

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST *SECTIO*  
*CAESAREA* DENGAN NYERI AKUT  
DI RUANGAN DELIMA  
RSUD CIAMIS**

**KARYA TULIS IMIAH**

Dianjukan sebagai salah satu syarat mendapat gelar Ahli  
Madya Keperawatan (A.Md.Kep) Pada Prodi DIII Keperawatan  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung

**Oleh :**

**SYIFFA AINUN LUTHFIYYAH**

AKX.16.130



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

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Syiffa Ainun Luthfiyyah

NIM : AKX 16. 130

Institusi : Diploma D III Kperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post *Sectio Caesarea* dengan Nyeri Akut di Ruang Delima Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah 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, April 2019

Yang Membuat Pernyataan

  
METERAI  
STEMPEL  
6000  
ENAM RIBU RUPIAH

Syiffa Ainun Luthfiyyah

AKX 16. 130

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST SECTIO CAESAREA*  
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT  
DI RUANG DELIMA RSUD CIAMIS**

**OLEH**

**SYIFFA AINUN LUTHFIYYAH  
AKX.16.130**

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

Menyetujui

**Pembimbing Utama**



**Inggrid Dirgahayu, S.Kp.,M.KM  
NIK 10104019**

**Pembimbing Pendamping**



**Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep  
NIK 10104025**

**Mengetahui,**

**Ketua Prodi DIII Keperawatan**



**Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep  
NIK 1011603**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST *SECTIO CAESAREA*  
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG DELIMA  
RSUD CIAMIS**

Oleh:

**SYIFFA AINUN LUTHFIYYAH  
AKX.16.130**

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, 25 Mei 2019

**PANITIA PENGUJI**

**Ketua : Ingrid Dirgahayu, S.Kp., M.KM  
(Pembimbing Utama)**

  
(.....)

**Anggota :**

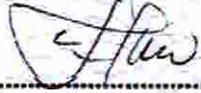
**1. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep  
(Penguji I)**

  
(.....)

**2. Ade Tika Herawati, S.Kep., Ners., M.Kep  
(Penguji II)**

  
(.....)

**3. Vina Vitniawati, S.kep., Ners., M.Kep  
(Pembimbing Pendamping)**

  
(.....)

**Mengetahui  
STIKes Bhakti Kencana Bandung  
Ketua,**



**Rd. Siti Jurdiah, S.Kp., M.Kep  
NIK 10107064**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST *SECTIO CAESAREA* DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT 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 di 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, M,Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S,Kp.,MKep, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti, S,Kp.,M.Kep, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Ingrid Dirgahayu, S. Kp.,MKM, selaku pembimbing utama KTI yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Vina Vitniawati, S. Kep., Ners., M. Kep selaku pembimbing pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Dr. H. Aceng Solahudin Ahmad, M. Kes, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis.
7. *Clinical Instruktur* dan Pembimbing Lapangan di RSUD Ciamis.

8. Ayahanda Irman Apriyansyah dan Ibunda Irma Sulastris tercinta, dan keluarga besar yang telah memberikan motivasi dan moril sehingga penulis bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Sahabat seperjuangan yang selalu bersama Resianti Fajri, Anggi Noviyanti, Desy Marlin, Bella Dwi Utari dan seluruh teman seperjuangan angkatan 12 yang telah memberikan semangat, motivasi sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.
10. Semua pihak yang telah memberikan semangat dan dukungan secara moril maupun materil serta membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

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

Bandung, April 2019

Syiffa Ainun Luthfiyyah

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** *Sectio Caesarea* (SC) adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim, masalah yang sering muncul yaitu ketidakefektifan jalan nafas, nyeri akut, ketidakefektifan pemberian ASI, gangguan eliminasi urine, gangguan pola tidur, resiko infeksi, defisit perawatan diri (mandi/kebersihan diri, makan, toileting), konstipasi, resiko syok (hipovolemik), dan defisiensi pengetahuan. Hal ini menyebabkan adanya nyeri akut. **Metode :** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah/fenomenal dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua pasien post *sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan non farmakologi yaitu teknik relaksasi nafas dalam disertai aromaterapi jeruk masam, masalah keperawatan nyeri akut pada kasus 1 dan kasus 2 masalah keperawatan nyeri akut teratasi pada hari ke 2. **Diskusi :** pasien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap pasien post *sectio caesarea* hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya. Sehingga perawat harus memberikan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap pasien.

Keyword : *Sectio Caesarea* (SC) , Nyeri Akut, Asuhan Keperawatan

Daftar Pustaka :17 Buku (2009-2018), 2 Jurnal (2016-2018)

## ABSTRACT

**Background:** *Sectio Caesarea* (SC) is surgery for give birth fetus by opening wall stomach and wall uterine or vagina or a histerotomi for give birth fetus from in utero, the problem that often appear at client is ineffective airway, pain acute, ineffectiveness of breastfeeding, impaired urine elimination, sleep disorder, risk of infection, self-care definition (bathing / personal hygiene, eating, toileting), constipation, risk of shock (hypovolemic), and knowledge deficiencies. The matter cause existing pain acute. **Method:** Case studies are to explore a problem / phenomenal with detailed limitations, have in-depth data collection and include various sources of information. Study case was done at two person client post SC with problem nursing pain acute. **Result:** Having done the nursing with give intervention nursing non pharmacology that is engineering deep breathing relaxation accompanied by sour orange aromatherapy, , problem nursing pain acute at case 1 and case 2 problem nursing pain acute resolved in second day. . **Discussion:** Client with problem nursing pain acute not always have same response at every client post SC, this case was influenced by condition, time and status health client that different, so nurse must do the nursing that comprehensive to handle the nursing problem at every client.

Keyword: *Sectio Caesarea* (SC), pain acute, nursing

List library: 17 book (2009-2018), 2 journal (2016-2018)

## DAFTAR ISI

LEMBAR JUDUL .....	i
LEMBAR PERNYATAAN .....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
ABSTRAK .....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR GAMBAR .....	xiii
DAFTAR BAGAN.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xv
DAFTAR SINGKATAN .....	xvi

### **BAB 1     PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	3
1.3.1 Tujuan Umum .....	3
1.3.2 Tujuan Khusus .....	4
1.4 Manfaat.....	4

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Konsep Dasar Sectio Caesarea .....	6
2.1.1 Definisi .....	9
2.1.2 Anatomi .....	6
2.1.3 Etiologi .....	7
2.1.4 Jenis-jenis Sectio Caesarea.....	8
2.1.5 Patofisiologi.....	9
2.1.6 Komplikasi .....	10
2.2 Masa Nifas.....	10
2.2.1 Definisi .....	10
2.2.2 Tahapan Masa Nifas .....	11
2.2.3 Adaptasi Fisiologis Masa Nifas .....	11
2.2.4 Adaptasi Psikologis Masa Nifas .....	16
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas .....	17
2.3.1 Pengkajian .....	17
2.3.2 Diagnosa Keperawatan .....	31
2.3.3 Intervensi Keperawatan .....	32
2.3.4 Implementasi .....	49
2.3.5 Evaluasi .....	49
2.4 Nyeri.....	50
2.4.1 Definisi .....	50
2.4.2 Proses terjadinya nyeri.....	50

2.4.3	Klasifikasi Nyeri.....	51
2.4.4	Penilaian Respon Intensitas Nyeri.....	52
2.4.5	Karakteristik Nyeri.....	53
2.4.6	Manajemen Nyeri.....	53
<b>BAB III</b>	<b>TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN</b>	
3.1	Desain Penelitian.....	56
3.2	Batasan Istilah.....	56
3.3	Responden/Subyek Penelitian.....	57
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	57
3.5	Pengumpulan Data.....	57
3.6	Uji Keabsahan Data.....	59
3.7	Analisis Data.....	59
3.8	Etik Penelitian.....	61
<b>BAB IV</b>	<b>HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
4.1	Hasil.....	64
4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	65
4.1.2	Asuhan Keperawatan.....	65
a.	Pengkajian.....	65
b.	Analisis Data.....	76
c.	Diagnosa Keperawatan.....	78
d.	Perencanaan.....	82

e. Implementasi .....	84
f. Evaluasi .....	89
4.2 Pembahasan .....	90
4.2.1 Pengkajian .....	90
4.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	92
4.2.3 Intervensi .....	96
4.2.4 Pelaksanaan .....	97
4.2.5 Evaluasi .....	98

## **BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

5.1 Kesimpulan.....	99
5.2 Saran .....	101

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Rencana keperawatan.....	32
Tabel 4.1 Identitas klien.....	64
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan.....	64
Tabel 4.3 Riwayat Ginekologi dan Obstetric .....	66
Tabel 4.4 Pola aktivitas sehari-hari .....	67
Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik .....	69
Tabel 4.6 Data bayi .....	72
Tabel 4.7 Pemeriksaan Psikologi .....	72
Tabel 4.8 Hasil laboratorium.....	74
Tabel 4.9 Rencana Pengobatan .....	74
Tabel 4.10 Analisa Data.....	75
Tabel 4.11 Diagnosa keperawatan .....	77
Tabel 4.12 perencanaan.....	81
Tabel 4.13 Implementasi .....	83
Tabel 4.14 Evaluasi .....	88

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.2 SC Klasik .....	6
Gambar 2.3 SC Transversal .....	7
Gambar 2.3 Skala Intensitas Nyeri Numeric.....	52
Gambar 2.4 Skala Deskriptif .....	53

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Sectio Caesarea .....	9
---	---

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran I Lembar Bimbingan
- Lampiran II Lembar Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus
- Lampiran III Satuan Acara Penyuluhan
- Lampiran IV Leaflet
- Lampiran V Lembar Observasi
- Lampiran VI Lembar Persetujuan Menjadi Responden

## DAFTAR SINGKATAN

BB	: Berat Badan
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
C	: Celcius
CC	: Cubic Centimeter
CI	: Clinical Instructure
CM	: Centi meter
CRT	: Capillary Refill Time
DM	: Diabetes Melitus
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
ICS	: InterCostal Space
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IM	: Intra Muscular
IUD	: Intra Uterine Device
IV	: Intra Vena
ML	: MiliLiter
MOW	: Medis Operatif Wanita
NRS	: Numerical Rating Scales
NSID	: Non Steroid Anti-inflammatory Drugs

PB	: Panjang Badan
ROM	: Range Of Motion
RR	: Respirasi Rate
SC	: Sectio Caesarea
TBC	: Tuberculosis
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TTV	: Tanda Tanda Vital
TT	: Tetanus Toksoid
VAS	: Visual Analog Scale
VDS	: Verbal Descriptor Scale
WHO	: World Health Organization
WOD	: Wawancara Observasi Dokumentasi

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Persalinan proses pengeluaran hasil konsepsi yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan. Adapun macam-macam persalinan yaitu : Persalinan spontan dan persalinan buatan yaitu proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar misalnya *ekstraksi vacuum* atau *section caesarea* (SC) (Manuaba 2010). *Section caesarea* adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim. (Padila, 2015).

Data *World Health Organization* (WHO) tahun 2015 selama hampir 30 tahun tingkat persalinan dengan SC menjadi 10% sampai 15% dari semua proses persalinan di Negara-negara berkembang. Berdasarkan hasil RISKESDAS tahun 2018, angka ibu melahirkan dengan SC di Indonesia 17,6% dengan proporsi tertinggi di Bali 30,2% dan terendah di Papua 6,7%, Dan kelahiran metode *sectio caesarea* di Jawa Barat 15,5%. Berdasarkan data yang penulis dapatkan dari rekam medic RSUD Ciamis periode Desember 2017-Juni 2018 didapatkan kasus persalinan normal sebanyak 626 kasus di ruang VK dan Delima, dan kasus persalinan secara *section caesarea* sebanyak 719 kasus di ruang Delima.

Masalah yang sering muncul pada klien dengan post *sectio caesarea* adalah Ketidakefektifan bersihan jalan nafas, Nyeri akut, Ketidakefektifan pemberian ASI, Gangguan eliminasi urine, Gangguan pola tidur, Resiko infeksi, Defisit perawatan diri (mandi/kebersihan diri, makan, toileting), Konstipasi, Resiko syok (hipovolemik), Defisiensi pengetahuan: perawatan postpartum (Nurarif, 2015).

Tindakan *sectio caesarea* menyebabkan nyeri pada abdomen nyeri berasal dari luka operasi (Arwani dkk, 2012; Gondo, 2011). Persalinan section caesarea memiliki nyeri lebih tinggi sekitar 27,3 % dibanding dengan persalinan normal yang hanya sekitar 9%. Umumnya, nyeri yang dirasakan selama beberapa hari. Rasa nyeri meningkat pada hari pertama post section caesarea. Secara fisiologis tindakan *sectio caesarea* berdampak terhadap nyeri yang dirasakan setelah analgetik hilang (Akbar dkk, 2014; Manurung, 2013; Pratiwi, 2013).

Nyeri pada pembedahan *sectio caesarea* sering di rasakan setelah tindakan operasi selesai karena efek obat anestesi yang di gunakan selama operasi mulai menghilang. Meskipun nyeri akut merupakan respon normal akibat adanya kerusakan jaringan, namun dapat menimbulkan gangguan fisik, psikologis, maupun emosional dan tanpa manajemen yang adekuat dapat berkembang menjadi nyeri kronik. Nyeri dapat diatasi dengan penatalaksanaan nyeri yang bertujuan untuk meringankan atau mengurangi rasa nyeri sampai tingkat kenyamanan yang dirasakan oleh ibu post section caesarea (Dwijayanti et al, 2014).

Nyeri dapat diatasi dengan penatalaksanaan terapi farmakologis dan non-farmakologis. Beberapa terapi farmakologi yang digunakan sebagai manajemen nyeri seperti analgesia sistemik, senyawa analgesik narkotik, agen pembangkit efek analgetik. Efek samping dari terapi tersebut mual, muntah, pusing. Sedangkan terapi non farmakologis yang sering diterapkan antara lain teknik pernafasan, *audionalgesia*, *akupunktur*, *transcutaneous electric nerve stimulations (TENS)*, kompres dengan suhu dingin panas, sentuhan pijatan dan aromaterapi (Gondo dkk, 2011).

Berdasarkan hal tersebut, masalah nyeri yang dialami oleh klien dengan post *sectio caesarea* sangat membutuhkan perhatian dan penanganan secara khusus. Dengan demikian penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif pada klien post *sectio caesarea* dengan Nyeri Akut.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas maka yang menjadi rumusan masalah adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post Section Caesarea* Dengan Nyeri Akut di RSUD Ciamis ?”

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **a. Tujuan Umum**

Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami post *sectio caesarea* dengan nyeri akut di RSUD Ciamis

## b. Tujuan Khusus

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

1. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien yang mengalami post sectio caesarea dengan nyeri akut di RSUD Ciamis
2. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien yang mengalami post sectio caesarea dengan nyeri akut di RSUD Ciamis.
3. Menyusun rencana keperawatan pada klien yang mengalami post sectio caesarea dengan nyeri akut di RSUD Ciamis.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan, pada klien yang mengalami post sectio caesarea dengan nyeri akut di RSUD Ciamis.
5. Mengevaluasi hasil tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan pada klien yang mengalami post sectio caesarea dengan nyeri akut di RSUD Ciamis.

## 1.4 Manfaat

### 1.4.1 Manfaat Teoritis

Meningkatkan pengetahuan bagi pembaca agar mengetahui asuhan keperawatan pada klien post sectio caesarea dengan nyeri akut di RSUD Ciamis.

Penulisan karya tulis ini juga berfungsi untuk mengetahui antara teori dan kasus nyata yang terjadi dilapangan 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 sectio caesarea di RSUD Ciamis.

b. Bagi rumah sakit

Untuk memberikan masukan perencanaan dan pengembangan pelayanan kesehatan pada pasien dalam peningkatan kualitas pelayanan, khususnya untuk penurunan tingkat nyeri pada pasien klien post sectio caesarea di RSUD Ciamis.

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 nyeri akut.

d. Bagi klien post sectio caesarea

Sebagai sumber informasi bagi klien agar mengetahui gambaran umum tentang post sectio caesarea dengan nyeri akut.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Sectio Caesarea**

##### **2.1.1 Definisi Sectio Caesarea**

*Sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut, *sectio caesarea* juga dapat di definisikan sebagai suatu hysteroromia untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Rustam Mochtar, 2013).

*Sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Saifuddin dkk, 2011).

##### **2.1.2 Anatomi**



**Gambar 2.2 SC Klasik**

*Sumber : David T.Y., 2010*

Dilakukan insisi (irisasi/sayatan) pada korpus uteri (tubuh rahim) sepanjang 10-12 cm, sehingga sayatan yang terbentuk adalah garis vertikal.



**Gambar 2.3 Teknik SC Transversal**

*Sumber : David T.Y., 2010*

Pembedahan ini paling banyak dilakukan. Melakukan insisi pada segmen bawah rahim yakni melintang selebar 10 cm dengan ujung kanan dan kiri agak melengkung keatas untuk menghindari terbukanya cabang-cabang pembuluh darah. Sehingga garis yang terbentuk adalah horizontal.

### **2.1.3 Etiologi**

Terdapat 2 etiologi pada *Sectio caesarea* menurut Nurarif dan Hardi 2015 yaitu :

1. Etiologi yang berasal dari ibu; yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi pada tua disertai kelainan letak ada, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida yang buruk, terdapat kesempitan panggul, placenta previa terutama pada primigravida, solutsio placenta tingkat 1-2, komplikasi yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya)

2. Etiologi yang berasal dari janin; yaitu fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapses tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi.

#### **2.1.4 Jenis-Jenis Sectio Caesarea**

Macam-macam bedah *sectio caesarea* menurut Maryunani (2014), yaitu :

1. Insisi abdomen antara lain dilakukan secara vertikal dan transversal/lintang yang masing-masing diuraikan sebagai berikut :

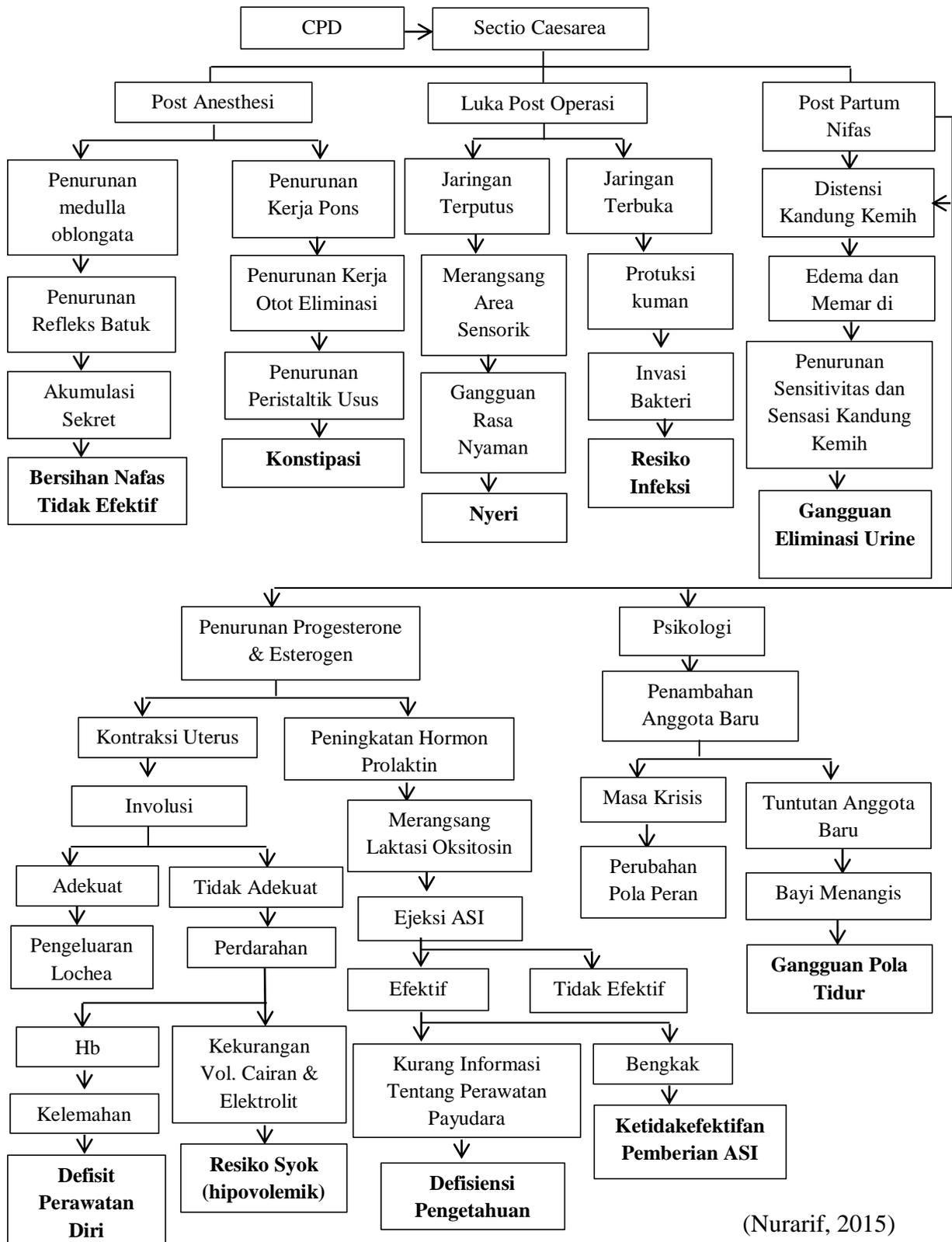
- a. Insisi Vertikal

Insisi Vertikal garis tengah infraumbilikus adalah insisi yang paling cepat dibuat. Insisi ini harus cukup panjang agar janin dapat lahir tanpa kesulitan. Oleh karena itu, pembebasan secara tajam dilakukan sampai ke level vagina yang dibebaskan dari lemak subkutis untuk memperlihatkan sepotong *fasia* (jaringan ikat berbentuk lembaran yang menyelimuti otot) digaris tengah dengan lebar sekitar 2 cm.

- b. Insisi Transversal/Melintang

Insisi kulit dan jaringan subkutan disayat dengan menggunakan insisi transversal rendah sedikit melengkung, insisi dibuat setinggi garis rambut pubis dan diperluas sedikit melebihi batas lateral otot rektus. Pada insisi ini dapat menyebabkan pendarahan yang banyak.

2.1.5 Patofisiologi



(Nurarif, 2015)

### 2.1.6 Komplikasi

Adapun komplikasi *section caesarea* menurut Maryunani (2014), yaitu :

- a. Infeksi puerperal (nifas)
  1. Ringan, dengan kenaikan suhu beberapa hari saja.
  2. Sedang, dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung.
  3. Berat, dengan peritonitis, sepsi
- b. Perdarahan
  1. Karena banyak pembuluh darah yang teputus dan terbuka
  2. Atonia uteri
  3. Perdarahan pada *placental bed*
- c. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi
- d. Kemungkinan rupture uteri spontan pada kehamilan mendatang

## 2.2 Konsep Adaptasi Nifas

### 2.2.5 Definisi Nifas

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

Periode postpartum/nifas adalah waktu penyembuhan dan perubahan, waktu kembali pada keadaan tidak hamil, serta penyesuaian terhadap hadirnya anggota keluarga baru (Mitayani, 2011).

### **2.2.6 Tahapan Masa Nifas**

Masa nifas dibagi menurut Yanti & Sundawati (2011) menjadi 3 tahap, yaitu :

1. Periperium dini

Periperium dini merupakan masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.

2. Periperium intermedial

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

3. Remote periperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama ibu bila selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi.

### **2.2.7 Adaptasi Fisiologi Masa Nifas**

Perubahan - perubahan fisiologi dalam masa nifas menurut Yanti dan Sundawati (2011) yaitu :

a. Perubahan dalam sistem reproduksi

1. Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti saat sebelum hamil. Involusi uterus melibatkan reorganisasi dan penanggalan decidua/endometrium dan pengelupasan lapisan pada tempat implantasi placenta sebagai

tanda penurunan ukuran dan berat serta perubahan tempat uterus, warna dan jumlah lochea.

## 2. 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.

## 3. Lokhea

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

- a) Lokhea rubra (cruenta) berisi darah segar sisa-sisa selaput ketuban selama 3 hari pasca persalinan.
- b) Lokhea sanguinolenta berwarna merah kecoklatan berisi darah dan lendir pada hari ke 4-7 pasca persalinan.
- c) Lokhea serosa berwarna kuning, pada hari 7-14 pasca persalinan.
- d) Lokhea alba yaitu cairan putih setelah 2 minggu persalinan.

## 4. 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.

## 5. 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.

## 6. 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.

### b. Perubahan dalam sistem kardiovaskuler (Yanti & Sundawati, 2011)

Cardiac output meningkat selama persalinan dan berlangsung sampai kala II ketika volume darah uterus dikeluarkan. Penurunan terjadi pada beberapa hari pertama post partum dan akan kembali normal pada akhir minggu. Pada persalinan pervagina 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.

c. Perubahan pada sistem perkemihan (Yanti & Sundawati, 2011)

Diuresis dapat terjadi setelah 2-3 hari post partum. 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.

d. Perubahan dalam sistem endokrin (Yanti & Sundawati, 2011)

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.

e. Perubahan dalam sistem gastrointestinal (Yanti & Sundawati, 2011)

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.

f. Perubahan sistem muskulokeletal (Yanti & Sundawati, 2011)

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara otot-otot uterus akan terjepit. Sebagai akibat putusnya 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.

g. Perubahan tanda – tanda vital (Yanti & Sundawati, 2011)

1. Suhu

Dalam 1 hari (24 jam) post partum suhu badan naik sedikit ( $37,5^{\circ}$ - $38^{\circ}$ C) akibat dari kehilangan cairan dan kelelahan. Pada hari ke- 3 suhu badan naik lagi karena adanya pembentukan ASI. Kita anggap nifas terganggu kalau ada demam lebih dari  $38^{\circ}$ C pada 2 hari berturut-turut pada 10 hari yang pertama post partum.

2. 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.

### 3. Tekanan darah

Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada post partum dapat menandakan terjadinya preeklamsi post partum.

### 4. Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan denyut nadi tidak normal maka pernapasan juga akan mengikutinya.

## 2.2.8 Adaptasi Psikologis Masa Nifas

Adapun adaptasi psikologis pada masa nifas menurut Yanti & Sundawati (2011), sebagai berikut :

#### a. Fase *taking in*

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

#### b. 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.

#### c. Fase *letting go*

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

## **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas**

Proses keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan terorganisasi dalam pemberian asuhan keperawatan, yang difokuskan pada reaksi dan respons unik individu pada suatu kelompok atau perorangan terhadap gangguan kesehatan yang dialami, baik aktual maupun potensial. Proses keperawatan juga dapat diartikan sebagai pendekatan yang digunakan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan, sehingga kebutuhan dasar klien dapat terpenuhi (*Suara et al, 2010*).

### **2.3.5 Pengkajian**

Pada dasarnya tujuan pengkajian adalah mengumpulkan data objektif dan subjektif dari klien. Adapun data yang terkumpul mencakup informasi dari klien, keluarga, dan masyarakat, lingkungan atau budaya. Dalam pengkajian yang dikumpulkan dalam wawancara, pengumpulan riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, laboratorium dan diagnostik, serta interview catatan sebelumnya (*Suara et al, 2010*).

#### **a. Pengkajian**

Menurut Reeder (2009), pengkajian terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, status pernikahan, agama, suku/bangsa, bahasa, pendidikan, pekerjaan, alamat dan identitas penanggung jawab.

## **b. Riwayat Kesehatan**

### 1. Riwayat Kesehatan Dahulu (Reeder, 2009)

#### a) Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Keluhan yang merupakan alasan klien dibawa ke rumah sakit, dan penanganan pertama yang dilakukan. Pada klien dengan tindakan *sectio caesarea* secara elektif dilakukan pada kasus CPD (*Cephalopelvic disproportion*), letak lintang, placenta previa, letak sungsang pada anak pertama, riwayat bekas operasi (misalnya *sectio caesarea*/miomektomi), dan pre-eklamsi berat, sedangkan pada tindakan *sectio caesarea* secara cito dilakukan pada kegagalan persalinan sebelumnya, gawat janin, partus tidak maju, partus terlantas (*neglected labor*), kegagalan vakum/forceps (Helsman, 2013).

#### b) Keluhan Utama Saat Dikaji

Keluhan yang diungkapkan saat dilakukannya pengkajian, umumnya yang dirasakan oleh klien post *sectio caesarea* yaitu nyeri. Apa yang menyebabkan klien merasakan nyeri Hal tersebut diuraikan dengan metode PQRST

#### P : Provokatif atau Paliatif

Apakah yang dapat memperberat atau memperingannya. Pada klien post *sectio caesarea* biasanya mengeluh nyeri, nyeri akan dirasakan bertambah jika klien melakukan aktivitas dan nyeri akan berkurang jika klien beristirahat

Q : Kuantitatif atau kualitatif

Seberapa berat yang dirasakan klien atau seperti apa yang dirasakan atau digambarkan oleh klien. Pada klien dengan *post sectio caesarea* biasanya klien mengeluh nyeri yang dirasakannya perih seperti diiris-iris.

R : Region atau radiasi

Pada daerah mana yang dirasakan klien atau dimana rasa berat dalam melakukan aktivitas. Biasanya pada klien dengan *post sectio caesarea* nyeri dirasakan diarea sekitar luka jahitan pada daerah abdomen bawah dan biasanya tidak menyebar ke area lainnya.

S : Saverity atau skala

Seberapa jauh atau skala nyeri yang dirasakan oleh klien.

T : Timing

Berapa lama rasa nyeri berlangsung, kapan bertambah buruk apakah malam hari atau siang hari. Apakah dirasakan mendadak, perlahan-lahan, hilang timbul. Apa yang dilakukan klien saat gejala timbul.

## 2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Apakah klien memiliki riwayat penyakit kronis seperti DM, hipertensi, dan penyakit ginjal bisa berefek buruk pada kehamilan. Oleh karena itu adanya riwayat infeksi, prosedur operasi dan trauma

pada persalinan sebelumnya harus ditanyakan kepada klien dan didokumentasikan.

### 3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Adakah anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit turunan seperti DM, hipertensi, atau penyakit menular seperti TBC, hepatitis, dan HIV.

### 4. Riwayat Obstetri dan Ginekologi

#### a) Riwayat Ginekologi

##### 1) Riwayat Menstruasi

Mengkaji siklus haid, lamanya, banyaknya sifat darah (warna, bau, cair/gumpalan), menarche disminorhae, HPHT dan taksiran persalinan.

##### 2) Riwayat Perkawinan

Mengkaji usia perkawinan, umur saat kawin, pernikahan yang keberapa bagi klien dan suami klien.

##### 3) Riwayat Keluarga Berencana

Menngkaji jenis kontrasepsi yang digunakan klien sebelum hamil, waktu dan lamanya penggunaan kontrasepsi, apakah ada masalah dengan kontrasepsi yang digunakan, jenis kontrasepsi yang akan digunakan setelah persalinan.

b) Riwayat Obstetri

Memberikan informasi yang penting mengenai kehamilan sebelumnya agar perawat dapat menentukan kemungkinan masalah pada kehamilan sekarang.

1) Riwayat Kehamilan

(a) Riwayat Kehamilan Dahulu

Perlu dikaji riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, apakah kehamilan tanpa penyulit, kontrol teratur, melahirkan dimana, ditolong oleh siapa, umur kehamilan, jenis persalinan, berat anak lahir, keadaan anak.

(b) Riwayat Kehamilan Sekarang

Apakah ibu kontrol secara teratur, pemberian TT 1 pada trimester 1 dan TT 2 pada trimester 2, obat yang dikonsumsi setiap hari, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam memeriksakan kehamilannya.

2) Riwayat Persalinan

(a) Riwayat Persalinan Dahulu

Menjelaskan tentang manajemen persalinan sebelumnya dan komplikasi post partum yang terjadi dan keadaan anak.

(b) Riwayat Persalinan Sekarang

Yang perlu dikaji pada riwayat persalinan sekarang ialah indikasi dilakukan *Sectio Caesarea*, jenis kelamin bayi, berat badan bayi,

panjang badan, lingkaran kepala, lingkaran dada, lingkaran perut, lingkaran lengan dan APGAR Score dalam 1 menit dan 5 menit pertama.

(c) Riwayat Nifas Dahulu

Mengkaji adakah keluhan selama masa nifas klien sebelumnya.

(d) Riwayat Nifas Sekarang

Mengkaji adakah terjadinya perdarahan, jenis lochea, warna lochea, jumlah darah pada pembalut, kontraksi uterus, dan tanda-tanda REEDA.

c. Pola aktivitas sehari-hari

1. Pola nutrisi

Makan dan minum : frekuensi, jumlah, jenis makanan dan minuman, porsi makan dan minum, pantangan, riwayat alergi terhadap makanan dan minuman. Pada klien yang menjalani operasi dengan jenis anestesi umum, klien puasa sampai dengan bising usus positif. Pada klien post *sectio caesarea* akan terjadi penurunan pada pola makan dan klien akan merasa mual karena efek dari anestesi yang masih ada dan bisa juga dari efek nyeri akibat *sectio caesarea*.

2. Pola eliminasi

BAB: frekuensi, warna, konsistensi, dan keluhan. BAK : frekuensi, jumlah, warna, dan keluhan. Biasanya terjadi penurunan karena adanya factor psikologis dari ibu yang masih merasa trauma, dan

oto-otot masih berelaksasi. Defekasi spontan baru terjadi setelah 2-3 hari post partum.

### 3. Pola istirahat dan tidur

Tidur saat malam hari: waktu, lama, dan keluhan saat tidur. Tidur saat siang hari: waktu, lama dan keluhan saat tidur. Untuk waktu normal tidur saat malam hari yaitu 6-8 jam. Tetapi pola tidur menurun karena ibu merasa kesakitan dan lemas akibat dari tindakan pembedahan *sectio caesarea*.

### 4. Personal Hygiene

Terdiri dari frekuensi mandi, gosok gigi, dan mencuci rambut. Untuk kondisi klien dengan post *sectio caesarea* dalam keadaan nyeri dan lemas, maka dalam melakukan perawatan diri masih banyak dibantu.

### 5. Aktivitas dan latihan

Kegiatan dan aktivitas klien sehari-hari serta kegiatan waktu luang saat di rumah dan saat di rawat di rumah sakit. Aktivitas yang terlalu berat akan menyebabkan perdarahan pervagina.

## d. Pemeriksaan Fisik

### 1. Pemeriksaan Fisik Ibu

#### a) Keadaan umum

Pada ibu dengan *post* partum spontan biasanya kesadaran compos mentis, dan penampilan tampak baik.

b) Tanda-tanda vital

(1) Temperatur

Periksa 1 kali pada 1 jam pertama sesuai dengan peraturan rumah sakit, suhu tubuh akan meningkat bila terjadi dehidrasi atau kelelahan.

(2) Nadi

Periksa setiap 15 menit selama 1 jam pertama atau sampai stabil, kemudian setiap 30 menit pada jam-jam berikutnya. Nadi kembali normal pada 1 hari berikutnya, mungkin sedikit terjadi bradikardi.

(3) Pernafasan

Periksa setiap 15 menit dan biasanya akan kembali normal setelah 1 jam postpartum.

(4) Tekanan Darah

Periksa setiap 15 menit selama 1 jam atau sampai stabil, kemudian setiap 30 menit untuk setiap jam berikutnya. Tekanan darah ibu mungkin sedikit meningkat karena upaya persalinan dan kelelahan. Hal ini akan normal kembali setelah 1 jam (Mitayani, 2011).

c) Antropometri

Pemeriksaan tinggi badan, berat badan sebelum hamil. berat badan setelah hamil, berat badan setelah melahirkan. Umumnya, pada ibu yang baru saja melahirkan mengalami penurunan berat

badan sebagai akibat kelahiran/keluarnya bayi, placenta dan cairan amnio/ketuban.

d) Pemeriksaan Fisik Ibu

(1) Kepala

Kaji bentuk, distribusi rambut, kebersihan, warna rambut, adanya nyeri tekan, benjolan dan lesi.

(2) Wajah

Kaji penampilan, ekspresi, nyeri tekan, adanya edema pada pipi, kelemahan kulit, lesi, dan cloasma gravidarum.

(3) Telinga

Kaji bentuk, kebersihan telinga, fungsi pendengaran, adakah gangguan pada fungsi pendengaran.

(4) Hidung

Kaji bentuk, kebersihan, pernafasan cuping hidung, ada tidak nyeri tekan pada sinus dan polip, warna mukosa, dan fungsi penciuman

(5) Mulut

Kaji keadaan mulut, warna dan mukosa bibir, keadaan gigi, jumlah gigi, adanya karies, pembesaran tonsil, warna dan kebersihan lidah, dan nyeri pada saat menelan.

(6) Leher

Kaji ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid dan limfa, peningkatan vena jugularis, nyeri saat menelan, ada tidaknya kaku kuduk.

(7) Dada

Kaji simetris/tidak, pada payudara dapat mengalami kongesti selama beberapa hari pertama post partum karena tubuhnya mempersiapkan untuk pemberian ASI, kolostrum, cairan kuning jernih keluar dari payudara, payudara akan terasa hangat, keras dan agak nyeri. Pada ibu post *sectio caesarea*, produksi ASI akan terhambat karena ibu mendapatkan obat-obatan penghilang rasa sakit sebelum operasi yang dapat menyebabkan tidak adanya respons untuk menyusui, pengosongan ASI yang tidak sempurna, payudara bengkak karena terdapatnya bendungan ASI, dan infeksi payudara (mastitis) (Kristiyanasari, 2009)

(8) Abdomen

Kaji bentuk, striae dan linea, kontraksi uterus, serta ada tidaknya hematoma dan infeksi sekitar luka insisi *sectio caesarea*, TFU pada saat bayi lahir setinggi pusat, 2 hari setelah melahirkan TFU 2 jari dibawah pusat, setelah 8 minggu TFU kembali dalam keadaan normal dengan berat 30 gram, kontraksi uterus kerasa seperti papan, bising usus

biasanya tidak terdengar ketika masih terdapat efek obat anestesi. Pada bagian abdomen biasanya terdapat luka operasi sepanjang  $\pm 10$  cm, pada hari pertama post *sectio caesarea* terdapat cairan eksudasi, cairan tidak berbau atau berwarna, dan reaksi peradangan yaitu tumor (pembengkakan), rubor (kemerahan), calor (rasa panas), dolor (rasa nyeri) dan fungsi laesa (perubahan fungsi dari jaringan), kondisi luka bersih dan lembab, ketika ditekan terdapat keluaran cairan bening plasma karena proses penyembuhan luka, tidak terdapat jaringan kulit yang mati, tidak terdapat kemerahan dan edema disekitar luka, dan gangguan penyatuan pada luka (Sukowati *et al*, 2011).

(9) Punggung

Kaji bentuk, ada tidaknya lesi, ada tidaknya kelainan tulang belakang.

(10) Genetalia

Kaji 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.

(11) Anus

Kaji ada tidaknya hemoroid dan kebersihan

(12) Ekstermitas

Kaji pada ibu *post partum* pada ekstremitas ada gangguan/kelainan dan bentuk. Pada ekstremitas bawah kaji bentuk, edema, varises dan hofmen, kekuatan otot, refleks patela, refleks babinski, dan pergerakan *Range of Motion* (ROM). Normalnya pada ibu *post partum* tidak terjadi kekauan sendi, tidak ada varises, kekuatan otot 5.

e) Pemeriksaan Fisik Bayi

(1) Keadaan Umum

Meliputi tampilan dan kesadaran bayi dilakukan dengan pemeriksaan APGAR score.

(2) Antropometri

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

e. Data Psikologis

1. Adaptasi Psikologis

Ada 3 periode dalam adaptasi *post partum* yaitu :

a) *Taking In*

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

b) *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.

c) *Letting Go*

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

2. Konsep Diri

a) Gambaran Diri

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

b) Ideal Diri

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

c) Harga Diri

Persepsi dari klien tentang perasaannya setelah melahirkan. Ibu dengan post partum normalnya tidak malu dengan keadaan, ada

rasa bahagia dan bangga bagi seorang ibu yang telah melahirkan anaknya.

d) Peran

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

e) Identitas Diri

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

f. Data Sosial

Mengkaji tentang hubungan komunikasi, hubungan sosial, hubungan dengan keluarga, masyarakat dan tim kesehatan lain. Hal ini dapat dibuktikan dengan melihat selama dirawat klien selalu ada yang menemaninya. Selain itu hubungan dengan petugas kesehatan cukup baik, terbukti klien mau melakukan anjuran dalam tindakan yang diberikan.

g. Kebutuhan *Bounding Attachment*

Kaji kebutuhan perasaan ibu terhadap bayinya.

h. Data Spiritual

Kaji cara klien melakukan ibadah sesuai dengan agama yang dianutnya.

i. Data Tentang Perawatan Diri

Mengidentifikasi pengetahuan tentang perawatan diri seperti *breast care*, perawatan luka post operasi, perawatan luka dirumah, senam nifas, KB, dan lain-lain.

j. Data Penunjang

Merupakan data yang menunjang adanya kelainan atau komplikasi dari suatu penyakit meliputi pemeriksaan laboratorium, radiologi, dan lain-lain.

k. Terapi Pengobatan

Pengobatan yang diperlukan pada ibu post *sectio caesarea* biasanya adalah antibiotik, anti piuretik, dan analgetik jika diperlukan.

l. Analisa Data

Analisa data merupakan tahap terakhir dari pengkajian untuk menentukan diagnosa keperawatan.

### 2.3.6 Diagnosa Keperawatan

Menurut Hardi 2015, diagnosa yang muncul pada ibu post *sectio caesarea*, yaitu :

1. Ketidakefektifan pola nafas b.d mucus berlebihan
2. Nyeri akut b.d agen cedera fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)
3. Ketidakefektifan pemberian ASI b.d kurangnya pengetahuan orang tua tentang teknik menyusui

4. Hambatan eliminasi urine
5. Gangguan pola tidur b.d kelemahan
6. Resiko infeksi b.d factor resiko : episiotomy, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan
7. Defisit perawatan diri : Mandi/kebersihan diri b.d kelelahan nyeri
8. Konstipasi
9. Resiko syok (hipovolemik)
10. Defisiensi pengetahuan : perawatan postpartum b.d kurangnya informasi.

### 2.3.7 Rencana Keperawatan

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

1. Ketidakefektifan pola nafas b.d mucus berlebih

**Tabel 2.1**

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Ketidakefektifan Pola Nafas  <b>Batasan karakteristik:</b> a. Pola nafas abnormal b. Perubahan ekskursi dada c. Bradipneu	<b>NOC</b> ❖ Respiratory status: Ventilation ❖ Respiratory status: Airway patency Kriteria hasil : a. Mendemonstrasikan	<b>NIC</b> ❖ Airway suction  a. Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning b. Auskultasi suara	a. Waktu tindakan suction yang tepat membantu melapangkan jalan nafas pasien b. Mengetahui adanya suara

d. Penurunan tekanan ekspirasi	batuk efektif dan suara nafas yang bersih,	nafas sebelum dan sesudah suctioning	nafas tambahan dan keefektifan jalan nafas untuk memenuhi O <sub>2</sub> klien
e. Penurunan tekanan inspirasi	tidak ada sianosis dan dispnea (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)	c. Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning	
f. Penurunan ventilasi semenit		d. Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan	c. Memberikan pemahaman kepada dilakukan tindakan suction
g. Penurunan kapasitas vital		e. Berikan O <sub>2</sub> dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suksion nasotrakeal	d. Nafas dalam memudahkan ekspansi maksimum paru-paru atau jalan nafas kecil
h. Dyspnea	b. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama dan frekuensi nafas dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)	f. Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan	e. Memberi cadangan oksigen untuk menghindari hipoksia
i. Peningkatan diameter anterior-posterior		g. Anjurkan pasien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dan nasotrakeal	f. Mencegah infeksi nosocomial
j. Pernafasan cuping hidung	c. Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas.	h. Monitor status oksigen pasien	g. Memberikan ekspansi pada paru-paru setelah tindakan
k. Ortopnea		i. Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suksion	h. Mengetahui adanya perubahan nilai SaO <sub>2</sub> dan status hemodinamik, jika terjadi perburukan suction bisa dihentikan
l. Fase ekspirasi memanjang		j. Hentikan suksion dan berikan oksigen apabila pasien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi O <sub>2</sub> , dll.	i. Memberikan pemahaman keluarga bagaimana tindakan yang akan dilakukan
m. Pernafasan bibir			j. Mempertahankan jalan nafas dengan tidak mengganggu saluran nafas jika terjadi perubahan
n. Takipnea			k. Menjamin jalan masuknya udara ke paru secara normal
o. Penggunaan otot bantu pernafasan			l. Posisi ventilasi maksimal membuka area
p. Penggunaan posisi tiga-titik			
<b>Faktor-faktor yang berhubungan:</b>		❖ Airway Management	
a. Ansietas		a. Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu	
b. Posisi tubuh yang menghambat ekspirasi paru		b. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi	
c. Keletihan		c. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan	
d. Hiperventilasi		d. Pasang mayo bila perlu	
e. Obesitas		e. Lakukan fisioterapi dada jika perlu	
f. Nyeri		f. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction	
g. Keletihan otot pernafasan		g. Auskultasi suara	

---

	nafas, catat adanya suara tambahan	atelectasis dan meningkatkan gerakan sekret ke jalan nafas besar
h.	Lakukan suction pada mayo	untuk dikeluarkan
i.	Berikan bronkodilator bila perlu	m. Menentukan indikasi pemasangan dan tindakan
j.	Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab	n. Menjaga kepatenan jalan nafas
k.	Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan	o. Meningkatkan efisiensi pola pernafasan dan membersihkan jalan nafas
l.	Monitor respirasi dan status O <sub>2</sub>	p. Batuk dapat memudahkan pengeluaran sekret
		q. Untuk mengetahui adanya penurunan atau tidaknya ventilasi atau bunyi tambahan
		r. Suction pada mayo tidak mengganggu jalan nafas dan memberi kenyamanan pasien
		s. Menurunkan kekentalan sekret
		t. Mencegah pengeringan membrane mukosa
		u. Membantu mengencerkan sekret sehingga mudah dikeluarkan

---

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

## 2. Nyeri Akut b.d agen cedera fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomy)

Tabel 2.2

2. Nyeri Akut	NOC	NIC	
<b>Batasan Karakteristik:</b>	❖ Pain Level ❖ Pain Control ❖ Comfort Level	❖ Pain Management	a. Untuk mengetahui tingkat nyeri pasien
a. Perubahan selera makan b. Penurunan pada parameter fisiologis c. Diaforesis d. Perilaku distraksi e. Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya f. Perilaku ekspresif g. Ekspresi wajah nyeri h. Sikap tubuh melindungi i. Putus asa j. Fokus menyempit k. Sikap melindungi area nyeri l. Perilaku protektif m. Laporan tentang perilaku nyeri/perubahan aktivitas n. Dilatasi pupil o. Fokus pada diri sendiri p. Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri q. Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrumen nyeri	<b>Kriteria Hasil:</b> a. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) b. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri c. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) d. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi b. Observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan c. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien d. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri e. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau f. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau g. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan h. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan i. Kurangi faktor presipitasi nyeri j. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal) k. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk	b. Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan yang dirasakan oleh klien c. Untuk mengalihkan perhatian pasien dari rasa nyeri d. Membantu mengurangi nyeri e. Untuk mengurangi faktor yang dapat memperburuk rasa nyeri f. Untuk mengetahui adakah terjadi penurunan rasa nyeri yang dirasakan klien bertambah g. Pemberian "health education" dapat mengurangi tingkat kecemasan dan membantu klien dalam membentuk mekanisme coping terhadap rasa nyeri h. Untuk mengurangi tingkat ketidaknyamanan yang dirasakan klien i. Agar nyeri yang dirasakan klien tidak bertambah j. Untuk menangani nyeri yang dirasakan pasien k. Untuk mengetahui apa yang memperberat terjadinya nyeri l. Agar klien mampu menggunakan teknik non farmakologi dalam
<b>Faktor yang berhubungan:</b> a. Agen cedera biologis b. Agen cedera kimiawi c. Agen cedera fisik			

- 
- |   |   |
|---|---|
| <p>menentukan intervensi</p> <p>l. Ajarkan tentang teknik non farmakologi</p> <p>m. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</p> <p>n. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</p> <p>o. Tingkatkan istirahat</p> <p>p. Monitor vital sign sebelum dan sesudah tindakan penanganan</p> | <p>managemnt nyeri yang dirasakan</p> <p>m. Pemberian analgetik dapat mengurangi rasa nyeri</p> <p>n. Rasa nyeri lebih dapat teratasi</p> <p>o. Agar dapat mengurangi nyeri</p> <p>p. Untuk mengetahui vital sign sebelum dan sesudah tindakan penanganan</p> |
|---|---|
- ❖ Analgesic Administration
- a. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
  - b. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
  - c. Cek riwayat alergi
  - d. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu
  - e. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal
  - f. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur
  - g. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
  - h. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat
  - i. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala
-

3. Ketidakefektifan Pemberian ASI b.d kurangnya pengetahuan orang tua tentang teknik menyusui

**Tabel 2.3**

3.	Ketidakefektifan Pemberian ASI	<b>NOC</b> ❖ Breastfeeding Ineffective ❖ Breathing Pattern Ineffective ❖ Breastfeeding Interrupted	<b>NIC</b> ❖ Breastfeeding Assistance a. Evaluasi pola b. menghisap/menelan bayi c. Tentukan Keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui d. Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (misalnya reflex rooting, menghisap dan terjaga) e. Kaji kemampuan bayi untuk <i>latch-on</i> dan menghisap secara efektif f. Pantau keterampilan ibu dalam g. menempelkan bayi ke puting h. Pantau integritas kulit puting ibu i. Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar susu dan mastitis j. Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi ❖ Breast Examination ❖ Lactation Supresion	a. Upaya meningkatkan produksi ASI, nutrisi, meningkatkan frekuensi menyusui b. Untuk mengetahui gambaran dan motivasi ibu menyusui c. Dapat mengetahui kesenjangan proses pemberian air susu ibu (ASI) ibu d. 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 e. Untuk mengetahui kemampuan teknik menyusui yang dilakukan oleh ibu nifas f. Mencegah resiko kerusakan kulit puting g. Melihat berat badan dan proses eliminasi bayi apakah sudah berespon dengan baik
	<b>Batasan Karakteristik:</b>	<b>Kriteria Hasil :</b>		
a.	Ketidakadekuatan defekasi bayi	a. Kementapan pemberian ASI : Bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI		
b.	Bayi mendekat kearah payudara	b. Kemandapan Pemberian ASI : IBU : kemandapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dan payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI		
c.	Bayi menangis pada payudara	c. Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/toddler		
d.	Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusui	d. Penyapihan Pemberian ASI:		
e.	Bayi rewel dalam satu jam setelah menyusui	e. Diskontinuitas progresif pemberian ASI		
f.	Bayi tidak mau <i>lotching on</i> pada payudara secara tepat	f. Pengetahuan Pemberian ASI : tingkat pemahaman yang ditunjukkan		
g.	Bayi menolak <i>lotching on</i>			
h.	Bayi tidak responsif terhadap tindakan kenyamanan lain.			
i.	Ketidakcukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui			
j.	Kurang penambahan berat badan bayi			
k.	Tidak tampak ada pelepasan oksitosin			
l.	Tampak ketidakadekuatan			

asupan susu	meganal laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI	b. Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI	h. Dapat mengetahui kesenjangan kondisi ibu dalam intervensi
m. Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui		c. Ajarkan pengasuh bayi mengenai topik-topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran memberi susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang	i. Untuk membantu mempertahankan keberhasilan pemberian ASI
n. Penurunan berat badan bayi terus menerus		d. Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula	j. menambah wawasan di bidang promosi kesehatan untuk menggalakkan ibu menyusui dan teknik memompa ASI
o. Tidak menghisap payudara terus-menerus		e. Apabila penyapihan diperlukan, informasikan ibu mengenai kembalinya proses ovulasi dan seputar alat kontrasepsi yang sesuai	k. untuk meningkatkan informasi dalam pencairan ASI dan menghindari pemberian susu formula
<b>Faktor yang berhubungan</b>		❖ Lactation Counseling	l. meningkatkan kemandirian dan pengalaman pemberian makan yang optimal
a. Keterlambatan laktogen II		a. Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI	m. meningkatkan kemandirian tentang informasi kembalinya ovulasi dan alat kontrasepsi yang sesuai
b. Suplai ASI tidak cukup		b. Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu	n. meningkatkan kemampuan tentang lebih bagus diberikan ASI
c. Keluarga tidak mendukung			o. Membantu orang tua dalam penguasaan tugas tugas baru
d. Tidak cukup waktu untuk menyusui ASI			
e. Kurang pengetahuan orang tua tentang teknik menyusui			
f. Kurang pengetahuan orang tua tentang pentingnya pemberian ASI			
g. Diskontinuitas pemberian ASI			
h. Ambivalensi ibu			
i. Ansietas ibu			
j. Anomali payudara ibu			
k. Keletihan ibu			
l. Obesitas ibu			
m. Nyeri ibu			
n. Penggunaan dot			
o. Refleks isap bayi buruk			
p. Penambahan makanan dengan puting artifisial			

Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015. Herdman, 2018

## 4. Hambatan eliminasi urine

Tabel 2.4

4.	Hambatan Eliminasi Urine	<b>NOC</b> ❖ Urinary Elimination ❖ Urinary Continence	<b>NIC</b> ❖ Urinary Retention Care	a. Mengetahui penilaian berkemih dan masalah kencing preeksisten b. Mengetahui pemberian obat yang tepat c. Menghindari efek samping dari obat-obat yang sudah diresepkan d. Melanjutkan intervensi selanjutnya e. Membantu dengan cara toilet berkala f. Mengurangi terjadinya resiko infeksi saluran kemih g. Mengevaluasi kandung kemih h. Memudahkan untuk berkemih i. Memungkinkan klien membuat keputusan berdasarkan informasi j. Untuk melatih mengontrol pasien teknik berkemih k. Supaya menjaga kenyamanan pasien l. Mengurangi terjadinya kekurangan cairan m. Memberikan informasi untuk lebih banyak mengkonsumsi serat n. Mengetahui apa yang telah di asup oleh tubuh o. Mengetahui bila terjadi distensi kandung kemih
	<b>Batasan karakteristik:</b> a. Disuria b. Sering berkemih c. Anyang-anyangan d. Nokturia e. Inkontinensia urine f. Retensi urine g. Dorongan berkemih  <b>Faktor Yang Berhubungan:</b> a. Penyebab multiple  <b>Kondisi terkait</b> a. Obstruksi anatomik b. Gangguan sensori motorik c. Infeksi saluran kemih	<b>Kriteria Hasil :</b> a. Kandung kemih kosong secara penuh b. Tidak ada residu urine > 100-200 cc c. Intake cairan dalam rentang normal d. Bebas dari ISK e. Tidak ada spasme bladder f. Balance cairan seimbang	a. Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia (misalnya, output urine, pola berkemih kemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten) b. Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau properti alpha agonis c. Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium channel blockers dan antikolinergik d. Menyediakan penghapusan privasi e. Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiram toilet f. Merangsang refleks kandung kemih dengan menerapkan dingin untuk perut, membelai tinggi batin, atau air g. Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit) h. Gunakan spirit wintergreen di pispot atau urinal i. Menyediakan manuver Crede, yang diperlukan j. Gunakan double-void	

- |    |  |  |
|----|--|--|
|    | teknik   | dan melakukan                                    |
| k. | Masukkan kateter kemih, sesuai   | p. penanganan yang tepat                         |
| l. | Anjurkan pasien / keluarga untuk merekam output urine, sesuai          | q. Membantu untuk melatih pasien                 |
| m. | Instruksikan cara-cara untuk menghindari konstipasi atau impaksi tinja | r. Untuk melakukan penanganan tepat              |
| n. | Memantau asupan dan keluaran   | s. Memberikan kateterisasi dalam waktu yang lama |
| o. | Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi     | t. Bila keadaan makin memburuk                   |
| p. | Membantu dengan toilet secara berkala                                  |  |
| q. | Memasukkan pipa ke dalam lubang tubuh untuk sisa                       |  |
| r. | Menerapkan kateterisasi intermiten                                     |  |
| s. | Merujuk ke spesialis kontinensia kemih                                 |  |

Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015. Herdman, 2018

## 5. Gangguan pola tidur b.d kelemahan

**Tabel 2.5**

5.	Gangguan Pola Tiidur	<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	a. Mengetahui pengaruh obat dengan pola tidur pasien
	<b>Batasan karakteristik:</b>	❖ Anxiety reduction	❖ Sleep Enhancement	b. Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga pasien
	a. Kesulitan berfungsi sehari-hari	❖ Comfort level	a. Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur	c. Meningkatkan tidur
	b. Kesulitan memulai tidur	❖ Rest: Extent & pattern	b. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat	d. Agar periode tidur tidak terganggu dan relaks
	c. Kesulitan mempertahankan tetap tidur	❖ Sleep: Extent & pattern	c. Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca)	e. Mengurangi gangguan tidur
	d. Ketidakpuasan tidur	<b>Kriteria Hasil :</b>	d. Ciptakan lingkungan yang nyaman	f. Meningkatkan pola tidur yang baik secara mandiri
	e. Tidak merasa cukup istirahat	a. Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari	e. Kolaborasi pemberian obat tidur	g. Mengetahui perkembangan pola
	f. Terjaga tanpa jelas penyebabnya	b. Pola tidur, kualitas dalam batas normal	f. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur	
	<b>Faktor yang berhubungan</b>	c. Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat		
	a. gangguan karena cara tidur pasangan			

tidur	pasien	tidur pasien
b. kendala lingkungan	g. Instruksikan untuk memonitor tidur pasien	h. Mengetahui pengaruh makan dan minum terhadap pola tidur pasien
c. kurang privasi	h. Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur	i. Mengetahui perkembangan pola tidur pasien
d. pola tidur tidak menyehatkan	i. Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam	j. Mengetahui status nutrisi yang dibutuhkan
	j. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan	

Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015. Herdman, 2018

6. Resiko infeksi b.d faktor resiko : episiotomy, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan

**Tabel 2.6**

6.	Resiko infeksi	<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	a. Untuk meminimalkan infeksi bakteri
	<b>Faktor resiko:</b>	❖ Immune status	❖ Infection control (control infeksi)	b. Untuk mencegah penyebaran kuman
	a. Gangguan peristaltik	❖ Knowledge: Infection control	a. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain	c. Membantu menurunkan rangsangan simpatis
	b. Gangguan integritas kulit	❖ Risk control	b. Pertahankan teknik isolasi	d. Dapat mencegah infeksi
	c. Vaksinasi tidak adekuat	<b>Kriteria Hasil :</b>	c. Batasi pengunjung bila perlu	e. Dapat membersihkan tangan dan mengurangi mikroba
	d. Kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan patogen	a. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi	d. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien	f. Untuk mencegah infeksi
	e. Malnutrisi	b. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya	e. Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan	g. Sebagai alat proteksi dan mencegah penyebaran kuman
	f. Obesitas	c. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi	f. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan	h. Tindakan aseptik dapat mengurangi pemaparan klien
	g. Merokok	d. Jumlah leukosit dalam batas normal	g. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung	
	h. Stasis cairan tubuh	e. Menunjukkan perilaku hidup sehat	h. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan	
	<b>Kondisi terkait</b>			
	a. Perubahan PH sekresi			
	b. Penyakit kronis			
	c. Penurunan kerja siliaris			
	d. Penurunan hemoglobin			
	e. Imunosupresi			
	f. Prosedur invasif			
	g. Leukopenia			
	h. Pecah ketuban dini			
	i. Pecah ketuban lambat			
	j. Supresi respon			

## inflamasi

- 
- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum</li> <li>j. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing</li> <li>k. Tingkatkan intake nutrisi</li> <li>l. Berikan terapi antibiotik bila perlu</li> <li>m. Infection Protection (proteksi terhadap infeksi)</li> <li>n. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local</li> <li>o. Monitor hitung granulosit, WBC</li> <li>p. Monitor kerentangan terhadap infeksi</li> <li>q. Batasi pengunjung</li> <li>r. Sering pengunjung terhadap penyakit menular</li> <li>s. Pertahankan teknik aspesis pada pasien yang beresiko</li> <li>t. Pertahankan teknik isolasi k/p</li> <li>u. Berikan perawatan kulit pada area epidema</li> <li>v. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase</li> <li>w. Inspeksi kondisi luka / insisi bedah</li> <li>x. Dorong masukkan nutrisi yang cukup</li> <li>y. Dorong masukan cairan</li> <li>z. Dorong istirahat</li> </ul> | <p>alat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Tindakan observasi turgor kulit untuk mencegah infeksi</li> <li>j. Penggunaan kateter jangka pendek untuk mencegah terjadinya infeksi</li> <li>k. Antibiotik dapat menghambat pembentukan sel bakteri</li> <li>l. Agar bakteri dan penyakit tidak menyebar dari lingkungan keorang lain</li> <li>m. Sebagai monitor adanya area infeksi</li> <li>n. Untuk melakukan intervensi kembali</li> <li>o. Mengurangi patogen pada sistim imun danmengurangi kemungkinan pasien terjadi infeksi</li> <li>p. Meminimalkan terjadinya penularan infeksi</li> <li>q. Untuk mengurangi terinfeksi teradap penyakit menular</li> <li>r. Mengurangi resiko kolonisasi/infeksi bakteri</li> <li>s. Observasi turgor kulit untuk mempertahankan teknik isolasi</li> <li>t. Untuk mencegah iritasi pada kulit</li> <li>u. Dapat mengetahui area yang terjadi infeksi</li> </ul> |
|--|--|
-

- 
- v. Dapat mengetahui perkembangan luka
  - w. Status nutrisi yang cukup dapat membantu penyembuhan luka
  - x. Supaya tidak terjadi kekurangan cairan
  - y. Istirahat yang cukup dapat membantu penyembuhan luka
  - z. Konsumsi antibiotik sesuai program dapat mengurangi retensi kuman
- 

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

## 7. Defisit perawatan diri : Mandi/kebersihan diri b.d kelelahan nyeri

**Tabel 2.7**

<p>7. Defisit perawatan diri : Mandi/kebersihan diri</p> <p><b>Batasan karakteristik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ketidakmampuan mengakses kamar mandi</li> <li>b. Ketidakmampuan menjangkau sumber air</li> <li>c. Ketidakmampuan membasuh tubuh</li> <li>d. Ketidakmampuan mengeringkan tubuh</li> <li>e. Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi</li> <li>f. Ketidakmampuan mengatur air mandi</li> <li>g. Ketidakmampuan membasuh tubuh</li> </ul>	<p><b>NOC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Activity intolerance</li> <li>❖ Mobility: physical impaired</li> <li>❖ Self care deficit hygiene</li> <li>❖ Sensory perceptions, auditory disturbed</li> </ul> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Perawatan diri ostomi : tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi</li> <li>b. Perawatan diri : Aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri</li> </ul>	<p><b>NIC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Self-Care Assistance: Bathing/Hygiene</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri</li> <li>b. Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri</li> <li>c. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan</li> <li>d. Tempat handuk, sabun, deodoran, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan di samping</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kebudayaan dan nilai pribadi mempengaruhi kemampuan perawatan personal hygiene sebab seseorang dari latar belakang yang berbeda akan mengikuti praktik perawatan personal hygiene yang berbeda</li> <li>b. Perubahan fisik karena faktor usia membuat seseorang tidak peduli akan kebersihan tubuhnya</li> <li>c. Mampu berfokus pada keperawatan diri pasien</li> <li>d. Memperbaiki harga diri dan</li> </ul>
--	--	--	---

---

<b>Faktor Yang Berhubungan:</b>	<p>atau dengan alat bantu</p> <p>c. Perawatan diri Mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</p> <p>d. Perawatan diri hygiene : mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</p> <p>e. Perawatan diri Hygiene oral : mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</p> <p>f. Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi</p> <p>g. Membersihkan dan mengeringkan tubuh</p> <p>h. Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral</p>	<p>tempat tidur atau di kamar mandi</p> <p>e. Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya, deodoran, sekat gigi, sabun mandi, sampo, lotion, dan produk aromaterapi)</p> <p>f. Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal</p> <p>g. Memfasilitasi gigi pasien menyikat</p> <p>h. Memfasilitasi diri mandi pasien, sesuai</p> <p>i. Memantau pembersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien</p> <p>j. Memantau integritas kulit pasien</p> <p>k. Menjaga kebersihan ritual</p> <p>l. Memfasilitasi pemeliharaan rutin yang biasa pasien tidur, isyarat sebelum tidur, alat peraga, dan benda-benda asing (misalnya, untuk anak-anak, cerita, selimut / mainan, goyang, dot, atau favorit, untuk orang dewasa, sebuah buku untuk membaca atau bantal dari rumah), sebagaimana sesuai</p> <p>m. Mendorong orang tua / keluarga partisipasi, dalam kebiasaan tidur biasa</p> <p>n. Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri</p>	<p>meningkatkan perasaan kesejahteraan</p> <p>e. Menyediakan informasi yang tepat untuk pasien</p> <p>f. Meningkatkan kemampuan pasien dalam personal, sediakan lingkungan yang terapeutik dengan santai dan hangat</p> <p>g. Kebersihan gigi penting untuk meningkatkan kenyamanan, selera makan klien</p> <p>h. Memfasilitasi pasien mandi dan mempertahankan kemandirian</p> <p>i. Pantau pembersihan kuku sesuai dengan kemampuan perawatan diri</p> <p>j. Kerusakan kulit mungkin terjadi karena imobilisasi tubuh yang terlalu lama</p> <p>k. Mempertahankan rutinitas perawatan diri klien</p> <p>l. Memudahkan rutinitas yang biasa dilakukan pasien sebelum tidur</p> <p>m. Meningkatkan perasaan harga diri, mendorong kemandirian dan partisipasi dalam terapi.</p> <p>n. Agar pasien dapat secara mandiri memberi perawatan diri kepada dirinya sendiri</p>
---------------------------------	--	---	---

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

## 8. Konstipasi

Tabel 2.8

8.	Konstipasi	<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	a. Untuk mencegah terjadinya perubahan pola eliminasi seperti biasanya
	<b>Batasan karakteristik:</b>	❖ Bowel Elimination ❖ Hidration	❖ Constipation/Impactation management	b. Menentukan kesiapan terhadap pemberian makan per oral, dan kemungkinan terjadinya komplikasi
	a. Nyeri abdomen b. Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot c. Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resistensi otot d. Anoreksia e. Penampilan tidak khas pada lansia f. Borborigimi g. Darah merah pada feses h. Perubahan pada pola defekasi i. Penurunan frekuensi defekasi j. Penurunan volume feses k. Distensi abdomen l. Kelelahan m. Feses keras dan berbentuk n. Sakit kepala o. Bising usus hiperaktif p. Bising usus hipoaktif q. Tidak dapat defekasi r. Peningkatan tekanan intra abdomen s. Tidak dapat makan t. Feses cair u. Nyeri pada saat defekasi v. Massa abdomen yang dapat diraba w. Massa rektal yang dapat diraba x. Perkusi abdomen pekak y. Rasa penuh rektal z. Rasa tekanan rektal	<b>Kriteria Hasil:</b> a. Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari b. Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi c. Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi d. Feses lunak dan berbentuk	a. Monitor tanda dan gejala konstipasi b. Monitor bising usus c. Monitor feses : frekuensi, konsistensi dan volume d. Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus e. Monitor tanda dan gejala ruptur usus/peritonitis f. Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi g. Dukung intake cairan h. Pantau tanda-tanda dan gejala konstipasi i. Pantau tanda-tanda dan gejala impaksi j. Memantau gerakan usus, termasuk konsistensi, frekuensi, bentuk, volume, dan warna k. Memantau bising usus l. Anjurkan pasien atau keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses m. Anjurkan pasien atau keluarga untuk diet tinggi serat n. Timbang pasien secara teratur o. Ajarkan pasien dan keluarga tentang proses pencernaan yang normal p. Ajarkan pasien/keluarga	c. Meningkatkan pelunakan feses ; dapat merangsang peristaltik d. Untuk memberikan intervensi selanjutnya/pengobatan yang lebih tepat f. Untuk memonitor tanda-tanda awal ruptur usus/peritonitis g. Untuk mengetahui penyebab terjadinya kontribusi konstipasi h. Supaya tidak terjadi kekurangan cairan pada tubuh klien i. Meningkatkan pembentukan/pasase pelunakan feses j. Untuk mengetahui tanda-tanda yang menekan atau
	<b>Faktor yang berhubungan</b>			
	a. Kelemahan otot abdomen b. Rata-rata aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan menurut gender dan usia c. Konfusi d. Penurunan motilitas			

traktus gastrointestinal e. Dehidrasi f. Depresi g. Penurunan kebiasaan makan h. Gangguan emosi i. Kebiasaan menekan dorongan defekasi j. Kebiasaan makan buruk k. Higiene oral tidak adekuat l. Kebiasaan <i>toileting</i> tidak adekuat m. Asupan serat kurang n. Asupan cairan kurang o. Kebiasaan defekasi tidak teratur p. Penyalahgunaan laksatif q. Obesitas r. Perubahan lingkungan yang baru	tentang kerangka waktu untuk revolusi sembelit	infaksi feses k. Konsistensi, frekuensi, bentuk, volume dan warna normal bagian tinja berkisar dua kali sehari hari ke tiga atau keempat l. Untuk mengetahui bising usus yang hiperaktif m. Bila peristaltik mulai, pemasukan makanan dan minuman meningkat kembalinya eliminasi usus normal n. Supaya fesyena menjadi lebih lembek/lunak o. Supaya tidak terjadi penurunan berat badan yang drastis p. Menambah pengetahuan keluarga dan pasien q. Supaya pasien mengetahui tanda dan cara mengatasi sembelit
---	--	---

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

## 9. Resiko Syok (hipovolemik)

**Tabel 2.9**

9.	Resiko Syok (Hipovolemik)  <b>Faktor Resiko:</b> a. Akan dikembangkan	<b>NOC</b> ❖ Syok prevention ❖ Syok management  <b>Kriteria Hasil :</b> a. Nadi dalam batas yang diharapkan b. Irama jantung dalam	<b>NIC</b> a. Syok Prevention b. Monitor status sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme, nadi perifer, dan kapiler	a. Penurunan status oksigen dapat menandakan klien hipoksia b. Kompensasi tubuh terhadap gangguan proses difusi yang akan menyebabkan
----	--	--	---	--

	batas yang diharapkan	refill	asidosis
	c. Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan	c. Monitor tanda inadekuat oksigenasi jaringan	c. Untuk mengetahui pola deman dan nafas pasien
	d. Irama pernapasan dalam batas yang diharapkan	d. Monitor suhu dan pernafasan	d. Untuk mengetahui sistem peredaran darah yang sesuai
	e. Natrium serum dalam batas norma	e. Monitor input dan output	e. Untuk mengetahui resistensi cairan dalam intravaskuler
	f. Kalium serum dalam batas normal	f. Pantau nilai labor : HB, HT, AGD dan elektrolit	f. Untuk menentukan intervensi yang tepat
	g. Klorida serum dalam batas normal	g. Monitor hemodinamik invasi yang sesuai	g. Membantu meningkatkan pergerakan kaki
	h. Kalsium serum dalam batas normal	h. Monitor tanda dan gejala asites	h. Untuk memenuhi kebutuhan cairan klien
	i. Magnesium serum dalam batas normal	i. Monitor tanda awal syok	i. Agar dapat melakukan penanganan yang tepat
	j. PH darah serum dalam batas normal	j. Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat	j. Untuk mengetahui keadaan umum
	Hidrasi	k. Lihat dan pelihara kepatenan jalan nafas	k. Menunjukkan kehilangan cairan yang berlebih/hidrasi
	a. Indicator :	l. Berikan cairan IV dan atau oral yang tepat	l. Mengetahui perubahan irama jantung secara continue
	b. Mata cekung tidak ditemukan	m. Berikan vasodilator yang tepat	
	c. Demam tidak ditemukan	n. Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok	
	d. Tekanan darah dalam batas normal	o. Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok	
	e. Hematokrit dalam batas normal		

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

## 10. Defisiensi pengetahuan : Perawatan postpartum b.d kurangnya informasi

**Tabel 2.10**

10.	Defisiensi pengetahuan : perawatan postpartum	<b>NOC</b> ❖ Knowledge: Disease process ❖ Knowledge: Health behavior	<b>NIC</b> ❖ Teaching: Disease process a. Berikan penilaian tentang tingkat	a. Mengetahui tingkat pengetahuan keluarga dan pasien b. Meningkatkan pengetahuan dan mengurangi cemas
	<b>Batasan karakteristik:</b> a. Ketidakakuratan mengikuti perintah b. Ketidakakuratan			

<p>melakukan tes</p> <p>c. Perilaku tidak tepat</p> <p>d. Kurang pengetahuan</p> <p><b>Faktor Yang Berhubungan:</b></p> <p>a. Kurang informasi</p> <p>b. Kurang minat untuk belajar</p> <p>c. Kurang sumber pengetahuan</p> <p>d. Keterangan yang salah dari orang lain</p>	<p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <p>a. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, program pengobatan</p> <p>b. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar</p> <p>c. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya</p>	<p>pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik</p> <p>b. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat</p> <p>c. Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat</p> <p>d. Identifikasi kemampuan penyebab dengan cara yang tepat</p> <p>e. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat</p> <p>f. Hindari jaminan yang kosong</p> <p>g. Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat</p> <p>h. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit</p> <p>i. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan</p> <p>j. Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan</p> <p>k. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan dengan cara yang tepat</p>	<p>c. Meningkatkan kemampuan untuk melakukan penanganan yang tepat</p> <p>d. Memberikan pengetahuan mengenai peningkatan kemampuan yang tepat</p> <p>e. Untuk menambah informasi tentang kondisi pasien dan cara penanganan yang tepat</p> <p>f. Mencegah komplikasi dimasa yang akan datang</p> <p>g. Mengajarkan kepada keluarga cara sediakan informasi tentang kemajuan yang tepat</p> <p>h. Meningkatkan kualitas hidup atau proses pengontrolan penyakit</p> <p>i. Untuk mencegah atau dapat menghindari kondisi yang memperberat</p> <p>j. Mengeksplorasi kemungkinan sumber atau dukungan dengan cara yang tepat</p> <p>k. Mengenal tanda dan gejala dan rencanakan periode istirahat mengurangi aktivitas yang berlebihan</p>
---	--	--	--

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

### **2.3.8 Implementasi**

Pelaksanaan adalah tahap pelaksanaan terhadap rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan untuk perawat bersama pasien. Implementasi dilaksanakan sesuai dengan rencana setelah dilakukan validasi, disamping itu juga dibutuhkan keterampilan interpersonal, intelektual, teknik yang dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat dengan selalu memperhatikan keamanan fisik dan psikologis. Setelah selesai implementasi, dilakukan dokumentasi yang meliputi intervensi yang sudah dilakukan dan bagaimana respon pasien (Rohmah, 2009). Perawat juga harus memberikan pendidikan kesehatan yang akurat mengenai masalah yang dialami, tindakan yang akan dilakukan serta hasil yang diharapkan tercapai, selain pendidikan perawat juga harus memberikan kenyamanan (Maryunani, 2015).

### **2.3.9 Evaluasi**

Evaluasi keperawatan hasil akhir yang diharapkan pada ibu *post partum* spontan dengan pervaginam adalah mampu mempertahankan kebutuhan perawatan diri, mampu mengatasi defisit perawatan diri, dan dapat meningkatkan kemandirian. Masalah keketidakhnyamanan fisik akibat persalinan dapat teratasi (Maryunani, 2015).

## 2.4 Konsep Nyeri

### 2.4.5 Definisi

Nyeri merupakan gejala utama yang paling sering membuat seseorang mencari pertolongan dokter. Nyeri adalah rasa tidak menyenangkan, umumnya karena adanya luka dalam tubuh, walaupun tidak sebatas itu. Setiap nyeri hebat jika tidak dikelola dengan baik akan mengubah fungsi otak, sehingga jika lebih dari 3 hari berturut-turut nyeri dibiarkan tanpa terapi, perlahan-lahan proses ini akan menyebabkan gangguan tidur, tidak dapat berkonsentrasi, depresi, cemas, dan nafsu makan menurun, bahkan jika berlanjut akan menyebabkan penurunan fungsi imunitas (Sudadi dkk, 2017).

### 2.4.6 Proses Terjadinya Nyeri

Ada 4 proses terjadinya nyeri yaitu :

1. Transduksi

Merupakan proses stimuli nyeri ("*naxious stimuli*") yang diterjemahkan atau diubah menjadi suatu aktivitas listrik pada ujung-ujung saraf.

2. Transmisi

Merupakan proses penyaluran impuls melalui saraf sensoris menyusul proses transduksi. Impuls ini akan disalurkan oleh serabut saraf A delta dan serabut C sebagai neuron pertama dari perifer ke medulla spinalis.

3. Modulasi

Proses interaksi antara sistem analgesik endogen dengan impuls nyeri yang masuk ke kornu posterior medulla spinalis.

#### 4. Persepsi

Hasil akhir dari proses interaksi yang kompleks dan unik yang dimulai dari proses transduksi, transmisi, dan modulasi yang pada gilirannya menghasilkan suatu perasaan yang subjektif yang dikenal sebagai persepsi nyeri (Mangku, 2010).

#### **2.4.7 Klasifikasi Nyeri**

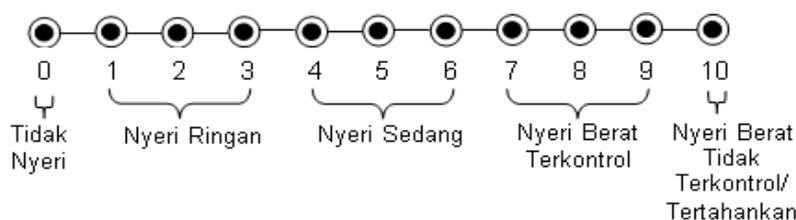
Berdasarkan waktu nyeri dapat dibagi menjadi nyeri akut, sub-akut, dan kronik. Nyeri akut merupakan respon biologis normal terhadap cedera jaringan dan merupakan sinyal terhadap adanya kerusakan jaringan misalnya nyeri pasca operasi, dan nyeri pasca trauma muskulokeletal. Pada awalnya nyeri aku didefinisikan hanya berdasarkan batas waktu <3 bulan. Nyeri sub-akut (1-6 bulan) merupakan fase transisi dan nyeri yang ditimbulkan karena kerusakan jaringan diperberat oleh konsekuensi problem psikologis dan social. Nyeri kronik adalah nyeri yang berlangsung lebih dari 6 bulan. Nyeri tipe ini sering kali tidak menunjukkan abnormalitas baik secara fisik maupun indicator-indikator klinis lain seperti laboratorium dan pencitraan. Keseimbangan kontribusi faktor fisik dan psikososial dapat berbeda-beda pada tiap individu dan menyebabkan respon emosional yang berbeda pula satu dengan lainnya (Sudadi dkk, 2017).

### 2.4.8 Penilaian Respon Intensitas Nyeri

Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala sebagai berikut (Potter & Perry, 2010) :

#### 1. Skala Numerik

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.



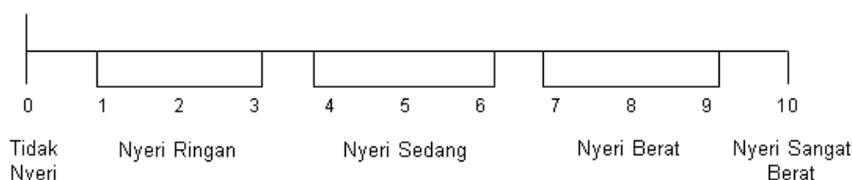
**Gambar 2.4** Skala Intensitas Nyeri Numeric 0-10 (NRS)

*Sumber : Potter dan Perry (2010)*

#### 2. Skala Deskriptif

Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala pendeskriptif verbal (*Verbal Descriptor Scale, VDS*) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini di ranking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan klien

skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan.



**Gambar 2.4** Skala Deskriptif  
*Sumber : Potter dan Perry (2010)*

#### 2.4.9 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).

#### 2.4.10 Manajemen Nyeri

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

##### a. 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.

## b. Intervensi Non Farmakologis

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

### 1. Distraksi

Teknik distraksi dapat mengatasi nyeri berdasarkan teori aktivasi retikuler, yaitu menghambat stimulus nyeri ketika seseorang menerima masukan sensori yang cukup atau berlebihan, sehingga menyebabkan terhambatnya impuls nyeri ke otak. Stimulus sensori yang menyenangkan akan merangsang sekresi endorfin, sehingga stimulus nyeri yang dirasakan oleh klien menjadi berkurang.

### 2. Hipnosis

Hipnosis diri membantu merubah persepsi nyeri melalui pengaruh sugesti positif. Dengan menggunakan sugesti dari kesan tentang perasaan yang rileks dengan menggunakan bagian ide pikiran dan kemudian kondisi-kondisi yang menghasilkan respons tertentu bagi mereka.

### 3. Teknik relaksasi

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).