

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI
SECTIO CAESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANG
ZADE RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr. SLAMET KOTA GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh

NIZARA ZULMA

NIM : AKX.16.083



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

2019

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : NIZARA ZULMA
NPM : AKX.16.083
Program Studi : DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Sectio Caesarea Dengan Nyeri Akut Di Ruang Zade RSUD Dr. Slamet Garut

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan dari mengambil alih 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/jiplak, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bandung, 15 April 2019
Yang Membuat Pernyataan



Nizara Zulma

AKX.16.083

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

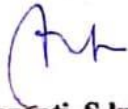
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI *SECTIO
CAESAREA* DENGAN NYERI AKUT DI RUANG ZADE
RSUD DR.SLAMET GARUT**

**OLEH
NIZARA ZULMA
AKX.16.083**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal
April 2019

Menyetujui,

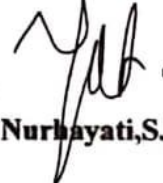
Pembimbing Utama



Tuti Suprapti, S.kp, M.kep

NIK : 1011603

Pembimbing Pendamping

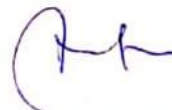


Yati Nurhayati, S.kep

NIK : 9070495

Mengetahui,

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Tuti Suprapti, S.Kp, M.Kep

NIK 1011603

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI *SECTIO
CAESAREA* DENGAN NYERI AKUT DI RUANG ZADE
RSUD DR.SLAMET GARUT**

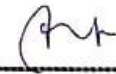
**OLEH
NIZARA ZULMA
AKX.16.083**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Pada Tanggal 16 April 2019

PANITIA PENGUJI

**Ketua :Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep.
(Pembimbing Utama)**

(.....


Anggota :

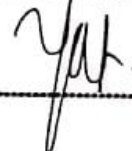
**1. Ingrid Dirgahayu, S.Kep.,Ners
(Penguji I)**

(.....


**2. Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep
(Penguji II)**

(.....


**3. Yati Nurhayati, S.kep.
(Pembimbing Pedamping)**

(.....


Mengetahui

STIKes Bhakti Kencana Bandung

Ketua,



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

NIK 10107064

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Sectio Caesarea Dengan Nyeri Akut di Ruang Zade RSUD dr. Slamet Garut”** dengan sebaik-baiknya.

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

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

1. H. Mulyana, SH,M,Pd, MH.Kes selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd.Siti Jundiah, S,Kp.,M.Kep, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Hj.Tuti Suprapti,S,Kp.,M.kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Angga Satria Pratama, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Agus MD,S.Pd.,S.kep.,Ners.,M.Kes selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan tugas akhir perkuliahan ini
6. dr.H. Wasisto Hidayat, M.Kes selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah dr.Soekardjoe Kota Tasikmalaya yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
7. Nunung Zakiah Hapsah S.Kep.,Ners, selaku CI Ruang Melati 5, beserta Staf yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan

kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr.Soekardjoe Kota Tasikmalaya .

8. Kepada Ama ku terhebat Guntur Alamsyah dan Mamak ku tercinta Kadariah serta Kakakku dan Abangku tersayang; Kak Ulfa dan Bang Muhdi S.Pt, Bang dr.Yusuf, Dik Yusri juga anakku Nada, yang telah memberikan semangat dan motivasi.
9. Kepada Sahabatku Silvia Sikunanti, Amd. dan Jannati Musvinta yang telah memberi nasehat jarak jauh. Kepada teman-teman di fakultas MIPA biologi Unsyiah. Kepada Adikku khairani dan Feni serta Kepada Rosa, Desy, Nizara, Silvi, Iin, Niken, Wildan, Alisa, Endah, Dede, Arum, Suci, Yudi dan Iky S.Kep.,Ners yang telah menemaniku.
10. Kepada teman sebimbangan, Alumni, Fokeby, keluarga babi, Surga Hunter, Radiogalau911FM, Tokoainaki, kelas A tercinta dari Aceh Sampai NTT yang tidak dapat saya sebutkan nama nya satu persatu.

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

Bandung, 31 Maret 2019

Penulis

ABSTRAK

Latar belakang: *Sectio Caesarea* adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus persalinan buatan, sehingga janin dilahirkan melalui perut dan dinding perut dan dinding lahir agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat. Masalah keperawatan yang muncul diantaranya resiko infeksi, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, gangguan pola tidur, ketidakefektifan pemberian ASI dan nyeri akut. *Sectio Caesarea* dapat menimbulkan beberapa dampak nyeri antara lain pengaruh terhadap pola tidur, makan, energi, aktifitas keseharian. **Metode :** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah atau fenomena dengan batasan terperinci, pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang pasien post *Sectio Caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Hasil :** setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi teknik relaksasi nafas dalam selama 2x24 jam, masalah keperawatan nyeri akut pada kasus 1 teratasi, dan pada kasus 2 masalah keperawatan nyeri akut dapat teratasi. **Diskusi :** teknik relaksasi nafas dalam efektif mempengaruhi penurunan intensitas nyeri pada pasien dengan adanya penurunan skala nyeri pasien. Pasien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor. Sehingga perawat harus melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap pasien.

Keyword : *Sectio Caesarea, Nyeri Akut, Asuhan Keperawatan*

Daftar Pustaka : 17 Buku (2008-2018), 2 Jurnal (2010-2018)

ABSTRACT

Background: Caesarean section is a surgery to give birth to the fetus through an incision in the abdominal wall and uterine artificial labor, so the fetus is born through the stomach and abdominal wall and the wall is born so that the child is born intact and healthy. Nursing problems that arise include the risk of infection, nutritional imbalance less than the needs of the body, disruption of sleep patterns, ineffectiveness of breastfeeding and acute pain. *Sectio Caesarea* can cause several effects of pain including the influence of sleep patterns, eating, energy, daily activities. **Method:** A case study that is to explore a problem or phenomenon with detailed limits, in-depth data retrieval and include various sources of information. This case study was conducted on two post *Sectio Caesarean* patients with acute pain nursing problems. **Results:** after nursing care by giving an intervention in deep breath relaxation techniques for 2x24 hours, the problem of nursing acute pain in case 1 was resolved, and in the case of 2 acute nursing problems can be overcome. **Discussion:** Effective deep breathing relaxation techniques affect the reduction in pain intensity in patients with a decrease in the patient's pain scale. Patients with acute pain nursing problems do not always have the same response, this is influenced by several factors. So that nurses must carry out comprehensive nursing care to deal with nursing problems in each patient.

Keyword: *Caesarean Sectio, Acute Pain, Nursing Care*

Bibliography: 17 Books (2008-2018), 2 Journals (2010-2018)

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|--|---------|
| Halaman Judul..... | i |
| Lembar Pernyataan | ii |
| Lembar Persetujuan..... | iii |
| Lembar Pengesahan | iv |
| Kata Pengantar | v |
| Abstrak | vii |
| Daftar Isi | viii |
| Daftar Gambar | xii |
| Daftar Tabel | xiii |
| Daftar Bagan | xiv |
| Daftar Lampiran | xv |
| Daftar Lambang, Singkatan, dan Istilah | xvi |

BAB I PENDAHULUAN

| | |
|---------------------------|---|
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 5 |
| 1.4 Tujuan | 5 |
| 1.3.1 Tujuan Umum | 5 |
| 1.3.2 Tujuan Khusus | 5 |
| 1.4 Manfaat | 6 |
| 1.4.1 Teoritis | 6 |
| 1.4.2 Praktis | 7 |

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

| | |
|---|----|
| 2.1 Konsep Dasar Penyakit | 9 |
| 2.1.1 Definisi Sectio Caesarea | 9 |
| 2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Abdomen | 14 |
| 2.1.3 Patofisiologi | 16 |
| 2.1.4 Etiologi Sectio Caesarea | 16 |
| 2.1.5 Jenis Sectio Caesarea | 16 |
| 2.1.6 Indikasi Sectio Caesara | 17 |
| 2.1.7 Komplikasi Sectio Caesarea | 18 |
| 2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik | 18 |
| 2.1.9 Penatalaksanaan Medik | 18 |
| 2.2 Konsep Nyeri | 20 |
| 2.2.1 Definisi | 20 |
| 2.2.2 Klasifikasi | 20 |
| 2.2.3 Penilaian Respon Intensitas Nyeri | 21 |
| 2.2.4 Karakteristik Nyeri | 23 |
| 2.2.5 Manajemen Nyeri..... | 23 |
| 2.3 Konsep Nifas..... | 25 |
| 2.3.1 Definisi Nifas | 25 |
| 2.3.2 Tahapan Masa Nifas..... | 25 |
| 2.3.3 Adaptasi Fisiologis Masa Nifas | 26 |
| 2.4 Konsep Asuhan Keperawatan | 31 |
| 2.3.1 Pengkajian | 31 |
| 2.3.2 Diagnosa Keperawatan | 42 |
| 2.3.3 Intervensi Keperawatan | 43 |

BAB III METODE PENULISAN KTI

| | |
|--|----|
| 3.1 Desain Penelitian | 66 |
| 3.2 Batasan Istilah | 66 |
| 3.3 Partisipan/Responden/Subjek/Penelitian | 67 |
| 3.4 Lokasi dan waktu penelitian | 68 |
| 3.5 Pengumpulan Data | 68 |
| 3.6 Uji Keabsahan Data | 69 |
| 3.7 Analisis Data | 70 |
| 3.8 Etik Penelitian | 72 |

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

| | |
|--|-----|
| 4.1 Hasil | 75 |
| 4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data | 75 |
| 4.1.2 Data Asuhan Keperawatan | 76 |
| 4.1.3 Diagnosa Keperawatan | 95 |
| 4.1.4 Perencanaan | 97 |
| 4.1.5 Implementasi | 101 |
| 4.1.6 Evaluasi | 105 |
| 4.2 Pembahasan | 106 |
| 4.2.1 Pengkajian | 107 |
| 4.2.2 Diagnosa Keperawatan..... | 108 |
| 4.2.3 Intervensi..... | 112 |
| 4.2.4 Implementasi | 114 |
| 4.2.5 Evaluasi | 116 |

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan 119
5.2 Saran 121

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

| | |
|---|----|
| Gambar 2.1 Bagian Kuadran Untuk Insisi Operasi <i>Sectio caesarea</i> | 10 |
| Gambar 2.2 Skala Visual Analog | 21 |
| Gambar 2.3 <i>Numeric Rating Scale</i> | 22 |
| Gambar 2.4 <i>Face Pain Rating Scale</i> | 22 |

DAFTAR TABEL

| | |
|---|----|
| Tabel 2.1 Tindakan dan Rasional 1 | 43 |
| Tabel 2.2 Intervensi dan Rasional 2 | 45 |
| Tabel 2.3 Intervensi dan Rasional 3 | 48 |
| Tabel 2.4 Intervensi dan Rasional 4 | 49 |
| Tabel 2.5 Intervensi dan Rasional 5 | 50 |
| Tabel 2.6 Intervensi dan Rasional 6..... | 51 |
| Tabel 2.7 Intervensi dan Rasional 7 | 53 |
| Tabel 2.8 Intervensi dan Rasional 8..... | 55 |
| Tabel 2.9 Intervensi dan Rasional 9..... | 58 |
| Tabel 2.10 Intervensi dan Rasional 10..... | 60 |
| Tabel 2.11 Intervensi dan Rasional 11 | 62 |
| Tabel 2.12 Intervensi dan Rasionnal 12..... | 63 |
| Tabel 4.1 Identitas Klien..... | 76 |
| Tabel 4.2 Identitas Penanggung Jawab..... | 77 |
| Tabel 4.3 Riwayat Kesehatan..... | 78 |
| Tabel 4.4 Riwayar Ginekologi dan Obstetric..... | 80 |
| Tabel 4.5 Pola Aktivitas sehari-hari..... | 83 |
| Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik Ibu..... | 85 |
| Tabel 4.8 Pemeriksaan Fisik Bayi..... | 89 |

| | |
|--|-----|
| Tabel 4.8 Pemeriksaan Psikologis..... | 89 |
| Tabel 4.10 Hasil Pemeriksaan Diagnostik | 92 |
| Tabel 4.11 Program dan Rencana Pengobatan..... | 92 |
| Tabel 4.12 Analisa Data..... | 92 |
| Tabel 4.13 Diagnosa Keperawatan | 95 |
| Tabel 4.14 Intervensi Keperawatan..... | 97 |
| Tabel 4.15 Implementasi | 101 |
| Tabel 4.16 Evaluasi..... | 105 |

DAFTAR BAGAN

| | |
|---------------------------------|----|
| Bagan 2.1.3 Patofisiologi | 14 |
|---------------------------------|----|

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi KTI

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 3 Lembar Observasi

Lampiran 4 Jurnal

Lampiran 5 Lembar Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus

DAFTAR SINGKATAN

| | |
|------|-----------------------------|
| SC | : <i>Sectio Caesarea</i> |
| BB | : Berat Badan |
| CM | : Compos Mentis |
| E | : Eye |
| M | : Motorik |
| V | : Verbal |
| RR | : Respirasi Rate |
| TD | : Tekanan Darah |
| DS | : Data Subjektif |
| DO | : Data Objektif |
| WHO | : World Health Organization |
| BAK | : Buang Air Kecil |
| BAB | : Buang Air Besar |
| TTV | : Tanda-Tanda Vital |
| TFU | : Tinggi Fundus Uteri |
| ASI | : Air Susu Ibu |
| RL | : Ringer Lactat |
| RSUD | : Rumah Sakit Umum Daerah |

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin atau uri) yang telah cukup bulan atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (Astuti E.Rati, 2011). Proses persalinan dibedakan menjadi dua yaitu persalinan spontan atau partus biasa apabila persalinan dengan presentasi belakang kepala tanpa memakai alat, tanpa melukai ibu dan bayi atau seluruhnya terjadi atas kekuatan ibu sendiri, biasanya berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam. Adapun persalinan lainnya adalah persalinan buatan, bila proses persalinan dengan bantuan tenaga dari pihak lain dan atau menggunakan peralatan medis, misalnya dengan tindakan medis melalui *Sectio Caesarea*. *Sectio Caesarea* adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus persalinan buatan, sehingga janin dilahirkan melalui perut dan dinding perut dan dinding lahir agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat (Harnawiaj, 2008).

Tindakan operasi *Sectio Caesarea* pada bulan Mei 2012 per 1000 kelahiran hidup di hampir seluruh Negara Eropa mengalami peningkatan, baik Negara berkembang di Eropa hingga 7,88% terdapat di Negara Azerbaijan, Georgia,

Serbia, Uzbekistan dan Tajkistan, sedangkan Negara maju peningkatannya sekitar 2,36% seperti di Negara Finlandia dan Kanada (Katikireddi, et al 2013). Di Indonesia sendiri angka kejadian oprasi *Sectio Caesarea* juga terus meningkat baik di rumah sakit pemerintah maupun di rumah sakit swasta. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Jakarta, jumlah tindakan *Sectio Caesarea* pada tahun 2012 adalah 113.796 (Menkes RI, 2012).

Angka kejadian *Sectio Caesarea* menurut data survey nasional tahun 2010 di Indonesia adalah 734.000 dari 3.832.000 persalinan atau sekitar 19,15% (Hamidah, 2010). Hasil Riskedas tahun 2018 menunjukkan kelahiran dengan metode *Sectio Caesarea* di Indonesia mengalami peningkatan sebanyak 7,2% dibandingkan dengan tahun 2013 dimana pada tahun 2018 angka tindakan *Sectio Caesarea* sebanyak 78.736 atau sekitar 17%. Berdasarkan data yang penulis dapatkan dari *medical record* Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut periode tahun 2015-2017, jumlah persalinan yang mencakup persalinan *Sectio Caesarea* sebesar 3808 (30,26%) dan persalinan spontan sebesar 12.582 (99,99%) (sumber: laporan medical record Rumah Sakit Umum dr.Slamet Garut).

Tindakan *Sectio Caesarea* memberikan beberapa masalah keperawatan post operasi pada klien, masalah yang sering muncul adalah perubahan proses keluarga, ansietas, harga diri rendah, resiko tinggi terhadap

cedera (injuri), resiko tinggi infeksi, gangguan eliminasi, kurang pengetahuan, perubahan eliminasi urine, kurang perawatan diri, dan nyeri akut (Dongoes, 2011).

Dari masalah keperawatan tersebut masalah yang paling dominan dialami pada pasien *post Sectio Caesarea* adalah nyeri post operasi. Pada pembedahan *Sectio Caesarea* rasa nyeri biasanya dirasakan pasca melahirkan, karena pada waktu proses pembedahan *Sectio Caesarea* dokter telah melakukan pembiusan. Pengaruh obat bius biasanya akan menghilang sekitar 2 jam setelah proses persalinan selesai. Setelah efek bius habis, rasa nyeri pada bagian perut mulai terasa. Rasa nyeri yang dirasakan berasal dari luka yang terdapat pada bagian perut. Selain itu, terjadinya kontraksi dan pengerutan rahim juga menimbulkan rasa nyeri selama beberapa hari (Cunningham, 2013).

Nyeri menimbulkan perasaan yang tidak nyaman pada pasien, apabila nyeri tidak segera diatasi secara adekuat akan memberikan efek yang membahayakan seperti kardiovaskuler, gastrointestinal, endokrin, dan imunologik (Solehati, 2015).

Penanganan nyeri dapat dilakukan secara farmakologi dan non farmakologi dengan tujuan untuk mengobati nyeri tersebut dengan cara menghilangkan gejala yang muncul. Peran perawat sangat dibutuhkan untuk

membangun kesadaran pasien tentang pentingnya perawatan diri setelah post operasi sehingga dapat mengurangi dan menekan angka komplikasi yang terjadi pada pasien dengan post operasi *Sectio Caesarea* melalui tindakan keperawatan seperti memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif dan professional kepada klien tentang perawatan ibu post *Sectio Caesarea*. Khususnya dalam penanganan nyeri secara non farmakologis yaitu dengan tindakan mandiri keperawatan diantaranya dengan Teknik distraksi, hypnosis, dan relaksasi nafas dalam (Solehati & Kosasih, 2015). Dari ketiga intervensi keperawatan tersebut yang sering dilakukan di ruangan adalah dengan tehnik relaksasi nafas dalam.

Berdasarkan informasi dari perawat ruangan Zade, keluhan yang paling dominan dirasakan oleh klien post operasi *Sectio Caesarea* adalah nyeri, untuk mengatasi keluhan tersebut umumnya perawat meakukan tindakan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi analgetik untuk mengurangi rasa nyeri. Tindakan keperawatan yang dilakukan di rangan Zade untuk mengurangi rasa nyeri yaitu dengan tehnik relaksasi, nafas dalam ternyata efektif dalam penurunan rasa nyeri klien tergantung dari skala nyeri yang dirasakan oleh klien.

Berdasarkan fenomena diatas, maka peulis tertarik untuk membuat karya tulis yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post Sectio*

Caesarea Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di ruang Zade RSUD dr. Slamet Garut Tahun 2018/2019”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka yang menjadi perumusan masalah adalah “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Sectio Caesarea Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di RSUD dr.Slamet Garut?”

1.3 Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif meliputi bio, psiko, sosial, spiritual pada klien yang mengalami *post sectio caesarea* dengan nyeri akut di RSUD dr.slamet Garut

2. Tujuan Khusus

Tujuan Khusus yang ingin di capai dalam penulisan karya tulis ilmiah ini sebagai berikut :

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien yang mengalami *post sectio caesarea* dengan nyeri akut di RSUD dr.slamet Garut.

- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien yang mengalami *post sectio caesarea* dengan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut.
- c. Menyusun rencana keperawatan pada klien yang mengalami *post sectio caesarea* dengan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan, pada klien yang mengalami *post sectio caesarea* dengan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut.
- e. Mengevaluasi hasil tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan pada klien yang mengalami *post sectio caesarea* dengan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut.

1.4 Manfaat

1.4.1. Manfaat Teoritis

Penulisan karya tulis ini untuk meningkatkan pengetahuan bagi pembaca agar mengetahui asuhan keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut. Penulisan karya tulis ini juga untuk mengetahui antara teori dan kasus nyata yang terjadi di lapangan sesuai atau tidak, karena dalam teori yang sudah ada tidak selalu sama dengan kasus yang terjadi. Sehingga disusunlah karya tulis ilmiah ini.

1.4.2. Manfaat Praktis

- a. Bagi Perawat

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai salah satu intervensi menangani manajemen nyeri khususnya dalam penanganan nyeri *post Ssectio Caesarea*.

b. Bagi Rumah Sakit

teknik relaksasi nafas dalam dapat dijadikan sebagai salah satu bentuk acuan intervensi mandiri perawat untuk penanganan nyeri pada pasien *post Sectio Caesarea*.

c. Bagi Institusi STIKes Bhakti Kencana

Sebagai bahan referensi dan sumber informasi penelitian berikutnya yang terkait dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien *post Sectio Caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

d. Bagi klien *post Sectio Caesarea*

Sebagai sumber informasi bagi klien agar mengetahui gambaran umum tentang *post Sectio Caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP TEORI

2.1.1. Pengertian *Sectio Caesarea*

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

2.1.2. Anatomi Abdomen

2.1.2.1 Kuadran Abdomen

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

a. Garis Vertikal

Melalui pertengahan antara spina iliaca anterior, superior, dan simfisis pubis (Rasjidi, 2009).

b. Garis Horizontal

1. Bidang subkostalis, menghubungkan titik terbawah tepi kosta satu sama lain. Merupakan tepi inferior tulang rawan kosta X dan terletak bersebrangan dengan vertebra lumbalis III.

2. Bidang intertuberkularis, menghubungkan tuberkulum pada krista iliaka yang terletak setinggi korpus vertebra lumbalis V



Gambar 1.1 bagian kuadran untuk insisi operasi *Sectio caesarea* (Sumber : *Rasjidi, 2009*)

2.1.2.2 Dinding Abdomen

Tersusun dari superfisial ke profunda : kulit, jaringan, subkutan, otot dan fascia, jaringan ekstrapéritoneum, dan peritoneum (Rajidi, 2009).

2.1.2.3 Kulit

Langer lines menggambarkan arahserabut dermis pada kulit. Pada dinding ventral abdomen, *linger lines* tersusun secara transversal. Hal inilah yang menyebabkan insisi kulit vertical pada abdomen akan menopang lebih besar tegangan kulit dari lateral sehingga membentuk scar yang lebih lebar. Sebaliknya, insisi kulit transversal, misalnya insisi Pfannenstiel, akan mengikuti arah serabut *langer lines*

sehingga dari segi kosmetik, hasil penyembuhan kulitnya lebih baik (Rajidi, 2009).

2.1.2. 4 Jaringan Subkutan

Lapisan ini dibagi menjadi : jaringan lemak superfisial (*Fasia Camper*) dan lapisan membranous di bawahnya (*Fasia Scarpa*) (Rajidi, 2009)

1. Otot dan Fasia

Otot-otot dinding ventral abdomen :

- M. rektus abdominis
- M. piramidalis

Otot-otot dinding lateral abdomen

- M. obliquus abdominis eksternus
- M.obliquus abdominis internus
- M.transversus abdominis

Otot-otot dinding abdomen pada bidang median membentuk suatu aponeurosis yang berjalan dari processus xipoides menuju simfisis pubis. Aponeurosis ini nampak sebagai suatu garis yang disebut sebagai linea alba. Sarung rektus dibentuk oleh kumpulan aponeurosis m.obliquus abdominis eksternus, m.obliquus

abdominis internus, dan m.transversus abdominis. Sarung rektus ini berguna sebagai retikulum yang mempertahankan m. rektus abdominis tetap pada posisinya (mencegah terjadinya *bow-string*) pada waktu berkontraksi.

Aponeurosis dari otot-otot abdomen ini memiliki lapisan berbeda yang dibatasi oleh linea akuarta. Di atas linea akuarta, sarung rektus terdiri atas dua lamina, yaitu lamina anterior dan posterior. Dibawah linea akuarta, kedua aponeurosis berada di sebelah ventral m. rektus abdominis. Tempat peralihan lamina posterior ke sebelah ventral m. rektus abdominis inilah yang membentuk suatu garis lengkung yang disebut linea akuarta (Rasjidi, 2009)

2.1.2. 5 Jaringan Ekstraperitoneum dan Peritoneum

Peritoneum dibagi menjadi peritoneum parietalis dan peritoneum visceralis. Peritoneum parietalis dan visceralis merupakan suatu kontinuitas yang membatasi suatu ruangan yang disebut cavum peritonei.

Kavum peritoneum dibagi menjadi 2 :

- *Saccus major* (kavum peritoneum)

- *Saccus minor* (bursa omentalis)

Pada wanita, kavum peritoneum memiliki dua lubang, yaitu kedua ostium tuba uterina. (Rasjidi, 2009)

2.1.2. 6 Vaskularisasi

Vaskularisasi dinding ventral abdomen:

1) Jaringan subkutan

a) *Epigastrika superfisial*

Berasal dari a.femoralis setelah melewati kanalis femoralis, berjalan diagonal menuju umbilicus. Awalnya berupa arteri tunggal, kemudian semakin bercabang mendekati umbilicus. Terletak 5-6 cm dari garis tengah diatas pubis dan 4-5cm dari garis tengah setinggi umbilicus dan pertengahan antara palpasi denyut a.femoralis dan umbilicus.

b) *Pudenda eksterna superfisial*

Berasal dari a.femoralis dan berjalan diagonal ke mons pubis.

Memiliki banyak cabang *midline*.

c) *Iliaka sirkumfleksa superfisial*

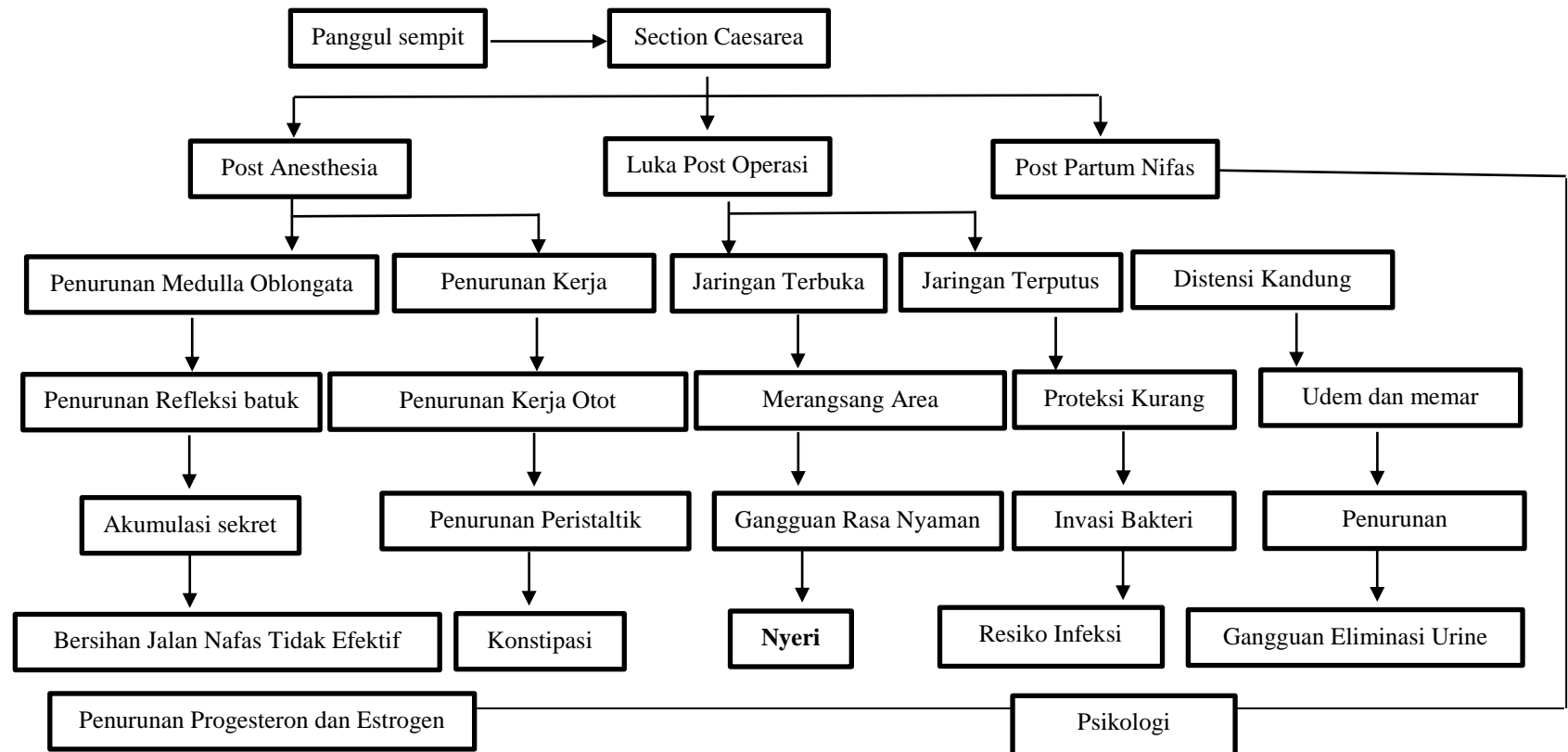
Berjalan lateral dari a.femoralis menuju daerah flank.

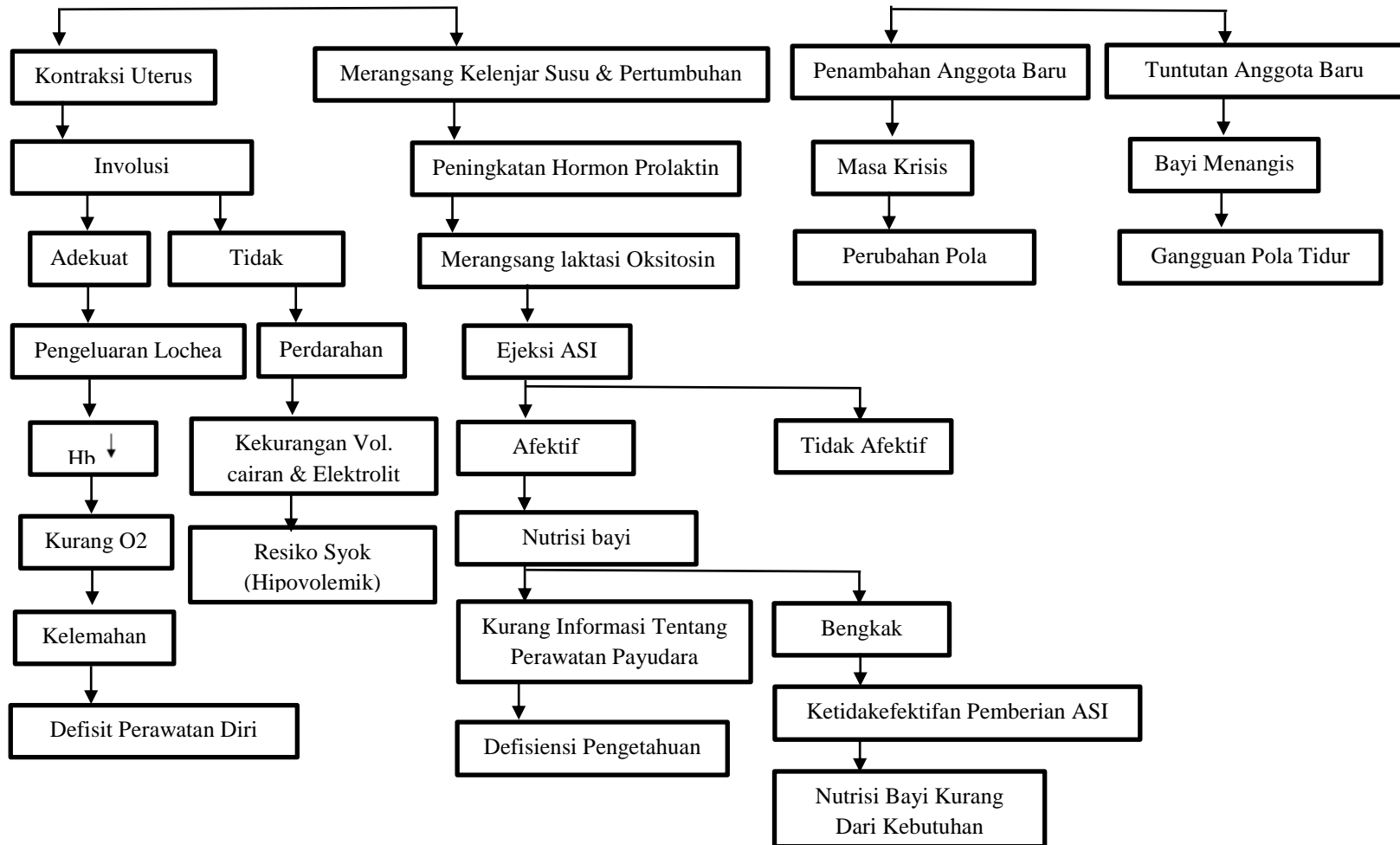
2) Otot dan aponeurosis

a. epigastrika inferior, a.epigastrika superior, a. sirkumfleksa profunda, a.muskulofrenika (Rasjidi, 2009)

2.1.3 Patofisiologi *Section Caesarea*

Bagan 2.1 Pathway *Section Caesarea*





Sumber :Nurarif & Kusuma, 2015).

2.1.4. Etiologi

Terdapat dua etiologi *Sectio Caesarea* 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, placeta previa, solution placenta tingkat I – II, komplikasi kehamilan yaitu preeklampsi-eklampsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, diabetes mellitus), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya). Sedangkan etiologi yang berasal dari janin yaitu fetal distress / gawat janin, prolapses tai pusat dengan pembukaan kecil, keggalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.1. 5. Jenis – jenis *Sectio Caesarea*

- 1) *Sectio caesarea* transperitonitis
 - a. *Sectio caesarea* klasik atau corporal : insisi memanjang dibuat di corpus uteri
 - b. *Sectio caesarea* transperitoneal profunda : insisi melintang konkaf pada segmen bawah Rahim
- 2) *sectio caesarea* ekstra peritonitis yaitu tanpa membuka peritoneum parietalis dengan demikian tidak membuka cavum abdominal

3) *sectio caesarea* vaginalis menurut arah sayatan pada rahim,

sectio caesarea dapat dilakukan:

1. Sayatan memanjang (longitudinal)
2. Sayatan melintang (transversal)
3. Sayatan huruf T (T-incision)

2.1. 6. Indikasi Sectio caesarea

Operasi *sectio caesarea* dilakukan jika kelahiran pervaginal mungkin akan menyebabkan resiko pada ibu ataupun pada janin, dengan pertimbangan hal-hal yang perlu tindakan SC proses persalinan normal lama/kegagalan proses persalinan normal.

- 1) Fetal distress
- 2) His lemah/melemah
- 3) Janin dalam posisi sungsang atau melintang
- 4) Bayi besar ($BBL \geq 4,2$ kg)
- 5) Plasenta previa
- 6) Disproporsi cervico-pelvik
- 7) Rupture uteri mengancam
- 8) Primi muda atau tua
- 9) Partus dengan komplikasi
- 10) Panggul sempit

2.1. 7. Komplikasi Sectio caesarea

- 1) Infeksi puerperalis yaitu kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas, bersifat berat seperti peritonitis, sepsis.
- 2) Pendarahan bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arteri ikut terbuka, atau karena atonia uteri
- 3) Komplikasi lain seperti luka kandung kemih, emboli paru, Kemungkinan ruptur tinggi spontan pada kehamilan berikutnya

2.1. 8. Pemeriksaan Diagnostik

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

2.1.9. Penatalaksanaan Medik dan Implikasi Keperawatan

Penatalaksanaan keperawatan pada ibu post *Sectio Caesarea* yaitu pemberian cairan, pada 24 jam pertama penderita post operasi memerlukan pemberian cairan intravena yang cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya.

Kemudian diet, pemberian minuman dengan jumlah sedikit sudah boleh dilakukan pada 6-10 jam post operasi berupa air putih dan air teh. Selanjutnya adalah mobilisasi, dilakukan secara bertahap meliputi miring kanan, miring kiri dapat dimulai sejak 6-10 jam setelah operasi. Posisi tidur terlentang diubah menjadi posisi setengah duduk (semi fowler). Kemudian selama berturut-turut hari demi hari pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri. Kateterisasi, kateter biasanya terpasang 24-48 jam / lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan pasien. Diberikan juga 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

2. 2. KONSEP NYERI

2.2.1 Pengertian

Nyeri adalah kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif. Perasaan nyeri pada setiap orang berbeda dalam hal skala ataupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Azis, 2009).

2. 1.2 Klasifikasi Nyeri

Berdasarkan durasinya nyeri diklasifikasikan menjadi nyeri akut dan kronis :

1. Nyeri Akut

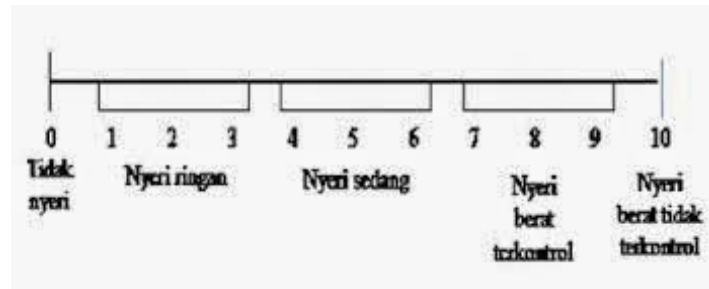
Nyeri akut di definisikan sebagai nyeri yang dapat dikenali penyebabnya, waktunya pendek, dan diikuti oleh peningkatan tegangan otot, serta kecemasan. Ketegangan otot dan kecemasan tersebut dapat meningkatkan persepsi nyeri. Contohnya adanya luka karena cedera atau operasi (Hinchliff, dkk, 2007).

2. Nyeri Kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang memanjang, atau nyeri yang menetap setelah kondisi yang menyebabkan nyeri tersebut

2. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Skala penilaian numerik (*Numerical Rating Scales, NRS*) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10, di mana angka 0 menunjukkan tidak ada nyeri dan angka 10 menunjukkan nyeri yang hebat atau berat yang tidak tertahankan atau terkontrol.



Gambar 2.4 Sumber : *Solehati & Kosasih, 2015*

3. *Face Pain Rating Scale (FPRS)*

FPRS merupakan skala nyeri dengan model gambar kartun dengan enam tingkatan nyeri dan dilengkapi dengan angka 0 sampai dengan 5. Skala ini biasanya digunakan untuk mengukur skala nyeri pada anak.



Gambar 2.5 Sumber : *Solehati & Kosasih, 2015*

2.2.4 Karakteristik Nyeri

pengkajian yang bisa dilakukan oleh perawat untuk mengkaji karakteristik nyeri bisa menggunakan pendekatan analisis symptom. Komponen pengkajian analisis symptom meliputi (PQRST): P (Paliatif/ Provokatif = yang menyebabkan timbulnya masalah), Q (Quality dan Quantity = kualitas dan kuantitas nyeri yang dirasakan), R (Region = lokasi nyeri), S (Severity = keparahan), T (Timing = waktu).

2.2.5 Manajemen Nyeri

Strategi penatalaksanaan nyeri adalah suatu tindakan untuk mengurangi nyeri yang terdiri dari farmakologi dan nonfarmakologi.

1. Intervensi farmakologis

Menangani nyeri yang dialami pasien melalui intervensi farmakologis dengan obat golongan analgetik, steroid, NSAID, opioid obat-obat anestesi dilakukan dalam kolaborasi dengan dokter

2. Intervensi non farmakologis

Terapi nonfarmakologis yaitu terapi yang digunakan tanpa menggunakan obat-obatan diantaranya adalah sebagai berikut:

a. Distraksi

Tekhnik distraksi adalah menempatkan nyeri dibawah ambang sadar atau memfokuskan perhatian pada sesuatu yang lain selain cemas dan nyeri itu sendiri (Solehati & Kosasih, 2015)

b. Hypnosis

Hipnotis adalah upaya membawa klien pada keadaan rileks sehingga otak bekerja di gelombang alfa dengan hipnotis rasa sakit persalinan bukan saja dapat dihilangkan, melainkan juga dapat dibagi atau dipindahkan pada suami (Solehati & Kosasih).

c. Relaksasi pernafasan yang merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan pada klien bagaimana melakukan pernafasan, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi pernafasan juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Smeltzer, 2013).

2.3. KONSEP NIFAS

2.3.1 Pengertian

Masa nifas (Puerperium) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil) (Sulistyawati, 2009).

2.3.2 Tahapan Masa Nifas (Maryunani 2009)

Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu :

1. Puerperium dini

Puerperium dini merupakan masa kepulihan.

2. Puerperium intermedial

masa kepulihan menyeluruh dari organ-organ genital, yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3. Remote puerperium

masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi.

2.3.2. Adaptasi Fisiologis Masa Nifas

Perubahan - perubahan fisiologi dalam masa nifas yaitu :

1) Perubahan dalam sistem reproduksi

a) Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Involusi uterus melibatkan reorganisasi dan penanggalan decidua/endometrium dan pengelupasan lapisan pada tempat implantasi plasenta sebagai tanda penurunan ukuran dan berat serta perubahan tempat uterus, warna dan jumlah lochea.

b) Involusi tempat plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata dan kira-kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu ke 2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm.

c) Lochea

Lochea adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa nifas. Macam-macam lochea yaitu:

(1) Lochea rubra (cruenta) berisi darah segar sisa-sisa selaput ketuban selama 3 hari paska persalinan.

(2) Lochea sanguinolenta berwarna merah kecoklatan berisi darah dan lendir pada hari ke 4-7 pasca persalinan.

(3) Lochea serosa berwarna kuning, pada hari 7-14 pasca persalinan.

(4) Lochea alba yaitu cairan putih setelah 2 minggu persalinan.

d) Serviks

Setelah persalinan bentuk serviks agak menganga seperti corong disebabkan oleh korpus uteri yang dapat berkontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi. Beberapa hari setelah persalinan ostium externum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggirnya tidak rata tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan.

e) Perineum

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

f) Ligamen-ligamen

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum rotundum menjadi kendur.

2) Perubahan dalam sistem kardiovaskuler (Sulistyawati, 2009)

Pada persalinan vagina kehilangan darah sekitar 200-500 ml, sedangkan dengan persalinan pada SC pengeluaran dua kali lipatnya. Perubahan terdiri dari volume darah dan hematokrit. Volume darah ibu relative akan bertambah. Keadaan ini akan mengakibatkan beban pada jantung dan akan menimbulkan *decompensatio cordis* pada pasien dengan *vitium cardio*. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan tumbuhnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sedia kala. Umumnya ini terjadi pada 3-5 hari post partum.

3) Perubahan pada sistem perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung biasanya ibu akan sulit buang air kecil dalam 24 jam pertama. Kemungkinan penyebab keadaan ini adalah terdapat spasme spingter dan edema leher kandung kemih, urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam post partum.

4) Perubahan dalam sistem endokrin

Penurunan hormon plasenta setelah persalinan sebagai onset pemenuhan *mamae post partum* hari ke 3. Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktivitas *prolactin* yang juga sedang meningkat dapat memengaruhi kelenjar *mamae* dalam menghasilkan ASI.

5) Perubahan dalam sistem gastrointestinal

Biasanya ibu akan mengalami konstipasi setelah persalinan disebabkan karena pada waktu persalinan alat pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebih pada waktu persalinan, kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktivitas tubuh. Selain konstipasi, ibu juga mengalami anoreksia akibat dari penurunan dari sekresi kelenjar pencernaan dan mempengaruhi perubahan sekresi, serta penurunan kebutuhan kalori yang menyebabkan kurang nafsu makan.

6) Perubahan sistem muskulokeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara otot-otot uterus akan terjepit. Sebagai akibat putusannya serat-serat elastis kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada waktu hamil, dinding abdomen masih agak lunak dan kendur untuk sementara waktu, untuk memulihkan kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, dianjurkan untuk melakukan latihan-latihan tertentu.

7) Perubahan tanda – tanda vital

a) Suhu

Dalam 1 hari (24 jam) post partum suhu badan naik sedikit ($37,5^0$ - 38^0 C) akibat dari kehilangan cairan dan kelelahan. Pada hari ke- 3 suhu badan naik lagi karena adanya pembentukan ASI.

b) Nadi

Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit adalah abnormal dan hal ini menunjukkan adanya kemungkinan infeksi.

c) Tekanan darah

Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan.

d) Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan denyut nadi tidak normal maka pernapasan juga akan mengikutinya. (Sulistyawati, 2009).

a. Adaptasi psikologis masa nifas (Sulistyawati, 2009)

1) Fase *taking in*

Fase ini berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat ini fokus perhatian ibu terutama pada diri sendirinya.

2) Fase *taking hold*

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dalam merawat bayi dan perasaannya sangat sensitif sehingga mudah tersinggung.

3) Fase *letting go*

Fase ini merupakan fase menerima rasa tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung selama 10 hari setelah melahirkan.

2.4 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

2.4.1 Pengkajian

a) Identitas Klien

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

b) Identitas Penanggung Jawab

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

c) Alasan Datang

Alasan wanita datang ke tempat bidan / klinik, yang diungkapkan dengan kata katanya sendiri.

d) Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

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

2. Keluhan Utama saat di Kaji

Keluhan utama saat dikaji di uraikan dengan PQRST :

P : paliatif / Propokatif

Yaitu segala sesuatu yang memperberat dan memperingan keluhan. Pada post partum sengan *Sectio Caesarea* biasanya klien mengeluh nyeri dirasakan bertambah pada saat klien banyak bergerak dan dirasakan erkurang apabila klien beristirahat.

Q : Quality / Quantity

Yaitu dengan memperhatikan bagaimana rasanya dan kelihatannya. Pada post partum dengan *Sectio Caesarea* 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 *Sectio Caesarea* biasanya klien mengeuh nyeri pada

daerah luka jahitan pada daerah abdomen biasanya tidak ada peyebaran ke daerah lain.

S : Saverity / 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 *Sectio Caesarea* biasanya nyeri dirasakan hilang timbul dengan frekuensi tidak menentu tergantung aktifitas yang dilakukan.

3. Riwayat Kesehatan dahulu

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

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Apakah keluarga memiliki riwayat penyakit keturunan seperti Diabetes, Hipertensi, Penyakit Jantung, dan sebagainya ataupun memiliki penyakit menular seperti Tuberculosis (Cahpman & Cathy, 2013)

e) Riwayat Ginekologi dan Obstetri

1. Riwayat Ginekologi

a. Riwayat Menstruasi

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

b. Riwayat Perkawinan

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

c. Riwayat Keluarga Berencana

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

2. Riwayat Obstetri

a. Riwayat Kehamilan dahulu

Tanggal terminasi, usia gestasi, tempat lahir, bentuk persalinan, masalah obstetric, jalannya persalinan yang lampau (Chapman & Cathy)

b. Riwayat Kehamilan Sekarang

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

c. 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).

d. Riwayat Persalinan Sekarang

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

e. Riwayat Nifas Dahulu

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

f. Riwayat Nifas Sekarang

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

f) Pola aktivitas sehari-hari, dirumah, dan dirumah sakit (Sulistyawati, 2009)

1. Pola nutrisi

Mencakup makan : frekuensi, jumlah, jenis makanan yang disukai, porsi makan, pantangan, riwayat alergi terhadap makanan. Minuman : jumlah, jenis minuman, dan frekuensi.pada ibu post *Sectio Caesarea* akan terjadi

penurunan dalam pola makan dan akan merasa mual karena efek dari anestesi yang masih ada dan bias juga dari factor nyeri akibat *Sectio Caesaea*.

2. Pola eliminasi

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

3. Pola istirahat tidur

Mencakup tidur malam : waktu dan lama tidur, tidur siang : waktu, lama dan keluhan. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasa kesakitan dan lemmas akibat tindakan pembedahan *Sectio Caesarea*.

4. Personal hygiene

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

5. Aktivitas dan latihan

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

g) Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan fisik ibu (Sulistyawati, 2009 dan Mansyur & Dahlan, 20014)

a. Keadaan umum

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

b. Tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital biasanya ada kenaikan pada suhu, yaitu mencapai 36-37°C, dengan frekuensi nadi 60-80kali/menit pada hari pertama dan normal kembali pada hari ketiga, tekanan darah dan respirasi normal.

c. Antropometri

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

d. Pemeriksaan fisik ibu

1) Kepala

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

2) Wajah

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

3) Mata

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

4) Telinga

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

5) Hidung

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

6) Mulut

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

7) Leher

Ada tidak pembesaran tiroid dan limfe, nyeri saat menelan, ada tidak peningkatan vena jugularis, ada tidak kaku kuduk.

8) Dada

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

9) Abdomen

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

10) Punggung dan bokong

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

11) Genetalia

Kebersihan, ada tidaknya edema pada vulva, pengeluaran lochea rubra pada hari pertama dengan jumlah sedang dan

sampai lochea serosa pada hari ketiga dengan jumlah sedang dan berbau amis atau kadang tidak berbau.

12) Anus

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

13) Ekstermitas

Adaptasi system musculoskeletal ibu yang terjadi saat hamil akan kembal padamas nifas. Adaptasi ini termasuk relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat gravida ibu sebagai respon terhadap uterus yang membesar, serta adanya perubahan ukuras pada kaki.

2. Pemeriksaan Fisik Bayi

a. Keadaan umum

Meliputi ampilan, dan keadaan bayi dilakukan dengan pemeriksaan APGAR score.

b. Antropometri

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

h) Data Psikologis

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

i) Pemeriksaan Penunjang (Nurarif, 2015)

1. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
2. Pemantauan EKG
3. JDL dengan diferensial
4. Pemeriksaan haemoglobin, hematocrit, dan elektrolit
5. Golongan darah
6. Urinalisis
7. Ultrasonografi

j) 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 diagnose atau masalah adalah pengelolaan data dan analisa data dengan menggabungkan data satu dengan yang lainnya sehingga tergambar fakta.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan Pada Klien Post Partum

Pernyataan yang jelas tentang masalah klien dan penyebabnya. Selain itu harus spesifik berfokus pada kebutuhan klien dengan mengutamakan prioritas dan diagnosa yang muncul harus dapat diatasi dengan tindakan keperawatan. Menurut NANDA-I Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2018 – 2020

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
- b. Nyeri akut
- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
- d. Ketidakefektifan pemberian ASI
- e. Gangguan eliminasi urine
- f. Gangguan pola tidur
- g. Risiko infeksi
- h. Defisit perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, eliminasi
- i. Konstipasi
- j. Risiko syok (hipovolemik)
- k. Risiko perdarahan
- l. Defisiensi pengetahuan : perawatan post partum

2.4.3 Intervensi Keperawatan

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

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

Tabel 2.1 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas (Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et. al, 2018).

Ketidakefektifan bersihan jalan napas

Definisi

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

Batasan karakteristik

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

Faktor yang berhubungan

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

Kondisi terkait

- | | |
|------------------------|--------------------|
| - Spasme jalan napas. | - Hiperplasia pada |
| - Jalan napas alergik. | dindingbronkus. |
-

- Asma.
- Penyakit paru obstruksi kronis.
- Eksudat dalam alveoli.
- Disfungsi neuromuskular.
- Adanya jalan napas buatan.

Kriteria Evaluasi :

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

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

| | |
|---|---|
| Kaji warna dasar kuku, jari/ibu jari kaki. | Membantu dalam menentukan keadekuatan oksigenisasi. |
| Perubahan posisi secara periodik dan dorong pernapasan dalam. | Meningkatkan ventilasi pada semua segmen paru dan mobilitas secret, menurunkan risiko atelectasis dan pneumonia |
| Dorong pemasukan cairan sedikitnya 2 – 3 L/hari bila mungkin, hindari minum karbonat. | Pengenceran secret mulut/pernapasan untuk meningkatkan pengeluaran. Minuman karbonat “busa” pada area orofaring dan mungkin sulit untuk pasien menahannya, sehingga mempengaruhi jalan napas. |
| Rawat dengan ketat bila pasien muntah atau mengambil minum/makanan. | Memberikan keyakinan akan kemungkinan intervensi cepat bila masalah meningkat. |
| Kolaborasi | |
| Berikan pelembaban udara atau 02 dengan kantung wajah. | Menurunkan risiko muntah/regurgitasi dan aspirasi. |
| Berikan antiemetic, contoh hidrosizin (Vistaril) sesuai indikasi. | Digunakan untuk mencegah muntah/regurgitasi dan aspirasi. |

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

Tabel 2.2 Intervensi Nyeri Akut (Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et. al, 2018).

Nyeri akut

Definisi

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

Batasan karakteristik

- | | |
|---------------------------|--------------------------------|
| - Perubahan selera makan. | - Fokus menyempit. |
| - Perubahan | - Sikap melindungi area nyeri. |

- 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.
- 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.

Faktor yang berhubungan

- Agens cedera fisik.
- Agens cedera kimiawi.
- Agens cedera fisik.

Kriteria Evaluasi :

Tingkat Nyeri (NIC)

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

Pengendalian Nyeri (NOC)

- Melakukan tindakan kenyamanan umum.

TINDAKAN/INTERVENSI

RASIONAL

Mandiri

Kaji nyeri, catat lokasi, karakteristik, dan intensitas (0 hingga 10 atau skala kode serupa).

Membantu mengevaluasi tingkat kenyamanan dan keefektifan analgesia atau dapat menunjukkan terjadinya komplikasi.

Pantau tanda vital, perhatikan perubahan tekanan darah, dan pola pernafasan. Perhatikan tanda nonverbal, seperti mimik muka nyeri, meringis, menangis, menyendiri, otot tegang, dan gelisah.

Indikator nyeri akut yang dapat menguatkan laporan verbal atau dapat merupakan indikator tunggal terkait ketidakmampuan atau ketidakmauan klien untuk menyatakan nyeri yang dialaminya.

Auskultasi bising usus, perhatian keluarannya flatus.

Mengidentifikasi pemulihan bising usus.

Menyediakan lingkungan yang tenang dan mengurangi stimulus yang membuat stress; suara berisik, pencahayaan, dan gangguan yang konstan.

Mendukung istirahat dan meningkatkan kemampuan koping.

Dorong klien mengungkapkan kekhawatiran.

Menurunkan ansietas dan ketakutan dapat meningkatkan relaksasi dan kenyamanan.

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

darah merah normal.

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

Tabel 2.3 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi (Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et. al, 2018).

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Definisi

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik

Batasan karakteristik

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

Faktor yang berhubungan

- Asupan diet kurang

Populasi resiko

- Faktor biologis

Kondisi terkait

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

Kriteria Evaluasi :

Status Nutrisi (NOC)

- | | |
|---|---|
| - Menunjukkan pertambahan berat badan yang progresif atau berat badan yang stabil, dengan nilai laboratorium yang normal. | - Menunjukkan perubahan perilaku atau gaya hidup untuk memperoleh kembali dan |
|---|---|
-

- Tidak mengalami tanda malnutrisi. mempertahankan berat badan yang sesuai

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

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

Tabel 2.4 Intervensi Ketidakefektifan pemberian ASI (Herdman & Kamitsuru, 2018).

| Ketidakefektifan pemberian ASI | |
|---|--|
| Definisi | |
| Kesulitan pemberian susu pada bayi atau anak secara langsung dari payudara, yang dapat memengaruhi nutrisi bayi/anak. | |
| Batasan Karakteristik | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Ketidakadekuatan defekasi bayi - Bayi mendekat ke arah payudara - Bayi menangis pada payudara - Bayi menangis dalam jam pertama menyusui | <ul style="list-style-type: none"> - Ketidacukupan pengosongan payudara setelah menyusui - Kurang penambahan berat badan bayi - Tidak tampak pada pelepasan |

| | |
|--|--|
| - Bayi rewel dalam satu jam setelah menyusui | - oksitosin |
| - Bayi tidak mampu <i>latch-on</i> pada payudara secara tepat | - Tampak ketidakadekuatan asupan susu |
| e. Bayi menolak <i>latching-on</i> | - Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui |
| - Bayi tidak responsif terhadap tindakan kenyamanan lain | - Penurunan berat badan bayi terus-menerus |
| | - Tidak mengisap payudara terus-menerus |
| n Faktor yang berhubungan | |
| - Keterlambatan laktogen II | - Ambivalensi ibu |
| - Suplai ASI tidak cukup | - Ansietas ibu |
| - Keluarga tidak mendukung | - Anomali payudara ibu |
| - Tidak cukup waktu untuk menyusui ASI | - Keletihan ibu |
| - Kurang pengetahuan orang tua tentang teknik menyusui | - Obesitas ibu |
| - Kurang pengetahuan orang tua tentang teknik menyusui | - Nyeri ibu |
| - Kurang pengetahuan orang tua tentang pentingnya pemberian ASI. | - Penggunaan dot |
| - Diskontinuitas pemberian ASI | - Refleks isap bayi buruk |
| | - Penambahan makanan dengan puting artifisial |
| f Populasi Penyebab | |
| - Bayi prematur | |
| g. Pembedahan payudara sebelumnya | - Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya |
| | - Masa cuti melahirkan yang pendek |
| h Kondisi terkait | |
| - Defek orofaring | |
| i. | |

e. liminasi urine.

Tabel 2.5 Intervensi Gangguan Eliminasi Urine (Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et. al, 2018).

Gangguan eliminasi urine

Definisi

Disfungsi eliminasi urine

Batasan karakteristik

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| - Disuria | - Inkontinensia urine |
| - Sering berkemih | - Retensi urine |
| - <i>Anyang-anyangan</i> | - Dorongan berkemih |
| - Nokturia | |

Faktor yang berhubungan

- Penyebab multipel

Kondisi terkait

- Obstruksi anatomik
- Gangguan sensori motorik
- Infeksi saluran kemih

Kriteria Hasil :**Eliminasi Urine (NOC)**

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

TINDAKAN/INTERVENSI**RASIONAL****Mandiri**

Evaluasi dan pertahankan kateter urine serta drain pada periode pascaoperasi segera.

Kebanyakan klien terpasang kateter Foley, kemungkinan kateter suprapubis, dan drain pelvis selama fase perioperasi terutama ketika *neobladder* telah dikonstruksi.

Atur posisi slang dan kanton drainage sehingga memungkinkan aliran urine tanpa gangguan.

Aliran yang tersumbat memberikan tekanan dalam saluran kemih, yang meimbulkan risiko kebocoran anastomosis dan kerusakan pada parenkim ginjal.

Anjurkan peningkatan cairan dan pertahankan asupan yang adekuat.

Mempertahankan hidrasi dan aliran urine yang baik.

Pantau tanda vital. Kaji nadi perifer, turgor kulit, pengisian kapiler, dan mukosa oral. Timbang berat badan setiap hari.

Indikator keseimbangan cairan. Mrnggambarkan tingkat hidrasi dan keefektifan terapi penggantian cairan.

Kolaborasi

Berikan cairan, sesuai indikasi.

Membantu dalam mempertahankan hidrasi dan volume sirkulasi serta aliran urine yang adekuat.

f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan.

Tabel 2.6 Intervensi Gangguan Pola Tidur (*Herdman & Kamitsuru, 2018*) dan (*Doenges et. al, 2018*).

Gangguan pola tidur**Definisi**

Intervasi jumlah waktu dan kualitas tidur akibat faktor eksternal.

Batasan karakteristik

- Kesulitan berfungsi sehari-hari.
- Ketidakpuasan tidur.

- Kesulitan memulai tidur.
- Kesulitan mempertahankan tetap tidur.
- Tidak terasa cukup istirahat.
- Terjaga tanpa jelas penyebabnya.

Faktor yang berhubungan

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

Kondisi terkait

- Imobilisasi.

Kriteria Evaluasi :

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

TINDAKAN/INTERVENSI

RASIONAL

Mandiri

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

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

g. Risiko infeksi area pembedahan berhubungan dengan faktor resiko :
episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.

Tabel 2.7 Intervensi Risiko Infeksi Area Pembedahan (Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et. al, 2018).

Resiko infeksi area pembedahan

Definisi

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

Faktor risiko

- Alkoholisme
- Merokok
- Obesitas

Populasi berisiko

- Suhu dingin diruang operasi
- Nilai status kesehatan fisik menurut *American Society of Anesthesiologist (ASA)* tidak optimal ≥ 2
- Jumlah personel berlebihan selama prosedur pembedahan
- Kontaminasi luka bedah
- Peningkatan pemajaman lingkungan terhadap patogen

Kondisi terkait

- Masalah penyerta
 - Infeksi pada area pembedahan lain
 - Diabetes melitus
 - Prosedur invasif
 - Durasi pembedahan
 - Osteoarthritis pasca-traumatik
 - Hipertensi
 - Arthritis reumatoid
 - Imunosupresi
-

- Profilaktis antibiotik tidak adekuat
- Profilaktis antibiotik tidak efektif
- Tipe anestesia
- Tipe prosedur bedah
- Penggunaan implant dan/atau prostese

Kriteria Evaluasi :

Pengendalian Risiko (NIC)

Mengidentifikasi perilaku untuk mencegah dan mengurangi risiko infeksi

Keparahan Infeksi (NOC)

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

| TINDAKAN/INTERVENSI | RASIONAL |
|---|---|
| <i>Mandiri</i> | |
| Lakukan dan dukung teknik mencuci tangan yang cermat oleh pemberi asuhan dan klien. | Mencegah kontaminasi silang atau kolonasi bakteri. |
| Pertahankan teknik aseptik secara ketat ketika melakukan prosedur dan perawatan luka. | Mengurangi risiko infeksi dan kolonisasi bakteri. |
| Berikan perawatan kulit, oral, dan peranal secara cermat. | Mengurangi risiko kerusakan dan infeksi kulit atau jaringan. |
| Tekankan perlunya memantau dan membatasi pengunjung sesuai indikasi. Berikan isolasi protektif, jika tepat. | Membatasi pajanan terhadap agens infeksius. Isolasi proktetif dapat diperlukan pada anemia aplastic, ketika respons imun sangat mengalami gangguan. |
| Pantau suhu, perhatikan adanya menggigil dan takikardia engan atau tanpa demam. | Menggambarkan proses inflamasi atau infeksi, yang memerlukan evaluasi dan terapi. |
| Observasi eritema dan drainage luka. | Indikator infeksi luka |
| <i>Kolaborasi</i> | |
| Dapatkan specimen untuk kultur dan sensitivitas, sesuai indikasi. | Memverifikasi adanya infeksi, mengidentifikasi pathogen secara spesifik, dan memengaruhi pilihan terapi. |
| Berikan antiseptik topikal dan antibiotik sistemik. | Dapat digunakan secara profilaksis guna mengurangi kolonisasi atau digunakan untuk mengatasi proses infeksius ter |

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

Tabel 2.8 Intervensi Defisit Perawatan Diri (Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et. al, 2018).

Defisit Perawatan Diri: Mandi

Definisi

Ketidakmampuan melakukan pembersihan diri saksama setara mandiri

Batasan karakteristik

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

Faktor yang berhubungan

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

Kondisi terkait

- | | |
|---|----------------------------|
| - Gangguan fungsi kognitif | - Gangguan muskuloskeletal |
| - Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh | - Gangguan neuromuscular |
| - Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial | - Gangguan persepsi |

Defisit perawatan diri makan

Definisi

Ketidakmampuan makan secara mandiri

Batasan karakteristik

- | | |
|---|---|
| - Ketidakmampuan memasukkan makanan ke mulut | - Ketidakmampuan mengambil cangkir |
| - Ketidakmampuan mengunyah makanan | - Ketidakmampuan menyiapkan makanan |
| - Ketidakmampuan menempatkan makanan ke alat makan | - Ketidakmampuan menghabiskan makanan secara mandiri |
| - Ketidakmampuan memanipulasi makanan didalam mulut | - Ketidakmampuan memakan makanan dalam cara yang dapat diterima |
| - Ketidakmampuan membuka wadah makanan | |
-

-
- Ketidakmampuan menelan makanan
 - Ketidakmampuan menelan makanan dalam jumlah yang memadai
 - Ketidakmampuan menggunakan alat bantu

Faktor yang berhubungan

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

Kondisi terkait

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

Defisit perawatan diri: eliminasi

Definisi

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

Batasan karakteristik

- Ketidakmampuan melakukan hygiene eliminasi secara komplet
- Ketidakmampuan menyiram toilet
- Ketidakmampuan memanipulasi pakaian untuk eliminasi
- Ketidakmampuan mencapai toilet
- Ketidakmampuan naik ke toilet
- Ketidakmampuan untuk duduk di toilet

Faktor yang berhubungan

- Ansietas
- Penurunan motivasi
- Kendala lingkungan
- Keletihan
- Hambatan kemampuan berpindah-pindah
- Hambatan mobilitas
- Nyeri
- Kelemahan

Kondisi terkait

- Gangguan fungsi kognitif
- Gangguan fungsi musculoskeletal
- Gangguan neuromuskular
- Gangguan persepsi

Kriteria Evaluasi :

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

- Mendemonstrasikan perubahan teknik dan gaya hidup untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri.
 - Melaksanakan aktivitas perawatan diri dalam tingkat kemampuan sendiri.
 - Mengidentifikasi sumber
-

personal dan komunitas yang dapat memberikan bantuan sesuai kebutuhan.

TINDAKAN/INTERVENSI

Mandiri

| | |
|---|---|
| Kaji kemampuan dan tingkat defisit (skala 0 -4) untuk melaksanakan AKS. | Membantu mengantisipasi dan merencanakan untuk memenuhi kebutuhan individual. |
| Hindari untuk membantu klien melakukan hal-hal yang dapat klien lakukan sendiri, berikan bantuan sesuai kebutuhan. | Klien ini mungkin merasa ketakutan dan bergantung, serta meskipun bantuan bermanfaat dalam mencegah frustrasi, klien harus melakukan tindakan sebanyak mungkin untuk dirinya sendiri guna mempertahankan harga diri dan meningkatkan pemulihan. |
| Waspada perilaku atau tindakan impulsif yang menunjukkan gangguan penilaian. | Dapat mengindikasikan kebutuhan untuk intervensi dan supervise tambahan untuk meningkatkan keamanan klien. |
| Pertahankan sikap suportif untuk upaya dan pencapaian. | Klien membutuhkan empati dan perlu mengetahui bahwa pemberi asuhan akan konsisten untuk terus memberikan bantuan. |
| Buat rencana untuk defisit visual yang ada. | Meningkatkan sensasi harga diri, meningkatkan kemandirian, dan motivasi klien untuk melanjutkan kerja kerasnya. |
| Atur tempat tidur sehingga tubuh klien yang tidak mengalami gangguan menghadap ke ruangan dengan sisi tubuh yang mengalami gangguan menghadap ke dinding. | Klien akan mampu melihat untuk memakan makanan. |
| Posisikan furnitur menempel pada dinding, diluar alur lalu-lalang. | Akan mampu melihat ketika klien mampu bergerak mengelilingi ruangan, mengurangi risiko tersandung dan terjatuh akibat menabrak furnitur. |
| Berikan alat swabantu, seperti kancing atau kaitan ristleting (<i>zipper</i>), kombinasi pisau-garpu, sikat bergagang Panjang, alat penyambung untuk mengambil barang-barang dari lantai, peninggi toilet, tas tungkai untuk kateter, dan kursi untuk mandi. Bantu dan anjurkan kebiasaan | Memampukan klien untuk mengatur diri sendiri, meningkatkan kemandirian dan harga diri; mengurangi ketergantungan pada orang lain untuk memenuhi kebutuhan diri sendiri; dan kemampuan klien untuk menjadi lebih aktif secara social. |

berpakaian yang baik dan berias.

Anjurkan orang terdekat untuk membiarkan klien melakukan tindakan sebanyak mungkin untuk dirinya sendiri.

Menetapkan kembali sensasi kemandirian dan mengembangkan harga diri serta meningkatkan proses rehabilitasi.

Kaji kemampuan klien untuk mengomunikasikan kebutuhan untuk berkemih dan kemampuan menggunakan pispot berkemih atau pispot defekasi. Bawa klien ke kamar mandi sering dan jadwalkan interval untuk berkemih jika tepat.

Klien mungkin memiliki kandung kemih neurogenik, tidak perhatian, atau tidak mampu mengomunikasikan kebutuhan dalam fase pemulihan akut, tetapi biasanya mampu mengendalikan fungsi ini ketika pemulihan berlangsung.

Identifikasi kebiasaan usus sebelumnya dan tetapkan kembali regimen yang normal. Tingkatkan serat dalam diet. Anjurkan untuk meningkatkan asupan cairan dan aktivitas.

Membantu pembentukan program pelatihan kembali (kemandirian) dan membantu mencegah konstipasi serta impaksi (efek jangka panjang).

Kolaborasi

Pemberian supositoria dan pelunak feses.

Mungkin diperlukan untuk membantu membentuk fungsi usus yang regular.

Konsultasi dengan tim rehabilitasi, seperti ahli terapi fisik atau okupasional.

Memberikan bantuan dalam mengembangkan program terapi komprehensif dan mengidentifikasi kebutuhan perlengkapan khusus yang dapat meningkatkan partisipasi klien dalam perawatan diri.

i. Konstipasi

Tabel 2.9 Intervensi Konstipasi (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Konstipasi

Definisi

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

Batasan karakteristik

- Nyeri abdomen
 - Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot
 - Anoreksia
 - Penampilan tidak khas pada lansia
 - Borborigmi
-

-
- Darah merah pada feses
 - Perubahan pada pola defekasi
 - Penurunan frekuensi defekasi
 - Penurunan volume feses
 - Distensi abdomen
 - Keletihan
 - Feses keras dan berbentuk
 - Sakit kepala
 - Bising usus hiperaktif

Faktor yang berhubungan

- 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

Kondisi terkait

- Ketidakseimbangan elektrolit
 - Hemoroid
 - Penyakit Hirschsprung
 - Ketidakadekuatan gigi geligi
 - Garam besi
 - Gangguan neurologis
 - Obstruksi usus pasca-bedah
 - Kehamilan
-
- Bising usus hipoaktif
 - Tidak ada defekasi
 - Peningkatan tekanan intraabdomen
 - Tidak dapat makanan
 - Feses cair
 - Nyeri pada saat defekasi
 - Massa abdomen yang dapat diraba
 - Perkusi abdomen pekak
 - Rasa penuh rektal
 - Rasa tekanan rektal
 - Sering flatus
 - Adanya feses lunak, seperti pasta didalam rectum
 - Mengejan pada saat defekasi
 - Muntah
-
- Kebiasaan menekan dorongan defekasi
 - Kebiasaan makan buruk
 - Higiene oral tidak adekuat
 - Kebiasaan *toileting* tidak adekuat
 - Adupan serat kurang
-

-
- Asupan cairan kurang
 - Kebiasaan defekasi tidak teratur
 - Penyalahgunaan laksatif
 - Obesitas
 - Perubahan lingkungan baru
-
- Abses rektal
 - Fisura anal rektal
 - Striktur anal rektal
 - Prolaps rektal
 - Ulkus rektal
 - Rektokel
 - Tumor
-

j. Resiko syok (hipovolemik)

Tabel 2.10 Risiko Syok (hipovolemik) (Herdman & Kamitsuru, 2018)

Resiko syok

Definisi

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

Faktor resiko

- Akan dikembangkan

Kondisi terkait

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Hipotensi - Hipovolemia - Hipoksemia - Hipoksia | <ul style="list-style-type: none"> - Infeksi - Sepsis - Sindrom respons inflamasi sistemik (<i>systemic inflammatory response syndrome</i> [SIRS]) |
|--|---|

Kriteria Evaluasi :

Status Sirkulasi (NOC)

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

| TINDAKAN/INTERVENSI | RASIONAL |
|---|--|
| <i>Mandiri</i> | |
| Investigasi perubahan pada tingkat kesadaran dan laporan tentang lambung atau sakit kepala. | Perubahan dapat mencerminkan perfusi serebral tidak adekuat penurunan darah arteri. |
| Investigasi laporan nyeri dada. Catat lokasi, kualitas, durasi, dan apa yang meredakan nyeri. | Dapat mencerminkan iskemia jantung akibat penurunan perfusi |
| Auskultasi denyut apikal. Pantau laju dan ritme jantung, jika elektrokardiogram (EKG) berkelanjutan tersedia dan diindikasikan. | Distritmia dan perubahan iskemik dapat terjadi akibat hipotensia, hipoksia, asidosis, ketidakseimbangan elektrolit, atau pendinginan dekat jantung jika lavase salin dingin digunakan untuk mengontrol perdarahan. |
| Kaji kulit untuk dingin; pucat; diaphoresis; pengisapan kapiler terlambat; serta denyut perifer yang lemah dan rapuh. | Vasokonstriksi adalah respons simpatis untuk menurunkan volum sirkulasi dan dapat terjadi sebagai efek samping pemberian vasopressin. |
| Catat haluaran urine dan berat jenis. Pasang kateter Foley untuk mengukur urine secara akurat, sesuai indikasi. | Penurunan perfusi sistemik dapat menyebabkan isekemia dan gagal ginjal, ditandai dengan penurunan haluaran urine. |
| Observasi kulit untuk pucat dan kemerahan. Masase secara perlahan menggunakan losion. Ubah posisi secara sering. | Sirkulasi perifer yang terkompromi meningkatkan risiko robekan kulit sebagaimana ditunjukkan oleh kemerahan pada penonjolan tulang tidak memucat ketika ditekan dengan jari. |
| <i>Kolaborasi</i> | |
| Pantau AGD dan oksimetri nadi. | Mengidentifikasi hipoksemia dan efektivitas serta kebutuhan terapi. |
| Sediakan oksigen supplemental, jika diindikasikan. | Menangani hipoksemia dan asidosis laktat selama perdarahan akut. |
| Berikan cairan IV, sesuai indikasi. | Mengganti dan mempertahankan volume sirkulasi dan perfusi. Panduang untuk penggantian cairan adalah 3 mL cairan untuk setiap 1 mL kehilangan darah. (Rujuk ke DN: risiko perdarahan) |

k. Risiko perdarahan

Tabel 2.11 Risiko Perdarahan (Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et. al, 2018).

| Risiko perdarahan | |
|--|---|
| Definisi | |
| Rentan mengalami penurunan volume darah, yang dapat mengganggu kesehatan | |
| Faktor risiko | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Kurang pengetahuan tentang kewaspadaan perdarahan | |
| Populasi berisiko | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Riwayat jatuh | |
| Kondisi terkait | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Aneurisme - Koagulapati intravaskuler diseminata - Gangguan gastrointestinal - Gangguan fungsi hati | <ul style="list-style-type: none"> - Koagulapati inheren - Komplikasi pascapartum - Komplikasi kehamilan - Trauma - Program pengobatan |
| Kriteria Evaluasi : | |
| Keparahan Kehilangan Darah (NOC) | |
| Tidak menunjukkan perdarahan aktif | |
| TINDAKAN/INTERVENSI | RASIONAL |
| Mandiri | |
| Pantau asupan dan haluaran (I&O). | Indikator keseimbangan cairan dan kebutuhan penggantian. |
| Pantau tanda-tanda vital, perhatikan peningkatan nadi dan pernafasan, penurunan tekanan darah, diaphoresis, pucat, pengisian kapiler lambat, dan membrane mukosa kering. | Hipovolemia memerlukan intervensi yang cepat untuk mencegah syok yang akan datang. |
| Kaji kegelisahan, konfusi, dan perubahan perilaku. | Dapat menggambarkan penurunan perfusi serebral (hipovolemia) atau mengidentifikasi edema serebral akibat larutan yang diabsorpsi berlebihan. |
| Inspeksi balutan dan drain luka. Timbang balutan, jika diperlukan. Periksa adanya pembentukan hematoma. | Tanda perdarahan persisten dapat tampak jelas atau tersembunyi dalam jaringan perineum. |

| | |
|--|--|
| Pertahankan catatan akurat subtotal larutan dan produk darah selama terapi penggantian. | Potensi adanya transfuse cairan yang berkelebihan, khususnya ketika ekspander volume diberikan sebelum transfusi. |
| Pertahankan tirah baring; cegah muntah dan mencejan ketika defekasi. Jadwalkan aktivitas untuk menyediakan waktu istirahat yang bebas gangguan. Hilangkan stimulasi yang mengganggu. | Aktivitas dan muntah meningkatkan tekanan intraabdomen dan dapat memicu perdarahan lebih lanjut. |
| Kolaborasi | |
| Pantau pemeriksaan laboratorium, sesuai indikasi, seperti: Hemoglobin/hematokrit (Hb/Ht) dan sel darah merah | Bermanfaat dalam mengevaluasi kehilangan darah dan kebutuhan penggantian darah. |
| Pemeriksaan koagulasi dan hitung trombosit | Dapat mengindikasikan terjadinya komplikasi yang dapat meningkatkan perdarahan atau pembekuan. |
| Berikan terapi intravena (IV) atau produk darah, jika diindikasikan | Dapat memerlukan cairan tambahan, jika asupan oral tidak adekuat, atau produk darah, jika terjadi kehilangan darah berlebihan. |

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

Tabel 2.12 Defisiensi Pengetahuan (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Defisiensi pengetahuan

Definisi

Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu, atau kemahiran

Batasan karakteristik

- Ketidakkuratan mengikuti perintah
- Ketidakkuratan melakukan tes
- Perilaku tidak sehat
- Kurang pengetahuan

Faktor yang berhubungan

- Kurang informasi
 - Kurang minta untuk belajar
 - Kurang sumber pengetahuan
 - Keterangan yang salah dari
-

| | |
|---|--|
| Kondisi terkait | orang lain |
| - Gangguan fungsi kognitif | - Gangguan memori |
| Kriteria Evaluasi: | |
| Pengetahuan: Manajemen postpartum | |
| - Mengungkapkan pemahaman tentang kondisi, penyakit, kondisi, prognosis, dan program pengobatan | |
| Perawatan diri terhadap postpartum | |
| - Mengungkapkan pemahaman tentang postpartum | |
| - Melakukan secara tepat prosedur yang diperlukan dan menjelaskan alasan tindakan | |
| - Memulai perubahan gaya hidup yang diperlukan | |
| TINDAKAN/INTERVENSI | RASIONAL |
| Mandiri | |
| Tinjau kembali prosedur dan harapan di masa yang akan datang | Memberi pengetahuan dasar sehingga klien dapat membuat pilihan berbasis informasi |
| Evaluasi emosi dan kemampuan fisik klien | Faktor ini mempengaruhi klien untuk melakukan tugas dengan baik dan keinginan untuk mengemban tanggung jawab dalam perawatan pasca bedah |
| Pelajari kembali anatomi, fisiologi, dan dampak intervensi bedah. Diskusikan harapan dimana yang akan akan dating | Memberi pengetahuan dasar sehingga klien dapat membuat pilihan berbasis informasi dan kesempatan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman tentang individu |
| Tinjau proses penyakit, prognosis, dan faktor presipitasi penyakit, jika diketahui | Memberikan dasar pengetahuan bagi klien sehingga klien dapat membuat pilihan berbasis informasi |
| Sertakan sumber tertulis dan gambar | Memberi referensi setelah pulang untuk mendukung usaha klien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri |
| Instruksikan klien/orang terdekat dalam perawatan pasca bedah, sesuai kebutuhan | Meningkatkan manajemen positif dan mengurangi resiko perawatan pasca bedah yang tidak tepat |

| | |
|---|---|
| Tekankan pentingnya nutrisi yang baik; dorong asupan buah dan tingkatkan serat dalam diet | Meningkatkan penyembuhan dan mencegah konstipasi, mengurangi risiko perdarahan pascaoperasi |
| Dorong nutrisi optimal | Meningkatkan penyembuhan luka dan meningkatkan penggunaan energi untuk memfasilitasi perbaikan jaringan |
| Diskusikan pentingnya mempertahankan berat badan | Perubahan berat badan dapat mempengaruhi kadar gizi pada klien |
| Diskusikan program obat individual, jika tepat | Penggunaan medikasi nyeri dan obat antiplatelet secara tepat dapat mengurangi risiko komplikasi |
| Diskusikan dimulainya kembali tingkat aktivitas sebelum pembedahan dan kemungkinan gangguan tidur, anoreksia, dan kehilangan minat dalam melakukan aktivitas yang biasa | Klien harus mampu mengelola aktivitas yang sama seperti yang sebelumnya disukai dan pada beberapa kasus meningkatkan tingkat aktivitas, kecuali untuk olahraga kontak |

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi atau pelaksanaan menggambarkan kegiatan yang dibuat sesuai kondisi dan permasalahan agar dapat diatasi berdasarkan tujuan yang ingin dicapai. Tindakan dilakukan berdasarkan tingkat ketergantungan ibu post partum *sectio caesarea* (Maryunani, 2010)

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan hasil akhir yang di harapkan pada ibu post partum dengan tindakan *sectio caesarea* adalah mampu mempertahankan kebutuhan perawatan diri, mampu mengatasi deficit perawatan diri, dan dapat meningkatkan kemandirian. Masalah ketidaknyamanan fisik akibat *sectio caesarea* dapat teratasi (Maryunani, 2010).