 12 jam. Buang air besar secara spontan biasanya tertunda selama 2-3 hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini disebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada masa pasca partum, dehidrasi, kurang makan dan efek anestesi.

5. Perawatan Perineum

Perawatan khusus perineum bagi wanita setelah melahirkan bayi bertujuan untuk pencegahan terjadinya infeksi, mengurangi rasa tidak nyaman dan meningkatkan penyembuhan. Setelah ibu mampu mandi sendiri, biasanya daerah perineum dicuci sendiri dengan menggunakan air dalam botol atau wadah lain yang disediakan secara khusus. Perawatan perineum dapat dilakukan dengan cara perineum dibersihkan dengan sabun yang minimal sekali sehari.

6. Miksi

Berkemih hendaknya dapat dilakukan ibu nifas sendiri dengan secepatnya. Sensasi kandung kencing mungkin dilumpuhkan dengan analgesia spinal dan pengosongan kandung kencing terganggu selama beberapa jam setelah persalinan akibatnya distensi kandung kencing sering merupakan komplikasi masa nifas. Pemakaian kateter dibutuhkan pada prosedur bedah. Semakin cepat melepas kateter akan lebih baik mencegah kemungkinan infeksi dan ibu semakin cepat melakukan mobilisasi. Kemampuan mengosongkan kandung kemih harus dipantau seperti pada kelahiran sebelum terjadi distensi yang berlebihan (Nurjanah, et al, 2013).

7. Kebersihan Diri

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan kesejahteraan ibu. Pada hari ketiga setelah operasi, ibu sudah dapat mandi tanpa membahayakan luka operasi. Payudara harus diperhatikan pada saat mandi.

2.3 Manajemen Laktasi

Menyusui atau laktasi merupakan komponen dari proses reproduksi yang dimulai dari haid, kontrasepsi, kehamilan, persalinan, menyusui, dan penyapihan. Manajemen laktasi merupakan segala daya upaya yang dilakukan untuk membantu ibu mencapai keberhasilan dalam menyusui bayinya. Usaha ini dilakukan terhadap ibu dalam 3 tahap, yakni pada masa kehamilan (antenatal), sewaktu ibu dalam persalinan sampai keluar rumah sakit (perinatal), dan pada masa menyusui selanjutnya sampai anak berumur 2 tahun (postnatal). (Susiana, H, 2009).

Manajemen laktasi adalah upaya-upaya yang dilakukan untuk menunjang keberhasilan menyusui (Siregar, 2004).

2.3.1 Manfaat pemberian ASI

1. Manfaat ASI untuk bayi

ASI mengurangi resiko infeksi lambung usus, sabelit dan alergi, ASI memiliki kekebalan lebih tinggi terhadap penyakit, ASI adalah makanan terbaik untuk diberikan karena sangat mudah dicerna dan bayi akan lebih cepat sembuh, penyakit akan lebih jarang muncul pada bayi yang diberikan ASI, ASI membuat bayi berkembang dengan baik pada 6 bulan pertama bahkan pada usia lebih dari 6 bulan.

2. Manfaat ASI untuk ibu

Hisapan bayi membantu Rahim mengecil atau berkontraksi, mempercepat kondisi ibu untuk kembali ke massa prakehamilan dan mengurangi resiko perdarahan, lebih praktis, lebih hemat dan tidak akan basi.

2.3.2 Stadium Laktasi

Perubahan kolostrum menjadi air susu yang matur berlangsung bertahap selama 14 hari pertama kehidupan bayi. Keadaan tersebut bervariasi karena berkaitan dengan berbagai factor, pengaktifan jaringan glandula mammae, keefektifan bayi belajar menghisap. ASI adalah suatu emulsi lemak dalam larutan protein, lactose, dan garam-garam organik yang disekresi oleh kedua belah kelenjar payudara ibu sebagai makanan tambahan utama bagi bayi.

1. Kolostrum

Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali keluar disekresi oleh kelenjar payudara mengandung tissue debris dan residual material yang terdapat dalam alveoli dan duktus dari kelenjar payudara dari hari 1-4.

2. Air Susu Transisi/peralihan

Merupakan ASI peralihan dari kolostrum sampai menjadi ASI yang matur yang disekresi pada hari ke empat sampai hari ke sepuluh masa laktasi, tetapi ada pula yang berpendapat bahwa ASI matur baru timbul minggu ketiga sampai minggu kelima.

3. Air susu matur

Merupakan ASI yang disekresi pada hari ke-10 dan seterusnya , komposisi relative konstan (adapula yang menyatakan bahwa komposisi ASI relative kontstan baru mulai minggu ke-3 sampai minggu ke-5).

2.3.3 Komposisi Gizi dalam ASI

1. Protein

ASI mengandung protein lebih rendah dari Air susu sapi, tetapi protein ASI ini mempunyai nilai nutrisi yang tinggi (lebih mudah dicerna) karena mengandung asam amino, kadar methionine dalam ASI lebih rendah, kadar tirosin dan fenilalanin pada ASI rendah,kadar poliamin dan nukleotid lebih tinggi.

2. Karbohidrat

ASI mengandung karbohidrat relative lebh tinggi jika dibandingkan dengan susu sapi.

3. Lemak

Keadaan lemak dalam ASI merupakan sumber kalori yang utama bagi bayi dan sumber vitamin yang larut dalam lemak (A, D, E dan K) dan sumber asam lemak yang esensial.

4. Mineral

ASI mengandung mineral yang lengkap. Walaupun kadarnya relative lebih rendah tetapi cukup untuk bayi sampai umur 6 bulan

5. Air

Kira-kira 88 % dari ASI terdiri dari air. Air ini berguna untuk melarutkan zat-zat yang terdapat didalamnya.

6. Vitamin

Vitamin dalam ASI dapat dikatakan lengkap. Vitamin A, D dan C cukup, sedangkan golongan vitamin B cukup untuk 6 bulan, kecuali riboflavin dan asam penthothenik serta vitamin K karena bayi baru lahir ususnya belum mampu membentuk vitamin.

7. Kalori

Kalori dari ASI relative hanya 77 kalori/100 ml ASI

2.3.4 Upaya memperbanyak ASI

Menurut Ambarwati, R (2010), upaya-upaya untuk meperbanyak ASI adalah :

1. Pemberian ASI segera 30 menit pertama setelah bayi lahir.
2. Meneteki bayi sering, siang dan malam, setiap waktu sampai bayi tidak mau menetek.
3. Meneteki payudara kiri dan kanan secara bergantian
4. Berikan ASI dari satu payudara sampai kosong sebelum pindah ke payudara lain.
5. Jika bayi telah tidur selama 3 jam, bangunkan dan langsung teteki.

6. Cara menyusui yang benar sangat penting sekali dalam upaya memperbanyak ASI
7. Dukungan psikologis dari keluarga dan sekitarnya akan sangat berpengaruh
Hal-hal yang mempengaruhi produksi ASI :
 - a. Makanan
 - b. Ketenangan jiwa dan pikiran
 - c. Penggunaan alat kontrasepsi
 - d. Factor isapan dan frekuensi menyusui
 - e. Factor obat-obatan
 - f. Umur kehamilan saat melahirkan
 - g. Komsumsi rokok
 - h. Alcohol
 - i. Stress dan penyakit akut
 - j. Perawatan payudara

2.3.5 ASI eksklusif

ASI eksklusif harus diberikan dalam 6 bulan pertama, dengan demikian bayi akan mencapai tumbuh kembang yang optimal. WHO/UNICEF merekomendasikan empat hal yang harus diperhatikan dalam mencapai tumbuh kembang yang optimal yaitu pemberian ASI segera dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir, pemberian ASI eksklusif, pemberian MP-ASI sejak bayi berusia 6-24 bulan serta meneruskan pemberian ASI sampai 24 bulan. (Depkes, 2011).

ASI eksklusif diberikan pada bayi sejak lahir sampai usia 6 bulan sangat penting karena ASI adalah satu-satunya makanan dan minuman terbaik untuk bayi.

Komposisinya tepat untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi, melindungi dari berbagai penyakit, infeksi, mempererat hubungan batin ibu dan bayi sehingga bayi akan lebih sehat dan cerdas.

2.3.6 Cara merawat payudara

Menurut Jurnal Kebidanan oleh Wijayanti & Setiyaningsih (2016), efektifitas *breast care* (perawatan payudara) post partum terhadap produksi ASI menunjukkan bahwa produksi ASI pada ibu post partum dengan *breast care* sebagian besar lancar sebanyak 77,8% dan hanya 22,2% yang produksi ASInya kurang lancar. Sedangkan untuk produksi ASI pada ibu post partum tanpa *breast care* sebagian besar dalam kategori tidak lancar sebanyak 61,1% dan 38,9% produksi ASInya lancar.

Berdasarkan jurnal ilmu-ilmu kesehatan oleh Meilirianta et al (2014), frekuensi kelancaran ASI saat dilakukan perawatan payudara 1-2 kali per hari menunjukkan bahwa 67 % mengalami ekskresi ASI lancar, 20 % kurang lancar, dan 13 % tidak lancar. Sedangkan frekuensi kelancaran ekskresi ASI saat dilakukan perawatan payudara <1 kali per hari menunjukkan 6 % ekskresi ASI lancar, 27 % kurang lancar dan 67 % tidak lancar.

Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam melaksanakan perawatan payudara *breast care* pasca persalinan, yaitu :

1. Puting susu dikompres dengan kapas minyak selama 3-4 menit, kemudian dibersihkan dengan kapas minyak tadi.

2. Pengenyalan, yaitu putting susu dipegang dengan ibu jari dan telunjuk, diputar kedalam sebanyak 5-10 kali dan diputar keluar sebanyak 5-10 kali.
3. Pengurutan payudara yang terdiri dari pengurutan pertama , kedua, ketiga, dan keempat.

Pengurutan pertama:

- a. Licinkan telapak tangan dengan menggunakan sedikit minyak/baby oil
- b. Letakkan kedua tangan diantara kedua payudara menghadap kebawah . mulai dari tengah telapak tangan melingkari payudara dari bagian tengah ke arah atas, kesamping kanan kiri selanjutnya menuju ke arah bawah lalu ke arah atas dan angkat. Kemudian, lepaskan tangan dengan cepat ke arah depan sehingga tangan menyangga payudara.
- c. Lakukan sebanyak 20 kali selama 5 menit

Pengurutan kedua:

- a. Gunakan kembali baby oil untuk melicinkan telapak tangan
- b. Topang payudara kiri oleh telapak tangan kiri dan jari-jari tangan kanan saling dirapatkan, lalu buat gerakan memutar dengan dua atau tiga jari tangan kanan sambil menekan mulai dari pangkal payudara dan berakhir pada putting susu
- c. Lakukan hal yang sama pada payudara kanan dengan gerakan yang sama

Pengurutan ketiga:

- a. Licinkan telapak tangan dengan baby oil
- b. Topang payudara kiri dengan telapak tangan kiri

- c. Kepalkan jari-jari tangan kanan seperti menggenggam, kemudian dengan buku-buku jari (tulang kepalan), tangan kanan mengurut payudara kiri dari pangkal ke arah puting susu. Untuk payudara kanan, lakukan gerakan yang sama.
- d. Lakukan sebanyak 20 kali selama 5 menit

Pengurutan keempat:

- a. Berikan rangsangan payudara dengan menggunakan air hangat dan dingin.
- b. Kompres payudara dengan air hangat terlebih dahulu, kemudian lanjutkan dengan air dingin. Lakukan secara bergantian selama 5 menit
- c. Bersihkan dan keringkan payudara. Kenakan bra yang menyangga payudara

2.3.7 Cara menyusui yang benar

1. Sebelum menyusui ASI dikeluarkan sedikit kemudian di oleskan pada puting susu dan areola sekitarnya.
2. Bayi di letakkan menghadap perut ibu
3. Payudara dipegang dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang dibawah, jangan menekan puting susu atau areolanya saja.
4. Bayi di beri rangsangan untuk membuka mulut (rooting reflect)
5. Setelah bayi membuka mulut, dengan cepat kepala bayi diletakkan ke payudara ibu dengan puting serta areolanya di masukan ke mulut bayi.
6. Melepas isapan bayi
7. Setelah selesai menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian di oleskan pada puting susu dan areola sekitar dan dibiarkan kering dengan sendirinya untuk mengurangi rasa sakit.

2.3.8 Masalah dalam pemberian ASI

1. Payudara bengkak

Umumnya terjadi pada beberapa hari pertama menyusui karena ASI belum keluar dengan lancar.

2. Putting susu lecet

Lecet pada putting susu biasa terjadi karena posisi menyusui yang kurang tepat dan karena alasan lainnya.

3. Radang Payudara atau Mastitis

Jika terdapat gejala payudara bengkak, panas, kemerahan, dan disertai demam tubuh, segera konsultasikan pada dokter. Ini bisa jadi merupakan radang akibat infeksi bakteri yang menyebabkan pembengkakan payudara.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Postpartum Seksio Caesarea

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian awal mengenai personil klien, yang meliputi usia, jenis kelamin, tinggi badan, berat badan, budaya, suku, status perkawinan, agama, dan pekerjaan (Hartati & Maryunani, 2015)

1. Pengumpul Data

a. Identitas klien

Meliputi nama, umur, ras, atau suku, alamat, nomor telepon, agama, status perkawinan, pekerjaan dan tanggal anamnesia (Chapman Vicky & Charles Cathy, 2013)

b. Identitas penanggung jawab

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat serta hubungan dengan klien.

c. Alasan Datang

Alasan klien datang ketempat bidan atau klinik, yang diungkapkan dengan kata kata sendiri. (Chapman Vicky & Charles Cathy, 2013)

2. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

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

1) 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.

2) Keluhan utama saat dikaji

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

Pada post partum dengan SC biasanya klien mengeluh nyeri dirasakan bertambah apabila pasien banyak bergerak dan dirasakan berkurang apabila klien istirahat, Pada post partum dengan SC biasanya klien mengeluh nyeri pada luka jahitan yang sangat perih seperti di iris-iris, pada postpartum dengan SC biasanya klien mengeluh nyeri pada daerah luka jahitan pada daerah abdomen biasanya tidak ada penyebarannya kedaerah lain, skala nyeri yang dirasakan

klien dan seberapa besar gangguannya diukur dengan skala nyeri 0-10, 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 apabila klien pernah mengalami penyakit yang sama (Chapman Vicky & Charles Cathy, 2013)

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

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

3. Riwayat Ginekologi dan Obstetri

a. Riwayat ginekologi

1) Riwayat menstruasi

Anamnesis haid memberikan kesan tentang faal alat reproduksi atau kandungan meliputi sebagai berikut: umur menarche, frekuensi jarak atau siklus, jumlah darah keluar, karakteristik darah, HPHT, disminorea, penggunaan produk sanitari (Misal celana dalam dan pembalut), (Chapman Vicky & Charles Cathy, 2013)

2) Riwayat perkawinan (suami istri)

Usia perkawinan, umur klien dan suami saat kawin, pernikahan yang ke berapa bagi klien dan suami (Sulistyawati, 2009)

3) Riwayat keluarga berencana (KB/Kontrasepsi)

KB terakhir yang digunakan jika pada kehamilan perlu juga ditanyakan rencana KB setelah melahirkan (Chapman Vicky & Charles athy, 2013)

b. Riwayat obstetric

1) Riwayat kehamilan dahulu

Meliputi tanggal terminasi, tempat lahir, bentuk persalinan (spontan, SC, forcep, atau vakum ekstraksi), masalah obstetric, jalannya persalinan yang lampau sangat mempengaruhi dari segala factor yang mempengaruhi persalinan selanjutnya (Chapman Vicky & Charles Cathy, 2013).

2) Riwayat kehamilan sekarang

Usia kehamilan, keluhan selama kehamilan, gerakan anak pertama dirasakan oleh klien, imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam memeriksakan kehamilannya (Sulistyawati, 2009).

3) Riwayat persalinan dahulu

Meliputi umur kehamilan,tanggal partus, jenis partus, tempat persalinan, berat badan anak waktu lahir, masalah yang terjadi dan keadaan anak (Sulistyawati, 2009).

4) Riwayat persalinan sekarang

Merupakan persalinan yang ke berapa bagi klien, tanggal melahirkan, jenis persalinan, lamanya persalinan, banyaknya perdarahan, jenis kelamin anak, berat badan dan APGAR score dalam 1 menit pertama dan 5 menit pertama (Sulistyawati, 2009).

5) Riwayat nifas dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya (Sulistyawati, 2009).

6) Riwayat nifas sekarang

Meliputi tentang adanya perdarahan, jumlah darah biasanya banyak, kontraksi uterus, konsistensi uterus biasanya keras seperti papan, tinggi fundus uteri setinggi pusat (Sulistyawati, 2009).

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

a. Pola nutrisi

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

b. Pola eliminasi

Mencakup kebiasaan BAB: frekuensi, warna, konsistensi dan keluhan BAK : frekuensi, jumlah, warna dan keluhan biasanya terjadi penurunan karena factor psikologis dari ibu yang merasa trauma, dan otot-otot masih berelaksasi. Defekasi spontan mungkin baru terjadi setelah 2-3 hari post partum pergerakan usus yang biasa dan teratur kembali setelah tonus usus kembali. Dibutuhkan 2-8 minggu sampai hipotonus dan dilatasi uterus dan pelvis ginjal yang terjadi karena kehamilan kembali seperti, sebelum hamil.

c. Pola istirahat tidur

Mencakup tidur malam : waktu dan lama, tidur siang : waktu, lama dan keluhan. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasa kesakitan dan lemas akibat dari tindakan section caesarea.

d. Personal hygiene

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

e. Aktivitas dan latihan

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

5. Pemeriksaan fisik

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

a. Keadaan umum

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

b. Tanda-tanda vital

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

c. Antropometri

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

d. Pemeriksaan fisik ibu

1) Kepala

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

2) Wajah

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

3) Mata

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

4) Telinga

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

5) Hidung

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

6) Mulut

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

7) Leher

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

8) Dada

Terdiri dari jantung, paru-paru dan payudara. Selama 24 jam pertama setelah melahirkan, terjadi sedikit perubahan di jaringan payudara. Kolostrum, cairan kuning jernih, keluar dari payudara. Payudara akan terasa hangat, keras dan agak nyeri. Beberapa ibu akan mengalami pembengkakan, kondisi ini bersifat sementara, biasanya 24 sampai 48 jam setelah melahirkan.

9) Abdomen

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

10) Punggung dan bokong

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

11) Genetalia

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

12) Anus

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

13) Ekstremitas

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

2. Pemeriksaan Fisik Bayi

a. Keadaan umum

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

b. Antropometri

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

6. Data Psikologis

Pada hari pertama sampai kedua merupakan fase ibu lebih mudah tersinggung, untuk itu perlu dipahami dengan menjaga pesan ibu dan menjaga komunikasi dengan baik (Anik Maryunani, 2015).

7. Pemeriksaan Penunjang (Nurarif, 2015)

a. Pemantauan EKG

b. Pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, elektrolit

c. Golongan darah

d. Urinalisis

e. Ultrasonografi

8. Analisa Data

Setelah melakukan pengkajian keperawatan, perawat melanjutkan dengan menganalisa sehingga dapat menentukan masalah keperawatan klien (Suryani & Anik, 2015). Menurut teori Sulistyawati (2009), langkah awal dari perumusan diagnosa atau masalah adalah pengolahan data dan analisa data dengan menggabungkan data satu dengan yang lainnya sehingga tergambar fakta.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan Pada Klien Post Partum

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

1. Ketidakefektifan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mucus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi).
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan,trauma jalan lahir, episiotomy).
3. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi postpartum.
4. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.
5. Gangguan eliminasi urine.
6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan.

7. Resiko infeksi berhubungan dengan factor resiko : episiotomy, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.
8. Defisit perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelemahan postpartum.
9. Konstipasi.
10. Resiko syok (hipovolemik).
11. Resiko perdarahan.
12. Defisiensi pengetahuan: perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.

2.4.3 Rencana Keperawatan

Menurut Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA (*North American Nursing diagnosis Association*), rencana keperawatan pada diagnosa yang muncul dengan seksio sesarea adalah : (Nurarif & Kusmana, 2015) dan menurut (NANDA-I diagnosa keperawatan 2018-2020)

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

Tabel 2.3

Intervensi Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan bersihan jalan nafas Definisi : Ketidakmampuan membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan bersihan jalan nafas Batasan Karakteristik: <ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada batuk • Suara napas tambahan • Perubahan pola nafas • Perubahan frekwensi napas • Sianosis • Kesulitan verbalisasi • Penurunan bunyi napas • Dipsneu • Sputum dalam jumlah yang berlebihan • Batuk yang tidak efektif • Orthopnea • Gelisah • Mata terbuka lebar Faktor Yang Berhubungan : <ul style="list-style-type: none"> • Mucus berlebihan • Terpajan asap • Benda asing dalam jalan napas 	NOC ❖ Respiratory status: Ventilation ❖ Respiratory status: Airway patency Kriteria Hasil: ❖ Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) ❖ Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) ❖ Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor	NIC ❖ Airway suction - Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning - Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning - Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning - Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan - Berikan O ₂ dengan menggunakan nasal untuk	Waktu tindakan suction yang tepat membantu melapangkan jalan nafas pasien Mengetahui adanya suara nafas tambahan dan keefektifan jalan nafas untuk memenuhi O ₂ pasien Memberikan pemahaman kepada keluarga mengenai indiksi kenapa dilakukan tindakan suction Nafas dalam memudahkan ekspansi maksimum paru-paru atau jalan

<ul style="list-style-type: none"> • Sekresi yang tertahan • Perokok pasif • Perokok <p>Kondisi terkait:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spasme jalan nafas • Jalan nafas alergik • Asma • Penyakit paru obstruksi kronik • Eksudat dalam alveoli • Hyperplasia pada dinding bronkus • Infeksi • Disfungsi neuromuscular • Adanya jalan nafas buatan 	yang dapat menghambat jalan nafas	memfasilitasi suksion nasotrakeal	nafas kecil
		<ul style="list-style-type: none"> - Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan - Anjurkan pasien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dan nasotrakeal - Monitor status oksigen pasien 	<p>Memberi cadangan oksigen untuk menghindari hipoksia</p> <p>Mencegah infeksi nosokomial</p> <p>Memberikan ekspansi pada paru-paru setelah tindakan</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suksion - Hentikan suksion dan berikan oksigen apabila pasien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi O₂, dll. 	<p>Mengetahui adanya perubahan nilai SaO₂ dan status hemodinamik, jika terjadi perburukan suction bias dihentikan</p> <p>Memberi pemahaman keluarga bagaimana tindakan yang akan dilakukan</p> <p>Mempertahankan jalan nafas dengan tidak mengganggu saluran nafas jika terjadi perubahan</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Airway Management - Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu - Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi 	Menjamin jalan masuknya udara ke paru

	secara normal
- Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan	Posisi ventilasi maksimal membuka area
- Pasang mayo bila perlu	atelectasis dan meningkatkan gerakan
- Lakukan fisioterapi dada jika perlu	secret ke jalan nafas besar untuk dikeluarkan
	Menentukan indikasi pemasangan dan tindakan
- Keluarkan sekret dengan batuk atau suction	
- Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan	Menjaga kepatenan jalan nafas
	Meningkatkan efisiensi pola pernafasan dan
- Lakukan suction pada mayo	membersihkan jalan nafas: Batuk dapat memudahkan
	pengeluaran secret
- Berikan bronkodilator bila perlu	Untuk mengetahui adanya
- Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab	penurunan atau tidaknya ventilasi atau bunyi
	tambahan
- Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan	Suction pada mayo tidak mengganggu jalan nafas dan dapat memberi
	kenyamanan pasien
- Monitor respirasi dan status O ₂	Menurunkan

kekentalan
secret

Mencegah
pengeringan
membrane
mukosa

Membantu
mengencerkan
secret
sehingga
mudah
dikeluarkan

Mengetahui
adanya
perubahan
nilai SaO_2
dan status
hemodinami
k, jika terjadi
perburukan
suction bias
dihentikan

Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018.

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

Tabel 2.4
Intervensi Nyeri Akut

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Nyeri akut	NOC	NIC	
<p>Definisi: Pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau potensial, atau yang digambarkan sebagai kerusakan (International Association for 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.</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan selera makan • Perubahan parameter fisiologis • Diaforesis • Perilaku distraksi • Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya • Perilaku ekspresif • Ekspresi wajah nyeri • Sikap tubuh melindungi 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pain Level ❖ Pain Cntrol ❖ Comfort Level <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) ❖ Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri ❖ Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) ❖ Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pain Management <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi - Observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan - Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien - Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri - Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau - Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan 	<p>Untuk mengetahui tingkat nyeri pasien</p> <p>Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan yang dirasakan oleh klien Untuk mengalihkan perhatian pasien dari rasa nyeri</p> <p>Membantu mengurangi nyeri</p> <p>Untuk mengurangi faktor yang dapat memperburuk rasa nyeri Untuk mengetahui adakah terjadi pengurangan rasa nyeri yang</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Putus asa • Fokus menyempit • Sikap meindungi area nyeri • Perilaku protektif • Laporan tentang perilaku nyeri / perubahan aktivitas • Dilatasi pupil • Fokus pada diri sendiri • Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri • Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrument nyeri 	<p>kontrol nyeri masa lampau</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan - Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan - Kurangi faktor presipitasi nyeri - Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal) - Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi - Ajarkan tentang teknik non farmakologi - Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri - Evaluasi keefektifan kontrol nyeri - Tingkatkan istirahat 	<p>dirasakan klien bertambah</p> <p>Pemberian “health education” dapat mengurangi tingkat kecemasan dan membantu klien dalam membentuk mekanisme koping terhadap rasa nyeri</p> <p>Untuk mengurangi tingkat ketidaknyamanan yang dirasakan klien</p> <p>Agar nyeri yang dirasakan klien tidak bertambah</p> <p>Untuk menangani nyeri yang dirasakan</p> <p>Untuk mengetahui apa yang memperberat terjadinya nyer</p> <p>Agar klien mampu menggunakan teknik non farmakologi dalam manajemen nyeri yang dirasakan</p> <p>Pemberian analgetik dapat</p>
<p>Faktor Yang Berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agen cedera biologis • Agen cedera kimiawi • Agen cedera fisik 		

<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil - Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri 	<p>mengurangi rasa nyeri Rasa nyeri lebih dapat teratasi</p> <p>Gara dapat mengurangi nyeri</p> <p>Apabila keluhan nyeri belum berkurang</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Analgesic Administration - Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat - Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi - Cek riwayat alergi 	<p>Untuk mengurangi efek samping lanjut dari rasa nyeri</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu 	<p>Untuk mengetahui intervensi apa yang harus dilakukan Selanjutnya Untuk menjaga keselamatan pasien dalam pemberian obat Supaya tidak memperburuk keadaan pasien</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri - Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal 	<p>Untuk penatalaksanaan terapi yang lebih baik</p> <p>Untuk mempercepat kurangnya rasa nyeri</p> <p>Supaya memilih analgetik yang</p>

- Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur	benar
- Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali	Untuk memberikan pengobatan nyeri secara teratur
- Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat	Mengetahui adanya perubahan sesudah dan sebelum diberikan analgetik
- Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala	Menangani nyeri yang sesuai
	Mengetahui efektivitas yang akurat tentang analgetik yang sudah diberikan

Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018.

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

Tabel 2.5
Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh Definisi: Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik Batasan karakteristik: <ul style="list-style-type: none"> • Kram abdomen • Nyeri abdomen • Menghindari makanan • Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal • Kerapuhan kapiler • Diare • Kehilangan rambut berlebihan • Enggan makan • Asupan makan kurang dari <i>recommended daily allowance</i> (RDA) • Bising usus hiperaktif • Kurang informasi • Kurang minat pada makanan • Tonus otot menurun • Kesalahan informasi • Kesalahan persepsi • Membran mukosa pucat 	NOC ❖ Nutritional status: ❖ Nutritional status: food and fluid intake ❖ Nutritional status: Nutrient Intake ❖ Weight control Kriteria Hasil: ❖ Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan ❖ Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan ❖ Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi ❖ Tidak ada tanda-tanda malnutrisi ❖ Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan ❖ Tidak terjadi penurunan	NIC ❖ Nutritional Management - Kaji adanya alergi makanan - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien - Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe - Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C - Berikan substansi gula - Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi - Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)	Untuk menghindari rasa mual dan muntah Pengawasan kehilangan dan alat kebutuhan nutrisi Membantu pembentukan sel darah merah dalam absorpsi makanan Mempertahankan kelembaban kulit dan cairan tubuh Dapat meningkatkan energy pasien Untuk mencegah konstipasi Untuk membantu dalam proses pemenuhan nutrisi klien

<ul style="list-style-type: none"> • Ketidakmampuan memakan makanan • Cepat kenyang setelah makan • Sariawan rongga mulut • Kelemahan otot pengunyah • Kelemahan otot untuk menelan • Penurunan berat badan dengan asupan makan adekuat 	<p>berat badan yang berarti</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian - Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori - Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi - Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan 	<p>Mengerti membuat catatan makanan harian dapat meningkatkan pola makan klien</p> <p>Pemantauan jumlah nutrisi dan kalori dapat meningkatkan jumlah yang dibutuhkan leh tubuh</p> <p>Untuk mengetahui kebutuhan nutrisi klien</p> <p>Mengetahui status nutrisi yang dibutuhkan</p>
<p>Faktor Yang Berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asupan diet kurang 			
<p>Populasi Berisiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faktor biologis • Kesulitan ekonomi 			
<p>Kondisi Terkait:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient • Ketidakmampuan mencerna makanan • Ketidakmampuan makan • Gangguan psikososial 		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Nutrition Monitoring - BB pasien dalam batas normal - Monitor adanya penurunan berat badan - Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan - Monitor interaksi anak atau orangtua selama makan 	<p>Mengetahui status berat badan klien</p> <p>Mengidentifikasi seberapa besar penurunan berat badan</p> <p>Aktivitas mempengaruhi respon klien terhadap kondisis fisik</p> <p>Untuk sebagian orang makan merupakan kegiatan social. Kesendirian saat makan dapat mengurangi motivasi untuk mempersiapkan makanan bergizi</p>

- Monitor lingkungan selama makan	lingkungan yang tidak nyaman dapat mempengaruhi selera makan
- Jadwalkan pengobatan dan perubahan pigmentasi	Klien merasa masih ada orang yang memperhatikan nya
- Monitor turgor kulit	Mencegah atau menurunkan insiden komplikasi
- Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah	Turgor kulit jelek dapat menggambarkan keadaan klien Tindakan ini membantu klien
- Monitor mual dan muntah	dalam perawatan personal hygiene klien
- Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht	Mual dan muntah mempengaruhi penurunan nutrisi
- Monitor pertumbuhan dan perkembangan	Memonitor status nutrisi
- Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva	Mengetahui status pertumbuhan klien
- Monitor kalori dan intake nutrisi	Mengetahui status pertumbuhan klien
- Catat adanya edema, hiperemik, hipertoni papila lidah dan cavitas oral	Untuk menjamin nutrisi adekuat/ meningkatkan kalori total
- Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet	

Menentukan keadaan cairan dan nutrisi per oral

Mengetahui masalah kesehatan klien

Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018

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

Tabel 2.6
Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI

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

<ul style="list-style-type: none"> • Tidak responsive terhadap kenyamanan badan lain • Ketidak cukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui • Ketidacukupan kesempatan untuk mengisap payudara • Kurang menambah berat badan bayi • Tidak tampak tanda pelepasan ositosin • Tampak ketidakadekuatan asupan susu • Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui • Penurunan berat badan bayi • Tidak mengisap payudara terus-menerus 	<p>memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/todler ❖ 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 ASI ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting mengenali tanda-tanda penurunan suplay ASI 	<ul style="list-style-type: none"> - Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi <p>Breast Examination Lactation Supresion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI - Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI - Ajarkan pengasuh bayi mengenai topik-topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran memberi susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang - Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula Apabila penyapihan diperlukan informasikan ibu mengenai kembalinya proses ovulasi dan seputar alat kontrasepsi yang sesuai <p>Lactation Counseling</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI - Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu
--	--	---

Diskusikan metode alternative pemberian makan bayi

Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018

e) Hambatan eliminasi urin

Tabel 2.7

Intervensi Hambatan Eliminasi Urin

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

<ul style="list-style-type: none"> - Menyediakan penghapusan privasi 	<p>Membantu dengan cara toilet berkala</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiram toilet 	<p>Mengurangi terjadinya resiko infeksi saluran kemih</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Merangsang refleks kandung kemih dengan menerapkan dingin untuk perut, membelai tinggi batin, atau air 	<p>Mengevaluasi kandung kemih</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit) 	<p>Memudahkan untuk berkemih Memungkinkan klien membuat keputusan berdasarkan informasi</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Gunakan spirit wintergreen di pispot atau urinal 	<p>Untuk melatih mengontrol pasien teknik berkemih</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Menyediakan manuver Crede, yang diperlukan 	<p>Supaya menjaga kenyamanan pasien</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Gunakan double-void teknik 	<p>Mengurangi terjadinya kekurangan cairan</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Masukkan kateter kemih, sesuai 	<p>Memberikan informasi untuk lebih banyak mengkonsumsi serat</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan pasien / keluarga untuk merekam output urine, sesuai 	<p>Mengetahui apa yang telah di asup oleh tubuh</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Instruksikan cara-cara untuk menghindari konstipasi atau impaksi tinja 	<p>Mengetahui bila terjadi distensi</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Memantau asupan dan keluaran 	<p></p>

	- Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi	kandung kemih dan melakukan penanganan yang tepat
	- Membantu dengan toilet secara berkala	Membantu untuk melatih pasien
	- Memasukkan pipa ke dalam lubang tubuh untuk sisa	Untuk melakukan penanganan tepat
	- Menerapkan kateterisasi intermiten	Memberikan kateterisasi dalam waktu yang lama
	- Merujuk ke spesialis kontinensia kemih	Bila keadaan makin memburuk

Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018.

f) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

Tabel 2.8
Intervensi Gangguan Pola Tidur

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan pola tidur	NOC	NIC	
Definisi: Interupsi jumlah waktu dan kualitas tidur akibat factor eksternal.	❖ Anxiety reduction ❖ Comfort level ❖ Rest: Extent & pattern ❖ Sleep: Extent & pattern	❖ Sleep Enhancement - Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur	Mengetahui pengaruh obat dengan pola tidur pasien Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga pasien Meningkatkan tidur
Batasan karakteristik: • Kesulitan berfungsi sehari-hari • Kesulitan memulai tertidur • Kesulitan mempertahankan tetap tidur • Ketidakpuasan tidur	Kriteria Hasil: ❖ Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari	- Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat - Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas	

<ul style="list-style-type: none"> • Tidak merasa cukup istirahat • Terjaga tanpa jelas penyebabnya 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pola tidur, kualitas dalam batas normal ❖ Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat 	<p>sebelum tidur (membaca)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ciptakan lingkungan yang nyaman - Kolaborasikan pemberian obat tidur - Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien - Instruksikan untuk memonitor tidur pasien - Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur - Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam - Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan 	<p>Agar periode tidur tidak terganggu dan relaks</p> <p>Mengurangi gangguan tidur</p> <p>Meningkatkan pola tidur yang baik secara mandiri</p> <p>Mengetahui perkembangan pola tidur pasien</p> <p>Mengetahui pengaruh makan dan minum terhadap pola tidur pasien</p> <p>Mengetahui perkembangan pola tidur pasien</p> <p>Mengetahui status nutrisi yang dibutuhkan</p>
<p>Faktor Yang Berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kgangguan karena car tidur pasangan tidur • Kendala lingkungan • Kurang privasi • Pola tidur tidak menyehatkan 			
<p>Kondisi Terkait:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imobilisasi 			

Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018.

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

Tabel 2.9
Intervensi Resiko Infeksi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Risiko Infeksi	NOC	NIC	
<p>Definisi: Rentan mengalami invasi dan multiplikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan</p> <p>Faktor resiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan peristalsis • Gangguan integritas kulit • Vaksinasi tidak adekuat • Kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan pathogen • Malnutrisi • Obesitas • Merkok • Statis cairan tubuh <p>Populasi Berisiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpajan pada wabah <p>Kondisi Terkait:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan pH sekresi • Penyakit kronis • Penurunan kerja siliaris • Penurunan hemoglobin • Imunosupresi • Prosedur invasif • Leukopenia • Pecah ketuban dini 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Immune status ❖ Knowledge: Infection control ❖ Risk control <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi ❖ Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya ❖ Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi ❖ Jumlah leukosit dalam batas normal ❖ Menunjukkan perilaku hidup sehat 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Infection control (control infeksi) - Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain - Pertahankan teknik isolasi - Batasi pengunjung bila perlu - Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien - Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan - Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan - Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung - Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat 	<p>Untuk meminimalkan infeksi bakteri</p> <p>Untuk mencegah penyebaran kuman</p> <p>Membantu menurunkan rangsangan simpatis</p> <p>Dapat mencegah infeksi</p> <p>Dapat membersihkan tangan dan mengurangi mikroba</p> <p>Untuk mencegah infeksi</p> <p>Sabagai alat proteksi dan mencegah penyebaran kuman</p> <p>Tindakan aseptik dapat mengurangi pemaparan klien dari sumber infeksi</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Pecah ketuban lambat • Supresi respons inflamasi 	<ul style="list-style-type: none"> - Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum - Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing - Tingkatkan intake nutrisi - Berikan terapi antibiotik bila perlu - Infection Protection (proteksi terhadap infeksi) - Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local - Monitor hitung granulosit, WBC - Monitor kerentangan terhadap infeksi - Batasi pengunjung 	<p>Tindakan observasi turgor kulit untuk mencegah infeksi</p> <p>Penggunaan kateter jangka pendek untuk mencegah terjadinya infeksi</p> <p>Memenuhi kebutuhan nutrisi</p> <p>Antibiotik dapat menghambat pembentukan sel bakteri</p> <p>Agar bakteri dan penyakit tidak menyebar dari lingkungan keorang lain</p> <p>Sebagai monitor adanya area infeksi</p> <p>Untuk melakukan intervensi kembali</p> <p>Mengurangi patogen pada sistim imun danmengurangi kemungkinan pasien terjadi infeksi</p> <p>Meminimalkan terjadinya penularan infeksi</p>
---	--	---

<ul style="list-style-type: none"> - Sering pengunjung terhadap penyakit menular 	<p>Untuk mengurangi terinfeksi teradap penyakit menular</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan teknik aspesis pada pasien yang beresiko 	<p>Mengurangi resiko kolonisasi/infeksi bakteri</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan teknik isolasi k/p 	<p>Observasi turgor kulit untuk mempertahankan teknik isolasi</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Berikan perawatan kulit pada area epidema 	<p>Untuk mencegah iritasi pada kulit</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase 	<p>Dapat mengetahui area yang terjadi infeksi</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi kondisi luka / insisi bedah 	<p>Dapat mengetahui perkembangan luka</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Dorong masukkan nutrisi yang cukup 	<p>Status nutrisi yang cukup dapat membantu penyembuhan luka</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Dorong masukan cairan 	<p>Supaya tidak terjadi kekurangan cairan</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Dorong istirahat 	<p>Istirahat yang cukup dapat membantu penyembuhan luka</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep 	<p>Konsumsi antibiotik sesuai program dapat</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi 	<p></p>
<ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan cara menghindari 	<p></p>

infeksi	mengurangi retensi kuman
- Laporkan kecurigaan infeksi	Agar pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi
- Laporkan kultur positif	Supaya pasien dan keluarga bisa terhindar dari infeksi
	Untuk melakukan penanganan yang tepat tentang infeksi
	Hasil kultur positif menunjukkan telah terjadi infeksi

Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018.

h) Defisit perawatan diri: mandi/kebersihan diri, makan, toileting
berhubungan dengan kelelahan postpartum

Tabel 2.10

Intervensi Defisit Perawatan Diri

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Defisit perawatan diri mandi	NOC	NIC	
Definisi: Ketidakmampuan melakukan pembersihan diri saksama secara mandiri.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Activity intolerance ❖ Mobility: physical impaired ❖ Self care deficit hygiene ❖ Sensory perceptions, auditory disturbed 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Self-Care Assistance: Bathing/Hygiene - Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri 	Kebudayaan dan nilai pribadi mempengaruhi kemampuan perawatan personal hygiene sebab seseorang dari latar belakang yang berbeda akan mengikuti praktik perawatan personal hygiene yang berbeda
Batasan karakteristik:	Kriteria Hasil:		Perubahan fisik karena faktor usia membuat seseorang tidak peduli akan kebersihan tubuhnya
<ul style="list-style-type: none"> • Ketidakmampuan mengakses kamar mandi • Ketidakmampuan menjangkau sumber air • Ketidakmampuan mengeringkan tubuh • Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi • Ketidakmampuan mengatur air mandi • Ketidakmampuan membasuh tubuh 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Perawatan diri ostomi : tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi ❖ Perawatan diri : Aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu ❖ Perawatan diri Mandi : mampu untuk membersihkan 	<ul style="list-style-type: none"> - Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri - Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan - Tempat handuk, sabun, deodoran, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan di 	Mampu berfokus pada keperawatan diri pasien
Faktor Yang Berhubungan:			Memperbaiki harga diri dan meningkatkan
<ul style="list-style-type: none"> • Ansietas • Penurunan motivasi • Kendala lingkungan • Nyeri • Kelemahan 			
Kondisi Terkait:			

<ul style="list-style-type: none"> • Gangguan fungsi kognitif • Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh • Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial • Gangguan musculoskeletal • Gangguan neuromuscular • Gangguan persepsi 	<p>tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Perawatan diri hygiene : mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu ❖ Perawatan diri Hygiene oral : mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu ❖ Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi ❖ Membersihkan dan mengeringkan tubuh ❖ Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral 	<p>samping tempat tidur atau di kamar mandi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya, deodoran, sekat gigi, sabun mandi, sampo, lotion, dan produk aromaterapi) - Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal - Memfasilitasi gigi pasien menyikat - Memfasilitasi diri mandi pasien, sesuai - Memantau pembersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien - Memantau integritas kulit pasien - Menjaga kebersihan ritual - Memfasilitasi pemeliharaan 	<p>perasaan kesejahteraan</p> <p>Menyediakan informasi yang tepat untuk pasien</p> <p>Meningkatkan kemampuan pasien dalam personal, sediakan lingkungan yang terapeutik dengan santai dan hangat</p> <p>Kebersihan gigi penting untuk meningkatkan kenyamanan, selera makan klien</p> <p>Memfasilitasi pasien mandi dan mempertahankan kemandirian</p> <p>Pantau pembersihan kuku sesuai dengan kemampuan perawatan diri</p> <p>Kerusakan kulit mungkin terjadi karena imobilisasi tubuh yang terlalu lama</p>
---	---	---	--

<p>rutin yang biasa pasien tidur, isyarat sebelum tidur, alat peraga, dan benda-benda asing (misalnya, untuk anak-anak, cerita, selimut / mainan, goyang, dot, atau favorit, untuk orang dewasa, sebuah buku untuk membaca atau bantal dari rumah), sebagaimana sesuai</p>	<p>Mempertahankan rutinitas perawatan diri klien</p> <p>Memudahkan rutinitas yang biasa dilakukan pasien sebelum tidur</p>
<p>- Mendorong orang tua / keluarga partisipasi, dalam kebiasaan tidur biasa</p>	<p>Meningkatkan perasaan harga diri, mendorong kemandirian dan partisipasi dalam terapi.</p> <p>Agar pasien dapat secara mandiri memberi perawatan diri kepada dirinya sendiri</p>
<p>- Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri</p>	

Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018.

i) Konstipasi

Tabel 2.11

Intervensi Konstipasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Konstipasi	NOC	NIC	
<p>Definisi: Penurunan frekuensi normal defekasi yang disertai kesulitan atau pengeuaran feces tidak tuntas dan/atau feces yang keras, kering dan banyak.</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri abdomen • Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot • Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resistensi otot • Anoreksia • Penampilan tidak khas pada lansia • Borborigmi • Darah merah pada feces • Perubahan pada pola defekasi • Penurunan frekuensi defekasi • Penurunan volume feces • Distensi abdomen • Keletihan • Feces keras dan berbentuk • Sakit kepala • Bising usus hiperaktif • Bising usus hipoaktif • Tidak ada defekasi • Peningkatan tekanan intra abdomen • Tidak dapat makan • Feces cair • Nyeri pada saat defekasi 	<p>❖ Bowel Elimination</p> <p>❖ Hidration</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <p>❖ Mempertahankan bentuk feces lunak setiap 1-3 hari</p> <p>❖ Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi</p> <p>❖ Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi</p> <p>❖ Feces lunak dan berbentuk</p>	<p>❖ Constipation/Impaction management</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala konstipasi - Monitor bising usus - Monitor feces : frekuensi, konsistensi dan volume - Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus - Monitor tanda dan gejala ruptur usus/peritonitis - Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi - Dukung intake cairan - Pantau tanda tanda dan gejala konstipasi - Pantau tanda tanda dan gejala impaksi - Memantau gerakan usus, termasuk konsistensi, 	<p>Perubahan pola eliminasi seperti biasanya</p> <p>Menentukan kesiapan terhadap pemberian makan per oral, dan kemungkinan terjadinya komplikasi</p> <p>Meningkatkan pelunakan feces : dapat merangsang peristaltic</p> <p>Untuk memberikan intervensi selanjutnya/pengobatan yang lebih tepat</p> <p>Untuk memonitor tanda-tanda awal ruptur usus/peritonitis</p> <p>Untuk mengetahui penyebab terjadinya kontribusi konstipasi</p> <p>Supaya tidak terjadi kekurangan cairan pada tubuh klien</p> <p>Meningkatkan pembentukan/proses pelunakan feces</p> <p>Untuk mengetahui tanda-tanda yang menekan atau infaksi feces</p> <p>Konsistensi, frekuensi</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Massa abdomen yang dapat diraba • Massa rektal yang dapat diraba • Perkusi abdomen pekak • Rasa penuh rektal • Rasa tekan rektal • Sering flatus • Adanya feses lunak, seperti pasta didalam rektum • Mengejan pada saat defekasi • Muntah 	<p>frekuensi, bentuk, volume, dan warna</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memantau bising usus - Anjurkan pasien atau keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses 	<p>si, bentuk, volume dan warna normal bagian tinja berkisar dua kali sehari hari ke tiga atau keempat Untuk mengetahui bising usus yang hiperaktif</p> <p>Bila peristaltik mulai, pemasukan makanan dan minuman meningkat kembalinya eliminasi usus normal</p>
<p>Faktor Yang Berhubungan:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan pasien atau keluarga untuk diet tinggi serat - Timbang pasien secara teratur - Ajarkan pasien dan keluarga tentang proses pencernaan yang normal - Ajarkan pasien/keluarga tentang kerangka waktu untuk revolusi sembelit 	<p>Supaya fesyenya menjadi lebih lembek/lunak</p> <p>Supaya tidak terjadi penurunan berat badan yang drastis</p> <p>Menambah pengetahuan keluarga dan pasien</p> <p>Supaya pasien mengetahui tanda dan cara mengatasi sembelit</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Kelemahan otot abdomen • Rata-rata aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan menurut gender dan usia • Konfusi • Penurunan motilitas traktus gastrointestinal • Dehidrasi • Depresi • Perubahan kebiasaan makan • Gangguan emosi • Kebiasaan menekan dorongan defekasi • Kebiasaan makan buruk • Higiene oral tidak adekat • Kebiasaan <i>toileting</i> tidak adekuat • Asupan serat kurang • Asupan cairan kurang • Kebiasaan defekasi tidak teratur • Penyalahgunaan laksatif • Obesitas • Perubahan lingkungan baru 		
<p>Kondisi Terkait:</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Ketidakseimbangan elektrolit • Hemoroid • Penyakit hirschsprung 		

-
- Ketidakadekuatan gigi geligi
 - Garam besi
 - Gangguan neurologis
 - Obstruksi usus pasca-bedah
 - Kehamilan
 - Pembesaran prostat
 - Abses rektal
 - Fisura anal rektal
 - Striktur anal rektal
 - Prolapse rektal
 - Ulkus rektal
 - Rektokel
 - Tumor
-

Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018.

j) Resiko syok (Hipovolemik)

Tabel 2.12

Intervensi Resiko Syok

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko syok	NOC	NIC	
<p>Definisi: Rentan mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan difungsi seluler yang mengancam jiwa, yang dapat mengganggu kesehatan.</p> <p>Faktor Resiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akan dikembangkan <p>Kondisi Terkait:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipotensi • Hipovolemia • Hipoksemia • Hipoksia • Infeksi • Sepsis • Sindrom respons inflamasi sistemik (<i>systemic inflammatory response syndrome [SIRS]</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Syok prevention ❖ Syok management <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Nadi dalam batas yang diharapkan ❖ Irama jantung dalam batas yang diharapkan ❖ Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan ❖ Irama pernapasan dalam batas yang diharapkan ❖ Natrium serum dalam batas norma ❖ Kalium serum dalam batas normal ❖ Klorida serum dalam batas normal ❖ Kalsium serum dalam batas normal ❖ Magnesium serum dalam batas normal 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Syok Prevention - Monitor status sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme, nadi perifer, dan kapiler refill - Monitor tanda inadekuat oksigenasi jaringan - Monitor suhu dan pernafasan - Monitor input dan output - Pantau nilai labor : HB, HT, AGD dan elektrolit - Monitor hemodinamik invasi yang sesuai - Monitor tanda dan gejala asites - Monitor tanda awal syok - Tempatkan pasien pada posisi 	<p>Penurunan status oksigen dapat menandakan klien hipoksia</p> <p>Kompensasi tubuh terhadap gangguan proses difusi yang akan menyebabkan asidosis</p> <p>Untuk mengetahui pola demam dan nafas pasien</p> <p>Menentukan keadaan nutrisi</p> <p>Mengetahui keadaan darah dapat memantau nutrisi dalam darah</p> <p>Untuk mengetahui sistem peredaran darah yang sesuai</p> <p>Untuk mengetahui resistensi cairan dalam intravaskuler</p>

<ul style="list-style-type: none"> ❖ PH darah serum dalam batas normal 	<p>supine,kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat</p>	<p>Untuk menentukan intervensi yang tepat</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Indikator : ❖ Mata cekung tidak ditemukan ❖ Demam tidak ditemukan ❖ Tekanan darah dalam batas normal ❖ Hematokrit dalam batas normal 	<ul style="list-style-type: none"> - Lihat dan pelihara kepatenan jalan nafas - Berikan cairan IV dan atau oral yang tepat - Berikan vasodilator yang tepat 	<p>Membantu meningkatkan pergerakan kaki</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok - Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok 	<p>Mempertahankan kepatenan jalan nafas</p> <p>Untuk memenuhi kebutuhan cairan klien Vasodilator dapat melebarkan pembuluh darah sehingga darah mengalir lancar</p> <p>Agar dapat melakukan penanganan yang tepat</p> <p>Untuk mengetahui keadaan umum</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Syok Management - Monitor fungsi neurologis - Monitor fungsi renal (e.g BUN dan Cr: Lavel) - Monitor tekanan nadi - Monitor status cairan, input, output - Catat gas darah arteri dan oksigen di jaringan 	<p>Memonitor neurologi dapat mengetahui tingkat kesadaran klien</p> <p>Mengetahui kandungan cairan (darah dan urin) dalam tubuh</p> <p>Mengevaluasi kondisi klien</p>

- Monitor EKG, sesuai	Menganalisis data pasien untuk mengatur keseimbangan cairan
- Memanfaatkan pemantauan jalur arteri untuk meningkatkan akurasi pembacaan tekanan darah, sesuai	Mengukur pH dan kadar oksigen pada darah dari arteri Menunjukkan kehilangan cairan yang berlebih/hidrasi
- Menggambar gas darah arteri dan memonitor jaringan oksigenasi	Mengetahui perubahan irama jantung secara continue
- Memantau tren dalam parameter hemodinamik (misalnya, CVP, MAP, tekanan kapiler pulmonal / arteri)	Dengan melihat jalur arteri dapat mengetahui tekanan darah dengan akurat
- Memantau faktor penentu pengiriman jaringan oksigen (misalnya, PaO ₂ kadar hemoglobin SaO ₂ , CO), jika tersedia	Menjaga perfusi oksigen tetap membaik
- Memantau tingkat karbon dioksida sublingual dan atau tonometry lambung, sesuai	Mengetahui tingkat kebocoran pembuluh darah dan mempertahankan fungsi renal
- Memonitor gejala gagal pernafasan (misalnya, rendah PaO ₂ peningkatan	Mengetahui kondisi medis dan keadaan perfusi
	Memantau

<ul style="list-style-type: none"> - PaCO₂ tingkat, kelelahan otot pernafasan) - Monitor nilai laboratorium (misalnya, CBC dengan diferensial) koagulasi profil, ABC, tingkat laktat, budaya, dan profil kimia) - Masukkan dan memelihara besarnya kobosanan akses IV 	<p>karbondioksida yang tersimpan untuk mengontrol ventilasi</p> <p>Mempertahankan oksigenasi dan mencegah resiko kematian</p> <p>Menganalisis perubahan fungsi tubuh dan menentukan nilai rujukan</p> <p>Mempertahankan dan memelihara kebutuhan cairan secara parenteral</p>
---	---

Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018.

k) Resiko Pendarahan

Tabel 2.13

Intervensi Resiko Pendarahan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko perdarahan	NOC	NIC	
<p>Definisi: Rentan mengalami penurunan volume darah, yang dapat mengganggu kesehatan.</p> <p>Faktor Resiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurang pengetahuan tentang kewaspadaan pendarahan <p>Populasi Berisiko</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riwayat jatuh <p>Kondisi Terkait:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aneurisme • Sirkumsisi • Koagulopati intravascular diseminata • Gangguan gastrointestinal • Gangguan fungsi hati • Koagulopati inheren • Komplikasi pascapartum • Komplikasi kehamilan • Trauma • Program pengobatan 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Blood lose severity ❖ Blood koagulation <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Tidak ada hematuria dan hematemesis ❖ Kehilangan darah yang terlihat ❖ Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastole ❖ Tidak ada pendarahan per vaginam ❖ Tidak ada distensi abdominal ❖ Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal ❖ Plasma, PT, PTT, dalam batas normal 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Bleeding Precautions - Monitor ketat tanda-tanda perdarahan - Catat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan - Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit - Monitor TTV ortostatik - Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif - Kolaborasi dalam pemberian produk darah 	<p>Mengetahui intervensi yang akan dijalankan</p> <p>Mengetahui jumlah pendarahan dan nilai hematocrit klien</p> <p>Menganalisis perubahan fungsi tubuh dan menentukan nilai rujukan, dengan trombosit yang dipantau setiap hari, dapat diketahui tingkat kebocoran pembuluh darah dan kemungkinan pendarahan yang dialami pasien</p> <p>Dengan pengukuran ortostatik dapat mengetahui tingkat trauma klien</p> <p>Meminimalkan</p>

<p>(platelet atau fresh frozen plasma)</p>	<p>resiko pendarahan dengan</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan 	<p>Mempertahankan kebutuhan darah cair memiliki factor pembekuan tinggi dalam tubuh</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Hindari mengukur suhu lewat rectal 	<p>Aktivitas pasien yang tidak terkontrol dapat menyebabkan terjadinya pendarahan</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Hindari pemberian aspirin dan anticoagulant 	<p>Pendarahan yang banyak memungkinkan pada rektal Merupakan obat yang memiliki</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K 	<p>kemampuan mengencerkan darah sehingga harus dihindari pada pasien pendarahan</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Hindari terjadinya konstipasi dengan menganjurkan untuk mempertahankan intake cairan yang adekuat dan pelembut feses 	<p>Memenuhi kebutuhan nutrisi klien dan vitamin K dapat membantu dalam pembekuan darah</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Bleeding Reduction - Identifikasi penyebab perdarahan 	<p>Konstipasi menyebabkan resiko pendarahan pada daerah rektal</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Monitor trend tekanan darah dan parameter 	

<p>hemodinamik (CVP, pulmonary capillary / artery wedge pressure</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor status cairan yang meliputi intake dan output 	<p>Menentukan intervensi yang akan dilakukan</p> <p>Mengetahui tingkat kebocoran pembuluh darah</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Monitor penentu pengiriman oksigen ke jaringan (PaO₂, SaO₂ dan level Hb dan cardiac output) - Pertahankan patensi IV line 	<p>Menganalisis data pasien untuk mengetahui keseimbangan cairan</p> <p>Mengetahui kondisi medis dan keadaan perfusi</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Bleeding Reduction: <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan manual pressure (tekanan) pada area perdarahan 	<p>Memenuhi kebutuhan cairan secara parenteral</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Gunakan ice pack pada area perdarahan 	<p>Menekan pembuluh darah dapat meminimalisasi aliran darah yang dikeluarkan</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan pressure dressing (perban yang menekan) pada area luka 	<p>Membantu pembekuan darah pada area pendarahan</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Tinggikan ekstremitas yang perdarahan 	<p>Menekan pembuluh darah dapat meminimalisasi aliran darah yang dikeluarkan</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Monitor ukuran dan karakteristik hematoma - Monitor nadi distal dari area 	<p>Membantu menalirkan darah menuju otak untuk memenuhi</p>

<p>yang luka atau perdarahan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruksikan pasien untuk menekan area luka pada saat bersin atau batuk - Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas ❖ Bleeding reduction: gastrointestinal - Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh: emesis, feces, urine, residu lambung, dan drainase luka - Monitor complete blood count dan leukosit - Kolaborasi dalam pemberian terapi : lactulose atau vasopresson - Lakukan pemasangan NGT untuk memonitor sekresi dan perdarahan lambung - Lakukan bilas lambung dengan NaCl dingin - Dokumentasikan warna, jumlah dan 	<p>kehilangan darah</p> <p>Menentukan kumpulan darah yang tidak normal</p> <p>Menentukan intervensi yang akan dilakukan</p> <p>Ketika batuk kemungkinan darah akan mengalir keluar karena adanya tekanan sehingga daerah luka harus ditekan</p> <p>Dengan aktivitas yang berlebih dapat menambah pendarah yang dialami klien</p> <p>Untuk memantau pendarahan yang pasien alami</p> <p>Mengetahui darah secara keseluruhan dalam tubuh</p> <p>Untuk melanjutkan intervensi selanjutnya</p> <p>Menghindari timbulnya nyeri dan pendarahan, dan aspirasi, observasi sekresi lambung dan</p>
---	---

karakteristik feses	kepatenan NGT
- Hindari pH lambung yang ekstrem dengan kolaborasi pemberian antacids atau histamine blocking agent	Menghentikan pendarahan Mengetahui apakah ada pendarahan di saluran pencernaan
- Kurangi faktor stress	Menghindari kehilangan darah yang ekstrim, antasida secara langsung akan menetralkan keasaman, peningkatan pH dan mengurangi keasaman di perut
- Pertahankan jalan nafas	Mengurangi ketegangan dan membuat perasaan lebih nyaman
- Hindari penggunaan anticoagulant	Supaya jalan nafas tetap adekuat
- Monitor status nutrisi pasien	Karena obat ini adalah obat untuk mengencerkan darah sehingga harus dihindari untuk pasien pendarahan Mengetahui apakah status nutrisi pasien terpenuhi Untuk menambah cairan secara parenteral
- Berikan cairan Intravena	Obat – obat ini tidak hanya menurunkan
- Hindari penggunaan aspirin dan ibuprofen	

agregasi
trombit
normal tetapi
juga
mengurangi
integritas
mukosa
lambung
melalui
penghambatan
inhibitor
siklooksigenase (COX) -1 dan
karenanya
meningkatkan
resiko
pendarahan
gastrointestinal

Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018.

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

Tabel 2.14
Intervensi Defisit Pengetahuan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Defisit Pengetahuan	NOC	NIC	
Definisi: Keadaan atau defisien informasi kognitif yang berkaitan dengan topic tertentu, atau kemahiran.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Knowledge: Disease process ❖ Knowledge: Health behavior Kriteria Hasil:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Teaching: Disease process - Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik - Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat - Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat 	Mengetahui tingkat pengetahuan keluarga dan pasien Meningkatkan pengetahuan dan mengurangi cemas Meningkatkan kemampuan
Batasan karakteristik: <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakakuratan mengikuti perintah • Ketidakakuratan melakukan tes • Perilaku tidak tepat • Kurang pengetahuan Faktor Yang Berhubungan: <ul style="list-style-type: none"> • Kurang informasi 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, program pengobatan ❖ Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang 		

<ul style="list-style-type: none"> • Kurang minat untuk belajar • Kurang sumber pengetahuan • Keterangan yang salah dari orang lain 	<p>dijelaskan secara benar</p> <p>❖ Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kemampuan penyebab dengan cara yang tepat 	<p>untuk melakukan penanganan yang tepat</p> <p>Memberikan pengetahuan mengenai peningkatan kemampuan yang tepat</p>
<p>Kondisi Terkait:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan fungsi kognitif • Gangguan memori 		<ul style="list-style-type: none"> - Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat 	<p>Untuk menambah informasi tentang kondisi pasien dan cara penanganan yang tepat</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Hindari jaminan yang kosong 	<p>Mencegah komplikasi dimasa yang akan datang</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat 	<p>Mengajarkan kepada keluarga cara sediakan informasi tentang kemajuan yang tepat</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit 	<p>Meningkatkan kualitas hidup atau proses pengontrolan penyakit</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Diskusikan pilihan terapi atau penanganan 	
		<ul style="list-style-type: none"> - Dukung pasien untuk mengeksplorasi 	<p>Untuk mencegah atau dapat menghindari kondisi yang memperberat</p>

atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan - Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan dengan cara yang tepat	Mengeksplorasi kemungkinan sumber atau dukungan dengan cara yang tepat Mengenal tanda dan gejala dan rencanakan periode istirahat mengurangi aktivitas yang berlebihan
--	--

Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018.

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan merupakan proses keperawatan yang mengikuti rumusan dari rencana keperawatan. Pelaksanaan keperawatan mencakup melakukan, membantu, memberikan askep untuk mencapai tujuan yang berpusat pada pasien, mencatat serta melakukan pertukaran informasi yang relevan dengan perawatan kesehatan berkelanjutan dari pasien.

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya.