

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST SECTIO CAESAREA* 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) pada prodi D III Keperawatan
STIKes Bhakti Kencana Bandung

Oleh:

**ILMA IZZA YASIFA
NIM : AKX.15.056**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
STIKes BHAKTI KENCANA BANDUNG
2019**

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ilma Izza Yasifa

NPM : AKX.16. 056

Institusi : Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Judul KTI :Asuhan Keperawatan Pada Klien Post operasi *Sectio Caesarea* Dengan Ketidakefektifan Pemberian ASI Di Ruang Delima Rumah Sakit Umum Daerah 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, 12 April 2019
Yang Membuat Pernyataan



Ilma Izza Yasifa

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST SECTIO CAESAREA*
DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN
PEMBERIAN ASI DI RUANGAN DELIMA
RSUD CIAMIS**

OLEH

**ILMA IZZA YASIFA
AKX.16. 056**

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



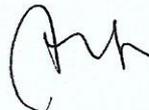
Iceu Komalaningsih, SKM

NIK : 10218003

Mengetahui

Prodi DIII Keperawatan

Ketua,



Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep

NIK: 1011603

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SECTIO CAESAREA
DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN PEMBERIAN ASI
DI RUANGAN DELIMA
RSUD CIAMIS**

**OLEH
ILMA IZZA YASIFA
AKX.16.056**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada program studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung, Pada Tanggal, 12 April 2019.

PANITIA PENGUJI

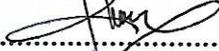
Ketua : Ade Tika Herawati, M.Kep
(Pembimbing Utama)

.....


Anggota :

1. Ingrid Dirgahayu, S.,Kep MKM
(Penguji I)
2. Sri Lestari Kartikawati, M.Keb
(Penguji II)
3. Iceu Komalanengsih, SKM
(Pembimbing Pendamping)

.....

.....

.....


Menyetujui



STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua,


Kd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep
NIK. 10107064

ABSTRAK

Latar Belakang: *Sectio Caesarea* adalah suatu tindakan yang dilakukan dengan tujuan untuk melahirkan bayi melalui sayatan pada dinding rahim yang masih utuh untuk menyelamatkan nyawa ibu dan bayi. Berdasarkan hasil observasi di RSUD Ciamis dari 75 klien yang melakukan persalinan dengan *sectio caesarea*, 50 klien mengalami ketidakefektifan pemberian ASI. Kekhawatiran paling umum dirasakan oleh wanita yang melahirkan dengan cara *caesar* adalah ASI lama keluar, sehingga menyebabkan ketidakefektifan pemberian ASI. Tujuan penelitian ini mampu melakukan asuhan keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan ketidakefektifan pemberian ASI. **Metode:** studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi masalah/fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan mernyetakan berbagai sumber informasi. Studi Kasus ini dilakukan pada dua klien *post sectio caesarea* dengan ketidakefektifan pemberian ASI. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi ketidakefektifan pemberian ASI, didapatkan hasil pada klien 1, ASI keluar ± 8 tetes, dan klien 2 ± 10 tetes, pengeluaran ASI kedua klien teratasi pada hari ke dua. **Diskusi:** kedua klien ditemukan ketidakefektifan pemberian ASI, disebabkan ansietas ibu dan kurang pengetahuan tentang pemberian ASI. Hasil intervensi klien 1 dan klien 2, terdapat kesamaan waktu pengeluaran ASI dan kolostrum di kedua payudara, yaitu hari kedua saat dilakukannya perawatan payudara (pijat oksitosin). Penulis menyarankan pihak rumah sakit, khususnya ruangan Delima agar meningkatkan perawatan payudara dan pemberian penyuluhan kepada klien *post sectio caesarea*. Serta menyarankan pihak institusi pendidikan, untuk membekali mahasiswa/i tentang menyusun dan melaksanakan asuhan keperawatan dengan bimbingan efektif dan intensitasnya yang di tingkatkan.

Key Words : *askep, post SC, ASI.*

Terdiri dari : V BAB, 124 halaman, referensi 10 buku (2009-2015), 2 jurnal (2015–2017), dan 2 Website.

ABSTRACT

Background: *Sectio Caesarea* is an action carried out with the aim of giving birth to a baby through an incision in the intact uterine wall to save the life of the mother and baby. Based on the results of observations in Ciamis Hospital of 75 clients who gave birth with *sectio caesarea*, 50 clients experienced ineffective breastfeeding. The most common concern felt by women who give birth by caesarean section is the old breast milk comes out, causing ineffectiveness of breastfeeding. The purpose of this study was to be able to carry out nursing care for *post sectio caesarean* clients with the ineffectiveness of breastfeeding. **Method:** a case study that is to explore problems / phenomena with detailed limitations, have in-depth data retrieval and print various sources of information. This case study was conducted on two *post sectio caesarean* clients with the ineffectiveness of breastfeeding. **Results:** After nursing care by giving an intervention ineffectiveness of breastfeeding, the results obtained on client 1, breast milk out ± 8 drops, and the client 2 ± 10 drops, the expenditure of the two ASI clients resolved on the second day. **Discussion:** Both clients found ineffective breastfeeding, due to maternal anxiety and lack of knowledge about breastfeeding. The results of the intervention of client 1 and client 2, there are similarities in the time spent on breast milk and colostrum in both breasts, the second day when breast care is done (oxytocin massage). The author advises the hospital, especially the Delima room to improve breast care and provide counseling to *post sectio caesarea* clients. As well as suggesting educational institutions, to equip students about compiling and implementing nursing care with effective guidance and the intensity that is increased.

Keywords: *nursing care, post SC, breastfeeding.*

Consisting of: V BAB, 124 pages, reference 10 books (2009-2015), 2 journals (2015-2017), and 2 website

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat 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 SECTIO CAESAREA* DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN PEMBERIAN ASI DI RUANG DELIMA 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 STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada :

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. Ny. L dan Ny. N yang bekerja sama dengan penulis selama pemberian asuhan keperawatan.
9. Seluruh staf dan dosen pengajar di Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi STIKes Bhakti Kencana Bandung.
10. Kedua orang tuaku tercinta Bapak H. Annukman dan Ibu Hj. Baiq Solatiah yang membesarkan, membimbing serta memberikan dorongan motivasi dan mendoakan penulis tiada henti dan tidak pernah lelah, sehingga dapat menyelesaikan pendidikan ini. Kepada adik-adikku tersayang M. Hafifi Azmi, Aqida Fary Hanum, dan M. Aslam Muntaha Arfa, beserta seluruh anggota keluarga yang selalu memberi semangat dan motivasi untuk penulis.
11. Kepada senior dan adek tingkat yang ikut membantu penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Santoso dan Herdiana yang berperan bagi penulis dalam membantu dan memotivasi untuk mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini.
13. Kepada Ai, Adir, Mal, Seysha, Alisa, Nanda, Ainul, Indri, Monik, Welly, Pipin, Nisrina, Sita, Riska, Rizki, Yudi, Anggas, dan Wan yang telah

memberikan semangat serta motivasi kepada penulis dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah.

14. Teman-teman seperjuangan angkatan XII tahun 2016 yang bersama-sama berjuang dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
15. 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, 10 April 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
LEMBAR PESETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR BAGAN	xv
DAFTAR SINGKATAN	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
 BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan masalah.....	5
1.3 Tujuan Penulisan	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus.	6
1.4 Manfaat	7
1.4.1 Manfaat Teoritis	7
1.4.2 Manfaat Praktis.	7
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Penyakit	9
2.1.1 Konsep <i>Sectio Caesarea</i>	9
2.1.2 .Anatomi Fisiologi Payudara.....	18
2.1.3 Pathofisiologi	21

2.1.4 Penatalaksanaan	22
2.1.5 Pemeriksaan Penunjang	22
2.1.6 Masa Nifas	23
2.1.7 Perawatan Masa Nifas.....	41
2.1.8 Manajemen Laktasi.....	44
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Klien <i>Post Sectio Caesarea</i>	53
2.2.1 Pengkajian	53
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	63
2.2.3 Perencanaan	64
2.2.4 Implementasi	98
2.2.5 Evaluasi	98

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian.....	100
3.2 Batasan Istilah	100
3.3 Responden/Subyek Penelitian.....	101
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	102
3.5 Pengumpulan Data	102
3.6 Uji Keabsahan Data.....	104
3.7 Analisis Data	104
3.8 Etik Penelitian	106

BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1 HASIL.....	109
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	109
4.1.2 Pengkajian Keperawatan.....	111
4.1.3 Analisa Data	123
4.1.4 Diagnosa Keperawatan	131
4.1.5 Perencanaan	134
4.1.6 Pelaksanaan	136
4.1.7 Evaluasi	140

4.2 PEMBAHASAN	141
4.2.1 Pengkajian	141
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	143
4.2.4 Perencanaan	147
4.2.5 Implementasi	151
4.2.6 Evaluasi	154
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan	156
5.2 Saran.....	158
DAFTAR PUSTAKA.....	160

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perubahan uterus selama masa nifas	29
Tabel 2.2 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas	64
Tabel 2.3 Intervensi Nyeri Akut.....	67
Tabel 2.4 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi.....	70
Tabel 2.5 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI	73
Tabel 2.6 Intervensi Hambatan Eliminasi Urin.....	76
Tabel 2.7 Intervensi Gangguan Pola Tidur.	78
Tabel 2.8 Intervensi Resiko Infeksi	79
Tabel 2.9 Intervensi Defisit Perawatan Diri.....	83
Tabel 2.10 Intervensi Konstipasi.	86
Tabel 2.11 Intervensi Resiko Syok.	88
Tabel 2.12 Intervensi Resiko Perdarahan.	91
Tabel 2.13 Intervensi Defisit Pengetahuan	96
Tabel 4.1 Identitas Klien	111
Tabel 4.2 Identitas Penanggung Jawab	111
Tabel 4.3 Riwayat Kesehatan Klien	112
Tabel 4.4 Riwayat Ginekologi Klien	113
Tabel 4.5 Riwayat Obstetric Klien	114
Tabel 4.6 Aktivitas Klien	115

Tabel 4.7 Pemeriksaan Fsik Klien	116
Tabel 4.8 Psikologi Klien	119
Tabel 4.9 Pemeriksaan Diagnostik	121
Tabel 4.10 Rencana Pengobatan	121
Tabel 4.11 Analisa Data	123
Tabel 4.12 Diagnosa Keperawatan	131
Tabel 4.13 Perencanaan	134
Tabel 4.14 Pelaksanaan	136
Tabel 4.15 Evaluasi	140

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kuadran Abdomen	10
Gambar 2.2 Insisi Abdominal.	13
Gambar 2.3 Insisi Uterus.....	14
Gambar 2.4 Struktur Payudara	18
Gambar 2.5 Macam-macam Bentuk Puting	21

DAFTAR SINGKATAN

ASI	: Air Susu Ibu
SC	: Sectio Caesarea
WHO	: World Healty Organization
UNICEF	: United Nations Children's Fund
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
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 LAMPIRAN

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

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sectio Caesarea 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). Sectio Caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Amru sofian, 2012). Menurut *World Healty Organization (WHO)* tahun 2011 dilaporkan angka kejadian *Sectio Caesarea* meningkat 5 kali dibandingkan tahun-tahun sebelumnya. Standar rata-rata *Sectio Caesarea* di sebuah negara adalah sekitar 5 – 15% per 1000 kelahiran di dunia, rumah sakit pemerintah rata – rata 11% sementara di rumah sakit swasta bisa lebih rendah dari 30%. (Gibbons, 2010).

Komplikasi pada seksio sesarea dapat terjadi kapan saja karena sebaiknya sesarea di lakukan sesuai kebutuhan seperti janin tidak dapat lewat jalan lahir, panggul sempit, janin terlalu besar, plasenta letak rendah ada keadaan gawat darurat yang butuh persalinan segera. Selain indikasi medis ada juga indikasi sosial dimana para ibu hamil sengaja meminta persalinan operasi walaupun tanpa alasan medis yang tepat. Seperti untuk menghindari terjadinya kerusakan pada alat kelamin, rasa takut dalam nyeri persalinan, dan rasa tidak nyaman serta jadwal/waktu kelahiran bisa

diatur. Hal ini menyebabkan pasien lebih memilih operasi seksio sesarea dari pada persalinan normal/ pervaginam (Sartika, 2014).

Air Susu Ibu (ASI) merupakan makanan yang terbaik dan yang paling ideal untuk bayi, karena ASI mengandung semua zat gizi yang diperlukan dalam jumlah dan pertimbangan yang tepat (Astutik, R.Y. 2014). Di Indonesia pada tahun 2017 cakupan ASI eksklusif masih di bawah target nasional yaitu 35.73% angka tersebut masih jauh dibawah rekomendasi *World Health Organisation (WHO)* sebesar 50%. Kemudian di provinsi Jawa Barat sebesar 38.2% (Profil Kesehatan Indonesia, 2017). Menurut Data Riset Kesehatan Dasar (RisKesDa) tahun 2012 menunjukkan bahwa pemberian ASI di Indonesia saat ini masih memprihatinkan, presentase bayi yang disusui secara eksklusif usia 4-5 bulan hanya 27%. Angka ini sedikit meningkat bila dibandingkan dengan pencapaian target ASI eksklusif yang tercantum dalam SDKI 2010 yaitu 15.3 %. Namun demikian angka tersebut masih sangat jauh tertinggal dari target pencapaian ASI eksklusif yang telah ditetapkan pemerintah yaitu 80%.

Berdasarkan hasil observasi selama di Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis pada tanggal 7 Januari – 1 Februari 2019, dari 75 orang klien yang melakukan persalinan dengan *sectio caesar*, didapatkan 50 orang klien yang mengalami ketidakefektifan pemberian ASI. Dampak tidak lancarnya pengeluaran dan produksi ASI bisa menimbulkan masalah tidak baik pada ibu maupun bayi diantaranya payudara bengkak

(*engorgement*), mastitis, abses payudara, saluran susu tersumbat (*obstructed duct*), sindrom ASI kurang, bayi sering menangis, bayi ikterus. Oleh karena itu, perlu adanya usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin pada ibu setelah melahirkan selain dengan memeras ASI, dapat juga dilakukan dengan melakukan perawatan dan pemijatan payudara, membersihkan puting, sering menyusui bayi meskipun ASI belum keluar, menyusui dini dan teratur pijat oksitosin (Sundari & Sari, R.N. 2017).

Salah satu efek samping yang paling umum dirasakan oleh wanita yang memilih melahirkan dengan *sectio caesar* adalah Air Susu Ibu (ASI) yang lama keluar. Ditambah lagi dengan adanya sejumlah penelitian yang menunjukkan bahwa kondisi tersebut lebih sering terjadi pada kelahiran caesar. Keluarnya ASI dipicu oleh hormon dalam tubuh wanita dan keluar setelah plasenta keluar dari tubuh. Ibu yang melahirkan dengan cara operasi *caesar (c-sections)* seringkali sulit menyusui bayinya segera setelah ia lahir. Terutama jika ibu diberikan anestesi umum. Ibu relatif tidak sadar untuk dapat mengurus bayinya di jam pertama setelah lahir. Kondisi luka operasi dibagian perut relatif membuat proses menyusui sedikit terhambat. Sementara itu, bayi mungkin mengantuk dan tidak responsif untuk menyusu. Nyeri yang ditimbulkan akibat operasi *sectio caesarea* mempengaruhi ibu dalam memberikan perawatan pada bayi, sehingga dapat menyebabkan ibu menunda untuk menyusui dan terjadilah

ketidاكلancaran dalam produksi dan pengeluaran ASI (Sundari & Sari,R.N. 2017).

Ketidakefektifan pemberian ASI bisa juga disebabkan oleh banyak hal, seperti kurangnya perawatan payudara. Perawatan payudara yang baik dan benar memiliki peranan yang penting dalam meningkatkan produksi ASI salah satunya dengan melakukan pijat oksitosin. Pijat oksitosin adalah tindakan pemijatan yang dilakukan sepanjang tulang vertebrata sampai costae kelima, keenam, dan merupakan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan (Sundari & Sari,R.N. 2017). Pelaksanaan perawatan payudara hendaknya dimulai sedini mungkin yaitu 1-2 hari setelah bayi dilahirkan dan dilakukan meliputi pengurutan payudara, pengosongan payudara, pijat oksitosin, pengompresan payudara. Faktor-faktor yang menyebabkan ibu tidak melakukan perawatan payudara adalah kurangnya informasi yang didapat dari tenaga kesehatan, adanya rasa takut atau cemas dan malas serta ketidak ketersediaan waktu untuk melakukan perawatan payudara selama masa menyusui (Nursing News, 2017).

Dari penjelasan diatas, maka peneliti memilih memberikan pijat oksitosin untuk lebih mengetahui keefektifan dan kecepatan pengeluaran ASI serta kolostrum pada ibu post partum *sectio caesarea*. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di ruang Delima RSUD Ciamis pada tanggal 25 - 31 januari 2019, terdapat 2 orang ibu *post partum* dengan *post Sectio Caesarea* mengatakan tidak pernah melakukan perawatan

payudara seperti pijat oksitosin, serta mengatakan ASInya belum keluar. Sehingga penulis tertarik untuk membuat asuhan keperawatan pada klien *post operasi Sectio Caesarea* dengan ketidakefektifan pemberian ASI.

Oleh karena itu perawat diharapkan mampu mengelola setiap masalah yang timbul secara komprehensif terdiri dari biologis, psikologis, sosial, spiritual, terutama dalam penanganan *post sectio caesarea* dengan masalah ketidakefektifan pemberian ASI. Asuhan keperawatan ini dilakukan dengan melakukan proses keperawatan yaitu pengkajian, merumuskan masalah yang muncul, menyusun rencana penatalaksanaan dan mengevaluasinya. Berdasarkan uraian di atas, penulis menjadi tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dan melalui penyusunan Karya tulis Ilmiah (KTI) dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST SECTIO CAESAREA* DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN PEMBERIAN ASI DI RUANG DELIMA RSUD CIAMIS”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dapat diambil suatu rumusan masalah penelitian adalah : “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan ketidakefektifan pemberian ASI di ruang Delima (Maternitas) RSUD Ciamis tahun 2019?”

1.3 Tujuan Penulisan

Adapun tujuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut :

1.3.1 Tujuan umum

Penulis mampu mengaplikasikan Asuhan Keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan ketidakefektifan pemberian ASI secara komprehensif meliputi aspek bio, psiko, sosio, spiritual pada klien dengan pendekatan melalui proses keperawatan.

1.3.2 Tujuan khusus

Tujuan khusus yang ingin dicapai dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut :

1. Melakukan pengkajian yang terdiri dari pengumpulan data, mengenai data pada klien dengan *post sectio caesarea*
2. Merumuskan diagnosa keperawatan yang diperoleh pada klien dengan *post sectio caesarea* berdasarkan prioritas masalah yang di dapat.
3. Membuat rencana asuhan keperawatan yang terdiri dari tujuan, intervensi, rasional sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul baik aktual maupun resiko pada klien dengan *post sectio caesarea*.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan, berikut dengan tujuan yang diharapkan pada klien dengan *post sectio caesarea*.
5. Mengevaluasi hasil tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan pada klien dengan *post sectio caesarea*.

6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan dalam bentuk karya tulis ilmiah dan kesenjangan antara teori dan kasus.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penulisan ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran dan informasi di bidang maternitas tentang asuhan keperawatan pada klien *post Sectio Caesarea* dengan ketidakefektifan pemberian ASI.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan mampu menjadi salah satu contoh intervensi mandiri bagi perawat dalam penatalaksanaan untuk klien dengan *post Sectio Caesarea* dengan ketidakefektifan pemberian ASI.

2. Bagi RSUD Ciamis

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan informasi kepada Rumah Sakit atau instansi kesehatan lainnya sebagai salah satu bekal dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya perawatan pada klien *post Sectio Caesaria* dengan ketidakefektifan pemberian ASI. Selain itu juga, agar Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis khususnya ruangan Delima, diharapkan mampu melakukan *Rooming in* atau rawat gabung dengan bayinya, agar masalah ketidakefektifan pemberian ASI mampu teratasi.

3. Bagi Institusi Pendidikan STIKES Bhakti Kencana

Dari penelitian ini di harapkan mampu menjadi referensi bagi pendidikan dan kalangan yang akan melakukan penelitian lebih lanjut mengenai asuhan keperawatan pada klien *post Sectio Caesaria* dengan ketidakefektifan pemberian ASI.

4. Bagi Klien

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan klien dalam upaya perawatan penyembuhan pada klien *post operasi Sectio Caesaria* dengan ketidakefektifan pemberian ASI.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Konsep Sectio Caesarea

1. Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea 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).

Sectio Caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Amru Sofian, 2012).

2. Anatomi Abdomen (Rasjidi, 2009)

a. Kuadran Abdomen

Abdomen dibagi menjadi 9 regio oleh dua garis vertikal dan dua garis horizontal:

1) Garis vertikal

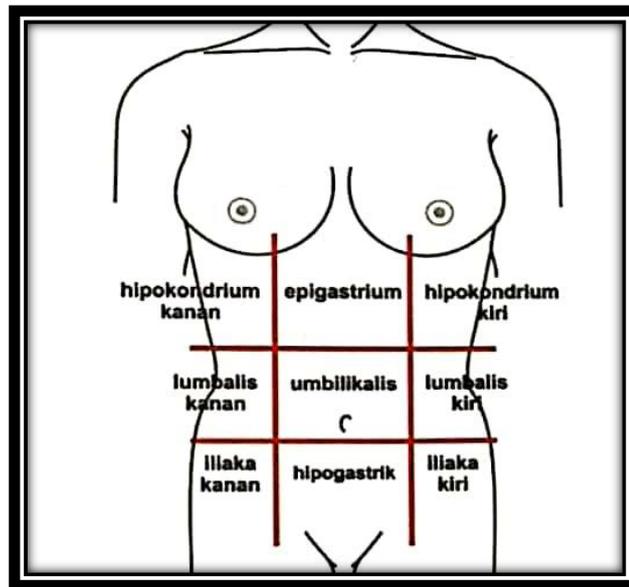
Melalui pertengahan antara spina iliaka anterior superior dan simfisis pubis.

2) Garis horizontal

a) Bidang subkostalis

b) Bidang intertuberkularis

Gambar 2.1
Kuadran Abdomen



Sumber: Rasjidi, 2009.

b. Dinding Abdomen

Tersusun dari superfisial ke profunda meliputi kulit, jaringan subkutan, otot dan fasia, jaringan ekstraperitonium dan peritonium.

1) *Langer lines* menggambarkan arah serabut dermis pada kulit.

Pada dinding ventral abdomen, *langer lines* tersusun secara transversal. Hal inilah yang menyebabkan insisi pada kulit vertikal akan menopang lebih besar tegangan kulit dari lateral sehingga membentuk scar yang lebih lebar. Sebaliknya, insisi kulit yang transversal akan mengikuti arah serabut *langer lines* sehingga hasil penyembuhan kulitnya lebih baik.

2) Jaringan subkutan

Lapisan ini dibagi atas jaringan lemak superfisial (*fasia camper*) dan lapisan membraneous di bawahnya (*fasia scarfa*).

3) Otot dan Fasia

Otot – otot dinding abdomen pada dinding median membentuk suatu aponeuresis. Aponeuresis inilah yang nampak sebagai suatu garis yang disebut linea alba. Aponeuresis membentuk sarung rektus, sarung rektus ini berguna sebagai reticulum yang mempertahankan rektus abdominalis tetap pada posisinya pada waktu berkontraksi.

4) Jaringan Ekstraperitonium dan Peritonium

Peritonium merupakan suatu selaput tipis dan mengkilap yang melapisi dinding kavum abdomen dari sebelah dalam. Peritonium dibagi menjadi:

(a) Peritonium parietalis

Langsung melekat pada dinding abdomen

(b) Peritonium visceralis

Menutupi organ-organ visceralis. Peritonium yang menghubungkan organ dan dinding abdomen ini secara umum disebut mesenterium.

5) Fasia Endopelvis

Fasia endopelvis berfungsi sebagai mesenterium retroperitonium, yang berlekatan dengan serviks dan vagina.

Fasia ini terdiri atas:

- (a) Parametrium, yaitu bagian yang berhubungan dengan uterus.
- (b) Parakolpium, yaitu bagian yang berhubungan dengan vagina.

3. Jenis Insisi Seksio Sesarea

a. Insisi abdominal (David T.Y., 2010)

Pada dasarnya insisi ini adalah insisi garis tengah subumbilikal dan insisi abdominal bawah transversal.

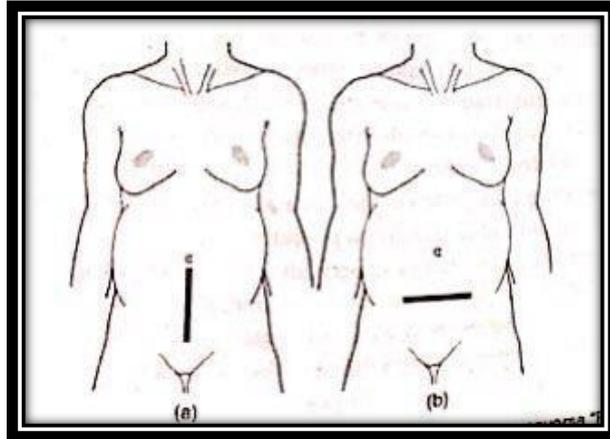
1) Insisi garis tengah subumbilikal

Merupakan insisi yang mudah dan cepat. Akses mudah dan pendarahan minimal. Walaupun bekas luka tidak terlihat, terdapat banyak ketidaknyamanan pascaoperasi dan luka jahitan masih cenderung muncul.

2) Insisi transversa

Merupakan insisi pilihan saat ini. Insisi ini lebih sedikit menimbulkan luka jahitan dan lebih sedikit ketidaknyamanan, memungkinkan mobilitas pascaoperasi lebih baik. Insisi ini lebih sulit dan memberikan akses yang lebih sedikit.

Gambar 2.2
Insisi Abdominal



Sumber: David T.Y., 2010.

b. Insisi Uterus (Maryunani, 2014)

Insisi uterus terdiri dari insisi secara klasik dan insisi secara transversal.

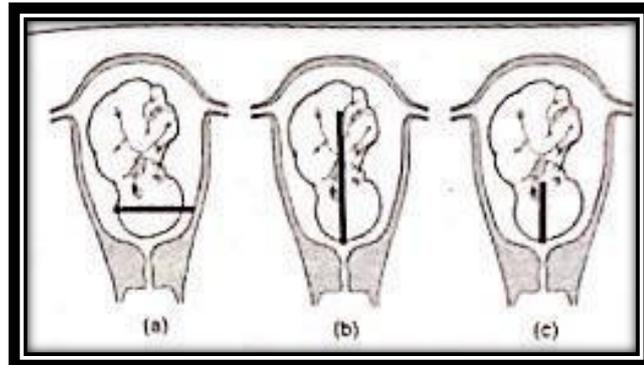
1) Insisi klasik

Mengeluarkan janin lebih cepat, tidak menyebabkan kandung kemih tertarik, sayatan bias diperpanjang. Pada insisi ini infeksi mudah menyebar secara intraabdominal karena tidak ada reperetonalisasi yang baik.

2) Insisi transversal

Penjahitan luka lebih mudah, penutupan luka dengan reperetonalisasi yang baik, tumpang tindih dari peritoneal flap baik sekali untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritoneum. Pada insisi ini dapat menyebabkan pendarahan yang banyak.

Gambar 2.3
Insisi Uterus



Sumber: David T.Y., 2010.

4. Indikasi Seksio Sesarea

a. Indikasi Ibu

Panggul sempit absolut, kegagalan melahirkan secara normal karena kurang adekuatnya stimulasi, tumor-tumor jalan lahir yang menyebabkan obstruksi, stenosis serviks atau vagina, plasenta previa, rupture uteri membatat.

b. Indikasi Janin

Kelainan letak, gawat janin, prolapsus plasenta, perkembangan bayi yang terhambat, mencegah hipoksia janin misalnya karena preeklamsia.

5. Kontra Indikasi Seksio Searea

Kontraindikasi dari seksio sesarea adalah janin mati, syok, anemia berat, kelainan kongenital berat, infeksi piogenik pada dinding abdomen, minimnya fasilitas operasi seksio sesarea (Imam Rasjidi, 2009).

6. Komplikasi Seksio Sesarea

Komplikasi utama persalinan seksio sesarea adalah kerusakan organ-organ seperti vesika urinaria dan uterus saat dilangsungkannya operasi,

komplikasi anestesi, pendarahan, infeksi dan tromboemboli. Takipneu sesaat pada bayi baru lahir lebih sering terjadi pada persalinan seksio sesarea. Resiko jangka panjang yang dapat terjadi adalah terjadinya plasenta previa, solusio plasenta, plasenta akreta dan ruptur uteri (Imam Rasjidi, 2009).

7. Klasifikasi Seksio Sesarea (Sofian, 2013)

- a. Seksio sesarea klasik atau corporal dengan insisi memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm.
- b. Seksio sesarea ismika atau profunda atau *low cervical* dengan insisi pada segmen bawah rahim, melintang kira-kira sepanjang 10 cm.
- c. Seksio sesarea ekstrapéritonealis, yaitu seksio sesarea tanpa membuka peritonium parietale, dengan demikian tidak membuka kavum abdominalis.

8. Etiologi

Berdasarkan teori Nurarif & Kusuma (2015) terdapat dua etiologi seksio sesarea yaitu etiologi ibu dan janin. Etiologi yang berasal dari ibu yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disporposi sefalo pelvik (disporposi janin / panggul), terdapat kesempitan panggul, plasenta previa, solusio plasenta tingkat I – II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsi-eklamsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya). Sedangkan etiologi yang berasal dari janin yaitu *fetal distress* / gawat janin, mal

presentasi dan mal posisi kedudukan janin, *prolapsus* tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi.

9. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostic yang dilakukan seperti pemantauan janin terhadap kesehatan janin, pemantauan EKG, elektrolit, hemoglobin/hematocrit, golongan darah, urinalisis, pemeriksaan sinar x sesuai indikasi, golongan darah, JDL dengan diferensial, amnionsentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi dan ultrasound sesuai indikasi (Nurarif & Kusuma, 2015).

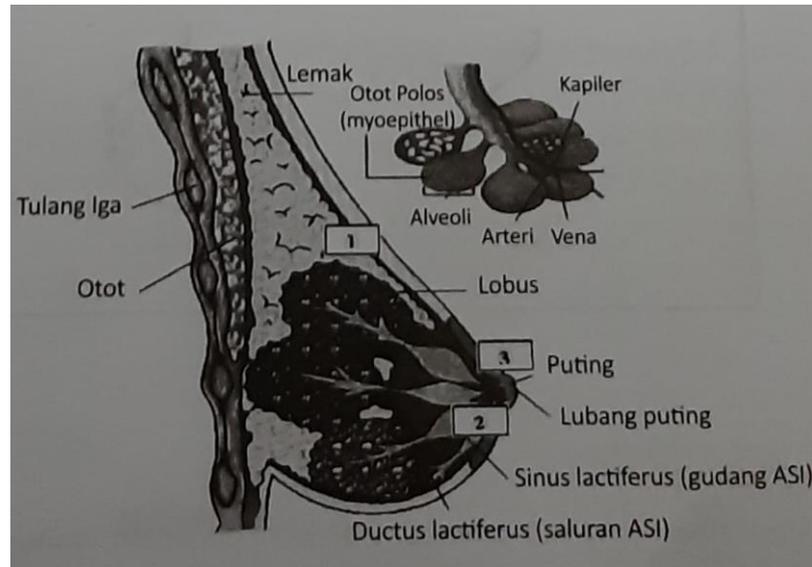
10. Penatalaksanaan Medik dan Implikasi Keperawatan

Penatalaksanaan keperawatan pada ibu post seksio sesarea yaitu pemberian cairan, karena pada 24 jam pertama penderita pasca operasi, maka pemberian cairan intravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Kemudian diet, pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada pada 6 – 10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh. Selanjutnya adalah mobilisasi, dilakukan secara bertahap meliputi miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 – 10 jam setelah operasi. Posisi tidur terlentang diubah menjadi setengah duduk (*semi fowler*). Kemudian selama berturut-turut, hari demi hari pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ketiga sampai hari kelima pasca operasi; kateterisasi, kateter biasanya terpasang 24-48 jam/lebih lama lagi

tergantung jenis operasi dan keadaan penderita. Juga diberikan beberapa jenis obat – obatan dan vitamin, dilakukan juga perawatan luka, kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti. Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi, dan pernafasan (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

2.1.2 Anatomi Fisiologi Sistem Reproduksi Payudara

Gambar 2.4 Struktur Payudara (Yanti & Sundawanti, 2014)



Anatomi payudara dibedakan menurut struktur mikroskopis dan makroskopis. Struktur mikroskopis payudara terutama tersusun atas jaringan kelenjar tetapi mengandung sejumlah jaringan lemak dan ditutupi kulit. Jaringan kelenjar ini dibagi menjadi kira-kira 18 lobus yang dipisahkan secara sempurna satu sama lain lembaran jaringan fibrosa. Struktur dalamnya dikatakan menyerupai segmen buah anggur atau jeruk belah. Setiap lobus merupakan suatu unit fungsional yang berisi dan tersusun atas bagian sebagai berikut menurut Nurjannah, et all (2013) :

1. Alveoli yang terdiri dari sel kelenjar yang memproduksi air susu. Tiap bercabang menjadi duktulus, tiap duktulus bercabang menjadi alveolus

yang semuanya merupakan satu kesatuan kelenjar. Tiap alveolus dilapisi oleh sel-sel yang mensekresi air susu, disebut acini, yang ,mengekstraksi faktor-faktor dari darah yang penting untuk pembentukan air susu. Duktus membentuk lobus, sedangkan duktulus dan alveolus membentuk lobulus. Sinus duktus dan alveolus dilapisi epitel otot (*myoepitel*) yang dapat berkontraksi. Alveolus juga dikelilingi pembuluh darah yang membawa zat gizi kepada sel kelenjar untuk diproses sintesa menjadi air susu.

2. Tubulus Lactifer adalah saluran kecil yang berhubungan dengan alveoli.
3. Ductus Lactifer adalah saluran sentral yang merupakan muara beberapa tubulus lactifer.
4. Ampulla adalah bagian dari ductus lactifer yang melebar, yang merupakan tempat menyimpan air susu yang terletak dibawah aerola. Terdapat 15-25 sinus lactiferus. Selanjutnya saluran mengecil dan bermuara pada puting (*papilla mammae*).

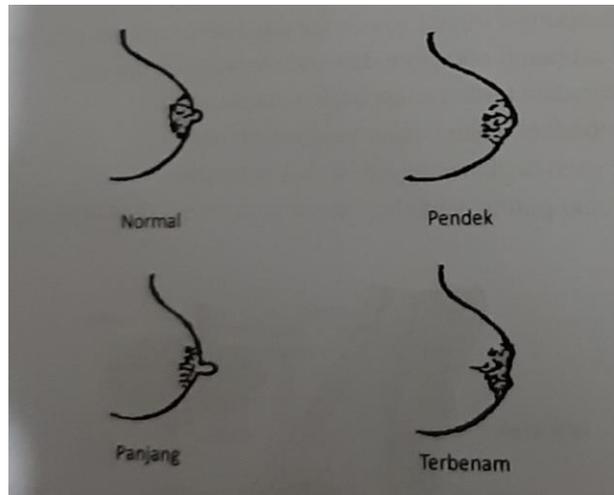
Vascularisasi ke payudara berasal dari arteria mammae interna, arteria mammae externa dan arteria-arteria intercostalis superior. Drainase vena melalui pembuluh-pembuluh yang sesuai dan akan masuk ke dalam vena mammae interna dan vena axillaris dan sebagian akan dalirkan ke dalam fissura portae hepar dan kelenjar mediatinum. Pembuluh limfatik dari masing-masing payudara berhubungan satu sama lain. Fungsi payudara terutama dikendalikan oleh aktivitas hormon kulitnya dipersarafi oleh

cabang-cabang nervus thoracalis. Juga terdapat sejumlah saraf simpatis, terutama di sekitar areola dan papilla mammae.

Menurut Nurjanah, et all (2013) struktur makroskopis payudara terdiri dari :

- a. *Cauda Axillaris* adalah jaringan payudara yang meluas ke arah axilla.
- b. Areola adalah daerah lingkaran yang terdiri dari kulit longgar dan mengalami pigmentasi dan masing-masing payudara bergaris tengah kira-kira 2,5 cm. Areola berwarna merah muda pada wanita yang berkulit cerah, lebih gelap pada wanita yang berkulit cokelat, dan warna tersebut menjadi gelap pada waktu hamil. Di daerah areola ini terletak kira-kira 20 glandula sebacea. Pada kehamilan areola ini membesar dan disebut *tuberculum Montgomery*. Montgomery yang mengeluarkan cairan untuk membuat puting susu lunak dan lentur.
- c. *Papilla mammae* terletak di pusat areola mammae setinggi iga (*costa*) ke-4. Papilla mammae merupakan suatu tonjolan dengan panjang kira-kira 6mm, tersusun atas jaringan erektil berpigmen dan merupakan bagian yang sangat peka. Permukaan *papilla mammae* berlubang-lubang berupa ostium papillare kecil-kecil yang merupakan muara ductus lactifer. Ductus lactifer ini dilapisi oleh epitel. Bentuk *papilla mammae* ada empat yaitu bentuk yang normal, pendek/datar, panjang dan terbenam (*inverted*).

Gambar 2.5 Macam-macam Bentuk Puting (Yanti & Sundawanti, 2014)



2.1.3 Pathofisiologi

Kondisi psikis ibu sangatlah penting, jika ibu merasa cemas setelah melahirkan bisa disebabkan karena ibu dan bayi belum dilakukan rawat gabung atau ibu belum bisa bertemu dengan bayinya. Selain itu kurang pengetahuan tentang pemberian ASI juga dapat menyebabkan ibu cemas. Dan kecemasan yang dialami ibu tersebut dapat juga menyebabkan kurang pengetahuan tentang perawatan payudara. Sehingga kondisi emosi ibu sangatlah memengaruhi refleks pengaliran susu. Pasalnya, refleks ini mengontrol perintah yang dikirim oleh hipotalamus pada kelenjar bawah otak. Jika refleks pengaliran air susu berkurang dapat menyebabkan produksi hormon oksitosin berkurang. Maka bila ibu sedang dalam kondisi stresss, cemas, khawatir, tegang, dan sebagainya, menyebabkan air susu tidak akan turun dari alveoli menuju puting. Sehingga dapat menyebabkan

ketidakefektifan pemberian ASI. Umumnya kejadian ini berlangsung pada hari-hari pertama menyusui dimana refleks pengaliran susu belum sepenuhnya berfungsi. Peran keluarga dalam hal ini sangat penting, peran suami untuk menjaga kondisi psikis istri agar tetap merasa tenang, menciptakan suasana yang nyaman.

2.1.4 Penatalaksanaan

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 (Nurarif & kusuma, 2015)

1. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
2. Pemantauan EKG
3. Elektrolit

4. Hemoglobin/hematokrit
5. Golongan darah
6. Urinalisis
7. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
8. Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi.
9. Ultrasound sesuai pesanan

2.1.6 Masa Nifas

1. Definisi Masa Nifas

Masa nifas dimulai setelah 2 jam postpartum dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan baik secara fisiologis maupun psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan (Nurjanah, et al, (2013)).

2. Tujuan pemberian asuhan pada masa nifas sebagai berikut :
(Nurjanah, et al, (2013))
 - a. Menjaga kesehatan ibu dan bayi, baik fisik maupun psikis.
 - b. Melaksanakan skrining secara komperhensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi, baik pada ibu maupun bayinya .
 - c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayi dan perawatan bayi sehari-hari.

- d. Memberikan pelayanan KB.
 - e. Untuk mendapatkan kesehatan emosi.
 - f. Memperlancar pembentukan air susu ibu (ASI).
 - g. Mengajarkan ibu untuk melaksanakan perawatan mandiri sampai masa nifas selesai dan memelihara bayi dengan baik, sehingga bayi dapat mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang normal.
3. Perubahan fisiologis nifas
- a. Tanda vital

Semua tanda vital harus di monitor dengan hati-hati sehingga dapat melihat status kesehatan klien. Khususnya untuk tekanan darah, setiap 15 menit pada 1 jam pertama, setelah kelahiran. Apabila stabil, biasanya diulang 30 menit pada jam kedua. Selanjutnya, 1 jam sekali selama 4 jam. Pengukuran tanda – tanda vital setiap 8 jam sampai dengan pulang.
 - b. Tekanan darah

Tekanan darah meningkat pada persalinan 15 mmHg sistole 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 postpartum dapat menandakan terjadinya preeklampsi pada masa postpartum.

c. Suhu Badan

Satu hari (24 jam) postpartum suhu badan akan naik sedikit (37.5°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 adanya infeksi pada endometrium, mastitis, tractus genitalis atau sistem lain (Nurjanah, et al, 2013).

d. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa antara 60-80 kali per menit atau 50-70 kali per menit. Sesudah melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum (Nurjanah, et al, 2013).

e. Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran napas contohnya penyakit asma. Bila pernapasan pada masa postpartum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok (Nurjanah, et al, 2013).

f. Sistem Kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Bila kelahiran melalui *sectio caesare*, 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 *sectio caesarea*, hematokrit cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat segera setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan beban jantung meningkat yang dapat diatasi dengan haemokonsentrasi sampai volume darah kembali normal, dan pembuluh darah kembali ke ukuran semula (Nurjanah, et al, 2013).

g. Sistem Endokrin

Beberapa hormon hanya memengaruhi 1 atau 2 organ, sedangkan hormon yang lainnya memengaruhi seluruh tubuh. Misalnya, TSH dihasilkan oleh kelenjar hipofisa dan hanya memengaruhi kelenjar tiroid. Hormon tiroid dihasilkan oleh kelenjar tiroid, tetapi hormon ini memengaruhi sel-sel di seluruh tubuh. Insulin dihasilkan oleh sel-sel pulau pankreas dan memengaruhi metabolisme gula, protein serta lemak di seluruh tubuh.

Selama kehamilan, plasenta juga bertindak sebagai suatu kelenjar endokrin. Hipotalamus melepaskan sejumlah hormon yang merangsang hipofisa, beberapa diantaranya memicu pelepasan hormon hipofisa dan yang lainnya menekan pelepasan hormon hipofisa. Kelenjar hipofisa kadang disebut kelenjar penguasa karena hipofisa mengkoordinasikan berbagai fungsi dari kelenjar endokrin lainnya (Nurjanah, et al, 2013).

h. Gastrointestinal

1) Nafsu Makan

Ibu biasanya merasa lapar segera setelah melahirkan, sehingga dapat mengonsumsi makanan ringan. Ibu sering kali sepat lapar setelah melahirkan dan siap makan pada 1-2 jam posprimordial dan dapat ditoleransi dengan diet yang ringan. Setelah benar-benar pulih dari efek analgesia, anestesia dan keletihan, kebanyakan ibu merasa sangat lapar. Seringkali untuk pemulihan nafsu makan, diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal.

2) Motilitas

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

3) Pengosongan Usus

Buang air besar secara spontan bisa tertunda selama dua sampai tiga hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini disebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada awal masa pasca partu, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan atau dehidrasi. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu yang berangsur-angsur untuk kembali normal.

i. Sistem Muskuloskeletal

Adaptasi sistem muskuloskeletal ibu yang terjadi selama masa hamil berlangsung secara terbalik pada masa pasca partum. Stabilisasi sendi lengkappada minggu ke-6 sampai minggu ke-8 setelah wanita melahirkan. Setelah persalinan, dinding perut longgar karena diregang begitu lama, tetapi biasanya pulih kembali dalam 6-8 minggu. Sedangkan kulit abdomen yang melebar selama masa kehamilan tampak melonggar dan mengendur sampai berminggu-minggu atau bahkan berbulan-bulan yang dinamakan striae. Melalui latihan postnatal, otot-otot dari dinding abdomen seharusnya dapat normal kembali dalam beberapa minggu (Nurjanah, et al, 2013).

j. Sistem Urinaria (perkemihan)

Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen akan menurun, hilangnya peningkatan tekanan vena pada tingkat

bawah dan hilangnya peningkatan volume darah akibat kehamilan, hal ini merupakan mekanisme tubuh untuk mengatasi kelebihan cairan. Keadaan ini disebut dengan diuresis pasca partum. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam waktu 6 minggu. Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah urine menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama masa pasca partum. Pengeluaran kelebihan cairan yang tertimbun selama hamil kadang-kadang disebut kebalikan metabolisme air pada masa hamil (*reversal of the water of pregnancy*) (Nurjanah, et al, 2013).

k. Sistem Reproduksi

1) Uterus

Tabel 2.1 Perubahan uterus selama masa nifas

Involusi Uterus	Tinggi fundus uteri	Berat uterus	Diameter uterus	Palpasi cervik
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut / lunak
7 hari (1 minggu)	Pertengahan antara pusat symphisis	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

Sumber: Setyo dan Sri, 2011.

Dengan involusi uterus ini, maka lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik

(mati/layu). Decidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan, suatu campuran antara darah dan cairan yang disebut lochea, yang biasanya berwarna merah muda atau putih pucat.

2) Lochea

Pengeluaran lochea ini biasanya berakhir dalam waktu 3 sampai 6 minggu. Lochea adalah eksresi cairan rahim selama nifas. Volume total lochea bervariasi pada setiap wanita, tapi diperkirakan berjumlah 500 ml (240-270 ml). Selama respons terhadap isapan bayi menyebabkan uterus berkontraksi sehingga semakin banyak lochea yang terobservasi. Adapun macam-macam lochea antara lain : (Nurjanah, et al, 2013)

- a) Lochea rubra (*Cruenta*), berwarna merah tua berisi darah dari perobekan/luka pada plasenta dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua dan korion, verniks kaseosa, lanugo, sisa darah dan mekonium, selama 3 hari postpartum.
- b) Lochea Sanguinolenta, berwarna kecoklatan berisi darah dan lendir, hari 4-7 postpartum.
- c) Lochea Serosa, berwarna kuning, berisi cairan lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, pada hari ke 7-14 postpartum.

d) Lochea Alba, cairan putih berisi leukosit, berisi selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati setelah 2 minggu sampai 6 minggu postpartum.

Pada kondisi tertentu adapun lochea yang terinfeksi, yaitu lochea purulenta ditandai dengan keluarnya cairan seperti nanah berbau busuk. Dan ada juga lochea statis yaitu lochea tidak lancar keluarnya atau tertahan.

3) Payudara

Laktasi dapat diartikan dengan pembentukan dan pengeluaran air susu ibu (ASI), yang merupakan makanan pokok terbaik bagi bayi yang bersifat alamiah. Bagi setiap ibu yang melahirkan akan tersedia makanan bagi bayinya dan bagi si anak akan merasa puas dalam pelukan ibunya, merasa aman, tenteram, hangat akan kasih sayang ibunya. Produksi ASI masih sangat dipengaruhi oleh faktor kejiwaan, ibu yang selalu dalam keadaan tertekan, sedih, kurang percaya diri dan berbagai ketegangan emosional akan menurunkan volume ASI bahkan tidak terjadi produksi ASI. Untuk memproduksi ASI yang baik harus dalam keadaan tenang (Nurjanah, et al, 2013).

Ada 2 refleks yang sangat dipengaruhi oleh keadaan jiwa ibu, yaitu : (Nurjanah, et al, 2013)

a) *Refleks Prolaktin*

Menjelang akhir kehamilan, terutama hormon prolaktin memegang peranan untuk membuat kolostrum, namun jumlah kolostrum terbatas, karena aktivitas prolaktin dihambat oleh estrogen dan progesteron yang kadarnya masih tinggi. Setelah persalinan dan lepasnya plasenta serta kurang berfungsinya korpus luteum, maka estrogen dan progesteron sangat berkurang, ditambah lagi dengan adanya isapan bayi yang merangsang puting susu dan payudara, akan merangsang ujung-ujung saraf sensoris yang berfungsi sebagai reseptor mekanik. Kadar prolaktin pada ibu yang menyusui akan menjadi normal 3 bulan setelah melahirkan sampai penyapihan anak dan pada saat tersebut tidak akan ada peningkatan prolaktin walaupun ada isapan bayi, namun pengeluaran air susu tetap berlangsung (Nurjanah, et al, 2013).

b) *Refleks Oksitosin (Let Down)*

Refleks ini mengakibatkan memancarnya ASI keluar, isapan bayi akan merangsang puting susu dan areola yang dikirim lobus posterior melalui nervus vagus, dari glandula pituitary posterior dikeluarkan hormon oxytosin

ke dalam peredaran darah yang menyebabkan adanya kontraksi otot-otot myoepitel dari saluran air susu, karena adanya kontraksi ini maka ASI akan terperas ke arah ampulla (Nurjanah, et al, 2013).

Perubahan payudara dapat meliputi : (Nurjanah, et al, 2013)

- (1) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan.
- (2) Kolostrum sudah ada saat persalinan, produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan.
- (3) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.

4) Perawatan Payudara

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Zamzara, ernawati, dan Susanti, menunjukkan bahwa adanya pengaruh pijat oksitosin terhadap waktupengeluaran kolostrum pada ibu *postpartum sectio caesar* (Jurnal Ilmiah Kesehatan, 2015).

Menstimulasi refleks oksitosin penting dalam menyusui atau memberikan ASI sebelum ASI diperah atau menggunakan pompa. Refleks oksitosin membuat aliran ASI dari payudara menjadi lancar, sehingga menyusui semakin

lancar dan mengurangi bendungan saluran ASI. Faktor yang dapat meningkatkan refleks oksitosin adalah melihat bayi, mendengar suara bayi, mencium bayi, serta memikirkan untuk menyusui, sedangkan hal yang menghambat diantaranya adalah stres karena takut atau cemas (Astuti S, et al, 2015).

a) Tujuan Perawatan Payudara

(1) Memperlancar sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya saluran susu sehingga memperlancar pengeluaran ASI dengan cara menjaga agar payudara senantiasa bersih dan terawat (putting susu) karena saat menyusui payudara ibu akan kontak langsung dengan mulut bayi.

(2) Menghindari putting susu yang sakit dan infeksi payudara, serta menjaga keindahan bentuk payudara.

(Astuti Y. Reni, 2014)

b) Waktu Perawatan Payudara

Perawatan payudara tidak hanya dilakukan pada saat hamil saja yaitu sejak kehamilan tujuh bulan, tetapi juga dilakukan setelah melahirkan. Perawatan payudara hendaknya dimulai sedini mungkin yaitu 1-2 hari setelah bayi lahir dan dilakukan dua kali sehari sebelum mandi.

Prinsip perawatan payudara adalah sebagai berikut:

(Nurjanah, et al, 2013)

- (1) Menjaga payudara tetap bersih dan kering.
- (2) Menggunakan bra/ BH yang menyokong payudara.
- (3) Bila puting susu lecet, oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui. Kegiatan menyusui tetap dilakukan mulai dari puting susu yang tidak lecet.
- (4) Bila lecet sangat berat, dapat diistirahatkan selama 24 jam. ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan sendok.
- (5) Untuk menghilangkan nyeri, dapat minum paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam.
- (6) Apabila payudara bengkak akibat bendungan ASI, lakukan :
- (7) Pengompresan payudara menggunakan kain basah dan hangat selama 5 menit.
- (8) Lakukan pengurutan payudara dari arah pangkal menuju puting atau gunakan sisir untuk mengurut payudara dengan arah “Z” menuju puting.
- (9) Keluarkan ASI sebagian dari bagian depan payudara, sehingga puting susu menjadi lunak.

- (10) Susukan bayi setiap 2-3 jam sekali. Apabila tidak dapat menghisap, seluruh ASI dikeluarkan dengan tangan.
 - (11) Letakkan kain dingin pada payudara setelah menyusui.
 - (12) Payudara dikeringkan.
- c) Cara Menstimulasi Refleksi Oksitosin (Astuti, et al, 2015)
- (1) Bantu ibu secara psikologis:
 - (a) Bangkitkan rasa percaya diri.
 - (b) Coba mengurangi sumber rasa sakit atau rasa takut.
 - (c) Bantu ibu untuk mempunyai pikiran dan perasaan baik tentang bayinya
 - (2) Ajak ibu untuk ikut dalam kelompok pendukung ASI sehingga ibu dapat belajar tentang cara pemberian ASI
 - (3) Ajarkan kontak kulit-ke-kulit selama memerah ASI jika memungkinkan. Bila tidak, ibu dapat memangdang bayinya atau memandang foto bayinya.
 - (4) Tidak minum kopi.
 - (5) Beri kompres hangat pada payudara atau mandi air hangat.

- (6) Stimulasi puting susu dengan cara menarik perlahan dan memutar puting susu dengan jari.
- (7) Mintalah seseorang menggosok punggung. Caranya yaitu :
 - (a) Ibu duduk, bersandar ke depan, lipat lengan di atas sandaran meja di depannya dan letakkan kepala di atas lengannya.
 - (b) Payudara tergantung lepas, punggung tanpa baju.
 - (c) Gosok kedua sisi tulang punggung dengan ibu jari penolong.
 - (d) Kepala kedua tangan seperti tinju dan ibu jari menghadap ke arah atas/ depan.
 - (e) Tekan kuat, bentuk lingkaran kecil dengan kedua ibu jarinya.
 - (f) Gosok ke arah bawah di kedua sisi tulang belakang pada saat yang sama, dari leher ke arah tulang belikat 2-3 menit.

5) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan membuka seperti corong. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh

pembuluh darah. Beberapa hari setelah persalinan, ostium externum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggir-pinggirnya tidak rata tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan. Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh 1 jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari canalis cervikallis. Walaupun begitu, setelah involusi selesai, ostium externum tidak serupadengan keadaannya dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya. Oleh robekan ke samping ini terbentuk bibir depan dan bibir belakang pada serviks (Nurjanah, et al, 2013).

6) 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 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 menonjol.

Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat

tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian (Nurjanah, et al, 2013).

7) 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.

Tipe penurunan tonus otot dan motilitas traktus intestinal berlangsung hanya beberapa waktu setelah persalinan. Penggunaan analgetik dan anestesi yang berlebihan dapat memperlambat pemulihan kontraksi dan motilitas otot (Nurjanah, et al, 2013).

4. Adaptasi psikologi ibu post partum

Fase adaptasi menurut rubin:

a. *Taking in* (Fokus 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 bercerita tentang persalinannya secara berulang-ulang. Oleh karena itu, kondisi ini perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik. Pada fase ini, perlu diperhatikan pemberian ekstra makanan untuk proses

pemulihannya, di samping nafsu makan ibu yang memang sedang meningkat.

b. *Taking on* (Fokus 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 bayinya. Selain itu, perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati. Oleh karena itu, ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri.

c. *Letting go* (interdependent phase)

Masa 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. Ibu mengambil langsung tanggung jawab dalam merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan tuntunan ketergantungan bayinya dan terhadap interaksi sosial. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

2.1.7 Perawatan Masa Nifas 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, 2010).

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 reinsisi.

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 (Sulistyawati, 2009).

Ibu post sectio caesarea 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 (Sulistyawati, 2009).

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.

2.1.8 Manajemen Laktasi

1. Definisi Laktasi

Menyusui atau laktasi merupakan komponen dari proses reproduksi, yang dimulai dari hasil konsepsi, kehamilan, persalinan, menyusui, dan penyapihan Air Susu Ibu (ASI) adalah makanan alamiah bagi bayi karena komposisinya berubah sesuai dengan kebutuhan bayi (Chris Tanto, et al, 2014).

2. Manfaat Pemberian ASI

a. Manfaat ASI untuk bayi

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.

b. 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.

3. 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 organic yang disekresi oleh kedua belah kelenjar payudara ibu sebagai makanan tambahan utama bagi bayi.

a. 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.

b. 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.

c. Air susu matur

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

4. Komposisi Gizi dalam ASI

a. 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.

b. Karbohidrat

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

c. 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.

d. Mineral

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

e. Air

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

f. 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.

g. Kalori

Kalori dari ASI relative hanya 77 kalori/100 ml ASI

5. Upaya Memperbanyak ASI

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

- a. Pemberian ASI segera 30 menit pertama setelah bayi lahir.
- b. Meneteki bayi sering, siang dan malam, setiap waktu sampai bayi tidak mau menetek.

- c. Meneteki payudara kiri dan kanan secara bergantian
- d. Berikan ASI dari satu payudara sampai kosong sebelum pindah ke payudara lain.
- e. Jika bayi telah tidur selama 3 jam, bangunkan dan langsung teteki.
- f. Cara menyusui yang benar sangat penting sekali dalam upaya memperbanyak ASI
- g. Dukungan psikologis dari keluarga dan sekitarnya akan sangat berpengaruh

Hal-hal yang mempengaruhi produksi ASI :

- 1) Makanan
 - 2) Ketenangan jiwa dan pikiran
 - 3) Penggunaan alat kontrasepsi
 - 4) Factor isapan dan frekuensi menyusui
 - 5) Factor obat-obatan
 - 6) Umur kehamilan saat melahirkan
 - 7) Komsumsi rokok
 - 8) Alcohol
 - 9) Stress dan penyakit akut
 - 10) Perawatan payudara
6. 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.

7. 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 :

- a. Putting susu dikompres dengan kapas minyak selama 3-4 menit, kemudian dibersihkan dengan kapas minyak tadi.
- b. Pengenyalan, yaitu putting susu dipegang dengan ibu jari dan telunjuk, diputar kedalam sebanyak 5-10 kali dan diputar keluar sebanyak 5-10 kali.
- c. Pengurutan payudara yang terdiri dari pengurutan pertama , kedua, ketiga, dan keempat.

Pengurutan pertama:

- 1) Licinkan telapak tangan dengan menggunakan sedikit minyak/baby oil
- 2) 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.
- 3) Lakukan sebanyak 20 kali selama 5 menit

Pengurutan kedua:

- 1) Gunakan kembali baby oil untuk melicinkan telapak tangan
- 2) 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 puting susu
- 3) Lakukan hal yang sama pada payudara kanan dengan gerakan yang sama.

Pengurutan ketiga:

- 1) Licinkan telapak tangan dengan baby oil
- 2) Topang payudara kiri dengan telapak tangan kiri
- 3) 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.
- 4) Lakukan sebanyak 20 kali selama 5 menit

Pengurutan keempat:

- 1) Berikan rangsangan payudara dengan menggunakan air hangat dan dingin.
- 2) Kompres payudara dengan air hangat terlebih dahulu, kemudian lanjutkan dengan air dingin. Lakukan secara bergantian selama 5 menit

3) Bersihkan dan keringkan payudara. Kenakan bra yang menyangga payudara.

8. Masalah Dalam Pemberian ASI

a. Payudara bengkak

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

b. Putting susu lecet

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

c. 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.

2.2 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS

2.2.1 Pengkajian

Adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Nursalam, 2008)

1. Identitas Klien

Meliputi nama, umur, ras/suku, gravida/para, alamat dan nomor telepon, agama, status perkawinan, pekerjaan dan tanggal anamnesa (Chapman & Cathy, 2013).

2. Identitas Penanggung Jawab

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

3. Alasan Datang

Alasan wanita datang ke tempat Bidan/Klinik, yang diungkapkan dengan kata-kata sendiri (Chapman & Cathy, 2013).

4. Riwayat Kesehatan (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010)

a. Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

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

b. Keluhan Utama Saat Dikaji

Keluhan utama saat dikaji uraikan dalam bentuk PQRST :

P: Paliatif/Propokatif

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

Q: *Quality/Quantity*

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

R: *Region/Radiasi*

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

S: *Severity, Scale*

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

T: *Timing*

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

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

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Meliputi apakah klien pernah masuk rumah sakit dan pernah mengalami riwayat pembedahan (Chapman & Cathy,2013).

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Apakah keluarga memiliki riwayat penyakit keturunan seperti Diabetes, Hipertensi, Penyakit Jantung, dan sebagainya ataupun mmiliki penyakit menular seperti TB (Tuberkulosis) (Chapman & Cathy,2013).

5. Riwayat Ginekologi dan Obstetri

a. Riwayat ginekologi

1) Riwayat menstruasi

Umur menarche, frekuensi jarak atau siklus, jumlah darah keluar, karakteristik darah, HPHT, dismenorea penggunaan produk sanitari (misal celana dalam dan pembalut) (Chapman & Cathy, 2013).

2) Riwayat Perkawinan

Nikah atau tidak, berapa kali menikah, berapa lama menikah (Chapman & Cathy, 2013).

3) Riwayat Keluarga Berencana

Pola hidup seksual, frekuensi berhubungan, kelainan dan masalah seksual, dan lain – lain (Chapman & Cathy, 2013).

b. Riwayat Obstetri

1) Riwayat Kehamilan Dahulu

Tanggal terminasi, usia gestasi, tempat lahir, bentuk persalinan, masalah obstetri, jalannya persalinan yang lampau (Chapman & 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 pemeriksaan 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 keberapa bagi klien, tanggal melahirkan, jenis persalinan, lamanya persalinan, banyaknya perdarahan, jenis kelamin anak, berat badan dan APGAR score dalam 1 menit pertama dan 5 menit pertama. (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).

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

a. Pola nutrisi

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

b. Pola eliminasi

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

yang biasa dan teratur kembali setelah tonus usus kembali. Dibutuhkan 2-8 minggu sampai hipotonus dan dilatasi uterus dan pelvis ginjal yang terjadi karena kehamilan kembali seperti sebelum hamil.

c. Pola istirahat dan tidur

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

d. Personal hygiene

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

e. Aktifitas 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.

7. Pemeriksaan Fisik

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

1) 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.

2) 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.

3) Antropometri

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

4) Pemeriksaan fisik ibu

a) Kepala

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

b) Wajah

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

c) Mata

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

d) Telinga

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

e) Hidung

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

f) Mulut

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

g) Leher

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

h) 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.

i) Abdomen

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

j) Punggung dan bokong

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

k) 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.

l) Anus

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

m) Ekstremitas

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

5) Pemeriksaan Fisik Bayi

a) Keadaan umum

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

b) Antropometri

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

8. Data Psikologis

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

9. Pemeriksaan Penunjang (Nurarif, 2015)

- a. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- b. Pemantauan EKG
- c. Pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, elektrolit
- d. Golongan darah
- e. Urinalisis
- f. Ultrasonografi

10. 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.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut teori Diagnosa Medis dan NANDA (*North American Nursing diagnosis Association*) 2015, diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu post partum seksio sesarea yaitu: (Nurarif & Kusmana, 2015).

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mokus dalam jumlah berlebihan) jalan nafas alergik (respon obat anestesi)
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi ibu 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 faktor resiko : Episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan
8. Defisit perawatan diri : mandi atau kebersihan diri, makan toileting berhubungan dengan kelelahan postpartum.

9. Konstipasi
10. Resiko syok (hipovolemik)
11. Resiko pendarahan
12. Defisit pengetahuan : perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.

2.2.3 Perencanaan

Intervensi atau perencanaan adalah suatu tahap dari proses keperawatan yang meliputi proses penentuan prioritas dan metode yang akan digunakan untuk penyelesaian masalah kesehatan klien. (Nursalam,2009)

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

Tabel 2.2 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	NOC	NIC	
Definisi : Ketidakmampuan membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan bersihan jalan nafas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Respiratory status: Ventilation ❖ Respiratory status: Airway patency Kriteria Hasil: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Airway suction <ul style="list-style-type: none"> - Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning - Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning 	Waktu tindakan suction yang tepat membantu melapangkan jalan nafas pasien Mengetahui adanya suara nafas tambahan dan keefektifan jalan nafas untuk memenuhi O ₂ pasien
Batasan Karakteristik:			
<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada batuk • Suara napas tambahan • Perubahan pola 			

<p>nafas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan frekwensi napas • Sianosis • Kesulitan verbalisasi • Penurunan bunyi napas • Dipsneu • Sputum dalam jumlah yang berlebihan • Batuk yang tidak efektif • Orthopnea • Gelisah • Mata terbuka lebar 	<p>pursed lips)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) ❖ Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas 	<ul style="list-style-type: none"> - Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning - Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan - Berikan O₂ dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suksion nasotrakeal - Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan - Anjurkan pasien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dan nasotrakeal - Monitor status oksigen pasien - Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suksion - Hentikan suksion dan berikan oksigen apabila pasien menunjukkan bradikardi, 	<p>Memberikan pemahaman kepada keluarga mengenai indikasi kenapa dilakukan tindakan suction</p> <p>Nafas dalam memudahkan ekspansi maksimum paru-paru atau jalan nafas kecil</p> <p>Memberi cadangan oksigen untuk menghindari hipoksia</p> <p>Mencegah infeksi nosokomial</p> <p>Memberikan ekspansi pada paru-paru setelah tindakan</p> <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>
<p>Faktor Yang Berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mucus berlebihan • Terpajan asap • Benda asing dalam jalan napas • 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 			

peningkatan saturasi O₂, dll.

❖ Airway Management

- Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu
Menjamin jalan masuknya udara ke paru secara normal
 - Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi
Posisi ventilasi maksimal membuka area atelectasis dan meningkatkan gerakan secret ke jalan nafas besar untuk dikeluarkan
 - Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan
Menentukan indikasi pemasangan dan tindakan
 - Pasang mayo bila perlu
Menjaga kepatenan jalan nafas
 - Lakukan fisioterapi dada jika perlu
Meningkatkan efisiensi pola pernafasan dan membersihkan jalan nafas
 - Keluarkan sekret dengan batuk atau suction
Batuk dapat memudahkan pengeluaran secret
 - Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan
Untuk mengetahui adanya penurunan atau tidaknya ventilasi atau bunyi tambahan
 - Lakukan suction pada mayo
Suction pada mayo tidak mengganggu jalan nafas dan dapat memberi kenyamanan pasien
 - Berikan bronkodilator bila
Menurunkan kekentalan secret
-

	perlu	Mencegah
	- Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab	pengeringan membrane mukosa
	- Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan	Membantu mengencerkan secret sehingga mudah dikeluarkan
	- Monitor respirasi dan status O ₂	Mengetahui adanya perubahan nilai SaO ₂ dan status hemodinamik, jika terjadi perburukan suction bias dihentikan

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

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

Tabel 2.3 Intervensi Nyeri Akut

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Nyeri akut	NOC	NIC	
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.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pain Level ❖ Pain Control ❖ Comfort Level Kriteria Hasil: <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 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pain Management - Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi - Observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan - Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui 	Untuk mengetahui tingkat nyeri pasien Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan yang dirasakan oleh klien Untuk mengalihkan perhatian pasien dari rasa nyeri
Batasan Karakteristik:			
• Perubahan selera			

<p>makan</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • Putus asa • Fokus menyempit • Sikap melindungi 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>dengan menggunakan manajemen nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) ❖ Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<p>pengalaman nyeri pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri - Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau - Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau - Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan - Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan - - Kurangi faktor presipitasi nyeri - Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal) - Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi - Ajarkan tentang teknik non farmakologi 	<p>Membantu mengurangi nyeri</p> <p>Untuk mengurangi faktor yang dapat memperburuk rasa nyeri</p> <p>Untuk mengetahui adakah terjadi pengurangan rasa nyeri yang 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</p>
<p>Faktor Yang Berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agen cedera biologis • Agen cidera kimiawi • Agen cidera fisik 			

	farmakologi dalam manajemen nyeri yang dirasakan
- Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri	Pemberian analgetik dapat mengurangi rasa nyeri
- Evaluasi keefektifan kontrol nyeri	Rasa nyeri lebih dapat teratasi
- Tingkatkan istirahat	Agar dapat mengurangi nyeri
- Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil	Apabila keluhan nyeri belum berkurang
- Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri	Untuk mengurangi efek samping lanjut dari rasa nyeri
❖ Analgesic Administration	
- Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat	Untuk mengetahui intervensi apa yang harus dilakukan
- Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi	Selanjutnya Untuk menjaga keselamatan pasien dalam pemberian obat
- Cek riwayat alergi	Supaya tidak memperburuk keadaan pasien
- Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu	Untuk penatalaksanaan terapi yang lebih baik
- Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan	Untuk mempercepat kurangnya rasa

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

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

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

Tabel 2.4
Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	NOC	NIC	
Definisi: Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik	❖ Nutritional status: food and fluid intake ❖ Nutritional status: Nutrient Intake	❖ Nutritional Management - Kaji adanya alergi makanan	Untuk menghindari rasa mual dan muntah
Batasan karakteristik: • Kram abdomen • Nyeri abdomen • Menghindari makanan • Berat badan 20% atau	❖ Weight control Kriteria Hasil: ❖ Adanya peningkatan berat	- Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang	Pengawasan kehilangan dan alat kebutuhan nutrisi

lebih dibawah berat badan ideal	badan sesuai dengan tujuan	dibutuhkan pasien	
• Kerapuhan kapiler	❖ Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan	- Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe	Membantu pembentukan sel darah merah dalam absorpsi makanan
• Diare	❖ Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi	- Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C	Mempertahankan kelembaban kulit dan cairan tubuh
• Kehilangan rambut berlebihan	❖ Tidak ada tanda-tanda malnutrisi	- Berikan substansi gula	Dapat meningkatkan energy pasien
• Enggan makan	❖ Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan	- Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi	Untuk mencegah konstipasi
• Asupan makan kurang dari <i>recommended daily allowance</i> (RDA)	❖ Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	- Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)	Untuk membantu dalam proses pemenuhan nutrisi klien
• Bising usus hiperaktif		- Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian	Mengerti membuat catatan makanan harian dapat meningkatkan pola makan klien
• Kurang informasi		- Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori	Pemantauan jumlah nutrisi dan kalori dapat meningkatkan jumlah yang dibutuhkan leh tubuh
• Kurang minat pada makanan			Untuk mengetahui kebutuhan nutrisi klien
• Tnus otot menurun			Mengetahui status nutrisi yang dibutuhkan
• Kesalahan informasi			
• Kesalahan persepsi			
• Mambran mukosa pucat			
• Ketidakmampuan memakan makanan			
• Cepat kenyang setelah makan			
• Sariawan rongga mulut			
• Kelemahan otot pengunyah			
• Kelemahan otot untuk menelan			
• Penurunan berat badan dengan asupan makan adekuat			
Faktor Yang Berhubungan:			
• Asupan diet kurang			
Populasi Berisiko:			
• Faktor biologis			
• Kesulitan ekonomi			
Kondisi Terkait:			
• Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient			
• Ketidakmampuan mencerna makanan			
• Ketidakmampuan makan			
• Gangguan psikososial			
		❖ Nutrition Monitoring	
		- BB pasien dalam batas normal	Mengetahui status berat badan klien
		- Monitor adanya	

penurunan berat badan	Mengidentifikasi seberapa besar penurunan berat badan
- Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan	Aktivitas mempengaruhi respon klien terhadap kondisi fisik
- Monitor interaksi anak atau orangtua selama makan	Untuk sebagian orang makan merupakan kegiatan social. Kesendirian saat makan dapat mengurangi motivasi untuk mempersiapkan makanan bergizi lingkungan yang tidak nyaman dapat mempengaruhi selera makan
- Monitor lingkungan selama makan	Klien merasa masih ada orang yang memperhatikannya
- Jadwalkan pengobatan dan perubahan pigmentasi	Mencegah atau menurunkan insiden komplikasi
- Monitor turgor kulit	Turgor kulit jelek dapat menggambarkan keadaan klien
- Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah	Tindakan ini membantu klien dalam perawatan personal hygiene klien
- Monitor mual dan muntah	Mual dan muntah mempengaruhi penurunan nutrisi
- Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan	Memonitor status nutrisi

	kadar Ht	
- Monitor pertumbuhan dan perkembangan		Mengetahui status pertumbuhan klien
- Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva		Mengetahui status pertumbuhan klien
- Monitor kalori dan intake nutrisi		Untuk menjamin nutrisi adekuat/meningkatkan kalori total
- Catat adanya edema, hiperemik, hipertonic papila lidah dan cavitas oral		Menentukan keadaan cairan dan nutrisi per oral
- Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet		Mengetahui masalah kesehatan klien

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

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

Tabel 2.5
Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan pemberian ASI	NOC	NIC	
Definisi: Kesulitan memberi susu pada bayi atau anak secara langsung dari payudara, yang dapat mempengaruhi status gizi bayi/anak.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Breastfeeding Ineffective ❖ Breathing Pattern Ineffective ❖ Breastfeeding Interrupted 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Breastfeeding Assistance - Evaluasi pola menghisap / menelan bayi 	Upaya meningkatkan produksi ASI, nutrisi, meningkatkan frekuensi menyusui
Batasan Karakteristik: <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakadekuatan defekasi bayi • Bayi mendekat ke arah payudara • Bayi menangis pada payudara • Bayi menangis dalam 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Kementapan pemberian ASI : Bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu 	<ul style="list-style-type: none"> - Tentukan Keinginan Dan Motivasi Ibu untuk menyusui - Evaluasi 	Untuk mengetahui gambaran dan motivasi ibu menyusui Dapat mengetahui kesenjangan proses

<p>jam pertama setelah menyusui</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bayi rewel dalam satu jam setelah menyusui • Bayi tidak mampu <i>latch on</i> pada payudara secara tepat • Bayi menolak <i>latching on</i> • Bayi tidak responsif terhadap tindakan kenyamanan lain • Ketidak cukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui • Kurang menambah berat badan bayi • Tidak tampak tanda pelepasan ositosis • Tampak ketidakadekuatan asupan susu • Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui • Penurunan berat badan bayi terus menerus • Tidak mengisap payudara terus-menerus 	<p>untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Kemantapan Pemberian ASI : IBU : kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dan payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI ❖ Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/toddler ❖ Penyapihan Pemberian ASI: ❖ Diskontinuitas progresif pemberian ASI ❖ Pengetahuan Pemberian ASI : tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI 	<p>pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (misalnya reflex rooting, menghisap dan terjaga)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 - Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar susu dan mastitis - Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi ❖ Breast Examination ❖ Lactation 	<p>pemberian air susu ibu (ASI) ibu</p> <p>Monitor apakah bayi dapat menghisap dengan baik, monitor posisi bayi pada dada ibu, dan monitor apakah mulut bayi sudah berada tepat pada puting susu ibu</p> <p>Untuk mengetahui kemampuan teknik menyusui yang dilakukan oleh ibu nifas</p> <p>Identifikasi atau intervensi dini dapat mencegah / membatasi terjadinya luka dan pecah puting, yang dapat merusak proses menyusui</p> <p>Dapat mengetahui kesenjangan kondisi ibu dalam intervensi</p> <p>Melihat berat badan dan proses eliminasi bayi apakah sudah berespon dengan baik</p>
<p>Faktor Yang Berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keterlambatan laktogen II • Suplai ASI tidak cukup • Keluarga tidak mendukung • Tidak cukup waktu untuk menyusui ASI • Kurang pengetahuan orang tua tentang pentingnya pemberian ASI • Diskontinuitas pemberian ASI • Ambivalen ibu • Ansietas ibu • Anomali payudara ibu 			

<ul style="list-style-type: none"> • Keletihan ibu • Obesitas ibu • Nyeri ibu • Penggunaan dot • Refleks isap bayi buruk • Penambahan makanan dengan puting artifisial 	<p>ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI</p>	<p>Supresion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI 	<p>Untuk membantu mempertahankan keberhasilan pemberian ASI</p>
<p>Populasi Berisiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bayi premature • Pembedahan payudara sebelumnya • Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya • Masa cuti melahirkan yang pendek 		<ul style="list-style-type: none"> - Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI 	<p>Menambah wawasan di bidang promosi kesehatan untuk menggalakkan ibu menyusui dan teknik memompa ASI</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan pengasuh bayi mengenai topik-topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran memberi susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang 	<p>Untuk meningkatkan informasi dalam pencairan ASI dan menghindari pemberian susu formula</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula 	<p>Meningkatkan kemandirian dan pengalaman pemberian makan yang optimal</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Apabila penyapihan diperlukan, informasikan ibu mengenai kembalinya proses ovulasi dan seputar alat kontrasepsi yang sesuai 	<p>Meningkatkan kemandirian tentang informasi kembalinya ovulasi dan alat kontrasepsi yang sesuai</p>

- ❖ Lactation Counseling
 - Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI
 - Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu
- Meningkatkan kemampuan tentang lebih bagus diberikan ASI
- Membantu orang tua dalam penguasaan tugas baru

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

5. Hambatan eliminasi urin

Tabel 2.6
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 Continuence 	<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)
Batasan karakteristik:	Kriteria Hasil:	
<ul style="list-style-type: none"> • Disuria • Sering berkemih • Anyang-anyangan • Nokturia • Inkontinensia urine • Retensi urine • Dorongan berkemih 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Kandung kemih kosong secara penuh ❖ Tidak ada residu urine > 100-200 cc ❖ Intake cairan dalam rentang normal ❖ Bebas dari ISK ❖ Tidak ada spasme bladder ❖ Balance cairan seimbang 	<ul style="list-style-type: none"> - Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau properti alpha agonis - Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium channel blockers
Faktor Berhubungan: Yang		
<ul style="list-style-type: none"> • Penyebab multiple 		<ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui pemberian obat yang tepat
Konsisi Terkait:		
<ul style="list-style-type: none"> • Obstruksi anatomic • Gangguan sensori motorik • Infeksi saluran kemih 		<ul style="list-style-type: none"> - Menghindari efek samping dari obat-obat yang sudah diresepkan

dan antikolinergik	Melanjutkan
- Menyediakan penghapusan privasi	intervensi selanjutnya
- Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiram toilet	Membantu dengan cara toilet berkala
- Merangsang refleks kandung kemih dengan menerapkan dingin untuk perut, membelai tinggi batin, atau air	Mengurangi terjadinya resiko infeksi saluran kemih
- Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit)	Mengevaluasi kandung kemih
- Gunakan spirit wintergreen di pispot atau urinal	Memudahkan untuk berkemih
- Menyediakan manuver Crede, yang diperlukan	Memungkinkan klien membuat keputusan berdasarkan informasi
- Gunakan double-void teknik	Untuk melatih mengontrol pasien teknik berkemih
- Masukkan kateter kemih, sesuai	Supaya menjaga kenyamanan pasien
- Anjurkan pasien / keluarga untuk merekam output urine, sesuai	Mengurangi terjadinya kekurangan cairan
- Instruksikan cara-cara untuk menghindari konstipasi atau impaksi tinja	Memberikan informasi untuk lebih banyak mengkonsumsi serat

- Memantau asupan dan keluaran	Mengetahui apa yang telah di asup oleh tubuh
- Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi	Mengetahui bila terjadi distensi 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.

6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

Tabel 2.7
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.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Anxiety reduction ❖ Comfort level ❖ Rest: Extent & pattern ❖ Sleep: Extent & pattern 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sleep Enhancement - Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur - Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat - Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca) 	Mengetahui pengaruh obat dengan pola tidur pasien Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga pasien Meningkatkan tidur
Batasan karakteristik: <ul style="list-style-type: none"> • Kesulitan berfungsi sehari-hari • Kesulitan memulai tertidur • Kesulitan mempertahankan tetap tidur • Ketidakpuasan tidur • Tidak merasa cukup 	Kriteria Hasil: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari ❖ Pola tidur, kualitas dalam 		

istirahat	batas normal	- Ciptakan lingkungan yang nyaman	Agar periode tidur tidak terganggu dan relaks
• Terjaga tanpa jelas penyebabnya	❖ Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat	- Kolaborasikan pemberian obat tidur	Mengurangi gangguan tidur
Faktor Yang Berhubungan:		- Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien	Meningkatkan pola tidur yang baik secara mandiri
• Kgangguan karena car tidur pasangan tidur		- Instruksikan untuk memonitor tidur pasien	Mengetahui perkembangan pola tidur pasien
• Kendala lingkungan		- Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur	Mengetahui pengaruh makan dan minum terhadap pola tidur pasien
• Kurang privasi		- Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam	Mengetahui perkembangan pola tidur pasien
• Pola tidur tidak menyetatkan		- Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan	Mengetahui status nutrisi yang dibutuhkan
Kondisi Terkait:			
• Imobilisasi			

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

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

Tabel 2.8
Intervensi Resiko Infeksi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Risiko Infeksi	NOC	NIC	
Definisi: Rentan mengalami invasi dan multiplikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Immune status ❖ Knowledge: Infection control ❖ Risk control 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Infection control (control infeksi) - Bersihkan lingkungan setelah dipakai 	Untuk meminimalkan

<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>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 	<p>pasien lain</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan teknik isolasi - Batasi pengunjung bila perlu - Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien - Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan - Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan - Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung - Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat - Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum - Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing - Tingkatkan intake nutrisi 	<p>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>Sebagai alat proteksi dan mencegah penyebaran kuman</p> <p>Tindakan aseptik dapat mengurangi paparan klien dari sumber infeksi</p> <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>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 • Pecah ketuban lambat • Supresi respons inflamasi 			

- Berikan terapi antibiotik bila perlu	Antibiotik dapat menghambat pembentukan sel bakteri
- Infection Protection (proteksi terhadap infeksi)	Agar bakteri dan penyakit tidak menyebar dari lingkungan ke orang lain
- Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local	Sebagai monitor adanya area infeksi
- Monitor hitung granulosit, WBC	Untuk melakukan intervensi kembali
- Monitor kerentangan terhadap infeksi	Mengurangi patogen pada sistem imun dan mengurangi kemungkinan pasien terjadi infeksi
- Batasi pengunjung	Meminimalkan terjadinya penularan infeksi
- Sering pengunjung terhadap penyakit menular	Untuk mengurangi terinfeksi terhadap penyakit menular
- Pertahankan teknik aspeksis pada pasien yang beresiko	Mengurangi resiko kolonisasi/infeksi bakteri
- Pertahankan teknik isolasi k/p	Observasi turgor kulit untuk mempertahankan teknik isolasi
- Berikan perawatan kulit pada area epidema	Untuk mencegah iritasi pada kulit
- Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase	Dapat mengetahui area yang terjadi infeksi
- Inspeksi kondisi	Dapat mengetahui

	luka / insisi bedah	perkembangan luka
-	Dorong masukkan nutrisi yang cukup	Status nutrisi yang cukup dapat membantu penyembuhan luka
-	Dorong masukan cairan	Supaya tidak terjadi kekurangan cairan
-	Dorong istirahat	Istirahat yang cukup dapat membantu penyembuhan luka
-	Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep	Konsumsi antibiotik sesuai program dapat mengurangi retensi kuman
-	Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi	Agar pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi
-	Ajarkan cara menghindari infeksi	Supaya pasien dan keluarga bisa terhindar dari infeksi
-	Laporkan kecurigaan infeksi	Untuk melakukan penanganan yang tepat tentang infeksi
-	Laporkan kultur positif	Hasil kultur positif menunjukkan telah terjadi infeksi

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

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

Tabel 2.9

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: <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 	<p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Perawatan diri ostomi : tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi ❖ Perawatan diri : Aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu ❖ Perawatan diri Mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu ❖ Perawatan diri hygiene : mampu 	<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 samping tempat tidur atau di kamar 	Perubahan fisik karena faktor usia membuat seseorang tidak peduli akan kebersihan tubuhnya Mampu berfokus pada keperawatan diri pasien Memperbaiki harga diri dan meningkatkan perasaan kesejahteraan
Faktor Yang Berhubungan: <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 			

<ul style="list-style-type: none"> • Gangguan musculoskeletal • Gangguan neuromuscular • Gangguan persepsi 	<p>untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ 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>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 	<p>Menyediakan informasi yang tepat untuk pasien</p> <p>Meningkatkan kemampuan pasien dalam personal, sediakan lingkungan yang traupetik 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>Mempertahankan rutinitas perawatan diri klien</p> <p>Memudahkan rutinitas yang biasa dilakukan pasien</p>
---	---	---	--

pemeliharaan rutin sebelum tidur yang biasa pasien tidur, isyarat sebelum tidur, alat peraga, dan benda-benda asing (misalnya, untuk anak-anak, cerita, selimut / mainan, goyang, dot, atau favorit, untuk orang dewasa, sebuah buku untuk membaca atau bantal dari rumah), sebagaimana sesuai

- Mendorong orang tua / keluarga partisipasi, dalam kebiasaan tidur biasa

Meningkatkan perasaan harga diri, mendorong kemandirian dan partisipasi dalam terapi.
- Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri

Agar pasien dapat secara mandiri memberi perawatan diri kepada dirinya sendiri

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

9. Konstipasi

Tabel 2.10
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 • Feses keras dan berbentuk • Sakit kepala • Bising usus hiperaktif • Bising usus hipoaktif • Tidak ada defekasi • Peningkatan tekanan intra abdomen • Tidak dapat makan • Feses cair • Nyeri pada saat defekasi • Massa abdomen yang 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Bowel Elimination ❖ Hidration <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mempertahankan bentuk feces lunak setiap 1-3 hari ❖ Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi ❖ Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi ❖ Feses lunak dan berbentuk 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cnstipaction/Impaction management - 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 	<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/pros</p>

<p>dapat diraba</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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>tanda dan gejala konstipasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau tanda dan gejala impaksi - Memantau gerakan usus, termasuk konsistensi, frekuensi, bentuk, volume, dan warna - Memantau bising usus - Anjurkan pasien atau keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses - Anjurkan pasien atau keluarga untuk diet tinggi serat - Timbang pasien secara teratur - Ajarkan pasien dan keluarga tentang proses pencernaan yang normal - Ajarkan pasien/keluarga tentang kerangka waktu 	<p>es pelunakan feses</p> <p>Untuk mengetahui tanda-tanda yang menekan atau infaksi feses</p> <p>Konsistensi, frekuensi, bentuk, volume dan warna normal bagian tinja berkisar dua kali sehari ke tiga atau keempat</p> <p>Untuk mengetahui bising usus yang hiperaktif</p> <p>Bila peristaltik mulai, pemasukan makanan dan minuman meningkat kembalinya eliminasi usus normal</p> <p>Supaya fesanya 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</p>
<p>Faktor Yang Berhubungan:</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 		

<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>untuk revolusi sembelit sembelit</p>
---	---

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

10. Resiko syok (Hipovolemik)

Tabel 2.11
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</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 	<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 	<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</p>

<i>inflammatory response syndrome (SIRS)</i>	<p>dalam batas normal</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Magnesium serum dalam batas normal ❖ PH darah serum dalam batas normal 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor hemodinamik invasi yng sesuai 	<p>nutrisi dalam darah</p> <p>Untuk mengetahui sistem peredaran darah yang sesuai</p>
	Hidrasi		
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Indicator : ❖ Mata cekung tidak ditemukan ❖ Demam tidak ditemukan ❖ Tekanan darah dalam batas normal ❖ Hematokrit dalam batas normal 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala asites - Monitor tanda awal syok - Tempatkan pasien pada posisi supine,kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat - Lihat dan pelihara kepatenan jalan nafas - Berikan cairan IV dan atau oral yang tepat - Berikan vasodilator yang tepat - Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok - Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok 	<p>Untuk mengetahui resistensi cairan dalam intravaskuler</p> <p>Untuk menentukan intervensi yang tepat</p> <p>Membantu meningkatkan pergerakan kaki</p> <p>Mempertahankan kepatenan jalan nafas</p> <p>Untuk memenuhi kebutuhan cairan klien</p> <p>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 	<p>Memonitor neurologi dapat mengetahui tingkat kesadaran klien</p>

renal (e.g BUN dan Cr: Lavel)	Mengetahui kandungan cairan (darah dan urin) dalam tubuh
- Monitor tekanan nadi	Mengevaluasi kondisi klien
- Monitor status cairan, input, output	Menganalisi data pasien untuk mengatur keseimbangan cairan
- Catat gas darah arteri dan oksigen di jaringan	Mengukur pH dan kadar oksigen pada darah dari arteri
- Monitor EKG, sesuai	Mengetahui perubahan irama jantung secara continue
- Memanfaatkan pemantauan jalur arteri untuk meningkatkan akurasi pembacaan tekanan darah, sesuai	Dengan melihat jalur arteri dapat mengetahui tekanan darah dengan akurat
- Menggambar gas darah arteri dan memonitor jaringan oksigenasi	Menjaga perfusi oksigen tetap membaik
- Memantau tren dalam parameter hemodinamik (misalnya, CVP, MAP, tekanan kapiler pulmonal / arteri)	Mengetahui tingkat kebocoran pembuluh darah dan mempertahankan fungsi renal
- Memantau faktor penentu pengiriman jaringan oksigen (misalnya, PaO2 kadar hemoglobin SaO2, CO), jika tersedia	Mengetahui kondisi medis dan keadaan perfusi
- Memantau tingkat	

karbon dioksida sublingual dan atau tonometry lambung, sesuai	Memantau karbondioksida yang tersimpan untuk mengontrol ventilasi
- Memonitor gejala gagal pernafasan (misalnya, rendah PaO2 peningkatan PaCO2 tingkat, kelelahan otot pernafasan)	Mempertahankan oksigenasi dan mencegah resiko kematian
- Monitor nilai laboratorium (misalnya, CBC dengan diferensial) koagulasi profil,ABC, tingkat laktat, budaya, dan profil kimia)	Menganalisis perubahan fungsi tubuh dan menentukan nilai rujukan
- Masukkan dan memelihara besarnya kobosanan akses IV	Mempertahankan dan memelihara kebutuhan cairan secara parenteral

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

11. Resiko Pendarahan

Tabel 2.12
Intervensi Resiko Pendarahan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko perdarahan	NOC	NIC	
Definisi: Rentan mengalami penurunan volume darah, yang dapat mengganggu kesehatan.	❖ Blood lose severity ❖ Blood koagulation Kriteria Hasil: ❖ Tidak ada hematuria dan hematemesis ❖ Kehilangan darah yang terlihat ❖ Tekanan darah dalam batas normal	❖ Bleeding Precautions - Monitor ketat tanda-tanda perdarahan Catat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan	Mengetahui intervensi yang akan dijalankan Mengetahui jumlah pendarahan dan nilai hematocrit klien
Faktor Resiko: • Kurang pengetahuan tentang kewaspadaan pendarahan			

<p>Populasi Berisiko</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riwayat jatuh 	<p>sistol dan diastole</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ 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"> - Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit 	<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>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"> - Monitor TTV ortostatik 	<p>Dengan pengukuran ortostatik dapat mengetahui tingkat trauma klien Meminimalkan resiko pendarahan dengan</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif 	<p>Mempertahankan kebutuhan darah cair memiliki factor pembekuan tinggi dalam tubuh</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresh frozen plasma) Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan 	<p>Aktivitas pasien yang tidak terkontrol dapat menyebabkan terjadinya pendarahan</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Hindari mengukur suhu lewat rectal 	<p>Pendarahan yang banyak memungkinkan pada rektal Merupakan obat</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Hindari pemberian aspirin dan anticoagulant 	<p>yang memiliki kemampuan mengencerkan darah sehingga harus dihindari pada pasien pendarahan</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K 	<p>Memenuhi kebutuhan nutrisi klien dan vitamin K dapat membantu dalam pembekuan darah</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Hindari terjadinya konstipasi dengan menganjurkan untuk mempertahankan intake cairan yang adekuat dan pelembut feses 	<p>Konstipasi menyebabkan resiko pendarahan pada daerah rektal</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Bleeding Reduction - Identifikasi penyebab perdarahan - Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonary capillary / artery wedge pressure 	<p>Menentukan intervensi yang akan dilakukan Mengetahui tingkat kebocoran pembuluh darah</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Monitor status cairan yang meliputi intake dan output 	<p>Menganalisis data pasien untuk mengetahui keseimbangan cairan Mengetahui kondisi medis dan keadaan perfusi</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>Memenuhi kebutuhan cairan secara parenteral</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Bleeding Reduction: - Lakukan manual pressure (tekanan) pada area 	<p>Menekan pembuluh darah dapat meminimalisasi aliran darah yang</p>

	perdarahan	dikeluarkan
		Membantu
-	Gunakan ice pack pada area perdarahan	pembekuan darah pada area perdarahan
		Menekan
-	Lakukan pressure dressing (perban yang menekan) pada area luka	pembuluh darah dapat meminimalisasi aliran darah yang dikeluarkan
		Membantu
-	Tinggikan ekstremitas yang perdarahan	menalirkan darah menuju otak untuk memenuhi kehilangan darah
		Menentukan
-	Monitor ukuran dan karakteristik hematoma	kumpulan darah yang tidak normal
-	Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan	Menentukan intervensi yang akan dilakukan
		Ketika batuk
-	Instruksikan pasien untuk menekan area luka pada saat bersin atau batuk	kemungkinan darah akan mengalir keluar karena adanya tekanan sehingga daerah luka harus ditekan
		Dengan aktivitas yang berlebih dapat menambah pendarah yang dialami klien
-	Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas	
❖	Bleeding reduction: gastrointestinal	Untuk memantau
-	Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh: emesis, feces, urine, residu lambung, dan drainase luka	pendarahan yang pasien alami
-	Monitor complete blood count dan leukosit	Mengetahui darah secara keseluruhan dalam tubuh
		Untuk melanjutkan
-	Kolaborasi dalam pemberian terapi :	intervensi selanjutnya

	lactulose atau vasopresson	Menghindari timbulnya nyeri dan pendarahan, dan aspirasi, observasi sekresi lambung dan kepatenan NGT
-	Lakukan pemasangan NGT untuk memonitor sekresi dan perdarahan lambung	Menghentikan pendarahan
-	Lakukan bilas lambung dengan NaCl dingin	Mengetahui apakah ada pendarahan di saluran pencernaan
-	Dokumentasikan warna, jumlah dan karakteristik feses	Menghindari kehilangan darah yang ektrim, antasida secara langsung akan menetralsir keasaman, peningkatan pH dan mengurangi keasaman di perut
-	Hindari pH lambung yang ekstrem dengan kolaborasi pemberian antacids atau histamine blocking agent	Mengurangi ketegangan dan membuat perasaan lebih nyaman
-	Kurangi faktor stress	Supaya jalan nafas tetap adekuat
-	Pertahankan jalan nafas	Karena obat ini adalah obat untuk mengencerkan darah sehingga harus dihindari untuk pasien pendarahan
-	Hindari penggunaan anticoagulant	Mengetahui apakah status nutrisi pasien terpenuhi
-	Monitor status nutrisi pasien	Untuk menambah cairan secara parenteral
-	Berikan cairan Intravena	Obat – obat ini tidak hanya menurunkan agregasi trombsit
-	Hindari penggunaan aspirin	

dan ibuprofen 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.

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

Tabel 2.13
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.	❖ Knowledge: Disease process ❖ Knowledge: Health behavior	❖ Treching: Disease process - Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik	Mengetahui tingkat pengetahuan keluarga dan pasien
Batasan karakteristik: • Ketidakakuratan mengikuti perintah • Ketidakakuratan melakukan tes • Perilaku tidak tepat • Kurang pengetahuan	Kriteria Hasil: ❖ Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, program pengobatan	- Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat	Meningkatkan pengetahuan dan mengurangi cemas
Faktor Yang Berhubungan: • Kurang informasi • Kurang minat untuk belajar • Kurang sumber pengetahuan • Keterangan yang salah dari orang lain	❖ Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar ❖ Pasien dan keluarga mampu menjelaskan	- Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat - Identifikasi kemampuan penyebab dengan cara yang tepat	Meningkatkan kemampuan untuk melakukan penanganan yang tepat Memberikan pengetahuan mengenai peningkatan kemampuan yang
Kondisi Terkait:			

<ul style="list-style-type: none"> • Gangguan fungsi kognitif 	kembali apa yang dijelaskan perawat	tepat
<ul style="list-style-type: none"> • Gangguan memori 	atau tim kesehatan lainnya	Untuk menambah informasi tentang kondisi pasien dan cara penanganan yang tepat
	- Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat	Mencegah komplikasi dimasa yang akan datang
	- Hindari jaminan yang kosong	Mengajarkan kepada keluarga cara sediakan informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat
	- Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat	Meningkatkan kualitas hidup atau proses pengontrolan penyakit
	- Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit	Untuk mencegah atau dapat menghindari kondisi yang memperberat
	- Diskusikan pilihan terapi atau penanganan	Mengeksplorasi kemungkinan sumber atau dukungan dengan cara yang tepat
	- Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan	Mengetahui tanda dan gejala dan merencanakan periode istirahat mengurangi aktivitas yang
	- Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan dengan	

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

2.2.4 Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan, mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat dan bukan atas petunjuk petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain (Mitayani, 2011).

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan hasil perkembangan ibu dengan berpedoman kepada hasil dan tujuan yang hendak dicapai (Mitayani, 2011). Setelah dilakukakn asuhan keperawatan selama di ruangan Delima semua masalah sudah bisa teratasi sesuai dengan tujuan yang diharapkan. Maka penulis menghentikan intervensi kepada klien, karena msalah sudah teratasi yaitu ASI dan kolostrum sudah mulai keluar.

Pada klien 1 masalah bisa teratasi dan mencapai tujuan yang di harapkan yaitu pada hari ke 2 dengan hasil pada saat dikaji payudara kanan dan kiri klien belum mengeluarkan ASI, pada saat dilakukan pijat oksitosin, ASI dan kolostrum sudah mulai keluar.

Begitupun pada klien 2 juga, masalah bisa teratasi dan mencapai tujuan yang di harapkan yaitu pada hari ke 2 dengan hasil pada pada saat dikaji tidak terjadi pembengkakan dan ASI klien belum keluar, pada saat dilakukan pijat oksitosin, ASI dan kolostrum sudah mulai keluar, klien mengatakan akan rutin melakukan 2 kali sehari di rumahnya.