

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST SEKSIO
SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN
JADE RUMAH SAKIT DR SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya
Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Bhakti Kencana Bandung

Oleh:

**RISKA DWI ADHILA
NIM : AKX.16.112**



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

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Riska Dwi Adhila

NIM : AKX.16.112

Institusi : Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Seksio Sesarea Dengan Nyeri Akut di Ruangan Jade Rumah Sakit Dr.Slamet Garut

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

Bandung, 18 Maret 2019

Yang Membuat Pernyataan



Riska Dwi Adhila

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST SEKSIO SESAREA
DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN JADE RUMAH SAKIT DR.
SLAMET GARUT**

**RISKA DWI ADHILA
AKX.16.112**

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

Menyetujui

Pembimbing Utama



**Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep
NIP : 1011603**

Pembimbing Pendamping



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

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep

NIP : 1011603

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST SEKSIO SESAREA
DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN JADE RUMAH
SAKIT DR. SLAMET GARUT**

OLEH

**RISKA DWI ADHILA
AKX.16.112**

**Telah Diuji
Pada Tanggal 05 April 2019**

PANITIA PENGUJI

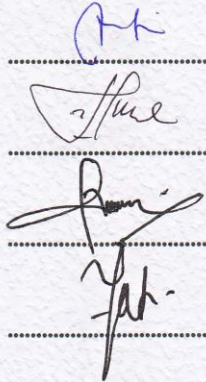
**Ketua : Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep
(Pembimbing Pertama)**

Anggota :

**1. Vina Vitniawati, S.Kep., Ners., M.kep
(Penguji 1)**

**2. Sri Lestari Kartikawati, S.ST., M.Keb
(Penguji 2)**

**3. Yati Nurhayati, S.Kep
(Pembimbing Pendamping)**


.....
.....
.....
.....

Mengetahui

STIKes Bhakti Kencana Bandung

Ketua



**Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep
NIP : 101070641**

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat 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 IBU POST SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RSUD DR. SLAMET GARUT ” dengan sebaik baiknya.

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

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

1. H.Mulyana, SH, M,Pd,MH.Kes, selaku ketua yayasan Adhi Guna Kencana Bandung
2. Rd.Siti Jundiah, S,Kp.,Mkep, selaku ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung
3. Tuti Suprpti, S,Kp.,M.Kep, selaku Ketua Program studi Diploma III Keperawatan sekaligus pembimbing utama yang telah membimbing dan 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. dr. H. Maskut Farid MM. selaku Direktur Utama Rumah Sakit Dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
6. Citra, S.Kep.,Ners selaku CI ruangan Jade yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSU dr. Slamet Garut.
7. Staf dosen dan karyawan program studi DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik
8. Untuk kedua orangtua tercinta yaitu Ayahanda Ratim dan Ibu Esih Sukaesih, kakak Viani Septiani, Adik Trisya Rahayu Fauziah, dan keluarga besar yang

telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus selalu mendoakan demi keberhasilan penulis.

9. Untuk teman teman Squad Six yaitu Indriyani, Chrisita, Welly, Nisrina, Monica, Pipin, dan Yudi yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan yang tulus
10. Untuk teman - teman seperjuangan Anestesi Angkatan XII yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus
11. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

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

Bandung, 2 April 2019

PENULIS

ABSTRAK

Latar Belakang: Seksio Sesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan sayatan rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Prawirohardjo, S, 2009). Banyaknya angka kejadian seksio sesarea di RSUD Dr.Slamet Garut pada periode 2015-2017 adalah 3808 (30,26%) dari 12.582 (99,99%) persalinan. Dari tindakan seksio sesarea, ibu merasakan ketidaknyamanan karena nyeri yang kadarnya dapat berbeda-beda pada setiap ibu. Dampak nyeri yang tidak diatasi bisa menghambat dalam beraktivitas, dan meningkatkan komplikasi akibat imobilisasi sehingga penyembuhan luka terhambat. **Metode:** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. **Hasil:** Studi kasus ini dilakukan pada dua klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut. Setelah dilakukan asuhan keperawatan salah satunya dengan memberikan teknik relaksasi nafas dalam, masalah keperawatan nyeri akut pada kasus 1 dapat teratasi pada hari kedua dan kasus 2 dengan nyeri akut sampai hari kedua teratasi sebagian. Skala nyeri yang dinilai menggunakan *numeric scale*. **Diskusi:** Dengan dilakukan teknik relaksasi napas dalam secara benar maka akan menimbulkan penurunan nyeri yang dirasakan sangat optimal dan pasien merasa nyaman dengan keadaanya. Tetapi pasien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap klien post seksio sesarea, hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya. Sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien.

Kata kunci : Asuhan keperawatan, Nyeri akut, Post seksio sesarea

Daftar Pustaka : 12 Buku (2009-2018), 4 Jurnal (2015-2018), 1 website

ABSTRACT

Background: Cesarean section is an artificial labor, in which the fetus is born through an incision in the abdominal wall and uterine wall with a uterine incision intact and the fetus weighs above 500 grams (Prawirohardjo, S, 2009). The number of cases of cesarean section in Dr. Slamet Garut Hospital in the period 2015-2017 was 3808 (30.26%) of 12,582 (99.99%) deliveries. From cesarean section, the mother feels discomfort because the pain that varies can be different for each mother. The impact of unresolved pain can inhibit activity, and increase complications due to immobilization so that wound healing is hampered. Method: Case studies are to explore a problem with detailed limitations, have in-depth data collection and include various sources of information. Results: This case study was conducted in two post cesarean section clients with acute pain nursing problems. After nursing care was given by giving an relaxation of deep breathing techniques, nursing problems of acute pain in case 1 could be resolved on the two day and cases of 2 nursing problems acute pain until the two day partially resolved. The pain scale is assessed using a numeric scale. Discussion: With the relaxation of deep breathing techniques correctly it will cause a decrease in pain that is felt to be very optimal and the patient feels comfortable with the situation. But patients with acute pain nursing problems do not always have the same response in each post cesarean client, this is influenced by the condition or health status of the previous client. So that nurses must carry out comprehensive care to deal with nursing problems for each client.

Keywords: Nursing care, Acute pain, Post cesarean section

Bibliography: 12 Books (2009-2018), 4 Journals (2015-2018), 1 website

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar	v
Abstract	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Tabel	xi
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Bagan	xiv
Daftar Lampiran	xv
Daftar Singkatan.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Teori.....	6
2.1.1 Definisi Seksio Sesarea	6
2.1.2 Anatomi Fisiologi	6
2.1.3 Etiologi Seksio sesarea.....	11
2.1.4 Pathofisiology.....	12
2.1.5 Klasifikasi Seksio sesarea	14
2.1.6 Manifestasi Klinis	15

2.1.7	Komplikasi	16
2.1.8	Pemeriksaan Diagnostik.....	16
2.1.9	Penatalaksanaan Medik dan Implikasi Keperawatan.....	17
2.1.10	Post Partum	18
2.1.9.1	Definisi	18
2.1.9.2	Tahapan Post Partum	19
2.1.9.3	Adaptasi Fisiologis Post Partum	19
2.1.9.4	Adaptasi Psikologi Post Partum.....	26
2.1.11	Nyeri.....	27
2.1.10.1	Definisi	27
2.1.10.2	Intensitas Nyeri	28
2.1.10.2	Managemen Nyeri.....	29
2.2	Konsep Asuhan Keperawatan	32
2.1.1	Pengkajian	32
2.1.2	Diagnosa Keperawatan.....	36
2.1.3	Intervensi Keperawatan.....	37
2.1.4	Implementasi Keperawatan	49
2.1.5	Evaluasi	49
BAB III METODE PENULISAN KTI		50
3.1	Desain Penelitian.....	50
3.2	Batasan Istilah	50
3.3	Partisipan/Responden/Subyek Penilaian.....	51
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian	51
3.5	Pengumpulan Data	52
3.6	Uji Keabsahan Data.....	53
3.7	Analisa Data	53
3.8	Etik Penelitian	55
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN		58
4.1	Hasil	58
4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan	58
4.1.2	Data Asuhan Keperawatan.....	59

4.1.2.1 Pengkajian	59
4.1.2.2 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas	75
4.1.2.3 Intervensi Keperawatan.....	78
4.1.2.4 Implementasi Keperawatan	83
4.1.2.5 Evaluasi Sumatif	87
4.2 Pembahasan.....	88
4.2.1 Pengkajian	88
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	89
4.2.3 Intervensi Keperawatan.....	91
4.2.4 Implementasi Keperawatan	97
4.2.5 Evaluasi Sumatif	99
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	100
5.1 Kesimpulan	100
5.2 Saran	102
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 perbandingan SC klasik dan SC <i>Transperitonealis ProfundaI</i>	9
Tabel 2.2 Involusi Uteri	20
Tabel 2.3 Macam – Macam Lochia.....	22
Tabel 2.4 Intervensi Nyeri Akut.....	36
Tabel 2.5 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI	39
Tabel 2.6 Intervensi Gangguan Pola Tidur	41
Tabel 2.7 Intervensi Risiko Infeksi	42
Tabel 2.8 Intervensi Defisit Perawatan Diri.....	43
Tabel 2.9 Intervensi Risiko Perdarahan	45
Tabel 2.10 Intervensi Defisien Pengetahuan.....	46
Tabel 4.1 Identitas Klien	57
Tabel 4.2 Identitas Penanggung Jawab	58
Tabel 4.3 Riwayat Kesehatan.....	59
Tabel 4.4 Riwayat Ginekologi	60
Tabel 4.5 Riwayat Obstetric.....	61
Tabel 4.6 Pola Aktivitas Sehari-Hari	63
Tabel 4.7 Pemeriksaan Fisik Head To Toe	65
Tabel 4.8 Pemeriksaan Psikologis.....	68
Tabel 4.9 Data Sosial	69
Tabel 4.10 Kebutuhan Bounding Attachment.....	70
Tabel 4.11 Kebutuhan Pemenuhan Seksual	70
Tabel 4.12 Data Spiritual	70
Tabel 4.13 Pengetahuan Tentang Perawatan Diri	71
Tabel 4.14 Hasil Pemeriksaan Diagnostik	71
Tabel 4.15 Program dan Rencana Pengobatan.....	72
Tabel 4.16 Analisa Data.....	73
Tabel 4.17 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas	77
Tabel 4.18 Intervensi Keperawatan.....	80
Tabel 4.19 Implementasi Keperawatan.....	84

Tabel 4.20 Evaluasi Sumatif	91
-----------------------------------	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Teknik klasik dengan sayatan vertikal	8
Gambar 2.2 Teknik <i>transperitonealis profunda</i>	10
Gambar 2.3 SC klasik dan Sc <i>transperitonealis profunda</i>	10
Gambar 2.4 Genitalia Interna.....	12
Gambar 2.5 Skala Nyeri Numerik.....	29

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Seksio Sesarea.....	15
---------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I Lembar Konsultasi KTI
- Lampiran II Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran III Lembar Observasi
- Lampiran IV Surat Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus
- Lampiran V Format Review Artikel
- Lampiran VI Satuan Acara Penyuluhan
- Lampiran VII Leaflet
- Lampiran VIII Jurnal

DAFTAR SINGKATAN

BB	: Berat Badan
CPD	: Cephalo Pelvik Disporportion
DM	: Diabetes Melitus
EKG	: Elektrokardiografi
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
JDL	: Jumlah Darah Lengkap
Kg	: Kilogram
LA	: Lingkar Abdomen
LD	: Lingkar Dada
LK	: Lingkar Kepala
LLA	: Lingkar Lengan Atas
PB	: Panjang Badan
RR	: Respiratory Rate
SC	: Sectio Caesarea
TBC	: Tuberculosis
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TT	: Tetanus Toksoid

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Setiap wanita menginginkan persalinannya berjalan lancar dan dapat melahirkan bayi dengan sempurna. Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Yanti,2009). Persalinan bisa dilakukan dengan dua cara yaitu persalinan normal dan persalinan buatan, seperti seksio sesarea. Seksio Sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding perut (Amru sofian,2012).

World Health Organization (WHO) memperkirakan pada tahun 2014, yang dikutip oleh Bijalmiah (2018), bahwa Seksio Sesarea (SC) terus meningkat di seluruh dunia, khususnya di negara-negara berpenghasilan menengah dan tinggi diantaranya Australia (32%), Brazil (54%), dan Colombia (43%) (dikutip dari jurnal Karakteristik Ibu Bersalin Dengan Indikasi Seksio Sesarea di Rumah Sakit Martha Friska Pulo Brayan tanggal 18 Februari 2019 pukul 20.35 WIB).

Riskesdas (2018) menyatakan terdapat 79,3% persalinan di Indonesia. Provinsi tertinggi dengan persalinan adalah Yogyakarta (97,4%), DKI Jakarta dan Bali (97,2%), dan Jawa Barat (79,5%) (Depkes RI,2018). Sedangkan

persalinan dengan seksio sesarea di Indonesia 921.000 dari 4.0239.000 persalinan atau 22,8% (Wiwiek Widiawati, 2015)

Berdasarkan data Rekam Medik dari Rumah Sakit Dr. Slamet Garut pada tahun 2015-2017, jumlah persalinan yang mencakup persalinan seksio sesarea sebesar 3808 (30,26%) dan persalinan spontan sebesar 8774 (69,73%) dengan jumlah dari kedua indikasi tersebut sebesar 12.582 (99,99%). (dikutip dari laporan rekam medik Rumah Sakit Umum dr.Slamet Garut).

Komplikasi pada seksio sesarea dapat terjadi kapan saja karena sebaiknya sesarea dilakukan sesuai kebutuhan seperti janin tidak dapat lewat jalan lahir, panggul sempit, janin terlalu besar, plasenta letak rendah ada keadaan gawat darurat yang butuh persalinan segera. Selain indikasi medis ada juga indikasi sosial dimana para ibu hamil sengaja meminta persalinan operasi walaupun tanpa alasan medis yang tepat. Seperti untuk menghindari terjadinya kerusakan pada alat kelamin, rasa takut dalam nyeri persalinan, dan rasa tidak nyaman serta jadwal/waktu kelahiran bisa diatur. Hal ini menyebabkan pasien lebih memilih operasi seksio sesarea dari pada persalinan normal/ pervaginam (Sartika, 2014).

Masalah keperawatan yang muncul pada klien post seksio sesarea yaitu Nyeri akut, ketidakefektifan pemberian ASI, gangguan pola tidur, resiko infeksi, defisit perawatan diri, resiko perdarahan, defisiensi pengetahuan (Nanda, 2018).

Masalah keperawatan post seksio sesarea diatas yang paling sering terjadi yaitu Nyeri. Nyeri adalah 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 (Nanda,2018).

Pasien post SC akan mengeluh nyeri pada daerah insisi yang disebabkan oleh robeknya jaringan pada dinding perut dan dinding uterus (Ika Lasati,Utami, 2018). Dampak rasa nyeri yang dirasakan post seksio sesarea akan menimbulkan berbagai masalah seperti terbatasnya mobilitas, *bonding attachment* (ikatan kasih sayang) terganggu, *activity daily living* (ADL) terganggu, inisiasi menyusui dini tidak dapat terpenuhi karena peningkatan intensitas nyeri pada luka post operasi apabila ibu bergerak (Afifah,2009). Manajemen nyeri menggunakan pendekatan multidisiplin yang didalamnya termasuk pendekatan farmakologi dan non farmakologi (Dina,D dan Setyoadi,2009).

Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Perawat sebagai komponen tim kesehatan berperan penting untuk mengatasi nyeri pasien. Perawat berkolaborasi dengan dokter ketika melakukan intervensi untuk mengatasi nyeri (Black&Hawk,2005), serta perawat melakukan tindakan mandiri dengan menggunakan metode non farmakologi untuk mengurangi nyeri.

Berdasarkan fenomena di atas maka penulis tertarik untuk menyusun Laporan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Seksio Sesarea Dengan Nyeri Akut di Ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut”

1.2 Rumusan Masalah

Permasalahan dalam studi kasus ini adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Seksio Sesarea Dengan Nyeri Akut di Ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif baik Bio Psiko Sosial Kultural dan Spiritual pada Klien Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut serta mampu mendokumentasikannya di Rumah Sakit Dr.Slamet Garut.

1.3.2 Tujuan Khusus

Penulis mampu melaksanakan pengkajian secara komprehensif pada Klien Post Seksio Sesarea dengan nyeri akut dan mampu mendokumentasikannya.

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada ibu post seksio sesarea dengan nyeri akut di Rumah Sakit Dr.Slamet Garut
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada ibu post seksio sesarea dengan nyeri akut di Rumah Sakit Dr.Slamet Garut

- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada ibu post seksio sesarea dengan nyeri akut di Rumah Sakit Dr.Slamet Garut
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada ibu post seksio sesarea dengan nyeri akut di Rumah Sakit Dr.Slamet Garut
- e. Melakukan evaluasi pada ibu post seksio sesarea dengan nyeri akut di Rumah Sakit Dr.Slamet Garut

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Meningkatkan pengetahuan bagi pembaca agar dapat mengetahui asuhan keperawatan post seksio sesarea dengan nyeri akut. Penulisan karya tulis ilmiah juga berfungsi untuk mengetahui antara teori dan kasus nyata yang terjadi di lapangan.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Manfaat bagi perawat

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini bagi perawat yaitu perawat dapat menentukan diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan yang tepat pada klien post seksio sesarea dengan nyeri akut.

b. Manfaat bagi Rumah Sakit

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan penanganan nyeri akut pada klien post

seksio sesarea.

c. Manfaat bagi Institusi Pendidikan

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini bagi Institusi Pendidikan yaitu dapat digunakan sebagai referensi dalam asuhan keperawatan klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Definisi Seksio Sesarea

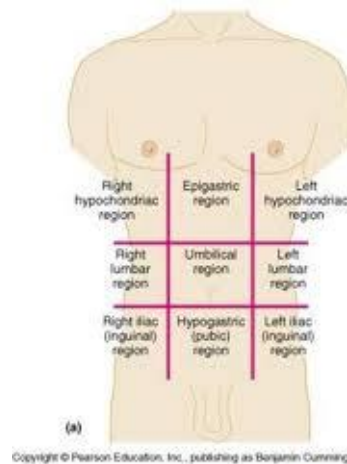
Seksio sesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Wiknjosastro,2005). Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Amru sofia,2012)

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 iliaka 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 bersebrangan dengan vertebra lumbalis III.
 - b. Bidang intertuberkularis, menghubungkan tuberkulum pada krista iliaka yang terletak setinggi korpus vertebra lumbalis V.



Gambar 2.1 abdomen (Imam Rasjidi,2009)

2.1.2.2 Dinding Abdomen

Tersusun dari superfisial ke profunda, yaitu :

1. Kulit

Langer lines menggambarkan arah serabut dermis pada kulit, yang tersusun secara transversal. Hal ini menyebabkan insisi kulit akan menopang lebih besar tegangan kulit.

2. Jaringan subkutan

Lapisan yang terbagi dua, yaitu jaringan lemak superfisial dan lapisan membranous di bawahnya.

3. Otot dan fasia

Otot dinding abdomen pada bidang median membentuk suatu aponeurosis yang berjalan dari *proccesus xiphoideus* menuju *simfisis pubis*. Aponeurosis disebut sebagai *linea alba*. Susunan serabut otot dinding abdomen sejajar dengan arah serabut kulit karena garis jahitan pada insisi vertikal akan mendapat tegangan yang lebih besar sehingga insisi vertikal sering menyebabkan terjadinya dehisiensi dan hernia.

4. Jaringan ekstraperitoneum dan peritoneum

Peritoneum merupakan suatu selaput tipis dan mengkilap yang melapisi dinding kavum abdomen dan sebelah dalam. Peritoneum dibagi menjadi dua yaitu peritoneum *parietalis* dan *visceralis*.

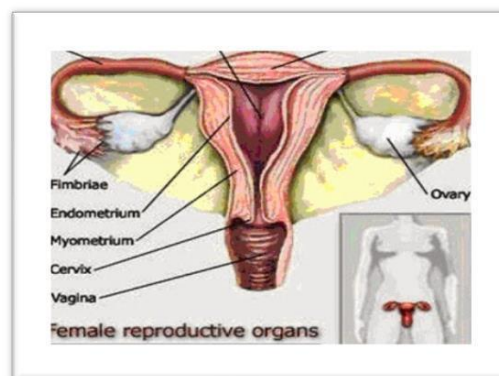
5. Vaskularisasi

a. Jaringan subkutan

- 1) *Epigastrika superficial* berupa arteri tunggal yang mendekati umbilikal
- 2) *Pudenda eksterna superficial* berasal dari arteri femoralis dan berjalan ke mons pubis
- 3) *Iliaka sirkumfleksa superficial* beralan menuju daerah flank.

b. Otot dan aponeurosis

2.1.2.3 Genitalia Interna



Gambar 2.2 alat kandungan dalam [\(Afifin & Eniyani,2013\)](#)

1. Liang Senggama (vagina)

Adalah liang yang menghubungkan vulva dengan rahim. Ukuran panjang dinding depan 8 cm dan dinding belakang 10 cm. Bentuk

dinding dalamnya berlipat-lipat disebut *rugae*. Fungsi dari vagina adalah :

- a. Saluran keluar untuk mengalirkan darah haid dan sekrat lain dari rahim.
- b. Alat untuk bersenggama
- c. Jalan lahir pada waktu bersalin.

2. Rahim (uterus)

Adalah suatu struktur otot yang terlalu kuat, bagian luarnya ditutupi oleh peritoneum sedangkan rongga dalamnya dilapisi oleh mukosa rahim. Suplai darah rahim dialiri oleh uterine yang berasal dari *iliaca interna* dan *ovarika*. Fungsi utama rahim adalah :

- a. Setiap bulan berfungsi dalam siklus haid
- b. Tempat janin tumbuh dan kembang
- c. Berkontraksi terutama sewaktu bersalin dan sesudah bersalin.

Bentuk rahim seperti bola lampu pijar, mempunyai rongga yang terdiri dari tiga bagian besar yaitu:

- a. Badan Rahim (*Korpus Uteri*) berbentuk segitiga

Bagian rahim antara kedua pangkal tuba disebut *Fundus Uteri*.

Besarnya rahim berbeda, tergantung pada usia dan pernah melahirkan anak atau belum.

- b. Leher Rahim (*Serviks Uteri*) berbentuk silinder

Serviks Rahim terbagi menjadi 2 bagian yaitu *Pars Supra Vaginal* dan *Pars Vvaginal (portio)*.

c. Rongga Rahim (*Kavum Uteri*)

Dinding rahim secara histologik terdiri dari 3 lapisan:

- 1) Lapisan Serosa (lapisan peritoneum), lapisan luar yaitu peritoneum viserale
- 2) Lapisan Otot (lapisan miometrium), lapisan tengah dimana lapisan ini berbentuk anyaman yang berperan penting dalam persalinan
- 3) Lapisan mukosa (endometrium), lapisan dalam dimana endometrium melapisi seluruh cavum uteri dan mempunyai arti penting dalam siklus haid pada seorang wanita dalam masa reproduksi

3. Saluran Telur (Tuba Fallopi)

Adalah saluran yang keluar dari kornu rahim kanan dan kiri, panjangnya 12 – 13 cm dengan diameter 3 – 8 mm. Fungsi saluran telur adalah sebagai saluran telur, tempat terjadinya pembuatan.

4. Indung Telur (Ovarium)

Terdapat dua indung telur, masing masing di kanan dan di kiri rahim. Fungsi dari indung telur yaitu menghasilkan sel telur (ovum), menghasilkan hormone-hormon (progesterone dan estrogen), dan ikut serta mengatur haid. Menurut strukturnya ovarium terdiri dari :

- a. Kulit (korteks) terdiri dari :
- b. Inti (medula)

2.1.3 Etiologi Seksio Sesarea

Menurut Jitowiyono, Sugeng & Weni Kristiyanasari (2010),

A. Etiologi berasal dari ibu

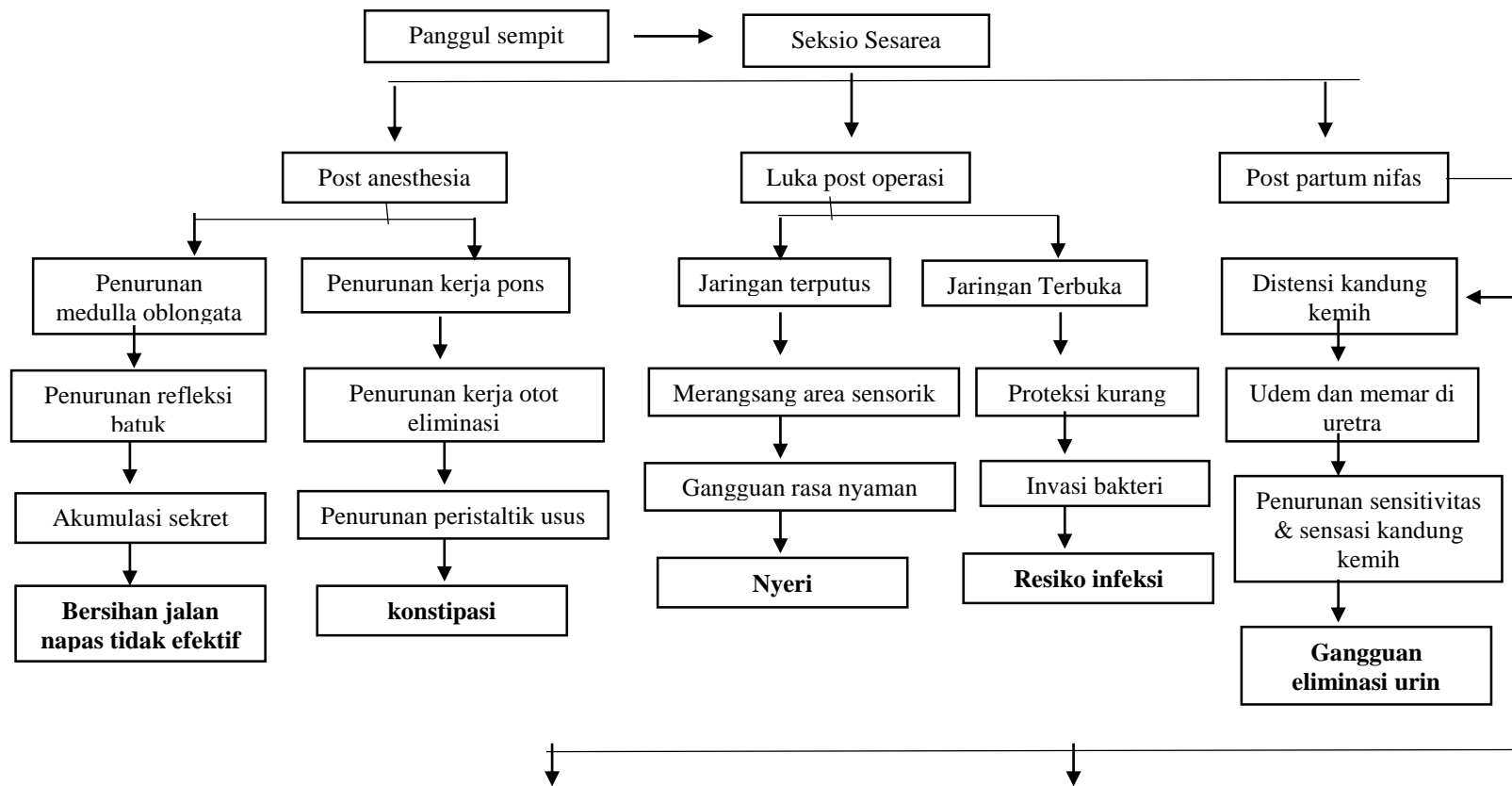
Etiologi berasal dari ibu seperti pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disporposi sefalo pelvik (disporposi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa, solutsio plasenta tingkat I – II, komplikasi kehamilan yaitu pre-eklamsia dan eklamsi, kehamilan disertai penyakit, gangguan jalan persalinan (kista ovarium, mioma uteri)

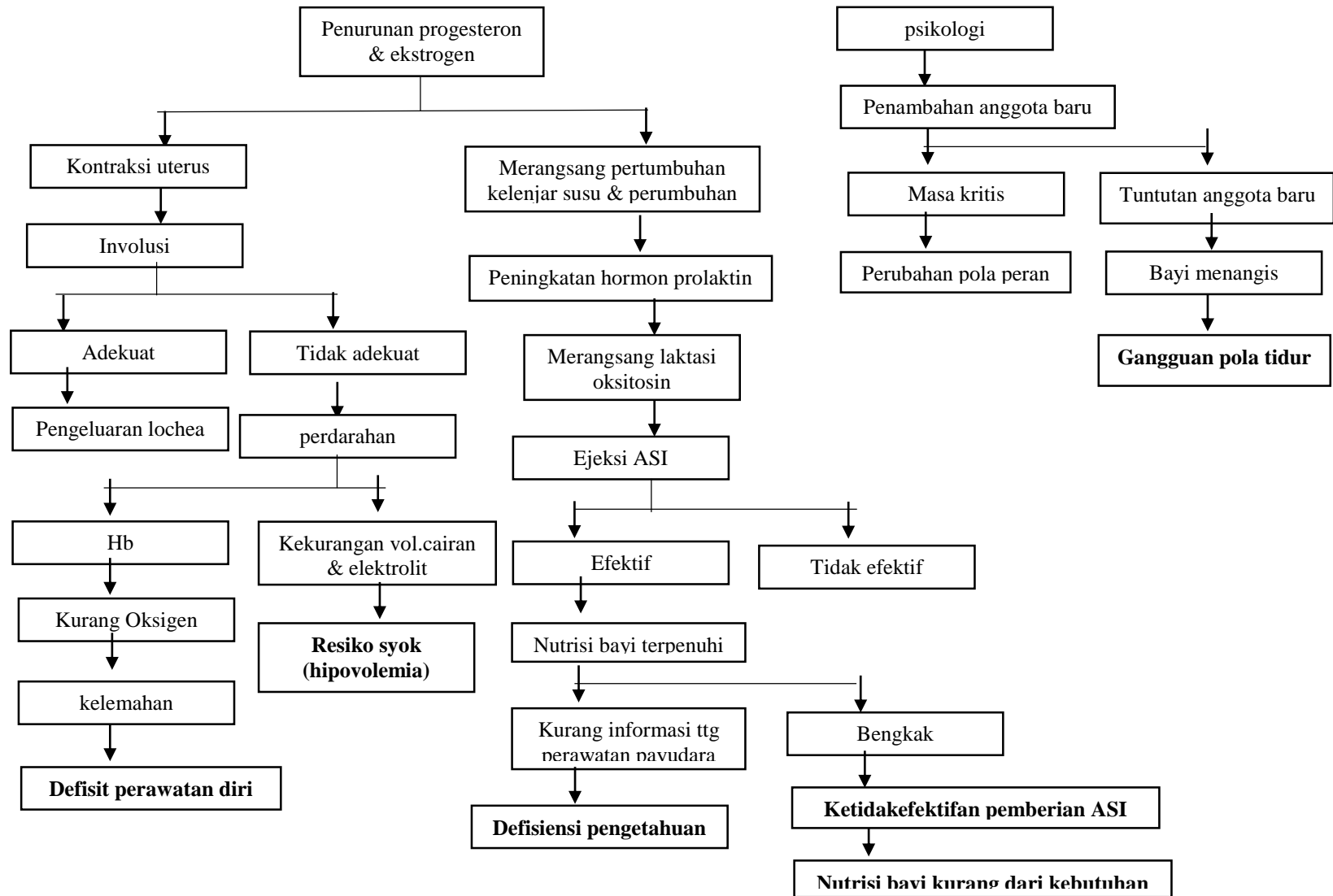
B. Etiologi berasal dari janin

Etiologi berasal dari janin seperti fetal distress, mal presentasi, dan mal kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi.

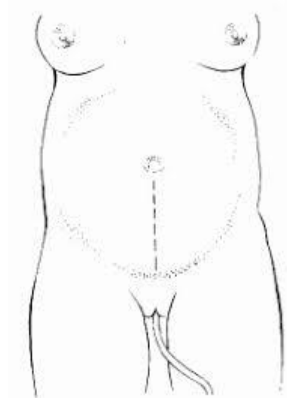
2.1.4 Pathofisiologi

Bagan 2.1 Pathway Seksio Sesarea (Nurarif,2015)

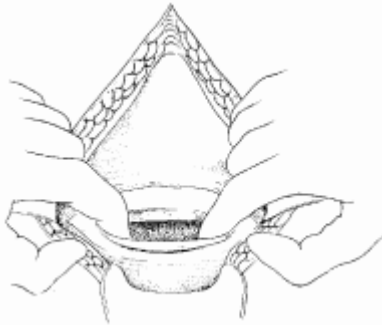




2.1.5 Klasifikasi Seksio Sesarea



Gambar 2.3 Teknik Klasik dengan sayatan vertikal (Setiyani, 2012)



Gambar 2.4 teknik *transperitonealis profunda* dengan sayatan melintang (Setiyani, 2012)



Gambar 2.5 SC klasik dan SC *transperitonealis profunda* (Setiyani, 2012)

Menurut Setiyani (2012) macam macam seksio sesarea :

A. Teknik seksio sesarea corporal/klasik

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

B. Teknik seksio sesarea *transperitonealis profunda*

Melakukan insisi pada segmen bawah rahim yakni melintang selebar 10 cm dengan ujung kanan dan kiri agak melengkung ke atas untuk menghindari terbentuknya cabang cabang pembuluh darah, sehingga garis yang terbentuk adalah horizontal.

Tabel 2.1 perbandingan antara SC klasik dan SC *transperitonealis profunda*

Pembeda	SC klasik	SC trans.profunda
Teknik	Lebih mudah	Lebih sulit
Proses lahir bayi	Lebih cepat	Lebih lambat
Perdarahan	Banyak	Sedikit
Infeksi	Lebih besar	Sedikit
Penyembuhan	Kurang baik, banyak perlekatan antara rahim dan dinding perut	Lebiih baik, perlekatan sedikit
Gangguan kontraksi pada persalinan berikutnya	(+)	(-)
Ruptur uteri pada persalinan berikutnya	Resiko besar	jarang
Jahitan	3 lapis	2 lapis

2.1.6 Manifestasi Klinis

Menurut Nurarif (2015) manifestasi klinis pada seksio sesarea sebagai berikut :

- a. Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior)
- b. Panggul sempit
- c. *Disporposi sefalopelvik* adalah ketidakseimbangan antara ukuran kepala dengan ukuran panggul
- d. Rupture uteri mengancam
- e. Partus lama (*prolonged labor*)
- f. Partus tak maju (*obstructed labor*)
- g. Distosia Serviks

- h. Pre eklamsia dan hipertensi
- i. Malpresentasi janin seperti letak lintang, letak bokong, gemeli, letak defleksi, presentasi rangkap jika reposisi tidak berhasil.

2.1.7 Komplikasi

Menurut Jitowiyono, Sugeng & Weni Kristiyanasari (2010), komplikasi pada post seksio sesarea yaitu

- a. Infeksi puerperal

Komplikasi ini bisa bersifat ringan, seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas, bersifat berat seperti peritonitis, sepsis.

- b. Perdarahan

Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang arteri ikut terbuka atau karena atonia uteri

- c. Komplikasi lain seperti luka kandung kencing, embolisme paru paru
- d. Suatu komplikasi yang baru seperti kurang kuatnya parut pada dinding uterus, sehingga mengakibatkan ruptur uteri.

2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Tucker, Susan Martin (1998) pemeriksaan diagnostik pada seksio sesarea adalah

- a. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- b. Pemantauan EKG
- c. JDL dengan diferensial
- d. Elektrolit

- e. Hemoglobin/hematokrit
- f. Urinalisis
- g. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi

2.1.9 Penatalaksanaan Medik dan Implikasi Keperawatan

Menurut Sugeng&Weni (2010) penatalaksanaan medik post seksio sesarea yaitu :

a. Analgesia

Wanita dengan ukuran tubuh rata rata dapat disuntik obat meperidin 75 mg secara intra muskuler setiap 3 jam sekali.

b. Tanda tanda vital

Tanda tanda vital harus diperiksa 4 jam sekali, perhatikan tekanan darah, nadi, jumlah urine serta jumlah darah yang hilang dan keadaan fundus harus diperiksa.

c. Terapi cairan dan diet

Ketika pemberian 3 liter larutan RL terbukti sudah mencukupi selama pembedahan dan dalam 24 jam pertama. Jika output urine di bawah 30 ml/jam, pasien harus di evaluasi kembali pada hari kedua.

d. Vesika urinarius dan usus

Kateter dapat dilepaskan setelah 12 jam post operasi, biasanya bising usus tidak terdengar pada hari pertama, dan akan kembali aktif pada hari ketiga.

e. Ambulasi

Pasien dengan bantuan perawatan dapat bangun dari tempat tidur pada hari kedua.

f. Perawatan luka

Secara normal jahitan kulit dapat diangkat setelah hari ke empat pembedahan

g. Laboratorium

Setelah operasi hematokrit harus dicek kembali bila terjadi kehilangan darah yang tidak biasa atau yang menunjukkan hipovolemia

h. Perawatan Payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi.

i. Memulangkan pasien dari rumah sakit

Pasien setelah operasi seksio sesarea dapat dipulangkan pada hari ke empat dan kelima.

2.1.10 Post Partum

2.1.10.1 Definisi Nifas

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat alat kandungan kembali seperti pra hamil. Lama masa nifas ini yaitu 6 – 8 minggu (Setyo&Sri, 2011)

2.1.10.2 Tahapan Post Partum

Menurut Yanti&Sundawati (2011), tahapan post partum dibagi menjadi tiga yaitu

a. Puerperium Dini

Yaitu kepulihan dimana ibu di perbolehkan berdiri dan berjalan. Dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 42 hari.

b. Puerperium Intermedial.

Yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.

c. Remote Puerperium

Yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu, bulan atau tahunan.

2.1.10.3 Adaptasi Fisiologis Post Partum

Menurut Yanti&Sundawati (2011) pada post partum terjadi perubahan secara fisiologis di antaranya

A. Perubahan Sistem Reproduksi

1. Involusi Uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil.

Proses involusi uterus adalah

- a) Iskemia Miometrium. Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan syaraf otot atrofi.
- b) Atrofi jaringan. Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon estrogen saat pelepasan plasenta.
- c) Autolysis. Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.
- d) Efek oksitosin. Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

Perubahan uterus dapat diketahui dengan meakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFU (Tinggi Fundus Uteri) .

Tabel 2.2 Involusi Uteri (Yanti&Sundawati 2011)

Involusi uteri	Tinggi fundus uteri	Berat uterus	Diameter uterus
Plasenta Lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari (minggu ke 1)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 cm
14 hari (minggu ke 2)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

2. Involusi tempat plasenta

Uterus pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri dan dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm pada akhir nifas 1-2 cm. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus tetapi tidak meninggalkan parut, karena diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka. Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi plasenta selama 6 minggu. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung di dalam decidua basalis. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta hingga terkelupas dan tak dipakai lagi pada pembuangan lochia.

3. Perubahan ligamen

Perubahan ligamen yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain: ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi; ligamen fasia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur.

4. Perubahan pada serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah.

5. Lochia

Lochia adalah eksresi cairan Rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochia mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran lochia dibagi menjadi 4 yaitu

Tabel 2.3 Macam-Macam Lochia (Yanti&Sundawati 2011)

Lochia	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekoneum dan sisa darah.
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lender
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta.
Alba	>14 hari	Putih	Megandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

6. Perubahan vulva, vagina dan perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ketiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan perubahan menjadi karankulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama.

B. Perubahan Sistem Pencernaan

Perubahan pada sistem pencernaan dipengaruhi oleh tingginya kadar progesteron yang mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan

kontraksi otot polos. Faal usus memerlukan 3-4 hari untuk kembali normal.

C. Perubahan Perkemihan

Setelah proses persalinan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal akan kembali normal dalam satu bulan setelah melahirkan. Hal yang berkaitan dengan fungsi sistem perkemihan yaitu hemostatis internal, keseimbangan asam basa tubuh, dan pengeluaran sisa metabolisme.

D. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Adaptasi sistem muskoloskeletal pada masa nifas meliputi dinding perut dan peritoneum, kulit abdomen, striae, perubahan ligamen, dan simpisis pubis. Stabilisasi sempurna terjadi pada minggu 6 – 8 minggu setelah persalinan.

E. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Kardiak output meningkat selama persalinan dan berlangsung sampai kala III ketika volume darah uterus dikeluarkan. Perubahan pada volume darah dan *haemokonsentrasi* akan naik dan pada seksio sesarea cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu (wulandari&Handayani,2011).

F. Perubahan Sistem Hematologi

Sel darah merah berkisar 15.000 selama persalinan, dan sel darah putih berkisar antara 25.000-30.000 yang dapat meningkat pada

awal nifas secara bersamaan dengan peningkatan tekanan darah, volume plasma, dan volume sel darah merah. Pada 2-3 hari post partum konsentrasi hematokrit menurun sekitar 2% atau lebih. Total kehilangan darah pada saat persalinan dan nifas sekitar 1.500 dimana hilang saat persalinan sekitar 200 ml dan hilang pada minggu pertama post partum sekitar 500-800 ml dan hilang pada masa nifas sekitar 500 (wulandari&Handayani,2011).

G. Perubahan Sistem Endokrin

Selama kehamilan dan persalinan perubahan pada sistem endokrin yaitu

1. Hormon plasenta

Penurunan hormon ini menyebabkan kadar gula darah menurun pada masa nifas.

2. Hormon pituitary

Hormon pituitary akan meningkat dan pada ibu tidak menyusui akan menurun dalam 2 minggu. Karena hormon ini bisa berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu

3. Hipotalamik pituitary ovarium

Hipotalamik pituitary ovarium akan mempengaruhi lamanya mendapatkan menstruasi pada wanita menyusui maupun tidak menyusui. Biasanya wanita menyusui akan menstruasi pada 6 minggu pasca melahirkan.

4. Hormon oksitosin

Hormon ini berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi sehingga mencegah perdarahan

5. Hormon estrogen dan progesteron

Hormon estrogen yang tinggi memperbesar hormon anti diuretik yang dapat meningkatkan volume darah, dan hormon progesteron mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva serta vagina

2.1.10.4 Adaptasi Psikologis Post Partum

Menurut Damai & Dian (2011) adaptasi psikologis post partum diantaranya

1. Fase Taking In

Fase taking in yaitu periode ketergantungan. Periode ini berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Dimana pada fase ini ibu berfokus terutama pada dirinya sendiri. Adapun gangguan psikologis yang mungkin dirasakan ibu ialah :

- a. Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya misal jenis kelamin tertentu, warna kulit, jenis rambut dan lain lain.
- b. Ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu misal rasa mules karena rahim berkontraksi

untuk kembali pada keadaan semula, payudara bengkak, nyeri luka jahitan.

- c. Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.
- d. Suami dan keluarga yang mengkritik ibu tentang cara merawat bayi dan cenderung melihat saja tanpa membantu.

2. Fase Taking Hold

Fase taking hold yaitu periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Dimana perasaan ibu sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah.

3. Fase Letting Go

Fase letting go yaitu periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah bisa menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya.

2.1.11 Nyeri

2.1.11.1 Definisi

Menurut Potter & Terry (2006), nyeri merupakan suatu kondisi perasaan yang tidak nyaman disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau yang digambarkan sebagai kerusakan. (*International*

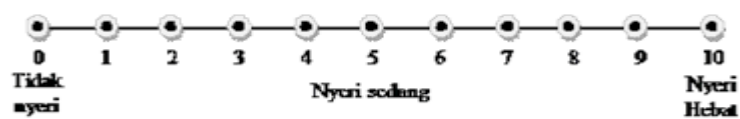
Association For The Study of Pain). Awitan yang tiba tiba atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat, dengan berakhirnya dapat diantisipasi atau diprediksi, dan dengan durasi kurang dari 3 bulan.(Nanda,2018)

Nyeri persalinan disebabkan oleh kontraksi, distensi segmen bawah uterus, penarikan ligamen panggul, pembukaan serviks, dan peregangan vagina serta dasar panggul (Lowe,2002; Smith,Collins,Cyna,&Crowther,2007). Nyeri mengakibatkan takikardia pada ibu (terutama selama mengejan di kala II persalinanan), peningkatan konsumsi oksigen, produksi asam laktat, hiperventilasi dengan resiko alkalosis respirasi, dan peningkatan ketegangan otot skeletal (Murray,Michelle, 2013)

2.1.11.2 Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual serta kemungkinan nyeri dalam intensitas sama yang dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda (Tamsuri,2007).

Menurut Smeltzer, SC & Bare BG (2002) skala intensitas nyeri sebagai salah satunya skala nyeri numerik



Gambar 2.4 Skala nyeri numerik (Smeltzer&Bare,2002)

Keterangan :

- a. 0 = tidak nyeri
- b. 1-3 = nyeri ringan secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik
- c. 4-6 = nyeri sedang, secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri.
- d. 7-9 = nyeri berat, secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri.
- e. 10 = nyeri sangat berat, klien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

Skala penilaian numerik lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik (AHCPR,1992).

2.1.11.3 Managemen Nyeri

Menurut (Murray,Michelle, 2013) managemen nyeri dibagi dua metode diantaranya

A. Metode Non Farmakologi

Teknik managemen nyeri nonfarmakologis dapat membantu mengurangi persepsi nyeri dan biasanya aman. (Stotland & Stotland, 2005). Teknik ini bekerja untuk mengubah interaksi

antara pikiran – tubuh atau komponen afektif (bukan sensoris) pada persepsi nyeri.

1. Akupunktur

Akupunktur memerlukan insersi jarum halus dan tipis ke tangan, kaki, dan telinga untuk mengurangi nyeri persalinan. Akupunktur tampak menghambat sinyal nyeri sehingga tidak dapat mencapai medula spinalis dan otak. Akupunktur dan hipnosis merupakan metode alternatif yang paling efektif dalam mengurangi nyeri persalinan.(Smith et al, 2007).

2. Aromaterapi

Minyak esensial dari tanaman tidak mengubah tekanan darah atau denyut jantung, namun dapat memperbaiki alam perasaan dan tingkat ansietas. Lavender sering digunakan karena dipercaya dapat mengurangi ketegangan dan ansietas.

3. Relaksasi Napas

Relaksasi merupakan suatu tindakan untuk membebaskan mental maupun fisik dari ketegangan dan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri.(Sulistyo, 2013). Relaksasi dapat membantu mempertahankan tekanan darah pada rentang normal, mengurangi konsumsi oksigen, mengurangi ketegangan otot.

4. Kompres Dingin

Ibu yang berada dalam fase persalinan mungkin mengeluh merasa hangat sehingga dengan memberikan kain dingin ke kening ibu selama persalinan akan membuat ibu menjadi rileks. Kompres dingin jarang efektif untuk mengurangi nyeri persalinan.

5. Masase

Ibu dapat mengalami nyeri ekstrem di punggung bawah, memberi tekanan pada daerah sakrum dan melakukan masase pada bahu serta punggung dapat merelaksasi otot ibu. Masase dapat meredakan nyeri dengan menghambat sinyal nyeri atau dengan meningkatkan aliran darah dan oksigenasi ke jaringan (Smith et al, 2007)

B. Metode Farmakologi

Jika sudah tidak efektif dalam penanganan nyeri menggunakan metode non farmakologis, biasanya dilakukan metode farmakologis dengan memberikan obat *analgesic* kepada ibu post partum.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Pelaksanaan asuhan keperawatan masa nifas pada post operasi seksio sesarea melalui pendekatan proses keperawatan meliputi lima komponen yang saling berkaitan yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

2.2.1 Pengkajian

pada pengkajian klien dikumpulkan semua informasi akurat dan lengkap dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien (Chapman & Charles,2013)

A. Identitas Pasien

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomor medical record, diagnosa medik, yang mengirim, cara masuk, alasan masuk, keadaan umum tanda vital (Jitowiyono, Sugeng & Weni Kristiyanasari 2010).

B. Data Riwayat Kesehatan

Menurut Jitowiyono, Sugeng & Weni Kristiyanasari (2010) data riwayat kesehatan diantaranya

1. Riwayat kesehatan sekarang

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan.

2. Riwayat kesehatan dahulu

Meliputi penyakit yang lain yang dapat mempengaruhi penyakit sekarang.

3. Riwayat kesehatan keluarga

Meliputi penyakit yang diderita pasien dan apakah keluarga pasien ada juga mempunyai riwayat persalinan yang sama dengan pasien.

C. Riwayat Menstruasi

Menurut Hani,Ummi et all (2010), anamnesis haid memberikan kesan tentang faal alat reproduksi/kandungan meliputi umur menarcho, frekuensi siklus normal, lamanya, jumlah darah keluar, karakteristik darah, HPHT, disminorea, perdarahan uterus disfungsi, sindrom premenstrual.

D. Riwayat Obstetri

Menurut Hani,Ummi et all (2010), riwayat obstetri meliputi gravida/para, kehamilan yang lalu, masalah obstetri

E. Riwayat Ginekologi

Menurut Hani,Ummi et all (2010), riwayat ginekologi meliputi infertilitas, infeksi vagina, penyakit menular seksual, servitis kronis, endometritis, infeksi panggul, pap smear abnormal, bedah ginekologi

F. Riwayat Seksual

Menurut Hani,Ummi et all (2010), riwayat seksual meliputi pola hubungan seksual, frekuensi berhubungan, kelainan dan masalah seksual.

G. Riwayat KB/Kontrasepsi

Menurut Hani,Ummi et all (2010), riwayat KB meliputi KB terakhir yang digunakan jika pada kehamilan perlu juga ditanyakan rencana KB setelah melahirkan

H. Pemeriksaan Fisik

Menurut Hani,Ummi et all (2010), pemeriksaan fisik dibagi beberapa bagian diantaranya

1. Pengukuran tanda tanda vital

Pengukuran tanda tanda vital meliputi tekanan darah, nadi, respirasi, suhu, tinggi badan, serta berat badan

2. Pemeriksaan umum

Pemeriksaan umum meliputi kesesuaian penampakan usia, status gizi umum, tingkat emosi, kegagalan sistem, postur tubuh

3. Kepala dan leher

a. Apakah ada edema pada wajah, adakah *cloasma gravidarum*

b. Pada mata : adakah pucat pada kelopak mata bawah, ikterik pada sklera

- c. Hidung : adakah pernapasan cuping hidung, pengeluaran sekret
- d. Apakah wajah pucat, keadaan lidah, gigi yang berlubang
- e. Telinga : ketajaman pendengaran, luka, pengeluaran dari saluran luar telinga
- f. Leher : adakah pembesaran kelenjar tiroid, pembesaran pembuluh limfe

4. Payudara

Memeriksa bentuk, ukuran, kesimetrisan, lihat puting payudara, adakah cairan kolostrum keluar, adakah pembesaran pembuluh limfe

5. Abdomen

Memeriksa bentuk pembesaran perut, linea, sigra, striae, ukur TFU, bagaimana keadaan luka.

6. Ekstremitas

Adakah edema, apakah kuku jari pucat, adakah varises, suhu dan refleks

7. Genitalia

Memeriksa adanya luka, varises, cairan, kelenjar bartholini

I. Data Sosial Ekonomi

Penyakit ini dapat terjadi pada siapa saja, akan tetapi kemungkinan dapat lebih sering terjadi pada penderita malnutrisi

dengan sosial ekonomi rendah (Jitowiyono, Sugeng & Weni Kristiyanasari 2010).

J. Data Psikologis

Menurut Jitowiyono, Sugeng & Weni Kristiyanasari (2010), data psikologis pada seksio sesarea adalah

1. Pasien biasanya dalam keadaan stabil
2. Pasien biasanya cemas akan keadaannya
3. Harga diri pasien terganggu

K. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Jitowiyono, Sugeng & Weni Kristiyanasari (2010) pemeriksaan penunjang pada pasien seksio sesarea diantaranya

1. USG, untuk menentukan letak implantasi plasenta
2. Pemeriksaan Hemoglobin
3. Pemeriksaan Hematokrit

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu komponen penting pada proses keperawatan untuk tujuan perencanaan perawatan klien. Diagnosa keperawatan adalah pernyataan dari suatu masalah kesehatan yang aktual, beresiko tinggi, atau sejahtera (Christensen & Paula J, 2009). Menurut asuhan keperawatan NANDA (*North American Nursing diagnosis Association*) 2018-2020 bahwa diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu post partum dengan seksio sesarea adalah

1. Nyeri akut
2. Ketidakefektifan pemberian ASI
3. Gangguan pola tidur
4. Risiko infeksi
5. Defisit perawatan diri
6. Risiko perdarahan.
7. Defisien pengetahuan

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan adalah alat untuk mendokumentasikan dan mengomunikasikan diagnosa keperawatan klien, kriteria hasil, strategi intervensi keperawatan, dan evaluasi. Rencana asuhan berfungsi sebagai sarana utama untuk meningkatkan pendekatan kepada klien (Christensen&Paula J, 2009). Menurut Nurarif (2015) rencana asuhan keperawatan pada diagnosa yang mungkin muncul dengan seksio sesarea adalah

1. Nyeri akut

Tabel 2.4 Intervensi Nyeri Akut (Nurarif,2015)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Nyeri Akut</p> <p>Definisi : Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the study of Pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dan intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan.</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Perubahan selera makan Perubahan tekanan darah Perubahan frekwensi jantung Perubahan frekwensi pernapasan Diaforesis Perilaku distraksi (mis,berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang) 	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> Pain level Pain control Comfort level <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mampu mengontrol nyeri Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan mangemen nyeri Mampu mengenali nyeri (skala,intensitas,frekuensi, dan tanda nyeri) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<p>NIC</p> <p>Pain Management</p> <ol style="list-style-type: none"> Lakukan pengkajian nyeri secara komperehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri Evauasi pengalaman nyeri masa lampau Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan Kurangi faktor presipitasi nyeri Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal) 	<ol style="list-style-type: none"> Nyeri diawali dengan kerusakan jaringan yang melepaskan zat kimia inflamasi sebagai vasodilator yang kuat, serta merangsang reseptor nyeri di korteks serebri sehingga nyeri dapat dipersepsikan. Konunikasi terapeutik sebagai kemampuan membina hubungan interpersonal, dan menurunkan rasa takut yang dapat meningkatkan relaksasi atau kenyamanan Budaya adalah suatu cara hidup yang dimiliki bersama oleh sekelompok orang dan diwariskan dari generasi ke generasi Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan berkaitan dengan

<p>g. Mengekspresikan perilaku (mis, gelisah, merengek, menangis)</p> <p>h. Masker wajah (mis, mata kurang bercahaya, tampak i. kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus meringis)</p> <p>j. Sikap melindungi area nyeri</p> <p>k. Fokus menyempit (mis, gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)</p> <p>l. Indikasi nyeri yang dapat diamati</p> <p>m. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri</p> <p>n. Sikap tubuh melindungi</p> <p>o. Dilatasi pupil</p> <p>p. Melaporkan nyeri secara verbal</p> <p>q. Gangguan tidur</p>	<p>h. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</p> <p>i. Ajarkan tentang teknik non farmakologi</p> <p>j. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</p> <p>k. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</p> <p>l. Tingkatkan istirahat</p> <p>m. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</p> <p>n. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri</p>	<p>kerusakan jaringan aktual dan potensial, atau yang digambarkan sebagai kerusakan.</p> <p>e. Lingkungan dapat menjadi pemicu meningkatnya nyeri</p> <p>f. Faktor presipitasi adalah faktor pencetus terjadinya gangguan konsep diri pada seseorang</p> <p>g. Manajemen nyeri adalah suatu cara untuk menghilangkan atau mengontrol nyeri</p> <p>h. Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dan potensial, atau yang digambarkan sebagai kerusakan.</p>
<p>Faktor Yang Berhubungan :</p> <p>1. Agen cedera (mis, biologis, zat kimia, fisik, psikologis)</p>		<p>i. Teknik non farmakologis adalah suatu cara untuk mengurangi nyeri tanpa menggunakan obat</p> <p>j. Analgesik adalah sekelompok obat untuk meredakan nyeri</p> <p>k. Keefektifan yaitu mengerjakan pekerjaan yang tepat</p> <p>l. Istirahat adalah berhenti sebentar untuk melepaskan lelah</p>

-
- m. Kolaborasi adalah proses dua organisasi atau lebih yang bekerja sama untuk menyelesaikan tugas atau mencapai tujuan
 - n. Manajemen nyeri adalah suatu cara untuk menghilangkan atau mengontrol nyeri
-

2. Ketidakefektifan pemberian ASI

Tabel 2.5 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI (Nurarif,2015)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	intervensi	Rasional
Ketidakefektifan pemberian ASI	NOC 1. Breastfeding Ineffective 2. Breathing pattern ineffective 3. Breastfeding interrupted	NIC Breastfeding Assistance 1. Evaluasi pola menghisap/ menelan bayi 2. Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui 3. Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (misal reflex rooting, menghisap, dan terjaga) 4. Kaji kemampuan bayi untuk latch-on dan menghisap secara efektif 5. Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting 6. Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi	1. Refleks menghisap adalah salah satu daya refleks paling penting yang dimiliki bayi 2. Keinginan adalah suatu harapan untuk mengejar sesuatu 3. Refleks pada bayi adalah suatu daya refleks paling penting yang dimiliki bayi 4. Latch on adalah bayi menempel pada payudara saat menyusui 5. Teknik menyusui adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi ibu dan bayi dengan benar 6. Ketika melakukan teknik menyusui yang tidak efektif mengakibatkan bayi menangis sehingga input tidak ada dan output pun akan sedikit menyebabkan berat badan tidak naik
Definisi : ketidakpuasan atau kesulitan ibu, bayi, atau anak menjalani proses pemberian ASI	Kriteria Hasil : 1. Kemampuan pemberian ASI, bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI		
Batasan Karakteristik : 1. Ketidakadekuatan suplai ASI 2. Bayi melengkung menyesuaikan diri dengan payudara 3. Bayi menangis pada payudara 4. Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusui 5. Bayi rewel dalam jam pertama setelah menyusui 6. Ketidakmampuan bayi untuk latch-on pada payudara ibu secara tepat 7. Menolak latching-on 8. Tidak responsive terhadap kenyamanan lain 9. Ketidacukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui 10. Ketidacukupan kesempatan untuk mengisap payudara	2. Kemampuan pemberian ASI, ibu : kemampuan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dan payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI 3. Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/todler 4. Penyapihan pemberian ASI 5. Diskontinuitas progresif pemberian ASI 6. Pengetahuan pemberian ASI: tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenal		

11. Kurang menambah berat badan bayi	laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI ibu
12. Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui	mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting
13. Tidak mengisap payudara terus menerus	7. Mengenali tanda penurunan suplai ASI
Faktor yang berhubungan :	
1. Deficit pengetahuan	
2. Anomali bayi	
3. Bayi menerima makanan tambahan dengan puting buatan	
4. Diskontinuitas pemberian ASI	
5. Ansietas ibu	
6. Anomali payudara ibu	
7. Keluarga tidak mendukung	
8. Reflek menghisap buruk	
9. Prematuritas	
10. Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya	

3. Gangguan pola tidur

Tabel 2.6 Intervensi Gangguan Pola Tidur (Nurarif,2015)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan pola tidur	NOC	NIC	
Definisi : gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anxiety reduction 2. Comfort level 3. Pain level 4. Rest : extent and pattern 5. Sleep : extent and pattern 	<p>Sleep Enhancement</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinasi efek medikasi terhadap pola tidur 2. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat 3. Ciptakan lingkungan yang nyaman 4. Kolaborasi pemberian obat tidur 5. Instruksikan untuk memonitor tidur pasien 6. Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur 7. Monitor / catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medikasi adalah obat yang diberikan untuk tujuan menyembuhkan 2. Itirahat tidur berperan dalam menjaga kesehatan tubuh kita 3. Lingkungan yang nyaman dapat memicu kurangnya istirahat 4. Obat tidur adalah jenis obat sebagai pengobatan jangka oendeck untuk masalah gangguan tidur 5. Waktu tidur pada orang dewasa 7-8 jam perhari. 6. Waktu makan sebaiknya 2-3 jam sebelum tidur sehingga makanan dapat diproses di dalam lambung 7. Monitoring adalah pemantauan yang dapat dijelaskan sebagai kesadaran tentang apa yang diketahui
Batasan Karakteristik:	Kriteria Hasil :		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan pola tidur normal 2. Penurunan kemampuan berfungsi 3. Ketidakpuasan tidur 4. Menyatakan tidak mengalami kesulitan tidur 5. Menyatakan tidak merasa cukup istirahat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam / hari 2. Pola tidur, kualitas dalam batas normal 3. Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat 4. Mampu mengidentifikasi hal yang meningkatkan tidur 		
Faktor yang berhubungan :			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Kelembapan lingkungan sekitar 2. Suhu lingkungan sekitar 3. Tanggung jawab oemberi asuhan 4. Perubahan pejanan terhadap cahaya gelap 5. Kurang kontrol tidur 6. Kurang privasi, pencahayaan 7. Bising, bau gas 8. Restrain fisik, teman tidur 			

4. Risiko infeksi

Tabel 2.7 Intervensi Risiko Infeksi (Nurarif,2015)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	intervensi	Rasional
Resiko infeksi	NOC	NIC	
Definisi :mengalami peningatan resiko terserang organisme patogenik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Immune status 2. Knowledge : infection control 3. Risk control 	<p>Infection Control</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain 2. batasi pengunjung bila perlu 3. instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung 4. gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan 5. gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung 6. ganti letak IV perifer dan Line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum 7. gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kemih 8. berikan antibiotik bila perlu 9. monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal 10. monitor kerentangan terhadap infeksi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. kebersihan adalah upaya manusia untuk memelihara diri dan lingkungannya dari segala yang kotor 2. membatasi datang nya sumber infeksi 3. antimikroba adalah agen yang membunuh mikroorganisme atau umenghentikan pertumbuhannya 4. membatasi sumber infeksi yang dapat menimbulkan sepsis 5. antibiotik adalah kelompok obat yang digunakan untuk mengatasi dan mencegah infeksi bakteri 8. Monitoring adalah pemantauan yang dapat dijelaskan sebagai kesadaran tentang apa yang diketahui 9. Infeksi adalah masalah kesehatan yang disebabkan oleh bakteri serta dapat menyerang seluruh organ tubuh
Faktor resiko :	Krtiteria Hasil :		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit kronis 2. Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemajanan patogen 3. Pertahanan tubuh tidak adekuat 4. Vaksinasi tidak adekuat 5. Pemajanan terhadap patogen lingkungan meningkat 6. Prosedur invasif 7. malnutrisi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. klien tidak ada tanda infeksi 2. mendeskripsikan proses penularan penyakit 3. menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi 4. jumlah leukosit dalam batas normal 5. menunjukkan perilaku hidup sehat 		

-
11. ajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi
 12. laporkan kecurigaan infeksi
 13. laporkan kultur positif
-

5. Defisit perawatan diri

Tabel 2.8 Intervensi Defisit Perawatan Diri (Nurarif,2015)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Defisit perawatan diri	NOC	NIC	
Definisi : hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi / aktivitas perawatan diri sendiri	<ol style="list-style-type: none"> 1. activity intolerance 2. mobility : physical impaired 3. self care deficit hygiene 4. sensory perception, auditory disturbed 	Self –care assistance : bathing/ hygiene <ol style="list-style-type: none"> 1. pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri 2. pertimbangkan usia pasien ketika mempromosika aktivitas perawatan diri 3. menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan 4. menyediakan artikel pribadi yang diinginkan 5. menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal 6. memantau kebersihan kuku 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Defisit perawatan diri adalah gangguan kemampuan untuk melakukan aktifitas perawatan diri 2. Meningkatkan perasaan kontrol dan meningkatkan kerja sama dan perkembangan kemandirian 3. Meningkatkan kemampuan untuk menunjukan aktivitas dengan aman 4. Meningkatkan gambaran diri dan rasa percaya diri, mempertahankan harga diri pasien
Batasan Karakteristik :	Kriteria Hasil :		
<ol style="list-style-type: none"> 1. ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi 2. ketidakmampuan mengeringkan tubuh 3. ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi 4. ketidakmampuan menjangkau sumber air 5. ketidakmampuan membasuh tubuh 	<ol style="list-style-type: none"> 1. perawatan diri ostomi : tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi 2. perawatan diri : aktivitas kehidupan sehari hari, mampu melakukan aktifitas perawatan diri secara mandiri atau dengan alat bantu 3. perawatan diri mandiri : mampu untuk melakukan aktifitas perawatan diri secara mandiri atau tanpa alat bantu 		
Faktor Yang Berhubungan :			
<ol style="list-style-type: none"> 1. gangguan kognitif 2. penurunan motivasi 3. kendala lingkungan 			

4. ketidakmampuan merasakan bagian tubuh	4. perawatan diri hygiene : mampu untuk mempertahankan kebersihan secara mandiri atau tanpa alat bantu	7. memfasilitasi pemeliharaan rutin yang biasa pasien tidur, isyarat sebelum tidur, alat peraga, dan benda asing.
5. gangguan muskuloskeletal	5. mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi	8. Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri
6. nyeri	6. membersihkan dan mengeringkan tubuh	
7. gangguan persepsi	7. mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral	
8. ansietas berat		

6. Risiko perdarahan

Tabel 2.9 Intervensi Risiko Perdarahan (Nurarif,2015)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko perdarahan	NOC	NIC	1. Monitoring adalah pemantauan yang dapat dijelaskan sebagai kesadaran tentang apa yang diketahui
Definisi : bersiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan	1. blood lose severity 2. blood koagulation	Bleeding precautions 1. monitor ketat tanda perdarahan	2. Pemeriksaan hematologi lengkap diperlukan untuk mengetahui kondisi kesehatan seseorang dan mendeteksi adanya gangguan kesehatan
Faktor resiko :	Kriteria Hasil :	2. catat nilai Hb, HT sebelum dan sesudah terjadi perdarahan	3. Perdarahan adalah keluarnya darah dari pembuluh darah yang rusak, baik di dalam maupun di luar tubuh.
1. aneurisme	1. tidak ada hematuria dan hematemesis	3. monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT,PTT, trombosit	4. Aspirin bekerja menghambat enzim yang memproduksi dan mengatur kerja sebuah senyawa dalam tubuh
2. sirkumsisi	2. kehilangandarah yang terlihat	4. monitor TTV ortostatik	5. Vitamin K dapat mengobati perdarahan yang disebabkan oleh obat antikoagulan
3. defisiensi pengetahuan	3. tekanan darah dalam batas normal	5. kolaborasi dalam pemberian produk darah	6. Bila asupan cairan tidak adekuat, feses akan kekurangan kandungan cairan yang cukup untuk memudahkan pengeluaran melalui saluran usus.
4. koagulapati intravaskuler diseminata	4. tidak ada perdarahan pervagina	6. lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan	
5. gangguan gastrointestinal	5. tidak ada distensi abdomen	7. hindari pemberian aspirin dan antikoagulan	
6. gangguan fungsi hati	6. hemoglobin, hematokrit dalam batas normal	8. anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K	
7. koagulapati inheren	7. plasma, PT, PTT dalam batas normal	9. hindari terjadinya konstipasi dengan menganjurkan untuk mempertahankan intake cairan yang adekuat dan pelembut feses	
8. komplikasi terkait kehamilan			
9. trauma			

7. Defisien pengetahuan

Tabel 2.10 Intervensi Defisien Pengetahuan (Nurarif,2015)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Defisiensi pengetahuan	NOC	NIC	
Definisi : ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu	1. knowledge : disease proses 2. knowledge : health beavior	Treching : disease proses 1. berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik 2. gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat 3. gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat 4. identifikasi kemampuan penyebab dengan cara yang tepat 5. sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat 6. sediakan bagi keluarga informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat 7. diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang	1. Penyakit adalah suatu keadaan abnormal dari tubuh atau pikiran yang menyebabkan ketidaknyamanan 2. Tanda dan gejala adalah peindikasian keberadaan sesuatu penyakit atau gangguan kesehatan yang tidak diinginkan 3. Gaya hidup adalah bagian dari kebutuhan sekunder manusia yang bisa berubah. 4. Terapi adalah pengobatan untuk mencegah munculnya kondisi medis 5. Second opinion adalah inisiatif untuk memperoleh pendapat lain terhadap keluhan atau penyakit yang sama .
Batasan Karakteristik: 1. perilaku hiperbola 2. ketidakakuratan mengikuti perintah 3. ketidakakuratan mengikuti tes 4. pengukuran masalah	kriteria hasil : 1. pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, program pengobatan 2. pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar 3. pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya.		
Faktor yang berhubungan : 1. keterbatasan kognitif 2. salah intepretasi informasi 3. kurang pajanan 4. kurang minat dalam belajar 5. kurang dapat mengingat 6. tidak familiar dengan sumber informasi			

-
- atau proses pengontrolan penyakit
8. diskusikan pilihan terapi atau penanganan
 9. dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan
-

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan klien. Fokus utama dari implementasi adalah pemberian asuhan keperawatan yang aman dan individual dengan pendekatan multifokal (Christensen&Paula J, 2009).

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah suatu proses yang terencana dan sistematis dalam mengumpulkan, mengorganisasi, menganalisis, dan membandingkan status kesehatan klien dengan kriteria hasil yang diinginkan, serta menilai derajat pencapaian hasil klien (Christensen&Paula J, 2009).