

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU *POST* SEKSIO SESAREA
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT
DI RUANG KALIMAYA BAWAH
RSUD dr. SLAMET GARUT**



DI Susun Oleh :

Patmi Widia Yuliatuti

AKX.16.090

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN KONSENTRASI ANESTESI
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BHAKTI KENCANA
BANDUNG 2018**

**LEMBAR PERSETUJUAN
PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA
DENGAN NYERI AKUT DIRUANG ZADE
RSUD dr. SLAMET GARUT**

**OLEH
PATMI WIDIA YULIASTUTI
AKX.16.090**

Proposal penelitian ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada April 2019

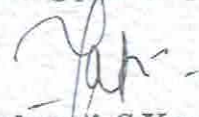
Menyetujui ,

Pembimbing Ketua



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

Pembimbing pendamping



**Yati Nurhayati, S.Kep
NIP 9070495**

Mengetahui,

Ketua Prodi DIII Keperawatan



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

LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA
DENGAN NYERI AKUT DIRUANG ZADE
RSUD dr.SLAMET GARUT

OLEH
PATMI WIDIA YULIASTUTI
AKX.16.090

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

PANITIA PENGUJI

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

()

Anggota :

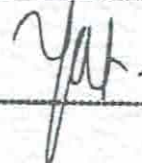
1. Ingrid Dirgahayu, S.Kep.,Ners
(Penguji I)

()

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 Jundiah, S.Kp.,M.Kep

NIK 10107064

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Patmi Widia Yuliasuti

NPM : AKX.16.090

Program Studi : DIII Keperawatan

Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan pada Klien Post Sesksio
Sesarea dengan Nyeri Akut di Ruang Zade RSUD
dr.Slamet Garut.

Menyatakan :

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar profesional Ahli Madya (Amd) di Program Studi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di Perguruan Tinggi lainnya.
2. Tugas akhir ini adalah karya tulis yang murni dan bukan plagiat/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali dari pembimbing.

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

Bandung, April 2019

Yang Memb



Patmi Widia

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “ ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT DIRUANG ZADE RSUD dr.SLAMET GARUT” dengan sebaik – baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ilmiah 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., M.H.Kes., selaku Ketua Yayasan Adhiguna Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S,Kp., Mkep selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti, SKp., M.Kep, selaku Ketua Prodi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung dan selaku pembimbing utama yang telah membimbing serta memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
4. Yati Nurhayati,S.Kep selaku pembimbing pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Seluruh Staff dosen dan karyawan Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik Stikes Bhakti Kencana Bandung.
6. Citra, S.Kep. Ners. Selaku pembimbing dan CI lapangan yang telah memberikan izin, bimbingan, arahan dan motivasi yang berharga sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
7. Kepada mereka yang selalu menjadi penyemangat demi keberhasilan penulis yaitu Ayahanda Suparmin, Ibunda wijiati , adik tersayang Adellia, dan kakek sukar serta seluruh keluarga besar yang selalu memberikan

semangat, motivasi, dukungan dan selalu mendoakan demi keberhasilan penulis.

8. Seluruh teman dan sahabat seperjuangan yang telah memberikan semangat, motivasi dan dukungan dalam penyusunan karya tulis ini.

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

Bandung, April 2019

Patmi Widia Yulastuti

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR PERNYATAAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Gambar	x
Daftar Tabel	xi
Daftar Bagan	xii
Daftar Lampiran	xiii
Daftar Singkatan	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1.Latar Belakang	6
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat	7
1.4.1 Manfaat Teoritis	7
1.4.2 Manfaat Praktis	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep teori seksio sesarea	9
2.1.1 Definisi	9
2.1.2 Anatomi abdomen	10
2.1.3 Etiologi	14
2.1.4 Patofisiologi	16
2.1.5 Klasifikasi	18
2.1.6 Indikasi	18
2.1.7 Komplikasi	19
2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik	20
2.1.9 Penatalaksanaan Medik	20
2.2 Konsep Dasar Nifas.....	22
2.2.1 Definisi	22
2.2.2 Tujuan	22

2.2.3	Tahapan Masa Nifas	23
2.2.4	Adaptasi Psikologi Post Partum	24
2.2.5	Perubahan Psikologi Post Partum.....	31
2.3	Konsep Nyeri.....	32
2.3.1	Definisi	32
2.3.2	Penyebab Nyeri	32
2.3.3	Klasifikasi Nyeri.....	33
2.3.4	Intensitas Nyeri.....	33
2.3.5	Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri	34
2.3.6	Respon Tubuh Terhadap Nyeri	35
2.3.7	Tipe Nyeri.....	36
2.3.8	Dampak Nyeri	37
2.3.9	Strategi Penatalaksanaan Nyeri	37
3.4	Konsep Asuhan Keperawatan	39
3.4.1	Pengkajian	39
3.4.2	Diagnosa Keperawatan	51
3.4.3	Rencana Keperawatan	52
3.4.4	Implementasi Keperawatan	79
3.4.5	Evaluasi Keperawatan	79
BAB III	METODE PENELITIAN	78
3.1	Desain Penelitian	78
3.2	Batasan Istilah	78
3.3	Responden/subyek peneliti	79
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian	80
3.5	Pengumpulan Data	80
3.6	Uji Keabsahan Data	81
3.7	Analisa Data	81
3.8	Etik Penulisan	83
BAB IV	TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	87
4.1	Hasil	87
4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data	87
4.1.2	Asuhan Keperawatan	88
4.1.2.1	Pengkajian.....	88
4.1.2.2	analisa data	101
4.1.2.2	Diagnosa	103
4.1.2.4	Intervensi	104
4.1.2.5	Implementasi.....	108
4.1.2.5	Evaluasi.....	112
4.2	Pembahasan	113
4.2.1	Pengkajian	113
4.2.2	Diagnosa Keperawatan	115
4.2.3	Intervensi	119
4.2.4	Implementasi	122
4.2.5	Evaluasi	124
BAB V	KESIMPULAN DAN SARAN	125
5.1	Kesimpulan	125
5.2	Saran	128

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
2.1 Kuadran Abdomen	10
2.2 Insisi Vertikal Median Infraumbilikal.....	14

DAFTAR TABEL

TABEL	Halaman
2.1 Penilaian Skala Nyeri.	34
2.2 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas.....	52
2.3 Intervensi Nyeri Akut	55
2.4 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi.	57
2.5 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI.	59
2.6 Intervensi Gangguan Eliminasi Urine.	62
2.7 Intervensi Gangguan Pola Tidur.....	63
2.8 Intervensi Risiko Infeksi.....	65
2.9 Intervensi Defisit Perawatan Diri	67
2.10 Intervensi Konstipasi	71
2.11 Intervensi Risiko Syok.....	73
2.12 Intervensi Risiko Perdarahan	75
2.13 Intervensi Defisiensi Pengetahuan.....	77
4.1 Identitas Klien.....	88
4.2 Identitas Penanggung Jawab	88
4.3 Riwayat Penyakit.....	89
4.4 Riwayat Ginekologi dan Obstetric	90
4.5 Pola Aktivitas Sehari - hari	93
4.6 Pemeriksaan Fisik Ibu	95
4.7 Pemeriksaan Fisik Bayi	98
4.8 Pemeriksaan Psikologis	98
4.9 Hasil Pemeriksaan Diagnostik.....	100
4.10 Program dan Rencana Pengobatan	100
4.11 Analisa Data	101
4.12 Diagnosa Keperawatan	103
4.13 Intervensi	104
4.14 Implementasi	108
4.15 Evaluasi Sumatif.....	112

DAFTAR BAGAN

Bagan	Halaman
2.1 Pathway Seksio Sesarea	17

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN I	Lembar Konsul KTI
LAMPIRAN II	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
LAMPIRAN III	Lembar Observasi
LAMPIRAN IV	Surat Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus
LAMPIRAN V	Jurnal
LAMPIRAN VI	Satuan Acara Penyuluhan (SAP)
LAMPIRAN VIII	Leaflet
LAMPIRAN IX	Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

WHO	: World Health Organization
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
CM	: Compos Mentis
GCS	: Gaslow Comma Scale
RAS	: Repticular Activating System
CPD	: Cephalo Pelvic Disproportion
HPTHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
TT	: Tetanus Toksoid
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
ASI	: Air Susu Ibu
IV	: intra Vena
KB	: Keluarga Berencana
TD	: Tekanan Darah
N	: Nadi
R	: Respirasi
S	: Suhu
TB	: Tinggi Badan
BB	: Berat Badan

Kg : Kilogram
Gr : Gram
CM : Centi Meter
Rl : Ringer laktat

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masa persalinan merupakan periode kritis bagi seorang ibu hamil. Masalah komplikasi atau adanya faktor penyakit menjadi faktor terjadinya kematian ibu hamil sehingga perlu dilakukan tindakan medis sebagai upaya untuk menyelamatkan ibu dan anak (Risksedas, 2013). Pada akhir kehamilan ibu dan janin mempersiapkan diri untuk menghadapi proses persalinan. Janin bertumbuh besar dan berkembang dalam dalam proses persiapan menghadapi kehidupan di luar rahim. Ibu menjalani berbagai adaptasi fisiologis selama masa hamil, sebagai persiapan menghadapi proses persalinan dan untuk berperan sebagai ibu (Bobal.dkk. 2012).

Persalinan dan kelahiran bayi merupakan akhir dari kehamilan dan titik di mulainya kehidupan di luar rahim bagi bayi baru lahir. Proses persalinan bisa melalui persalinan normal, tindakan dan pembedahan atau operasi, yang lebih dikenal dengan seksio sesarea. Seksio sesarea didefinisikan suatu persalinan buatan dimana dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat diatas 500 gram (Mitayani, 2013).

Operasi sesar lebih aman dipilih dalam menjalani proses persalinan karena telah banyak menyelamatkan jiwa ibu yang mengalami kesulitan melahirkan. Bila mana ibu didiagnosa panggul sempit atau fetal distres dan ibu yang paranoid terhadap rasa sakit, maka seksio sesarea adalah pilihan yang tepat dalam menjalani proses persalinan, karena diberi anastesi atau penghilang rasa sakit (Fauzi,D.A. 2007).

Proporsi kelahiran dengan cara Seksio sesarea di negara berkembang berkisar 21,2% dari total keseluruhan yang ada. Sejak tahun 1985, komunitas kesehatan internasional telah mempertumbangkan tingkat ideal untuk operasi sesar menjadi antara 10% sampai 15%. Operasi sesar telah menjadi semakin umum di negara maju dan berkembang, operasi sesar secara efektif dapat mencegah mortalitas dan morbiditas maternal dan perinatal (WHO Statement on Caesarean Section Rates, 2015).

Kasus persalinan dengan tindakan seksio sesarea secara global pada tahun 2012 terdapat 23 juta kasus (Molina et all, 2015). Di Indonesia presentasi tindakan seksio sesarea sekitar 5 – 15 %, di Rumah Sakit Pemerintah sekitar 11%, sementara di Rumah Sakit Swasta bisa lebih dari 30%. Menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2012, angka kejadian seksio sesarea di Indonesia 921.000 dari 4.039.00 persalinan atau 22,8% dari seluruh persalinan. Data seksio sesarea berdasarkan Riskesdas tahun 2013 menunjukkan kelahiran dengan metode operasi sesar sebesar 9,8% dari total 49,603 kelahiran sepanjang

tahun 2010 sampai dengan tahun 2013, dengan proporsi tertinggi di DKI Jakarta (19,9%) dan terendah di Sulawesi Tenggara (3,3%), untuk wilayah Jawa Barat 14,3% sedangkan untuk kabupaten/kota Garut 3,3%.

Riskesdas tahun 2018 menunjukkan kelahiran dengan metodeoperasi sesar di Indonesia sebanyak 78.736 atau sekitar 17,6%. *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa ibu hamil yang dilakukan tindakan operasi seksio sesarea meningkat 5 kali lipat pertahun. Berdasarkan data yang penulis dapatkan dari medical record Rumah Sakit Umum dr.Slamet Garut periode tahun 2015-2017, jumlah persalinan yang seksio sesarea sebesar 3808 (30,26%) dan persalinan spontan sebesar 8774 (69,73%) dengan jumlah dari kedua indikasi tersebut sebesar 12.585 (99,99%). (*sumber laporan medical record Rumah Sakit Umum dr.Slamet Garut*).

Tindakan seksio sesarea menimbulkan beberapa masalah keperawatan yang lazim muncul adalah (Nurarif,2015) : Ketidakefektifan jalan nafas, Nyeri akut, Ketidakefektifan pemberian ASI, Gangguan eliminasi urine, Resiko infeksi, Defisit perawatan diri. Dari masalah keperawatan tersebut, keluhan yang sering dirasakan oleh klien post seksio sesarea adalah nyeri, nyeri dibekas jahitan seksio sesarea, keluhan ini sebenarnya wajar karena tubuh mengalami luka dan proses penyembuhan luka tidak sempurna (Solehati,2015).

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. Nyeri yang dirasakan seseorang mempunyai rentang nyeri yang berbeda-beda dari satu orang ke orang lainnya. Rasa nyeri ini dapat timbul akibat trauma fisik yang disengaja atau tidak disengaja. Salah satu trauma fisik yang disengaja yaitu luka operasi seksio sesarea (Nurarif,2015). Nyeri setelah pembedahan merupakan hal yang biasa terjadi, yang perlu diwaspadai jika nyeri disertai dengan komplikasi setelah pembedahan seperti luka jahitan yang tidak menutup, infeksi pada luka operasi dan gejala lain yang berhubungan dengan jenis pembedahan (Potter & Perry,2010).

Dampak nyeri yang perlu ditanyakan adalah hal – hal yang spesifik seperti pengaruh terhadap pola tidur, makan, energi, aktifitas keseharian (Zakiyah, 2015). Nyeri akut secara serius mengancam proses penyembuhan klien, menghambat kemampuan klien untuk terlihat lebih aktif dan dapat meningkatkan resiko komplikasi akibat imobilisasi jika nyeri tidak terkontrol. (Potter & Perry, 2006). Untuk mencegah dampak yang ditimbulkan dari nyeri tersebut maka diperlukan penatalaksanaan nyeri yang bertujuan untuk meringankan atau mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh ibu *post* seksio sesarea (Widiatie, 2015).

Penatalaksanaan nyeri tersebut diterapkan melalui Asuhan Keperawatan baik kolaborasi atau mandiri. Kolaborasi dilakukan dengan pendekatan farmakologi, yaitu merupakan tindakan kolaborasi dengan

dokter berupa pemberian obat analgetik (Solehati,2015). Sedangkan dengan tindakan mandiri dilakukan melalui pendekatan nonfarmakologi yang bisa dilakukan dengan : pendekatan modulasi psikologi nyeri, seperti relaksasi dan hipnoterapi, Modulasi sensasi nyeri, seperti message, akupuntur, akupresur (Solehati, 2015).

Beberapa tindakan mandiri keperawatan tersebut diatas, yang sering diterapkan adalah cara teknik relaksasi napas dalam, yaitu teknik yang dapat merilekskan ketegangan otot yang dapat menunjang nyeri dengan cara melakukan napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan untuk menurunkan intensitas nyeri (Solehati, 2015). Peran perawat dalam memenuhi kebutuhan rasa nyaman akibat nyeri pasca seksio sesarea selain berkolaborasi dengan tenaga profesional kesehatan lainnya, juga memberikan intervensi untuk menurunkan intensitas nyeri dan kecemasan, mengevaluasi pengaruh intervensi, bertindak sebagai advokad dan pendidik bagi pasien dengan cara mengajarkan mereka untuk mengatasi nyeri salah satunya dengan teknik relaksasi yang disesuaikan dengan keadaan pasien disamping penggunaan obat analgetik (Solehati, 2015).

Berdasarkan fenomena tersebut maka penulis tertarik untuk membahas lebih lanjut tentang asuhan keperawatan pada ibu *post* seksio sesarea yang dituangkan dalam karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan

Keperawatan pada Ibu *Post* Seksio Sesarea dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut” di ruang Zade RSUD dr.Slamet Garut.

1.2 Rumusan Masalah

Yang menjadi permasalahan dalam studi kasus ini adalah “
Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Seksio Sesarea dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di RSUD dr.Slamet Garut ?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada ibu *post* seksio sesarea yang mengalami masalah keperawatan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut.

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada ibu *post* seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan ada ibu yang mengalami *post* seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada ibu yang mengalami *post* seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut.

- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada ibu yang mengalami *post* seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut.
- e. Melakukan evaluasi pada klien yang mengalami *post* seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut.

1.4. Manfaat

1.4.1. Manfaat Teoritis

Meningkatkan pengetahuan bagi pembaca agar dapat mengetahui apa yang dimaksud dengan proses seksio sesarea dan bagaimana seksio sesarea dapat terjadi.

Penulisan karya tulis ini juga berfungsi untuk mengetahui antara teori dan kasus nyata yang terjadi dilapangan sesuai atau tidak. Dan dalam karya tulis ini, dilakukan penelitian antara dua responden dengan manfaat agar pembaca dapat mengetahui perbedaan mana yang muncul diantara dua responden.

1.4.2. Manfaat Praktis

a. Bagi Rumah Sakit

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan

tindakan asuhan keperawatan dengan pasien khususnya dengan *post* seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut.

b. Bagi Perawat

Manfaat penulisan karya tulis ilmiah bagi perawat yaitu perawat dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat ada pasien dengan *post* seksio sesarea dengan keluhan nyeri akut.

c. Bagi Institusi Akademik

Manfaat praktis bagi institusi akademik yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada ibu *post* seksio sesarea dengan masalah nyeri akut.

d. Bagi Pembaca

Manfaat penulisan karya tulis ilmiah bagi pembaca yaitu menjadi sumber referensi dan informasi bagi orang yang membaca karya tulis ini supaya mengetahui lebih mendalam bagaimana cara merawat pasien yang mengalami *post* seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori Seksio Sesarea

Proses persalinan tidak berlangsung secara alamiah atau normal. Banyak faktor yang menyebabkan persalinan tidak normal. Karena syarat persalinan normal itu ada jalan lahir, turunnya kepala bayi pada panggul, kekuatan, posisi ibu selama persalinan, dan kondisi psikologis jiwa (Johnson,2014). Jika salah satu tidak memenuhi maka akan sulit dilakukan persalinan secara normal dan apabila keadaan ibu maupun bayi tidak memungkinkan biasanya dapat dilakukan tindakan seksio sesarea.

2.1.1. Definisi

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

Seksio sesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisin pada dinding abdomen dan uterus (Harry Oxorn & William R. Forte,2010).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa seksio sesaria adalah suatu pembedahan yang dilakukan untuk mengeluarkan janin dari dalam perut.

2.1.2. Anatomi Abdomen

2.1.2.1. kuadran Abdomen

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

1. Garis vertikal

Melalui pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan simfisis pubis.

2. Garis Horizontal

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

b). Bidang intertuberkularis, menghubungkan tuberkulum pada krista iliaca yang terletak setinggi korpus vertebra lumbalis V.

2.1.2.2. Dinding Abdomen

Tersusun dari superfisial ke profunda : kulit, jaringan subkutan, otot dan fasia, jaringan ekstrapéritoneum dan peritoneum.

1. Kulit

Langger lines menggambarkan arah serabut dermis pada kulit. Pada dinding ventral abdomen, *langger lines* tersusun secara transversal.

2. Jaringan Subkutan

Lapisan ini dibagi menjadi : jaringan lemak superfisial (*fasia camper*) dan lapisan membranous dibawahnya (*fasia scarpa*).

3. Otot dan Fasia

Otot – otot dinding ventral abdomen :

- a). M.rektus abdominis
- b). M. Piramidalis

otot – otot dinding lateral abdomen :

- a). M. Obliquus abdominis eksternus
- b). M. Obliquus abdominis internus
- c). M. Transversus abdominis

4. Jaringan Ekstraperitoneum dan Peritoneum

Peritoneum merupakan suatu selaput tipis dan mengkilap yang melapisi dinding kavum abdomen dari sebelah dalam, peritoneum dibagi menjadi :

- a). *Peritoneum parietalis*, langsung melekat pada dinding abdomen.
- b). *Peritoneum visceralis*, menutupi organ – organ visceralis.

Peritoneum yang menghubungkan organ dan dinding abdomen ini secara umum disebut mesenterium.

Peritoneum parietalis dan *visceralis* merupakan suatu kontinuitas yang membatasi suatu ruangan yang disebut

kavum peritonei, pada wanita kavum peritoneum mempunyai dua lubang yaitu kedua ostium tuba uterina (DeCherney Ah; Nathan Lauren, 2003).

5. Vaskularisasi

a). Jaringan subkutan

(1). Berasal dari a.femoralis setelah melewati kanalis femoralis, berjalan diagonal menuju umbilikus. Terletak 5 – 6 cm dari garis tengah diatas pubis dan 4 – 5 cm dari garis tengah setinggi umbilikus dan pada pertengahan antara palpasi denyut a.femoralis

(2). a.pudenda eksterna superfisial, berasal dari a.femoralis dan berjalan diagonal menuju ke mons pubis dan memiliki banyak cabang *midline*.

(3). A.iliaka sirkumfleksa superfisial, berjalan lateral dari a.femoralis menuju daerah flank.

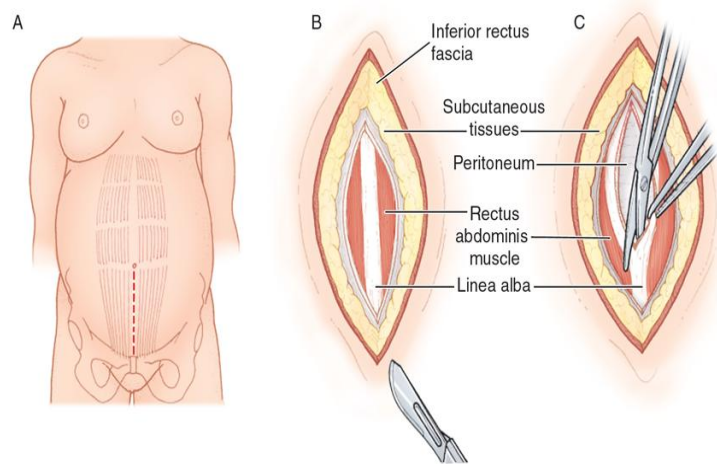
b). Otot dan aponeurosis :a.epigastrika inferior, a.epigastrika superior, a.sirkumfleksa profunda, a.muskulofrenika.

2.1.2.3. Insisi pada abdomen

Insisi vertikal linea mediana infraumbilikal adalah insisi yang paling cepat dilakukan, insisi harus cukup panjang supaya bayi dapat dilahirkan dengan mudah. Panjang insisi harus sesuai dengan perkiraan ukuran janin, dilakukan setinggi selubung rektus anterior yang selebar 2 cm di linea mediana. Rektus dan

pyramidalis dipisahkan di garis tengah dengan diseksi tajam dan tumpul untuk memperlihatkan fascia transversalis dan peritoneum.

Fascia transversalis dan lemak praperitoneum diseksi dengan hati – hati untuk mencapai peritoneum di bawahnya. Pada wanita yang memiliki riwayat pembedahan intra abdomen termasuk pemilihan caesar, omentum atau usus mungkin melekat pada permukaan bawah peritoneum. Pada wanita dengan persalinan terlambat, kandung kemih dapat terdorong ke atas hingga setinggi umbilikus. Peritoneum diinsisi pada bagian superior dari ujung atas insisi dan turun hingga tepat di atas bayangan peritoneum yang menutupi kandung kemih.



Source: Reichman EF: Emergency Medicine Procedures, Second Edition: www.accessemergencymedicine.com Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

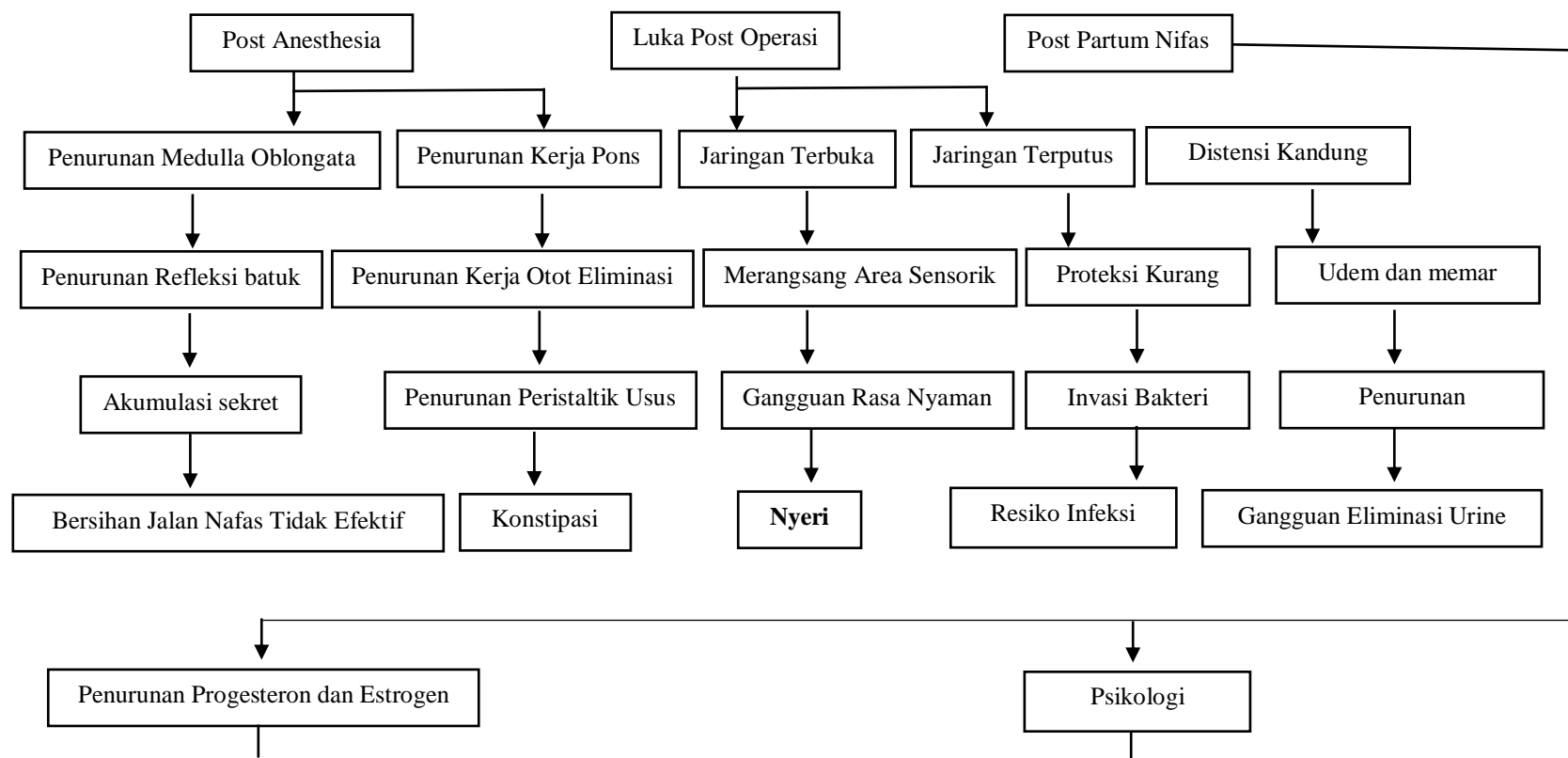
Gambar 2.1 Insisi vertikal mediana infraumbilikal (sumber: Cunningham, et al, 2013)

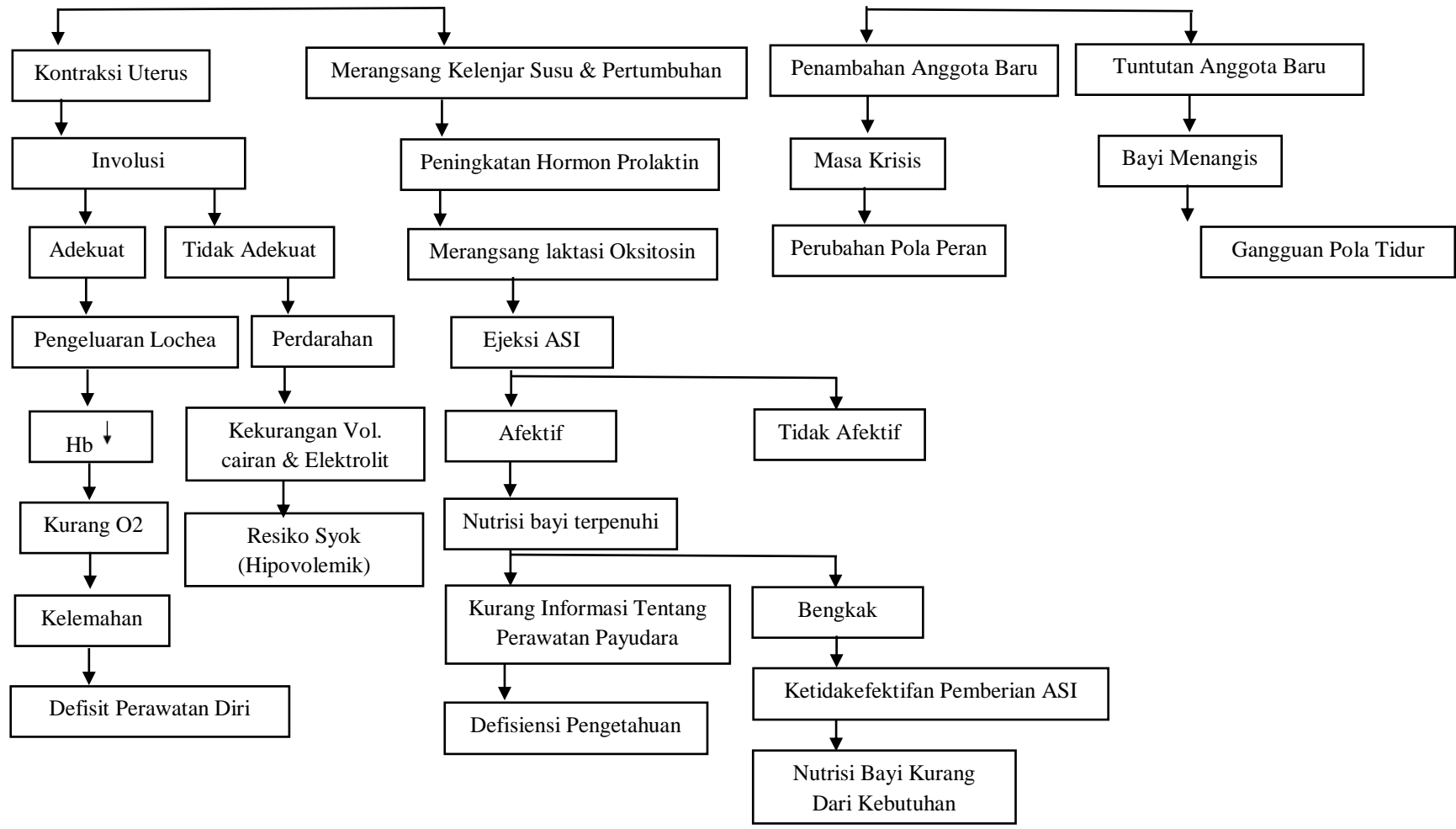
2.1.3. Etiologi

Menurut Nurarif & Kusuma (2015), etiologi seksio sesarea ada dua, yaitu etiologi yang berasal dari ibu seperti pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disporposi sefalo pelvik (disporposi janin atau panggul), terdapat kesempitan panggul, plasenta previa, solution plasenta tingkat I – II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsi-eklamsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya), dan etiologi yang berasal dari janin seperti fetal distress atau gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi.

2.1.4. Patofisiologi

Bagan 2.1 Pathway Seksio Sesarea





Sumber :Nurarif & Kusuma, 2015

2.1.5. Klasifikasi

Menurut Nurarif & Kusuma (2015), klasifikasi dari seksio sesarea adalah:

- a. Seksio sesarea abdomen :
 - 1) Seksio sesarea transperitonealis.
 - a) Seksio sesarea klasik (corporal)
 - b) Seksio sesarea ismika (profunda).
 - 2) Sectio sesarea peritonealis yaitu tanpa membuka peritoneum parietalis dengan demikian tidak membuka kavum abdomen.
- b. Seksio caesarea vaginalis

Menurut arah sayatan pada rahim, seksio sesarea dapat dilakukan sebagai berikut:

- 1) Sayatan memanjang (longitudinal) menurut Kroning.
- 2) Sayatan melintang (transfersal) menurut Kerr.
- 3) Sayatan huruf T (T-incision)

2.1.6. Indikasi

Seorang ibu yang akan melahirkan perlu dilakukan tindakan persalinan seksio sesarea tentu berdasarkan indikasi terlebih dahulu, indikasi tersebut dapat dilakukan dengan alasan medis antara lain : karena ibu maupun bayinya beresiko tinggi bukan alasan pribadi dari ibu sendiri/elektif (Solehati,2015).

1. Faktor ibu

Diatosia, cephalo pelvic disproportion (*CPD*), preeklamsi berat dan eklamsi, gagal proses persalinan, seksio ulang, plasenta previa, solutio plasenta, tumor jalan lahir yang menimbulkan obstruksi, ruptura uteri, takut persalinan pervagina, pengalaman buruk persalinan pervagina, disfungsi uteri, usia ibu lebih dari 35 tahun, herpes genital aktif.

2. Faktor Janin

Terjadinya gawat janin (*Distress*), letak janin, kehamilan ganda, adanya bobot badan bayi yang kurang dari normal.

2.1.7. Komplikasi

Adapun komplikasi seksio sesarea menurut Jitowiyono & Kristiyanasari (2010), sebagai berikut:

a. Infeksi puerperal

Komplikasi ini bisa bersifat ringan, seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas, bersifat berat seperti peritonitis, sepsis, dan sebagainya (Padila, 2015).

b. Perdarahan

Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arteri ikut terbuka, atau karena atonia uteri (Padila, 2015).

c. Komplikasi - komplikasi lain seperti luka kandung kencing, embolisme paru-paru, dan sebagainya jarang terjadi.

d. Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak, ialah kurang kuatnya parut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptur uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah seksio sesarea klasik.

2.1.8. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik (Nurarif, 2015) :

- 1) Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- 2) Pemantauan EKG
- 3) JDL dengan diferensial
- 4) Pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, elektrolit
- 5) Golongan darah
- 6) Urinalisis
- 7) Ultrasonografi

2.1.9. Penatalaksanaan Medik

a. Pemberian cairan

Pada 24 jam pertama pemberian cairan perintravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan adalah DS 10%, garam fisiologi dan RL. Secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi sesuai kebutuhan.

b. Diet

Pemberian cairan perinfus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian makanan atau minuman peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 – 10 jam pasca operasi, berupa air putih atau air teh.

c. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi : miring kanan miring kiri dapat dilakukan sejak 6 – 10 jam setelah operasi, latihan pernapasan dapat dilakukan penderita sambil tidur terlentang sedini mungkin setelah sadar. Hari kedua post operasi penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernapas dalam lalu menghembuskannya. Kemudian posisi tidur terlentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk atau semi fowler.

Selanjutnya, selama berturut – turut, hari demi hari pasien dianjurkan untuk duduk selama sehari, belajar berjalan, kemudian berjalan mandiri pada hari ke 3 dan ke 5 pasca operasi.

d. Kateterisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang 24 – 48 jam atau lebih lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.

e. Pemberian obat – obat

Diberikan obat antibiotik, analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan, serta obat – obatan lain.

f. Perawatan luka

Kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti.

g. Perawatan rutin

Hal – hal yang harus diperhatikan selama pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi dan pernapasan.

2.2. Konsep Dasar Nifas

2.2.1 Definisi Nifas

Masa nifas (*peurperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung kira-kira selama 6 minggu (Sulistyawati,2015).

2.2.2. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Asuhan diberikan bertujuan untuk (Sulistyawati,2015) :

- a. Meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologis bagi ibu dan bayi.
- b. Pencegahan, diagnose dini, dan pengobatan komplikasi pada ibu.
- c. Merujuk ibu ke asuhan tenaga ahli bila perlu.
- d. Mendukung dan memperkuat keyakinan ibu, serta memungkinkan ibu melaksanakan perannya dalam situasi keluarga dan budaya yang khusus.
- e. Imunisasi ibu terhadap tetanus.
- f. Mendorong pelaksanaan metode yang sehat tentang pemberian makanan anak, serta peningkatan pengembangan hubungan yang baik antara ibu dan anak.

2.2.3. Tahapan masa nifas

Nifas dibagi dalam 3 periode, yaitu :

- a. *Puerperium* dini, yaitu kepulihan ketika ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan.
- b. *Puerperium intermedial*, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genital yang lamanya 6-8 minggu.
- c. *Remot puerperium*, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna mungkin beberapa minggu, bulan, atau tahun (Sulistyawati,2015).

2.2.4. Adaptasi Fisiologi *Post Partum*

- a. Perubahan sistem reproduksi (Sulistyawati,2015).

- 1) Uterus

- (1) Proses Involusi (pengerutan)

Merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan involunter ini lapisan luar dari *desidua* yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi *neurotic* (layu/mati). Perubahan ini dapat diketahui saat melakukan palpasi untuk meraba dimana TFU : Pada saat bayi lahir fundus uteri setinggi pusat dengan berat 1000 gram, pada akhir kala III TFU teraba 2 jari dibawah pusat,

pada 1 minggu post partum TFU teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat 500 gram, pada 2 minggu post partum TFU teraba di atas simpisis dengan berat 350 gram, pada 6 minggu post partum fundus uteri mengecil (tak teraba) dengan berat 50 gram. Involusi uterus terjadi melalui 3 proses yang bersamaan, antara lain :

(a) Autolysis

Merupakan suatu proses penghancuran diri sendiri yang terjadi didalam uteri. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula dan lima kali lebarnya dari sebelum hamil.

(b) Atrofi Jaringan

Jaringan yang berpoliferasi dengan adanya estrogen dalam jumlah besar, kemudian mengalami atrofi sebagai reaksi terhadap penghentian produksi estrogen yang menyertai pelepasan plasenta.

(c) Efek Oksitosin (kontraksi)

Kontraksi uterus meningkat secara bermakna setelah bayi lahir. Hal ini terjadi karena adanya diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intrauterin yang sangat besar. Dalam proses ini akan

membantu mengurangi bekas luka tempat implantasi plasenta dan mengurangi pendarahan. Luka bekas pelekattan plasenta memerlukan waktu 8 minggu untuk sembuh total.

2) Lokhea

Dibedakan menjadi 3 (Sulistyawati,2015).

(a) Lokhea rubra / merah

Keluar pada hari pertama sampai hari keempat masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar.

(b) Lokhea sanguinolenta

Berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari keempat sampai ketujuh post partum.

(c) Lokhea serosa

Berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ketujuh sampai hari keempat belas.

(d) Lokhea Alba/ Putih

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

3) Perubahan pada serviks

Perubahan pada serviks adalah bentuk serviks agak menganga seperti corong. Muara serviks yang dilatasi sampai 10 cm sewaktu persalinan akan menutup dan bertahap. Pada minggu ke 6 serviks akan menutup kembali (Sulistyawati,2015).

b. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina akan mengalami penekanan, dalam beberapa hari kedua organ ini akan mengalami keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina akan kembali kepada keadaan tidak hamil atau rague dalam vagina secara berangsur-angsur kan muncul kembali, sementara labia akan lebih menonjol (Sulistyawati,2015).

c. Perinium

Setelah melahirkan perinium menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh rekatan bayi yang bergerak maju pada hari ke 5 perinium sudah mendapatkan kembali sebgai tonusnya sekalipun lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.

b. Perubahan sistem pencernaan

Biasanya, ibu akan mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini 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. Supaya buang air besar kembali normal, dapat diatasi dengan diet tinggi serat, peningkatan asupan cairan, dan ambulasi awal. Bila ini tidak berhasil, dalam 2-3 hari dapat diberikan obat laksansia (Sulistyawati,2015).

c. Perubahan sistem perkemihan

Pada persalinan sistem seksio sesarea akan terjadi penurunan persepsi terhadap kandung kemih sehingga ibu harus terpasang kateter untuk mengeluarkan urin tersebut. Penurunan persepsi ini terjadi disebabkan oleh penurunan tekanan intraabdomen, edema pada daerah trigonal didasar kandung kemih yang disebabkan oleh trauma dan rusaknya transmisi impuls saraf aferen akibat anestesi regional (Reeder,2011).

d. Perubahan sistem endokrin

Penurunan kadar hormon yang cepat setelah plasenta dikeluarkan menimbulkan berbagai perubahan fisiologis dan anatomi pada masa *post partum*. *Human Placental lactogen* (HPL) dan

kortisol mengalami penurunan. Estrogen turun sampai 10%, progesteron juga mengalami penurunan, sedangkan prolaktin dan oksitosin mengalami peningkatan yang dipengaruhi oleh proses menyusui (Solehati,2015).

e. Perubahan sistem imun

Tidak ada perubahan yang berarti pada sistem imun ibu selama kehamilan dan persalinan (Solehati,2015).

f. Perubahan neurologi

Adanya periode mati rasa dan gatal pada jari – jari terjadi pada 5%, ibu *post partum* sering mengalami nyeri kepala yang disebabkan oleh berbagai faktor, seperti *pregnancy – induced hypertension* (PIH), stress, dan akibat pemberian anesthesia. Nyeri kepala akan ini akan hilang 1-3 hari atau beberapa minggu bergantung pada penyebab dan efektivitas dalam perawatan (Solehati,2015).

g. Perubahan tingkat energi

Pada umumnya, ibu setelah melahirkan akan mengalami kelelahan yang sangat apalagi bila ibu mengalami partus (melahirkan) yang berlangsung lama (distosia), dimana ibu harus mengeluarkan ekstra energi untuk mendedan. Oleh karena itu, ibu *post partum* dianjurkan untuk istirahat yang cukup. Pada 8 jam *post*

partum ibu dianjurkan terlentang untuk mencegah terjadinya pendarahan (Solehati,2015).

h. Perubahan Muskuloskeletal

Otot – otot abdomen teregang secara bertahap selama kehamilan, mengakibatkan hilangnya kekenyalan otot, terlihat pada masa *post partum*. Peregangan otot – otot pada dinding perut adalah pada muskulus rektus abdominis. Dinding perut sering lembek dan kendur dan akan kembali kurang lebih 6 minggu *post partum* (Solehati,2015).

i. Perubahan sistem kardiovaskuler

Pada kehamilan terjadi peningkatan sirkulasi volume darah yang mencapai 50%. Mentoleransi kehilangan darah pada proses persalinan pervaginam 400-500 cc. sedangkan pada seksio sesarea kurang lebih 700-1000 cc. Bradikardia (dianggap normal), jika terjadi takikardia dapat merefleksikan adanya kesulitan atau persalinan lama dan darah yang keluar lebih dari normal atau perubahan setelah melahirkan.

j. Perubahan tanda – tanda vital

1) Suhu badan

Dalam satu hari *post partum* suhu badan akan naik sedikit (37,5 – 38 C) srbagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan, dan kelelahan (Sulistyawati, 2015).

2) Nadi

Denyut nadi setelah melahirkan biasanya akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit adalah abnormal dan hal ini menunjukkan adanya kemungkinan infeksi (Sulistyawati,2015).

3) Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak akan berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah melahirkan karena adanya pendarahan. Tekanan darah tinggi pada saat *post partum* dapat menandakan terjadinya *pre eklamsi post partum* (Sulistyawati, 2015).

4) Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal maka pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali bila ada gangguan khusus pada saluran pencernaan (Sulistyawati, 2015).

2.2.5. Perubahan psikologi selama *post partum*

Perubahan psikologi yang dialami ibu selama *post partum* adalah (Sulistyawati, 2015) :

a. Fase *taking in* (Periode Tingkah Laku Ketergantungan)

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

b. Fase *taking hold* (Periode Antara Tingkah Laku Mandiri dan Ketergantungan)

Pada fase ini, ibu mulai tertarik untuk merawat bayinya.

c. Fase *letting go* (Periode Kemandirian Dalam Peran Baru)

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

2.3. Konsep Dasar Nyeri

2.3.1. Definisi Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau

potensial. Nyeri yang dirasakan seseorang mempunyai rentang nyeri yang berbeda-beda dari satu orang ke orang lainnya (Nuratif,2015).

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subyektif. Perasaan nyeri setiap orang berbeda dalam hal skala maupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Aziz, 2009).

Jadi nyeri merupakan perasaan yang tidak menyenangkan yang dialami bagi seseorang dengan tingkat yang berbeda setiap orangnya.

2.3.2. Penyebab nyeri

Nyeri terjadi karena adanya stimulus nyeri, antara lain :

- a. Fisik (ternal, mekanik, elektrik)
- b. Kimia

Apabila ada kerusakan pada jaringan akibat adanya kontinuitas jaringan yang terputus, maka histamin, bradikinin, dan prostaglandin akan diproduksi oleh tubuh. Zat – zat kimia akan menimbulkan nyeri. Rasa nyeri ini diteruskan ke *central nerve system* (CNS) untuk kemudian ditransmisikan pada serabut tipe C yang menghasilkan sensasi seperti terbakar atau pada serabut tipe A yang menghasilkan nyeri, seperti tertusuk (Solehati, 2015).

2.3.3. Klasifikasi Nyeri

Nyeri diklasifikasikan sebagai nyeri akut dan nyeri kronik (Solehati, 2015) :

a. Nyeri Akut

Nyeri akut didefinisikan sebagai suatu nyeri yang dapat dikenali penyebabnya, waktunya pendek, dan diikuti oleh peningkatan tegangan otot, serta kecemasan. Ketegangan otot dan kecemasan tersebut dapat meningkatkan persepsi nyeri. Contohnya adanya luka karena cidera atau operasi.

b. Nyeri Kronik

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

2.3.4. Intensitas nyeri

Individu atau klien merupakan penilai terbaik dari nyeri yang dirasakan. Oleh karena itu, klien harus diminta untuk menggambarkan dan membuat tingkatan nyeri yang dirasakannya. Informasi yang diberikan harus dapat menggambarkan nyeri individu dalam beberapa cara, diantaranya klien diminta untuk membuat tingkatan nyeri pada

skala verbal atau *visual analog scale* (VAS) umumnya digunakan skala rentang sebagai berikut (Solehati,2015) :

Tabel 2.1 Penilaian Skala Nyeri

Skala nyeri	Jenis nyeri
0	Tidak ada nyeri
1-2	Nyeri ringan
3-4	Nyeri sedang
5-6	Nyeri berat
7-8	Nyeri sangat berat
9-10	Nyeri buruk sampai tak tertahan.

2.3.5. Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Banyak faktor yang mempengaruhi persepsi dan reaksi nyeri, di antaranya (Aziz,2009) :

- a. Lingkungan
- b. Keadaan umum
- c. Endorfin
- d. Faktor situasional
- e. Jenis kelamin
- f. Status emosional
- g. Pengalaman yang lalu

- h. Reaksi terhadap nyeri
- i. Ansietas dan kepribadian
- j. Budaya dan sosial
- k. Usia
- l. Arti nyeri
- m. Fungsi kognitif
- n. Kepercayaan
- o. Persepsi nyeri.

2.3.6. Respon Tubuh terhadap Nyeri

a. Respon fisik

Nyeri akut akan menstimulus sistem saraf simpatis sehingga akan menimbulkan peningkatan tekanan darah, denyut nadi, irama pernapasan, pucat, banyak keringat, serta dilatasi pupil, kulit terasa dingin dan lembab. Nyeri kronik akan merangsang sistem saraf parasimpatis yang akan mengakibatkan penurunan tekanan darah, denyut nadi, irama pernapasan, kontraksi pupil, kulit kering dan terasa panas atau hangat, perubahan ekspresi wajah yang dapat diamati adalah menutup gigi atau mengernyitkan dahi dan menggigit bibir (Solehati,2015).

b. Respon Tingkah laku

Perubahan perilaku dari individu yang merasakan nyeri antara lain : menangis atau merintih, gelisah, banyak bergerak atau

tidak tenang, tidak konsentrasi, insomnia, mengelus – elus bagian tubuh yang mengalami rasa nyeri (Solehati,2015).

2.3.7. Tipe Nyeri

a. Tipe I

Meliputi aktivitas serabut saraf yang dipengaruhi oleh sensori nyeri. Jika serabut saraf berdiameter besar maka akan menutupi pintu yang dilalui impuls nyeri. Intervensi yang dapat digunakan dengan penggunaan teori ini adalah melakukan *massage*, rangsangan panas dingin, perabaan, dan *transcutaneous electric stimulation* (Solehati, 2015).

b. Tipe II

Rangsang dari batang otak mempengaruhi sensasi nyeri karena formasi retikuler di batang otak memonitor pengaturan input sensori. Apabila seseorang menerima rangsangan terus - menerus atau berlebihan, maka batang otak akan mengirimkan impuls untuk menutup pintu sehingga rangsangan nyeri dapat terhambat. Intervensi yang dapat diterapkan pada teori ini adalah teknik distraksi, *guided imagery*, dan visualisasi (Solehati, 2015).

c. Tipe III

Tipe ini meliputi aktivitas neurologik dalam sensori dan *thalamus*. Pikiran, emosi, dan ingatan seseorang dapat

mengaktifkan impuls nyata yang dapat disadari. Intervensi yang dapat diterapkan dalam teori ini adalah teknik relaksasi dan pemberian obat analgetik (Solehati, 2015).

2.3.8. Dampak Nyeri

Setiap nyeri akan menimbulkan perasaan yang tidak nyaman pada klien, selain itu tanpa melihat pola, sifat, atau penyebab nyeri. Apabila nyeri tidak segera diatasi secara adekuat akan memberikan efek yang membahayakan, seperti mempengaruhi sistem pulmoner, kardiovaskuler, gastrointestinal, dan imunologik. Nyeri yang hebat dapat menyebabkan komplikasi seperti tromboemboli atau pneumoni, nyeri mempengaruhi kemampuan klien untuk bernapas dalam atau bergerak (Solehati,2015).

2.3.9. Strategi Penatalaksanaan Nyeri

a. Pendekatan farmakologi

Pendekatan ini merupakan tindakan yang dilakukan melalui kolaborasi dengan dokter. Intervensi farmakologi yang sering diberikan berupa pemberian obat analgetik, antara lain (Solehati, 2015) : obat sedativa, narkotika, hipnotika yang diberikan secara sistemik, tranquilizer, skopalamina, nitrous oxide. Umumnya, secara medis cara menghilangkan rasa nyeri persalinan dengan tindakan seksio sesarea adalah dengan pemberian obat – obatan analgesia yang disuntikkan melalui infus intravena, supositoria / anal, inhalasi

saluran pernapasan atau dengan memblokade saraf yang menghantarkan rasa sakit, cemas, dan tegang (Solehati, 2015).

b. Pendekatan Nonfarmakologi

Pendekatan nonfarmakologi yang biasa dilakukan oleh perawat meliputi :

- 1) Pendekatan dengan modulasi psikologis nyeri, seperti relaksasi, hipnoterapi, imajinasi, umpan balik biologis, psikopropilaksis, dan distraksi.
- 2) Modulasi sensorik nyeri, seperti *massage*, terapeutik, akupunktur, akupresur, *transcutaneous electrical nerve stimulation* (tens), musik, hidroterapi zet, homeopati, modifikasi lingkungan persalinan, pengaturan posisi dan postur serta ambulasi (Solehati, 2015).

2.4. Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1. Pengkajian

a. Identitas dan penanggung jawab

Dikaji tentang identitas klien yang meliputi nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, suku bangsa, pendidikan terakhir, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, golongan darah, ruang rawat, nomor medrek, diagnosa medis, dan alamat. Serta dikaji juga identitas penanggung jawab klien yang meliputi : nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, alamat dan hubungan dengan klien (Maryunani, 2015).

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama saat masuk rumah sakit

Biasanya klien mengeluh nyeri pada abdomen (Maryunani, 2015).

2) Keluhan utama saat dikaji

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

P= Paliatif/Propokatif

Yaitu segala sesuatu yang memperberat dan memperingan keluhan.

Pada post partum dengan SC biasanya klien mengeluh nyeri dirasakan bertambah apabila pasien banyak bergerak dan dirasakan berkurang apabila klien istirahat.

Q= *Quality/Quantity*

Yaitu dengan memperhatikan bagaimana rasanya dan kelihatannya.

Pada post partum dengan SC biasanya klien mengeluh nyeri pada luka jahitan yang sangat perih seperti diiris-iris.

R= *Region/Radiasi*

Yaitu menunjukkan lokasi nyeri, dan penyebarannya.

Pada post partum dengan SC biasanya klien mengeluh nyeri pada daerah luka jahitan pada daerah abdomen biasanya tidak ada penyebaran ke daerah lain.

S= *Severity, Skale*

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

T= *Timing*

Yaitu menunjukkan waktu terjadinya dan frekuensi kejadian keluhan tersebut.

Pada post partum dengan SC biasanya nyeri dirasakan hilang timbul dengan frekuensi tidak menentu tergantung aktifitas yang dilakukan.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Meliputi tentang penyakit yang pernah dialami klien pada masa lalu, seperti riwayat hipertensi, penyakit keturunan seperti diabetes dan asma riwayat alergi dan penyakit menular seperti hepatitis dan TBC, kebiasaan klien seperti merokok, minum alkohol, minum kopi dan obat-obatan yang sering dipakai (Maryunani, 2015).

4) Riwayat kesehatan keluarga

Meliputi tentang riwayat penyakit keturunan seperti Hipertensi dan Diabetes Melitus, ataupun penyakit menular seperti TBC, HIV dan hepatitis (Maryunani, 2015).

c. Riwayat Ginekologi dan Obstetri (Maryunani, 2015)

1) Riwayat ginekologi

a) Riwayat menstruasi

Siklus haid, lamanya, banyaknya sifat darah (warna, bau, cair gumpalan) *menarche disminorhae*, HPHT dan taksiran persalinan.

b) Riwayat perkawinan (suami istri)

Usia perkawinan, umur klien dan suami saat kawin, pernikahan yang beberapa bagi klien dan suami.

c) Riwayat keluarga berencana

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.

2) Riwayat obstetri

a) Riwayat kehamilan dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada kehamilan sebelumnya.

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 pemeriksaan kehamilannya.

c) Riwayat persalinan dahulu

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

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.

e) Riwayat nifas dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya.

f) Riwayat nifas sekarang

Meliputi tentang adanya perdarahan, jumlah darah biasanya banyak, kontraksi uterus, konsistensi uterus biasanya keras seperti papan, tinggi fundus uterisetinggi pusat.

d. Pola aktivitas sehari-hari, selama hamil dan selama di rumah sakit

1) Pola nutrisi

Mencangkup makan : frekuensi, jumlah, jenis makanan yang disukai, porsi makan, pantangan, riwayat alergi terhadap makanan dan minuman : jumlah, jenis minuman dan frekuensi. Pada ibu post sektio sesarea akan terjadi peningkatan porsi makan setelah pulih dari anestesi, analgesia serta kelelahan (Lowdermilk, 2013).

2) Pola eliminasi

Mencangkup kebiasaan BAB : frekuensi, warna, konsistensi dan keluhan. BAK : frekuensi, jumlah, warna, dan keluhan. Biasanya terjadi penurunan karena faktor psikologis dari ibu yang masih merasa trauma, dan otot-otot masih berelaksasi. Defekasi spontan mungkin baru terjadi setelah 2-3 hari post partum. Pergerakan usus yang biasa dan teratur kembali setelah tonus usus kembali. Dibutuhkan 2-8 minggu sampai hipotonus dan dilatasi uterus dan pelvis ginjal yang terjadi karena kehamilan kembali seperti sebelum hamil (Maryunani, 2015).

3) Pola istirahat dan tidur

Mencangkup tidur malam : waktu dan lama, tidur siang: waktu, lama dan keluhan. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasa kesakitan dan lemas akibat dari tindakan pembedahan sektio sesarea (Maryunani, 2015).

4) Personal hygiene

Mencangkup frekuensi mandi, gosok gigi, dan mencuci rambut. Kondisi pada ibu setelah melahirkan dengan seksio sesarea yaitu dalam keadaan lemah dan nyeri akibat tindakan operasi, sehingga dalam melakukan perawatan diri masih dibantu. (Maryunani, 2015)

5) Aktifitas dan latihan

Kegiatan dalam pekerjaan dan aktivitas klien sehari-hari serta kegiatan waktu luang saat sebelum melahirkan dan saat di rawat di rumah sakit (Maryunani, 2015).

e. Pemeriksaan Fisik

1) Pemeriksaan fisik ibu (Maryunani, 2015)

a) Keadaan umum

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

b) Tanda-tanda vital

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

c) Antropometri

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

d) Pemeriksaan fisik ibu

(1) Kepala

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

Keluhan nyeri kepala *post partum* dapat disebabkan oleh keadaan, termasuk preeklamsi, stress, bocornya cairan serebrospinal keruang epidural saat menyuntikan epidural atau spinal. (Lowdermilk, 2013)

(2) Wajah

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

(3) Mata

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

(4) Telinga

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

(5) Hidung

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

(6) Mulut

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

(7) Leher

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

(8) Dada

Terdiri dari jantung, paru-paru dan payudara. Selama 24 jam pertama setelah melahirkan, terjadi sedikit perubahan di jaringan payudara. Kolostrum, cairan kuning jernih, keluar dari payudara. Payudara akan terasa hangat, keras dan agak nyeri. Beberapa ibu akan mengalami pembengkakan, kondisi ini bersifat sementara, biasanya 24 sampai 48 jam setelah melahirkan (Lowdermilk, 2013).

(9) Abdomen

Abdomen menegang atau mengendur, adanya luka operasi, adanya atau tidak striae dan linea gravidarum, TFU pada saat bayi lahir setinggi pusat, 2 hari setelah melahirkan TFU 2

jari di bawah pusat, 1 minggu setelah melahirkan TFU pertengahan symphysis, 6 minggu setelah melahirkan bertambah kecil dan setelah 8 minggu TFU kembali dalam keadaan normal dengan berat 30 gram, kontraksi uterus keras seperti papan, bising usus biasanya mengalami penambahan akibat efek samping obat anestesi ketika post seksio sesarea..

(10) Punggung dan bokong

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

(11) Genetalia

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

(12) Anus

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

(13) Ekstremitas

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

2) Pemeriksaan fisik bayi

a) Keadaan umum

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

b) Antropometri

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

f. Data psikologis

1) Adaptasi psikologi post partum

Perubahan psikologis yang terjadi pada wanita post partum dengan *seksio sesarea* yaitu memungkinkan mengalami perasaan yang tidak menentu, depresi, atau kemungkinan mengalami *baby blues* (Maryunani, 2015).

2) Konsep diri

Meliputi gambaran diri, ideal diri, harga diri, peran, dan identitas diri,

3) Data sosial

Merupakan hubungan dan pola interaksi klien dengan keluarga, masyarakat, dan lingkungan rumah sakit.

4) Kebutuhan bounding attachment

Merupakan mengidentifikasi kebutuhan klien terhadap interaksi dengan bayi secara nyata, baik fisik, emosi, maupun sensori.

5) Kebutuhan pemenuhan seksual

Merupakan mengidentifikasi kebutuhan klien terhadap pemenuhan seksual pada masa post partum/ nifas.

6) Data spiritual

Merupakan mengidentifikasi tentang keyakinan hidup, optimis kesembuhan penyakit, gangguan dalam melaksanakan ibadah.

7) Pengetahuan tentang perawatan diri

Merupakan mengidentifikasi pengetahuan tentang perawatan diri, breast care, perawatan luka perineum, perawatan luka dirumah, senam nifas, Kb, dll.

g. Pemeriksaan penunjang (Nurarif, 2015)

- 1) Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- 2) Pemantauan EKG
- 3) JDL dengan diferensial
- 4) Pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, elektrolit
- 5) Golongan darah
- 6) Urinalisis
- 7) Ultrasonografi

h. Analisa data

Setelah melakukan pengkajian keperawatan, perawat melanjutkan dengan menganalisa data sehingga dapat ditentukan masalah keperawatannya. Disamping mengkaji juga harus memperhatikan kekuatan atau kemampuan ibu *post partum* seksio sesarea untuk melakukan perawatan mandiri secara bertahap dan mengatasi dan mengatasi rasa ketidaknyamanan (Maryunani, 2015).

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 adalah :

- 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. Rencana Keperawatan

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

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

Tabel 2.3 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.
- Suara napas tambahan..
- Perubahan pola napas
- Perubahan frekuensi napas.
- Sianosis.
- Kesulitan verbalisasi.
- Penurunan bunyi napas.
- Dispnea.
- Sputum dalam jumlah yang berlebihan.
- Batuk yang tidak efektif.
- Ortopnea.
- Gelisah.
- Mata terbuka lebar.

Faktor yang berhubungan

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

Kondisi terkait

- Spasme jalan napas.
- Jalan napas alergik.
- Asma.
- Penyakit paru obstruksi kronis.
- Eksudat dalam alveoli.
- Hiperplasia pada dinding bronkus.
- 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

Mandiri

Tinggikan kepala 30 – 45 derajat.

Meningkatkan drainase sekresi, kerja pernapasan dan ekspansi paru

Observasi frekwensi/irama pernapasan. Perhatikan penggunaan otot aksesori, pernapasan cuping hidung, pernapasan mengorok/stridor, serak.

Perubahan pada pernapasan, penggunaan otot aksesori pernapasan, dan/atau adanya ronki/mengi diduga ada retensi secret. Obstruksi jalan napas

	(meskipun sebagian) dapat menimbulkan tidak efektifnya pola pernapasan dan gangguan pertukaran gas menyebabkan komplikasi, contoh pneumonia, henti napas.
Dorong menelan, bila pasien mampu.	Mencegah secret oral menurunkan risiko aspirasi.
Dorong batuk efektif dan napas dalam.	Memobilisasi secret untuk membersihkan jalan napas dan membantu mencegah komplikasi pernapasan.
Perhatikan keluhan pasien akan peningkatan disfagia, batuk nada tinggi, mengi.	Dapat mengindikasikan pembengkakan jaringan lunak pada faring posterior.
Awasi tanda vital dan perubahan mental.	Takikardia/peningkatan gelisah dapat mengindikasikan terjadinya hipoksia/pengaruh terhadap pernapasan.
Auskultasi bunyi napas.	Adanya mengi/ronki menunjukkan sekret tertahan, mengindikasikan kebutuhan intervensi lebih agresif.
Kaji warna dasar kuku, jari/ibu jari kaki.	Membantu dalam menentukan keadekuatan oksigenisasi.
Perubahan posisi secara periodik dan dorong pernapasan dalam.	Meningkatkan ventilasi pada semua segmen paru dan mobilitas secret, menurunkan risiko atelectasis dan pneumonia
Dorong pemasukan cairan sedikitnya 2 – 3 L/hari bila mungkin, hindari minum karbonat.	Pengenceran secret mulut/pernapasan untuk meningkatkan pengeluaran. Minuman karbonat “busa” pada area orofaring dan mungkin sulit untuk pasien menahannya, sehingga mempengaruhi jalan napas.
Rawat dengan ketat bila pasien muntah atau mengambil minum/makanan.	Memberikan keyakinan akan kemungkinan intervensi cepat bila masalah meningkat.
Kolaborasi	
Berikan pelembaban udara atau O ₂ dengan kantung wajah.	
Berikan antiemetic, contoh hidrosizin	Menurunkan risiko

(Vistaril) sesuai indikasi.	muntah/regurgitasi dan aspirasi.
	Digunakan untuk mencegah muntah/regurgitasi dan aspirasi.

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

Tabel 2.4 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

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Perubahan selera makan. - Perubahan pada 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. | <ul style="list-style-type: none"> - Fokus menyempit. - Sikap melindungi area nyeri. - Perilaku protektif. - Laporan tentang perilaku nyeri/perubahan aktivitas. - Dilatasi pupil. - Fokus pada diri sendiri. - Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri. - Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrument nyeri. |
|---|--|

Faktor yang berhubungan

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Agens cedera fisik. - Agens cedera kimiawi. | <ul style="list-style-type: none"> - Agens cedera fisik. |
|--|---|

Kriteria Evaluasi :

Tingkat Nyeri (NIC)

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

Pengendalian Nyeri (NOC)
- Melakukan tindakan kenyamanan umum.

TINDAKAN/INTERVENSI

RASIONAL

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 laporanverbal atau dapat merupakan indikator tunggal terkait ketidakmampuan atau ketidakmauan klien untuk menyatakan nyeri yang dialaminya.

Auskultasi bising usus, perhatian keluarnya 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

Evaluasi dan dukung mekanisme koping klien.	dari rumah sakit. 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 2.5 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

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Kram abdomen - Nyeri abdomen - Gangguan sensari rasa - Berat badan 20% atau lebih dibawah rentang berat badan ideal - Kerapuhan perifer - Diare - Kehilangan rambut berlebihan - Enggan makan - Asupan makanan kurang dari <i>recommended daily allowance (RDA)</i> - Bising usus hiperaktif - Kurang informasi | <ul style="list-style-type: none"> - Kurang minat dalam makanan - Tonus otot menurun - Kesalahan informasi - Kesalahan persepsi - Membran mukosa pucat - Ketidakmampuan memakan makanan - Cepat kenyang setelah makan - Sariawan rongga mulut - Kelemahan otot mengunyah - Kelemahan otot untuk menelan - Penurunan berat badan dengan asupan makan adekuat |
|---|--|

Faktor yang berhubungan

- Asupan diet kurang

- Kesulitan ekonomi

Populasi resiko

- Faktor biologis

- Ketidakmampuan makan
- Gangguan psikososial

Kondisi terkait

- Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient
- Ketidakmampuan mencerna makanan

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

Kriteria Evaluasi :

Status Nutrisi (NOC)

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

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 2.6 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 - Bayi rewel dalam satu jam setelah menyusui 	<ul style="list-style-type: none"> - Ketidakcukupan pengosongan payudara setelah menyusui - Kurang penambahan berat badan bayi - Tidak tampak pada pelepasan oksitosin - Tampak ketidakadekuatan

<ul style="list-style-type: none"> - Bayi tidak mampu <i>lath-on</i> pada payudara secara tepat - Bayi menolak <i>latching-on</i> - Bayi tidak responsif terhadap tindakan kenyamanan lain <p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keterlambatan laktogen II - Suplai ASI tidak cukup - Keluarga tidak mendukung - Tidak cukup waktu untuk menyusui ASI - Kurang pengetahuan orang tua tentang teknik menyusui - Kurang pengetahuan orang tua tentang teknik menyusui - Kurang pengetahuan orang tua tentang pentingnya pemberian ASI. - Diskontinuitas pemberian ASI <p>Populasi Penyebab</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bayi prematur - Pembedahan payudara sebelumnya <p>Kondisi terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> - Defek orofaring - 	<p>asupan susu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui - Penurunan berat badan bayi terus-menerus - Tidak mengisap payudara terus-menerus - Ambivalensi ibu - Ansietas ibu - Anomali payudara ibu - Kelelahan ibu - Obesitas ibu - Nyeri ibu - Penggunaan dot - Refleksi isap bayi buruk - Penambahan makanan dengan puting artifisial <ul style="list-style-type: none"> - Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya - Masa cuti melahirkan yang pendek
<p>TINDAKAN/INTERVENSI</p> <p>Mandiri</p> <p>Evaluasi pola menghisap atau menelan bayi.</p> <p>Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui.</p> <p>Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (misalnya <i>reflek rooting</i>, menghisap, dan terjaga).</p> <p>Kaji kemampuan bayi untuk <i>latch on</i> dan menghisap secara efektif.</p>	<p>RASIONAL</p> <p>Mengetahui kemampuan bayi dalam menyusui</p> <p>Mengetahui seberapa besar ibu ingin menyusui bayinya.</p> <p>Isyarat menyusui dari bayi dapat memberitahu kapan ASI akan diberikan.</p> <p>Kemampuan bayi untuk <i>latch on</i> tergantung pada ukuran mulut bayi dan ukuran puting serta aerola ibu, mulut bayi harus menutupi seluruh puting dan kira – kira 2 hingga 3 cm area disekitar puting. Hidung, pipi, dagu bayi akan menyentuh payudara ketika bayi melakukan</p>

	<i>latch on</i> dengan benar.
Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting.	Jika bayi melekat dengan benar, memungkinkan bayi menghisap secara efisien.
Pantau integritas kulit puting ibu.	Identifikasi dan intervensi dini dapat mencegah membatasi terjadinya luka atau pecah puting yang dapat merusak proses menyusui.
Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar susu dan mastitis.	Mendeteksi secara dini adanya perubahan yang abnormal pada payudara.
Pantau kemampuan untuk mengurangi kongesti payudara dengan benar.	Kemampuan mengurangi kongesti payudara dapat mengurangi nyeri pada ibu.
Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi.	Mengetahui kecukupan ASI pada ibu.
Kolaborasi	
Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI.	Membantu menjamin suplai susu adekuat.
Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI.	Menambah pengetahuan klien tentang manfaat pemberian ASI untuk bayi.
Demonstrasikan latihan menghisap bila perlu.	Latihan menghisap memberikan keberhasilan proses menyusui

e. Gangguan eliminasi urine.

Tabel 2.7 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

- *Anyang-anyangan*
- Nokturia

- Dorongan berkemih

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 <i>neobladder</i> telah dikonstruksi.
Atur posisi slang dan kanton drainage sehingga memungkinkan aliran urine tanpa gangguan.	Aliran yang tersumbat memberikan tekanan dalam saluran kemih, yang menimbulkan risiko kebocoran anastomosis dan kerusakan pada parenkim ginjal.
Anjurkan peningkatan cairan dan pertahankan asupan yang adekuat.	Mempertahankan hidrasi dan aliran urine yang baik.
Pantau tanda vital. Kaji nadi perifer, turgor kulit, pengisian kapiler, dan mukosa oral. Timbang berat badan setiap hari.	Indikator keseimbangan cairan. Mrnggambarkan tingkat hidrasi dan keefektifan terapi penggantian cairan.
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 2.8 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	
<ul style="list-style-type: none"> - Kesulitan berfungsi sehari-hari. - Kesulitan memulai tidur. - Kesulitan mempertahankan tetap tidur. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ketidakpuasan tidur. - Tidak terasa cukup istirahat. - Terjaga tanpa jelas penyebabnya.
Faktor yang berhubungan	
<ul style="list-style-type: none"> - Gangguan karena cara tidur pasangan tidur. - Kendala lingkungan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kurang privasi. - Pola tidur tidak menyehatkan.
Kondisi terkait	
<ul style="list-style-type: none"> - Imobilisasi. 	
Kriteria Evaluasi :	
<ul style="list-style-type: none"> - Melaporkan perbaikan dalam pola tidur/istirahat - Mengungkapkan peningkatan rasa sejahtera/segar 	
TINDAKAN/INTERVENSI	RASIONAL
Mandiri	
Tentukan kebiasaan tidur biasanya dan perubahan yang terjadi.	Mengkaji perlunya dan mengidentifikasi intervensi yang tepat.
Berikan tempat tidur baru yang dimasukkan dalam pola lama dan lingkungan baru.	Meningkatkan kenyamanan tidur serta dukungan fisiologis/psikologis.
Buat rutinitas tidur baru yang dimasukkan dalam pola lama dan lingkungan baru.	Bila rutinitas baru mengandung aspek sebanyak kebiasaan lama, stress, dan ansietas yang berhubungan dapat berkurang.
Cocokkan dengan teman sekamar yang mempunyai pola tidur serupa dan kebutuhan malam hari.	Menurunkan kemungkinan bahwa teman sekamar yang “burung hantu” dapat menunda terlelap atau menyebabkan terbangun.
Dorong beberapa aktivitas ringan selama siang hari. Jamin pasien berhenti beraktivitas beberapa jam sebelum tidur.	Aktivitas siang hari dapat membantu pasien menggunakan energi dan siap untuk tidur malam hari.

Tingkatkan regimen kenyamanan waktu tidur mis., mandi hangat dan masase, segelas susu hangat, anggur atau brandi pada waktu tidur.	Meningkatkan efek relaksasi yang membantu pasien tertidur dan tidur lebih lama.
Instruksikan tindakan relaksasi.	Membantu menginduksi tidur
Kurangi kebisingan dan lampu.	Memberikan situasi kondusif untuk tidur
Dorong posisi nyaman, bantu dalam mengubah posisi.	Pengubahan posisi mengubah area tekanan dan meningkatkan istirahat.
Gunakan pagar tidur sesuai indikasi; rendahkan tempat tidur bila mungkin.	Dapat merasa takut jatuh karena perubahan ukuran dari tinggi tempat tidur.
Hindari mengganggu bila mungkin (mis., membangunkan untuk obat atau terapi)	Tidur tanpa gangguan lebih menimbulkan rasa segar, dan pasien mungkin tidak mampu kembali tidur bila terbangun.
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 2.9 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
- Jumlah personel berlebihan selama prosedur pembedahan
- Peningkatan pemajaman lingkungan terhadap patogen
- Nilai status kesehatan fisik menurut *American Society of Anesthesiologist* (ASA) tidak optimal ≥ 2
- Kontaminasi luka bedah

Kondisi terkait

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

Kriteria Evaluasi :

Pengendalian Risiko (NIC)

Mengidentifikasi perilaku untuk mencegah dan mengurangi risiko infeksi

Keparahan Infeksi (NOC)

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

TINDAKAN/INTERVENSI	RASIONAL
<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

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

Faktor yang berhubungan

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

Kondisi terkait

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

Defisit perawatan diri: eliminasi**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 muskuloskeletal
- 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

Memampukan klien untuk mengatur

<p>kancing atau kaitan ristolting (<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 berpakaian yang baik dan berias.</p>	<p>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.</p>
<p>Anjurkan orang terdekat untuk membiarkan klien melakukan tindakan sebanyak mungkin untuk dirinya sendiri.</p>	<p>Menetapkan kembali sensasi kemandirian dan mengembangkan harga diri serta meningkatkan proses rehabilitasi.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>Identifikasi kebiasaan usus sebelumnya dan tetapkan kembali regimen yang normal. Tingkatkan serat dalam diet. Anjurkan untuk meningkatkan asupan cairan dan aktivitas.</p>	<p>Membantu pembentukan program pelatihan kembali (kemandirian) dan membantu mencegah konstipasi serta impaksi (efek jangka panjang).</p>
<p><i>Kolaborasi</i></p>	
<p>Pemberian supositoria dan pelunak feses.</p>	<p>Mungkin diperlukan untuk membantu membentuk fungsi usus yang regular.</p>
<p>Konsultasi dengan tim rehabilitasi, seperti ahli terapi fisik atau okupasional.</p>	<p>Memberikan bantuan dalam mengembangkan program terapi komprehensif dan mengidentifikasi kebutuhan perlengkapan khusus yang dapat meningkatkan partisipasi klien dalam perawatan diri.</p>

i. Konstipasi

Tabel 2.13 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	
<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - 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
Faktor yang berhubungan	
<ul style="list-style-type: none"> - Kelemahan otot abdomen - Rata-rata aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan menurut gender dan usia - Konfusi - Penurunan motilitas traktus gastrointestinal - Dehidrasi - Depresi - Perubahan kebiasaan makan - Gangguan emosi 	<ul style="list-style-type: none"> - Kebiasaan menekan dorongan defekasi - Kebiasaan makan buruk - Higiene oral tidak adekuat - Kebiasaan <i>toiletting</i> tidak adekuat - Adupan serat kurang - Asupan cairan kurang - Kebiasaan defekasi tidak teratur - Penyalahgunaan laksatif - Obesitas - Perubahan lingkungan baru
Kondisi terkait	
<ul style="list-style-type: none"> - Ketidakseimbangan elektrolit - Hemoroid - Penyakit Hirschsprung - Ketidakadekuatan gigi geligi - Garam besi - Gangguan neurologis - Obstruksi usus pasca-bedah - Kehamilan 	<ul style="list-style-type: none"> - Abses rektal - Fisura anal rektal - Striktur anal rektal - Prolaps rektal - Ulkus rektal - Rektokel - Tumor
TINDAKAN/INTERVENSI	RASIONAL

Mandiri

Observasi warna feses, konsisten, frekuensi dan jumlah.

Catat adanya distensi abdomen dan auskultasi peristaltik usus,

Tinjau pola diet dan jumlah serta tipe asupan cairan.

Tekankan pentingnya mengunyah makanan dengan baik, asupan cairan yang adekuat dengan makanan dan setelah makan hanya konsumsi makanan tinggi serat dalam jumlah sedang dan menghindari selulosa.

Tinjau makanan yang memang mungkin merupakan sumber flatus, seperti makanan berkarbonat, kacang – kacang, kubis, bawang merah, ikan dan makanan berbau banyak atau bau seperti bawang merah, kubis, telur, ikan, dan kacang – kacang.

Anjurkan untuk melakukan pergerakan/ambulasi sesuai kemampuan.

Kolaborasi

Mulai untuk meningkatkan diet sesuai toleransi pasien.

Berikan selang rektal, supositoria dan enema jika diperlukan.

Berikan obat laksatif, pelembek usus sesuai kebutuhan.

Membantu mengidentifikasi penyebab atau faktor pemberat dan intervensi yang tepat.

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

Asupan serat dan roughage yang adekuat membentuk limbak (bulk) dan cairan merupakan faktor penting dalam menentukan konsistensi feses.

Mengurangi resiko obstruksi usus pada klien.

Mekanisme makanan tersebut dapat dibatasi atau dihilangkan, mungkin penting untuk mengosongkan kantung lebih sering jika makanan tersebut ditelan.

Menstimulasi peristaltik yang memfasilitasi kemungkinan terbentuknya flatus.

Makanan padat akan dimulai pemberiannya sampai peristaltik kembali timbul/sampai ada flatus, adanya kemungkinan bahaya ileus paralitik dapat dipastikan tidak ada.

Mungkin perlu untuk menghilangkan distensi abdomen meningkatkan kebiasaan defeksi yang normal.

Melembekkan feses, meningkatkan fungsi defekasi sesuai kebiasaan dan menurunkan ketegangan.

j. Resiko syok (hipovolemik)

Tabel 2.14 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	
- Hipotensi	- Infeksi
- Hipovolemia	- Sepsis
- Hipoksemia	- Sindrom respons inflamasi sistemik (<i>systemic inflammatory response syndrome</i> [SIRS])
- Hipoksia	
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
Mandiri	
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 iskemik 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.
Kolaborasi	
Pantau AGD dan oksimetri nadi.	Mengidentifikasi hipoksemia dan efektivitas serta kebutuhan terapi.
Sediakan oksigen suplemental, jika diindikasikan.	Menangani hipoksemia dan asidosis laktat selama perdarahan akut.
Berikan cairan IV, sesuai indikasi.	Mengganti dan mempertahankan volume sirkulasi dan perfusi. Panduan untuk penggantian cairan adalah 3 mL cairan untuk setiap 1 mL kehilangan darah. (Rujuk ke DN: risiko perdarahan)

k. Risiko perdarahan

Tabel 2.15 Risiko Perdarahan (Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et. al, 2018).

Risiko perdarahan

Definisi

Rentan mengalami penurunan volume darah, yang dapat mengganggu kesehatan

Faktor risiko

- Kurang pengetahuan tentang kewaspadaan perdarahan

Populasi berisiko

- Riwayat jatuh

Kondisi terkait

- Aneurisme
- Koagulapati intravaskuler diseminata
- Gangguan gastrointestinal
- Koagulapati inheren
- Komplikasi pascapartum
- Komplikasi kehamilan
- Trauma

- Gangguan fungsi hati

- 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 berlebihan, khususnya ketika ekspander volume diberikan sebelum transfusi.

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

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

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 2.16 Defisiensi Pengetahuan (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Defisiensi pengetahuan	
Definisi Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu, atau kemahiran	
Batasan karakteristik	
- Ketidakakuratan mengikuti perintah	- Perilaku tidak sehat
- Ketidakakuratan melakukan tes	- Kurang pengetahuan
Faktor yang berhubungan	
- Kurang informasi	- Kurang sumber pengetahuan
- Kurang minta untuk belajar	- Keterangan yang salah dari orang lain
Kondisi terkait	
- Gangguan fungsi kognitif	- Gangguan memori
Kriteria Evaluasi:	
Pengetahuan: Manajemen postpartum	
- Mengungkapkan pemahaman tentang kondisi, penyakit, kondisi, prognosis, dan program pengobatan	
Perawatan diri terhadap postpartum	
- Mengungkapkan pemahaman tentang postpartum	
- Melakukan secara tepat prosedur yang diperlukan dan menjelaskan alasan tindakan	
- Memulai perubahan gaya hidup yang diperlukan	
TINDAKAN/INTERVENSI	RASIONAL
Mandiri	
Tinjau kembali prosedur dan harapan	Memberi pengetahuan dasar

di masa yang akan datang	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 datang	Memberi pengetahuan dasar sehingga klien dapat membuat pilihan berbasis informasi dan kesempatan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman tentang individu
Tinjau proses penyakit, prognosis, dan faktor presipitasi penyakit, jika diketahui	Memberikan dasar pengetahuan bagi klien sehingga klien dapat membuat pilihan berbasis informasi
Sertakan sumber tertulis dan gambar	Memberi referensi setelah pulang untuk mendukung usaha klien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri
Instruksikan klien/orang terdekat dalam perawatan pasca bedah, sesuai kebutuhan	Meningkatkan manajemen positif dan mengurangi 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 seksio sesarea (Maryunani, 2015).

2.4.5. Evaluasi Keperawatan

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