

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST *SECTIO*
CAESAREA DENGAN DIAGNOSA NYERI AKUT
DI RUANGAN KALIMAYA BAWAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
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 Universitas
Bhakti Kencana Bandung**

Oleh :

NINING MAEDA DWI TIKA SARI

NIM : AKX.17.111



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

2020

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Nining Maeda Dwi Tika Sari

NPM : AKX.17.111

Fakultas : Keperawatan

Prodi : D III Keperawatan

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul: "ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST *SECTIO CAESAREA* DENGAN DIAGNOSA NYERI AKUT DI RUANGAN KALIMAYA BAWAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR SLAMET GARUT".

Bebas dari plagiarisme dan bukan hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau sebagian dari penelitian dan karya ilmiah tersebut terdapat indikasi plagiarisme, *saya bersedia menerima sanksi* sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari siapapun juga dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung, Oktober 2020

Yang membuat pernyataan



Nining Maeda Dwi Tika Sari

Pembimbing I

Ingrid Dirgahayu, S.Kp., M.KM

Pembimbing II

Novitasari Tf, S.Kep.,Ners.,M.Kep

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST *SECTIO*
CAESAREA DENGAN DIAGNOSA NYERI AKUT
DI RUANGAN KALIMAYA BAWAH
RSUD DR.SLAMET GARUT**

Oleh

Nining Maeda Dwi Tika Sari

Akx.17.111

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal 28 Agustus 2020 yang tertera dibawah ini

Menyetujui

Pembimbing Utama



**Inggrid Dirgahayu, S.Kp., M.KM
NIK : 02004020116**

Pembimbing Pendamping



**Novitasari Tf, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIK : 02014020169**

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep.,Ners.,M.Kep

NIK : 02001020009

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST *SECTIO CAESAREA* DENGAN DIAGNOSA NYERI AKUT DI RUANGAN KALIMAYA BAWAH RSUD DR.SLAMET GARUT

Oleh

Nining Maeda Dwi Tika Sari

Akx.17.111

Telah berhasil dipertahankan dan diuji di hadapan panitia penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung,

Jumat, 28 Agustus 2020

PANITIA PENGUJI

Ketua : Ingrid Dirgahayu, S.Kp., M.KM

()

(Pembimbing Utama)

Anggota


1. Penguji I

Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep

()


2. Penguji II

Irisanna Tambunan, S.Kep.,Ners.,M.KM

()

3. Pembimbing Pendamping

Novitasari Tf, S.Kep.,Ners.,M.Kep

()

Mengetahui

Fakultas Keperawatan

Dekan


Rd. Siti Jundiáh, S.Kp.,M.Kep

NIK 2007020132

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 yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST *SECTIO CAESAREA* DENGAN DIAGNOSA NYERI AKUT DI RUANGAN KALIMAYA BAWAH 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 Universitas Bhakti Kencana Bandung.

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

1. H. Mulyana, SH, M,Pd, MH.Kes, selaku ketua yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, M.Hkes.,Apt selaku rector Universitas Bhakti Kencana.
3. Rd.Siti Jundiah, S.kep.,M.kep, selaku Dekan Fakultas Keperawatan
4. Dede Nur Aziz Muslim, S,Kep.,Ners.,M.Kep Selaku Ketua Program Studi Diploma III keperawatan Universitas Bhakti Kencana .
5. Inggrid Dirgahayu, S.Kp. MKM, Selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan Proposal Penelitian.
6. Novitasari Tf, S.Kep.,Ners.,M.Kep, Selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan Proposal Penelitian.
7. Dr.H. Husudo Dewo Adi spesialis Orthopedi, spine..Selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini

8. Deti Fuji Adianti S,Kep.,Ners Selaku Ci ruangan Kalimaya Bawah yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan, di RSUD Dr..Slamet Garut.
9. Untuk kedua orangtua yang saya sayangi ayahanda Ucep dan Ibunda Iis Nurhayati serta Kakak tercinta Ika Puspita Sari yang telah memberikan doa yang tulus demi keberhasilan penulis, serta memberikan dorongan semangat setiap hari dan membantu dalam memberikan material maupun finansial, dan seluruh keluarga ayahanda dan ibunda tercinta yang selalu memberikan dukungan dan motivasi.
10. Untuk sahabat teman seperjuanganku, Silvia Basri, Miranti, Anisa Fitri Amelia, Rindy Nafa Claudia,Winda Widiawati, Nita Nur Khoerunisa, Novitasari Agustin dan teman-teman seperjuangan DIII Keperawatan angkatan 2017 yang selalu support dan dukungan dalam penyelesaian proposal penelitian ini.
11. Untuk rekan karibku Devi lestari, Chaerunisa Hidayat, Riska Herlina, Erna Nurhaipah dan Kakak ku Ernawati, yang selalu memotivasi penulis dalam menyelesaikan proposal penelitian ini
12. Semua pihak yang terlibat yang telah membantu dalam penyusunan proposal penelitian yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

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

Bandung, 28 Agustus 2020

Nining Maeda Dwi Tika Sari

DAFTAR ISI

Halaman Judul	Halaman
Lembar Pernyataan.....	i
Lembar Persetujuan.....	ii
Lembar Pengesahan	iii
Kata Pengantar	iv
Daftar Isi.....	vi
Daftar Tabel	ix
Daftar Bagan	xi
Daftar Lampiran	xii
Daftar Singkatan.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat	6
1.4.1 Manfaat Teoritis	6
1.4.2 Manfaat Praktis	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Teori.....	8
2.1.1 Anatomi Genitalia	8
2.1.2 Etiologi.....	14
2.1.3. Patofisiologi	15
2.1.4 Pemeriksaan Penunjang	19
2.1.5 Penatalaksanaan	19
2.1.6 Adaftasi Post Partum.....	20
2.2 Konsep Nyeri.....	27
2.2.3 Definisi Nyeri	27
2.2.4 Fisiologi nyeri	27

2.2.5	Klasifikasi Nyeri	29
2.2.6	Pengukuran Intensitas Nyeri	31
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan	32
2.3.1	Pengkajian	32
2.3.2	Diagnosa Keperawatan.....	50
2.3.3	Intervensi dan Rasionalisasi	51
BAB III	METODE PENELITIAN.....	78
3.1	Desain Penelitian	78
3.2	Batasan Istilah	78
3.3	Partisipan/Responden/Subjek Penelitian.....	79
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian	79
3.5	Pengumpulan Data	80
3.6	Uji Keabsahan Data.....	81
3.7	Analisa Data	81
3.8	Etik Penulisan.....	83
BAB IV	HASIL DAN PEMBAHASAN	86
4.1	Hasil.....	86
4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data	86
4.1.2	Asuhan Keperawatan.....	87
4.1.2.3	Diagnosis	104
4.1.2.3	Intervensi Keperawatan.....	108
4.1.2.4	Implementasi	114
4.1,2.5	Evaluasi Sumatif	121
4.2	Pembahasan.....	122
4.2.1	Pengkajian	123
4.2.2	Diagnosa Keperawatan.....	125
4.2.3	Intervensi	130
4.2.4	Implementasi	135

4.2.5 Evaluasi	137
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	138
5.1 Kesimpulan.....	138
5.1.1 Pengkajian	138
5.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	139
5.1.3 Intervensi	140
5.1.4 Implementasi	140
5.1.5 Evaluasi	140
5.2 SARAN	141
5.2.1 Untuk Rumah Sakit	141
5.2.2 Untuk Pendidikan.....	141

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
Tabel 1.1 Perubahan Uterus	21
Tabel 1.2 Perbedaan Nyeri Akut dan Kronis	29
Tabel 1.3 Perbedaan Nyeri Somatic dan Nyeri Kronis	31
Tabel 1.4 Penilaian Apgar Score.....	43
Tabel 2.1 Ketidakepektifan Bersihan Jalan Nafas	51
Tabel 2.2 Nyeri Akut.....	55
Tabel 2.3Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh	59
Tabel 2.4 Ketidakefektifan pemberian ASI	61
Tabel 2.5 Hambatan Eliminasi Urine.....	63
Tabel 2.6 Gangguan Pola Tidur	65
Tabel 2.7 Resiko Infeksi	66
Tabel 2.8 Defisit Perawatan Diri.....	68
Tabel 2.9 Konstipasi.....	70
Tabel 2.10 Resiko Syok	73
Tabel 2.11 Resiko Perdarahan	75
Tabel 2.12 Defisit Pengetahuan diri.....	77
Tabel 4.1 Identitas	87
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan	88
Tabel 4.3 Riwayat Ginekologi dan Obstetric.....	89

Tabel 4.4 Pola Aktivitas Sehari-hari	90
Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik	92
Tabel 4.6 Data Psikologis	97
Tabel 4.7 Data Sosial	98
Tabel 4.8 Kebutuhan Bounding Attachment.....	99
Tabel 4.9 Kebutuhan Pemenuhan Seksual	99
Tabel 4.10 Data Spiritual	99
Tabel 4.11 Pengetahuan Tentang Perawatan Diri	100
Tabel 4.12 Data Laboratorium	100
Tabel 4.13 Program Dan Rencana Pengobatan.....	101
Tabel 4.14 Analisa Data	101
Tabel 4.15 Diagnosa Keperawatan	101
Tabel 4.16 Intervensi Keperawatan.....	108
Tabel 4.17 Implementasi	114
Tabel 4.18 Evaluasi Sumatif	121

DAFTAR BAGAN

Bagan	Halaman
Bagan 2.1 Pathway Sectio Caesarea	17

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	: Lembar Bimbingan
Lampiran II	: Lembar Observasi
Lampiran III	: Jurnal
Lampiran IV	: Satuan Acara Penyuluhan
Lampiran V	: Leaflete

DAFTAR SINGKATAN

SC	: Sectio Caesarea
DM	: Diabetes Militus
LBP	: Low Back Pain
EKG	: Elektrokardiogram
Mg	: Miligram
BB	: Berat Badan
KG	: Kilogram
USG	: Ultrasonography
MI	: Miligram
Cm	: Sentimeter
RISKEDES	: Riset Kesehatan Dasar
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
PB	: Panjang Badan
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
CC	: Cubic Centimeter
IV	: Intravena
TD	: Tekanan Darah
Gr	: Gram

TTV : Tanda-tanda Vital

C : Celsius

ADls : Aktivitas Dasar Sehari-Hari (Activity of Daily Living)

ABSTRAK

Latar Belakang : *Sectio caesarea* adalah suatu tindakan mengeluarkan janin dengan cara membuat insisi pada dinding uterus melalui dinding perut berupa sayatan, Berdasarkan data dari rekam medik di RSUD Dr. Slamet Garut Bulan Agustus 2019 - Januari 2020 menyebutkan bahwa persalinan dengan *sectio caesarea* adalah 803 kasus. Sedangkan indikasi dengan letak lintang berjumlah 36 kasus. **Tujuan :** untuk mendeskripsikan tentang asuhan keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut Di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut. **Metode :** Studi kasus yaitu menjelaskan tentang asuhan keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut. Studi Kasus ini dilakukan pada kedua klien dengan diagnosa nyeri akut, penulis mengumpulkan data dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan dokumentasi. **Hasil :** setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi relaksasi pernafasan, masalah keperawatan nyeri akut dapat teratasi dan ada penurunan skala nyeri. **Diskusi :** Pada kedua klien ditemukan masalah nyeri akut berhubungan dengan Agens cedera fisik, adapun perbedaan dan respon pada setiap klien, pada klien 1 skala nyeri 5(-10) dan klien 2 skala nyeri 6 (0-10), sehingga perawat melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif dan menambahkan intervensi relaksasi pernafasan evaluasi kedua klien skala nyeri menjadi 2(0-10). Penulis menyarankan kepada perawat agar melakukan terapi non farmakologi relaksasi pernafasan sebagai intervensi dalam melakukan asuhan keperawatan.

Keyword : Nyeri Akut, Post Sectio Caesarea.

Daftar Pustaka : 20 Buku (2008-2019), 10 jurnal (2013-2019)

ABSTRACT

Background : *Sectio caesarea* is an act of removing the fetus by making an incision, based on data from medical records at RSUD Dr. Slamet Garut August 2019-January 2020 said that labor with the location of latitude are 36 cases. **Objective :** To describe nursing care in post section caesarea clients with acute pain nursing problems in the Lower Kalimaya Room of RSUD Dr. Slamet Garut. **Method :** A case study that describes nursing care for a caesarean post section client with acute pain in the Lower Kalimaya Room of RSUD Dr. Slamet Garut. This case study was conducted on both clients with acute pain diagnoses, the authors collected data by interview, observation, physical examination and documentation. **Result :** After nursing care is done by providing breathing relaxation interventions, acute pain nursing problems can be resolved and there is a decrease in pain scale. **Discussion :** In both clients found acute pain problems associated with physical injury agents, as for the differences and responses in each client, in clients 1 pain scale 5(0-10) and client 2 pain scale 6(0-10), so nurses perform nursing care comprehensively and add breathing relaxation interventions to evaluate the two clients pain scale to 2(0-10). The author suggests to nurses to do non pharmacological therapy for respiratory relaxation as an intervention in conducting nursing care. **Keywords :** Acute pain, Post caesarean section.

References : 20 Buku (2008-2019), 10 jurnal (2013-2019)

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Persalinan bisa terjadi secara fisiologis dan patologis, persalinan patologis kadang membutuhkan tindakan pembedahan dengan cara *Sectio Caesarea* (Rahim, Wahyuni Abd,dkk. 2019). Persalinan dengan cara metode *sectio caesarea* (SC) memiliki resiko kematian dibandingkan kelahiran dengan cara pervagina yaitu kematian ibu 4-5 kali. (Anggorowati & Nanik,S, 2014). Menurut WHO (World Health Organization, 2015), di negara-negara berkembang meningkat angka kejadian *sectio caesarea*. WHO menetapkan indikator persalinan SC 5-15% untuk setiap negara, jika tidak sesuai indikasi operasi SC dapat meningkatkan resiko morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi, berdasarkan Data RISKESDES tahun 2018, menunjukkan dengan kelahiran *sectio caesarea* sebesar 9,8% dari total 49,603 kelahiran dari tahun 2013-2018. DKI Jakarta 19,9% dengan provinsi tertinggi dan Sulawesi tenggara (3,3%) dengan posisi terendah (Andriani Riska, 2019), sementara kelahiran dengan bedah *sectio caesarea* diprovinsi Jawa Barat yaitu terbesar 7,5% diantaranya karena CPD (*Cephalo pelvik Disproportion*), perdarahan hebat dan kelainan

letak (kasdu, 2013 dalam firi,2018). Berdasarkan data dari rekam medik di RSUD Dr. Slamet Garut Bulan Agustus 2019-Januari 2020 menyebutkan bahwa persalinan dengan *sectio caesarea* adalah 803 kasus. Sedangkan indikasi dengan letak Lintang berjumlah 36 kasus (Rekam Medik RSUD Dr, Slamet, 2019).

Sectio caesarea berdampak pada Pemenuhan kebutuhan dasar ibu. Diantaranya gangguan pemuhan nutrisi dan cairan, gangguan eliminasi urin, gangguan aktivitas, gangguan pola istirahat dan tidur, gangguan pola hygiene dan masalah dalam pemberian air susu ibu pada bayinya (Maryunani, 2015 dalam Rahim Wahyuni Abd, 2019). Selain itu proses pembedahan dilakukan dengan cara insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf di sekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran prostaglandin dan histamine yang akan menimbulkan nyeri (Nyeri akut) (Chapman dan Charles, 2013).

Nyeri akut adalah nyeri yang hilang seirama dengan penyembuhannya yang normalnya berlangsung beberapa hari atau minggu karena sifatnya sementara (*Helf-limited*). Nyeri Akut yang dirasakan oleh klien pasca operasi merupakan penyebab dari stress, gelisah yang menyebabkan klien yang mengalami gangguan tidur, gelisah dan frustrasi, Salah satu bentuk nyeri setelah pembedahan yaitu nyeri paska *sectio caesarea*. Nyeri yang dirasakan ibu paska

sectio caesarea berasal dari luka sayatan yang terdapat diperut bekas jahitan paska operasi, jika nyeri tidak diatasi secara adekuat, hal ini dapat mempengaruhi system pulmonary, kardiovaskuler, gastrointestinal, endokrin, dan imunologik (Smeltzer, 2010 dalam Nurhayati Nung ati, 2015). Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi nyeri pasca bedah abdomen seperti faktor usia, makna nyeri, jenis kelamin, kebudayaan, perhatian, ansietas, kelelahan, pengalaman sebelumnya, gaya koping, dukungan keluarga dan sosial (Astutik Fuji, 2017).

Penatalaksanaan nyeri mencakup baik pendekatan farmakologi dan non farmakologi. Penatalaksanaan Untuk menghilangkan nyeri ada beberapa metode salah satunya teknik farmakologi. Meliputi penggunaan opioid (narkotik), non opioid/NsaidS (*Nonsteroid anti inflammation Drugs*) serta ko-analgesi fungsinya untuk menghilangkan nyeri terutama untuk nyeri yang sangat hebat yang berlangsung berjam-jam atau bahkan sehari-hari (Smeltzer & Bare 2012). Metode Teknik Non farmakologi yaitu dengan cara relaksasi pernafasan.

Teknik Relaksasi pernafasan adalah teknik untuk mencapai kondisi rileks dan teknik pereda karena banyak memberikan masukan terbesar, karena nyeri *paska sectio caesarea* dengan skala ringan, sedang, salah satu intervensi keperawatan independen yang tepat adalah teknik relaksasi pernafasan sesuai dengan

patofisiologinya teknik relaksasi pernafasan dapat mengurangi nyeri paska operasi dapat dirangsang oleh tindakan aktivitas-aktivitas di seraf besar, sehingga gerbang untuk aktivitas seraf berdiameter kecil (nyeri) tertutup. (Smeltzer & Bare, 2002 dalam I, Dewi Aprilia Ningsih et all, 2013).

Penanganan masalah nyeri secara terapi farmakologi dan teknik nonfarmakologi, perawat dapat melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif. Asuhan keperawatan pada ibu *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut sesuai dengan teori yaitu Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien, kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri, evaluasi pengalaman nyeri masa lampau, bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan, kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, kurangi faktor presipitasi nyeri, pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal), kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi, ajarkan tentang teknik non farmakologi, berikan analgetik untuk mengurangi nyeri, Evaluasi keefektifan control nyeri, tingkatkan istirahat, kolaborasikan

dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil (Nurarif dan Kusuma, 2015).

Peran perawat sebagai pelaksana keperawatan sangat penting memberikan rasa nyaman serta membantu agar aktivitas keseharian klien terpenuhi. Dalam hal ini perawat sangat penting terkait merawat pasien *post sectio caesarea* antara lain sebagai pemberian pelayanan kesehatan yang khususnya sebagai pemberi asuhan keperawatan secara komprehensif meliputi bio-psiko-sosio-spiritual. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan mengambil judul “Asuhan Keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut Di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr, Slamet Garut”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut Di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr, Slamet Garut?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mampu mendeskripsikan tentang asuhan keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut Di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr, Slamet Garut.

1.3.2. Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut Di Ruangannya Bawah RSUD Dr, Slamet Garut.
- 2) Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut Di Ruangannya Bawah RSUD Dr, Slamet Garut.
- 3) Menyusun perencanaan tindakan Keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut Di Ruangannya Bawah RSUD Dr, Slamet Garut.
- 4) Melaksanakan Tindakan Keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut Di Ruangannya Bawah RSUD Dr, Slamet Garut.
- 5) Melakukan Evaluasi pada klien *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut Di Ruangannya Bawah RSUD Dr, Slamet Garut.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Karya tulis ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan bagi pembaca khususnya pada keperawatan maternitas tentang Asuhan keperawatan pada klien post

operasi *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi perawat

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah bagi perawat yaitu menambah pengetahuan khususnya tentang *sectio caesarea* dan perawat dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada klien *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

b. Bagi Rumah Sakit

Manfaat Praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi rumah sakit yaitu, dapat dijadikannya acuan untuk mempertahankan mutu pelayanan terutama dalam memberikan asuhan keperawatan Khususnya pada klien *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Manfaat bagi institusi pendidikan yaitu dapat di jadikannya sebagai acuan untuk referensi bagi institusi pendidikan tentang ilmu keperawatan maternitas yaitu tentang asuhan keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

Sectio caesarea adalah suatu tindakan mengeluarkan janin dengan cara membuat insisi pada dinding uterus melalui dinding perut berupa sayatan (Sofian, 2012).

Sectio caesarea adalah mengeluarkan janin dengan cara melakukan pembedahan melalui insisi pada dinding abdomen dan uterus (Oxom & Wiliam, 2010).

2.1.1 Anatomi Genitalia

Anatomi Genitalia menurut (Wagiyo Ns & Putrono, 2016):

1. Organ Eksterna Vulva

1) Mons Pubis atau Mons Veneris

Daerah ini mulai ditumbuhi rambut pubis pada masa pubertas, lapisan lemak di bagian anterior *symphysis os pubis*.

2) Labia Mayora

Lapisan lemak lanjutan *mons pubis* kearah bawah dan belakang, banyak mengandung *pleksus vena*, *ligamentum rotundum uteri* berakhir pada batas atas

labia mayora di bagian bawah perineum, labia mayora menyatu (pada *commisura posterior*).

3) Labia Minora

Terdapat pembuluh darah, otot polos, dan ujung serabut saraf, lifatan jaringan tipis di balik *labia mayora*, tidak mempunyai folikel rambut.

4) Clitoris

Terdiri dari *corpus clitoridis* yang tertanam di dalam dinding anterior vagina dan *coput* atau *glans clitoridis* yang terletak dibagian *superior*.

5) Vestibulum

Terdapat 6 lubang atau *orificium*, yaitu *orificium urethrae externum*, *introitus vaginae*, *ductus glandulae Bartholini* kanan-kiri dan *duktus skene* kanan-kiri, antara *fourchet* dan vagina terdapat *fossa navicularis*. Daerah dengan batas atau *clitoris*, batas bawah *fourche*, batas *lateral labia mayora*.

6) Introitus atau Orificium Vagina

Terletak di bagian bawah *vestibulum*. *hymen* normal terdapat lubang kecil untuk aliran darah menstruasi, dapat berbentuk bulan sabit, bulat, oval, *cribiformis*, septum atau *fimbriae*. Pada gadis (*virgo*) tertutup lapisan tipis bermukosa yaitu selaput dara atau

hymen, utuh tanpa robekan. *Hymen* dapat robek dan bentuk lubang menjadi tidak beraturan dengan robekan (misalnya berbentuk *fimbriae*) akibat *coitus* atau trauma lain. Bentuk *himen post partum* disebut *parous*. Hymen yang abnormal, misalnya primer tidak berlubang (*hymen imperforata*) dapat menyebabkan darah menstruasi terkumpul di rongga *genitalia interna*.

7) Vagina.

Vagina memiliki dinding ventral dan dinding dorsal yang elastis, rongga *muskulomembranosa* berbentuk tabung mulai dari tepi *cervix uteri* dibagian kranial dorsal sampai ke pulva di bagian *kaudal ventral*. Bagian atas vagina berbentuk dari *duktus Mulleri*, bawah dari sinus *urogenitalis*, fungsi vagina adalah untuk mengeluarkan sekresi uterus pada haid, untuk jalan lahir dan untuk kopulasi (persetubuhan).

8) Perineum

Perineal body adalah *raphae median m.levator ani*, antara anus dan vagina. Daerah antara tepi bawah vulva dengan tepi depan anus, batas otot-otot diafragma pelvis (*m.lefator ani*, *m.coccygeus*) dan

diafragma urogenetalis (*m.perinealis transversus profunda, m.constrictor urethra*).

2. Genitalia Interna

1) Uterus (Rahim)

Selama kehamilan berfungsi sebagai tempat implanasi, retensi, dan nutrisi konseptus dan suatu organ muskular berbentuk seperti buah pir, dilapisi *peritoneum* (jaringan serosa). Pada saat persalinan terdapat kontraksi uterus dan pembukaan serviks uterus, isi konseptus dikeluarkan.

2) Serviks Uteri

Bagian luar di dalam rongga vagina yaitu *portio cervicis uteri* (dinding) dengan lubang *ostium uteri externum* (luar, arah, vagina) dilapisi *epitel skuamokolumnar mukosa serviks*, dan *ostium uteri internum* (dalam, arah *cavum*). Bagian terbawah uterus, terdiri dari *pars vaginalis* (berbatasan atau menembus dinding dalam vagina dan *pars supravaginali*) terdapat 3 komponen utama, yaitu otot polos, jalinan jaringan ikat (kolagen dan glikosamin), dan elastin.

3) Corpus Uteri

Posisi *corpus intraabdomen* mendatar dengan fleksi ke anterior, *fundus uteri* berada di atas *vesica urinaria*,

selama pertumbuhan dan perkembangan proporsi ukuran *corpus* terhadap *isthmus* dan *serviks uterus* bervariasi. Terdiri dari lapisan paling luar lapisan serosa atau *peritoneum* yang melekat pada *ligamentum latum uteri* di *intraabdomen*, tengah lapisan *muscular* atau *myometrium* berupa otot polos tiga lapis (dari luar ke dalam arah serabut otot longitudinal, anyaman dan sirkular).

4) Ligamentum Penyangga Uterus

Terdiri dari beberapa bagian yang disebut *ligamentum rotundum*, *ligamentum latum*, *ligamentum cardinale*, *ligamentum ovarii*, *ligamentum sacrotarina propium*, *ligamentum vesicouterina*, *ligamentum infundibulopelvicum*, dan *ligamentum rectouterina*.

5) Vaskularisasi Uterus

Terutama dari *arteri ovarica* cabang *aorta abdominalis* dan *arteri uterina* cabang *arteri hypogastrica* atau *illaca*.

6) Tuba Falopi

Panjang 8-14 cm sepasang tuba kiri-kanan, berfungsi sebagai jalan transportasi ovum dari ovarium sampai *cavum uteri*, embriologi uterus dan tuba berasal dari *ductus Mulleri*. Dinding tuba terdiri dari tiga lapisan,

yaitu (*muscular, longitudinal dan sirkular*), serosa, serta mukosa dengan *epitel bersilia*.

7) Pars Isthmica (Proksimal atau Isthamus)

Terdapat *sfinger uterutuba* pengendali transfer *gamet* dan bagian dengan *lumen* tersempit.

8) Pars Ampularis (Medial atau Ampula)

Pada hamil ektopik (Patologik) sering juga terjadi implantasi di dinding tuba dan tempat yang sering terjadi *fertilasi* di daerah ampula atau *infundibulum*.

9) Pars Infundibulum (Distal)

Fimbrae berfungsi sebagai “menangkap” ovum yang keluar saat ovulasi dari permukaan ovarium masuk ke dalam tuba, dan dilengkapi dengan *fimbrae* serta *ostium tubae abdominale* pada ujungnya, melekat dengan permukaan ovarium.

10) Mesosalping

Jaringan ikat penyangga tuba

11) Ovarium

Ovarium berfungsi dalam pembentukan dan pematangan folikel menjadi ovum (dari sel epitel *germinal primordial* di lapisan terluar epitel ovarium di korteks), ovulasi (pengeluaran ovum), sintesis dan sekresi hormon-hormon steroid (estrogen oleh teka *interna folikel*,

progesterone oleh *korpus luteum pascaovulasi*). Organ endokrin berbentuk oval, terletak dalam rongga *peritoneum*, sepasang kiri kanan, dilapisi *mesovarium*, sebagai jaringan ikat dan jalan pembuluh darah dan saraf, terdiri dari *korteks* dan *medulla*. Ovarium terfiksasi oleh *ligamentum ovarii proprium*, *ligamentum infundibulopelvicum*, dan jaringan ikat *mesovarium*, berhubungan dengan *pars infundibulum tuba falopi* melalui perlekatan *fimbrae*. *Fimbrae* “menangkap” ovum yang dilepaskan pada saat ovulasi.

2.1.2 Etiologi

1. Etiologi yang berasal dari ibu.

Etiologi yang berasal dari ibu yaitu *primi para tua* disertai dengan kelainan letak ada, *disproporsi sefalo pelvik* (*disproporsi janin/ panggul*), *primigravida* dengan kelainan letak, terdapat sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, *panggul sempit*, *plasenta previa* terutama pada *primigravida*, tingkat I-III *solusio plasenta*, terdapat komplikasi kehamilan yaitu *preeklampsia-eklampsia*, kehamilan yang disertai penyakit (*jantung, DM*), *kista ovarium*, *mioma uteri* yang menyebabkan gangguan perjalanan persalinan (Nurarif & Kusuma, 2015).

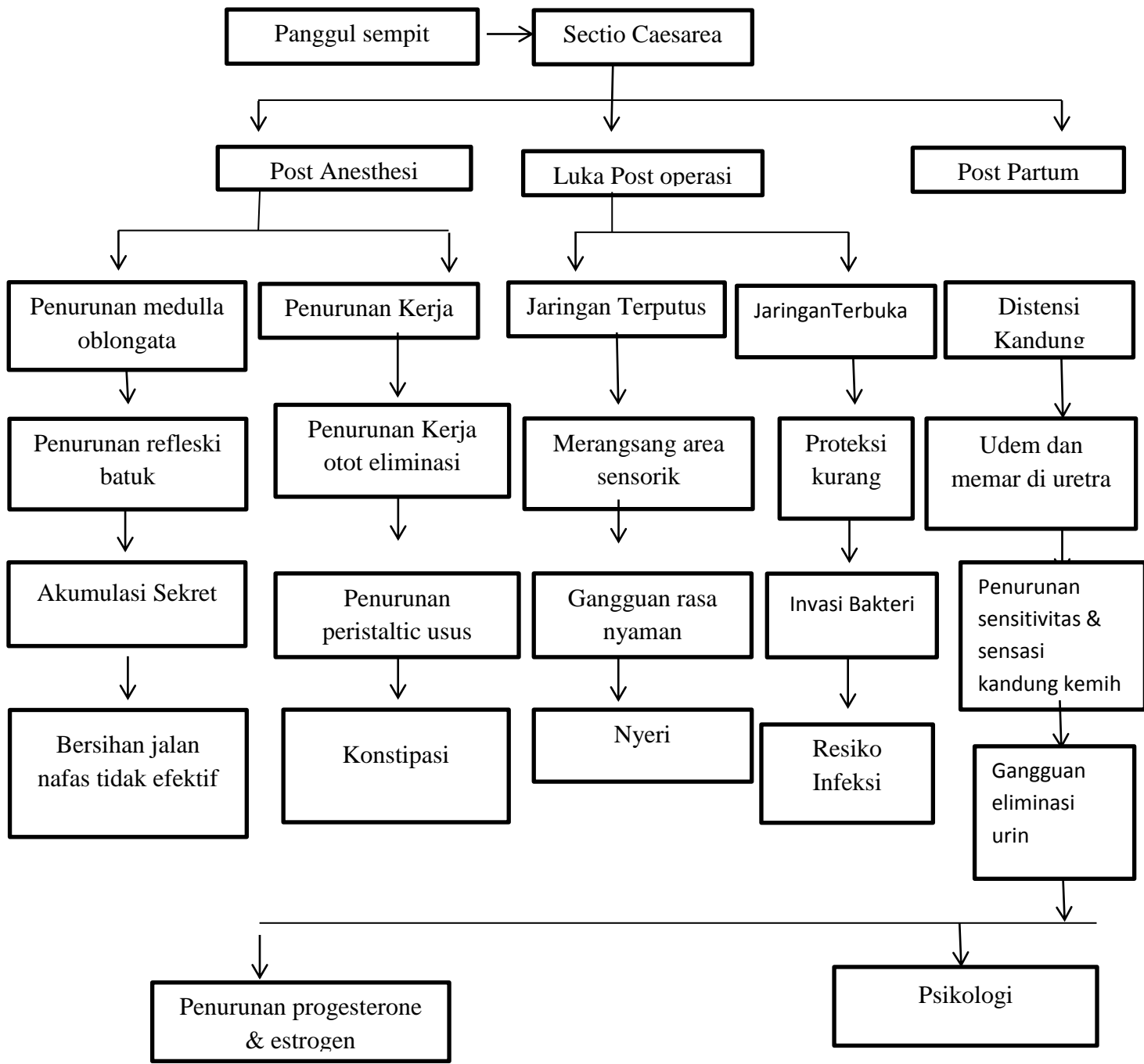
2. Etiologi yang berasal dari janin

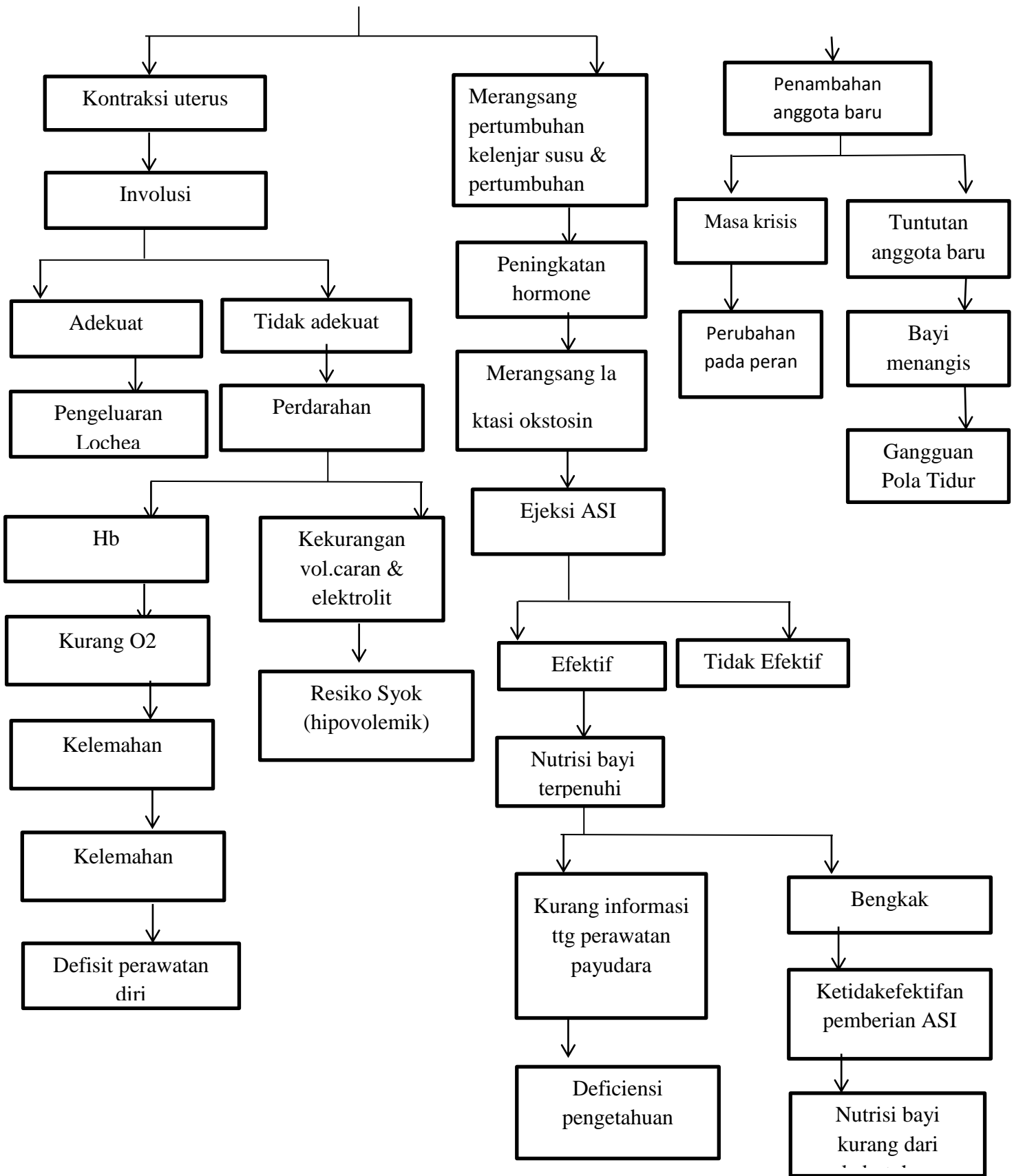
Yaitu fetal distress/gawat janin, kedudukan janin mal presentasi dan mal posisi janin, pembukaan yang kecil pada prolapsus tali pusat, vakum atau forceps ekstraksi menyebabkan kegagalan persalinan (Nurarif & Kusuma, 2015)

2.1.3 Patofisiologi

Pembedahan SC merupakan tindakan insisi pada abdomen yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan, saraf-saraf, pembuluh darah di sekitar daerah insisi. Selain itu akan merangsang pengeluaran bahan-bahan yang dapat menstimulus reseptor nyeri seperti histamine, serotonin, bradikinin, ion kalium, substansi P dan prostaglandin, serta mengakibatkan adanya respon nyeri (Kozier, 2010). Ketika ibu mengalami nyeri maka akan takut melakukan mobilisasi dini karena kepercayaan seseorang terhadap budayanya apabila sering bergerak setelah melahirkan maka benang jahitannya akan terputus dan lebih sakit jika melakukan mobilisasi dan ibu semakin takut untuk melakukannya (Chapman, 2006 dalam S Anis Satus, 2017). Mobilisasi dini post sc sangat perlu dilakukan jika tidak akan memberi dampak terhadap ibu seperti peningkatan suhu, perdarahan abnormal, thrombosis, involusi yang tidak baik,

aliran darah tersumbat, peningkatan intensitas nyeri (Suryani,
2010 dalam S anis Satus, 2017)





(Nurarif & Kusuma, 2015)

2.1.4 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
2. Pemantauan EKG
3. JDL dengan diferensial
4. Elektrolit
5. Hemoglobin/Hematokrit
6. Golongan Darah
7. Urinalis
8. Amniosentesis terhadap muturitas paru janin sesuai indikasi
9. Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi
10. Ultrasound sesuai pesanan.

(Nurarif & Kusuma, 2015)

2.1.5 Penatalaksanaan

1. Pemberian cairan.
Penggantian cairan ini pada saat pasien kritis atau kehilangan cairan terlalu banyak baik dalam bentuk air maupun darah.
2. Post operasi pada hari kedua pasien dapat duduk.
3. Adanya pemberian obat-obatan.
4. Perawatan luka.
5. Perawatan payudara.

Perawatan payudara ini supaya produksi ASI lancar dan menghindari kesulitan dalam menyusui (Oxom & Wiliam, 2010).

2.1.6 Adaptasi Post Partum

Post partum adalah berlangsung selama kira-kira 6 minggu, setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil (Siti Saleha, 2013 dalam Wahyuningsih Sri, 2019).

a) Tahapan masa post partum

1. *Immediate Postpartum* (setelah plasenta lahir-24 jam)

Masalah yang sering terjadi pendarahan karena atonia uteri, karena itu perlu melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochia, tekanan darah dan suhu, dan setelah plasenta lahir sampai 24jam.

2. *Early postpartum* (24 jam-1 mg)

Uteri normal tidak ada perdarahan, lochia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapat makanan dan cairan serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3. *Late post partum* (1 mg-6 mg)

Melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling/pendidikan kesehatan Keluarga Berencana (KB) (Wahyuningsih Sri, 2019).

b) Kebutuhan masa post partum

- 1) Nutrisi dan cairan
- 2) Ambulasi
- 3) Eliminasi
- 4) Kebersihan diri
- 5) Istirahat dan tidur

(Wahyuningsih Sri, 2019).

c) Perubahan fisiologis pada Masa post partum

1. Uterus

Uterus akan mulai mengeras karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya setelah plasenta lahir. Uterus berangsur-angsur mengecil sampai keadaan sebelum hamil (Wahyuningsih Sri, 2019).

Tabel 1.1

Perubahan Uterus

Waktu	TFU	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gr
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gr
1 mg	½ pst symps	500 gr
2 mg	Tidak teraba	350 gr
6 mg	Bertambah kecil	50 gr
8 mg	Normal	30 Gr

(Sumber Wahyuningsih Sri, 2019).

2. Lochea

Selama masa post partum mengeluarkan cairan/ secret berasal dari kavum uteri dan vagina. Berikut ini, beberapa jenis lokia (Wahyuningsih Sri, 2019). :

a. Lokia Rubra

berlangsung 2 hari post partum berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput desidua, ketuban, meconium, verniks lanugo.

b. Lokia Sanguilenta

Berlangsung 3-7 hari post partum berwarna merah kuning berisi darah dan 6nsit.

c. Lokia serosa

Berlangsung 7-14 hari post partum berwarna kuning karena mengandung serum, jaringan desidua, leukosit dan eritrosit.

d. Lokia alba

Berlangsung 14 hari-2 minggu berwarna putih terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua.

3. Endometrium

Kontraksi menonjol ke kavum uteri karena bekas implantasi plasenta, endometrium akan rata setelah hari ke 3 dan hari ke 1 endometrium tebal 2,3 mm.

Perubahan terjadi dengan timbulnya thrombosis, degenerasi dan nekrosis di tempat implantasi (Wahyuningsih Sri, 2019).

4. Serviks

Setelah 7 hari setelah persalinan serviks menganga dapat di lalui 1 jari, setelah 4 minggu rongga bagian luar kembali normal (Wahyuningsih Sri, 2019).

5. Vagina dan Perineum

Perinium yang terdapat laserasi atau jahitan serta udem akan berangsur-angsur pulih sembuh 6-7 hari tanpa infeksi. Vagina seperti ukuran nullipara dan berangsur-angsur luasnya berkurang, hymen berubah menjadi karunkula mitiformis dan tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil. Minggu ke tiga rugae vagina kembali. Oleh karena itu vulva hygiene perlu dilakukan (Wahyuningsih Sri, 2019).

6. Mamae/payudara

jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya selama kehamilan mempersiapkan makanan bagi bayi. Wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Ada 2 mekanisme : produksi susu, sekresi susu atau *let down*. Pada hari ke tiga setelah melahirkan efek prolactin pada payudara mulai dirasakan, sel acini yang menghasilkan ASI mulai berfungsi. Oksitoksin merangsang ensit let down (*mengalirkan* pada saat

bayi menghisap, sehingga menyebabkan ejeksi ASI (Wahyuningsih Sri, 2019).

7. Sistem pencernaan

Ibu merasa lapar setelah persalinan 2 jam tidak ada alasan menunda pemberian makan, kecuali ada komplikasi persalinan, konstipasi terjadi karena psikis takut BAB karena ada luka jahit perineum (Wahyuningsih Sri, 2019).

8. Sistem perkemihan

Kurang dari 40% wanita post partum mengalami proteinuria non patologis, kecuali pada kasus preeklamsi. Pelvis ginjal beregang dan dilatasi selama kehamilan, kembali normal akhir minggu ke 4 setelah melahirkan (Wahyuningsih Sri, 2019).

9. Sistem muskuloskeletal

Saat kehamilan ligament, fasia, diafragma pelvis meregang dan berangsur-angsur mengecil seperti semula (Wahyuningsih Sri, 2019).

10. Sistem Endokrin

1. Okstitoksin membantu uterus kembali normal sehingga berperan dalam kontraksi uterus untuk mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin.

2. Prolatin, jika ibu post partum tidak menyusui dalam 14-21 hari timbul menstruasi. Dikeluarkan oleh kelenjar dimana pituitrin merangsang pengeluaran prolaktin untuk produksi ASI.
3. Estrogen dan progesteron, progesterone meningkat setelah melahirkan estrogen menurun (Wahyuningsih Sri, 2019).

11. Tanda-tanda vital

1. Suhu tubuh

Saat post partum naik kurang lebih 0,5C, setelah 2 jam post partum normal.

2. Nadi dan pernafasan

Nadi dapat bradikardi jika terjadi takikardi waspada terjadi pendarahan, pernafasan akan sedikit meningkat setelah persalinan lalu kembali normal.

3. Tekanan darah setelah beberapa hari kadang naik lalu kembali normal asalkan tidak ada penyakit yang menyertai dan BB turun rata-rata 4,5 kg.

4. Adanya striae pada dinding abdomen tidak dapat dihilangkan sempurna dan berubah jadi putih (striae albicans) (Wahyuningsih Sri, 2019).

a) Adaptasi psikologis

Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut (Pitriani Risa & Rika Andriani, 2014)

1. *Fase Taking In* (Masa Ketergantungan)

Terjadi pada hari ke 1 sampai ke 2, ibu biasanya fokus terhadap diri sendiri, mungkin pasif dan tergantung, biasanya ibu tidak menginginkan kontak dengan bayinya tetapi bukan berarti tidak memperhatikan, pada fase ini ibu lebih perlu informasi bayinya dibandingkan cara merawat bayinya.

2. *Fase Taking Hold* (Fase independen)

Terjadi pada hari ke 3 sampai hari ke 10, perasaan ibu pada fase ini sensitive sehingga mudah tersinggung jika komunikasi kurang hati-hati. Ibu mulai berusaha mandiri dan berinisiatif, perhatian terhadap kemampuan mengatasi fungsi tubuhnya seperti buang air kecil dan buang air besar, ingin belajar tentang perawatan diri dan bayi.

3. *Fase Letting Go* (Fase interdependen)

Terjadi setelah hari ke-10 post partum, ibu menerima peran dan tanggung jawab baru, terdapat penyesuaian dalam hubungan keluarga termasuk bayinya dan peningkatan kemandirian dalam merawat diri dan bayinya. Pada masa post partum terdapat perubahan perasaan

sebagai respon alami terhadap rasa lelah yang di rasakan dan akan kembali secara perlahan.

2.2 Konsep Nyeri

2.2.3 Definisi Nyeri

Nyeri adalah bentuk ketidaknyamanan baik emosional maupun sensori yang berhubungan dengan resiko atau aktualnya kerusakan jaringan tubuh, bisa disebabkan mekanisme proteksi bagi tubuh dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri timbul ketika jaringan sedang rusak (Andarmoyo Sulisty, 2013)

2.2.4 Fisiologi Nyeri

Munculnya nyeri sangat berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan, reseptor nyeri yang dimaksud adalah *nociceptor*, merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit myelin yang tersebar pada mukosa dan kulit,

khususnya pada, dinding arteri, hati, visera, persendian, dan kantong empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respon akibat adanya rangsangan atau stimulasi. Stimulasi berasal dari zat kimiawi diantaranya seperti bradikinin, histamine, prostaglandin.

Stimulasi yang diterima oleh reseptor tersebut ditransmisikan berupa impuls-impuls nyeri ke sumsum tulang belakang oleh dua jenis serabut, yaitu serabut A (Delta) yang

bermielin rapat dan serabut lamban (serabut C). Impuls- impuls yang ditansmisikan ke serabut C. Serabut-serabut aferen masuk ke spinal melalui akar dorsal (*dorsal root*) serta sinaps dan pada dorsal hom. Dorsal hom tersebut terdiri atas beberapa lapisan atau amina yang saling bertautan, diantara lapisan dua dan tiga membentuk *substansia gelatinosa* yang merupakan saluran utama impuls. Kemudian, impuls nyeri menyebrangi sumsum tulang belakang pada inteneuron dan bersambung ke jalur spinal ascendens yang paling utama, yaitu jalur *spinathalamic tract* (STT) atau jalur spinothalamust dan spinoreticular tract (SRT) yang membawa informasi mengenai sifat dan lokasi nyeri. Dari proses transmisi terdapat dua jalur mekanisme terjadinya nyeri, yaitu jalur opiate dan jalur nonopiate. Jalur opiate ditandai oleh pertemuan reseptor pada otak yang terdiri atas jalur spinal descendens dari talamus, yang melalui otak tengah dan medulla, ke tanduk dorsal sumsum tulang belakang yang berkonduksi dengan nociceptor impuls supresif. Serotonin merupakan neurotransmitter dalam impuls supresif. Sistem supresif lebih mengaktifkan stimulasi nociceptor yang ditransmisikan oleh serabut A. Jalur nonopiate yang kurang banyak diketahui mekanismenya (Uliyah Musrifatul & Hidayat A.Aziz Alimul, 2008).

2.2.5 Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi dua, yakni nyeri akut dan kronis. Nyeri akut merupakan nyeri yang tidak melebihi 6 bulan dan timbul secara mendadak dan cepat menghilang, serta ditandai dengan adanya peningkatan tegangan otot. Nyeri kronis merupakan nyeri yang biasanya berlangsung waktu cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan dan timbul secara perlahan-lahan. Termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatis. Tabel berikut ini menunjukkan beberapa kategori pembagian nyeri ke dalam di tinjau dari sifat terjadinya, diantaranya nyeri terbakar dan nyeri tertusuk. (Uliyah Musrifatul & A, Aziz Alimul Hidayat, 2008).

Tabel 1.2

Perbedaan Nyeri Akut dan Kronis

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronis
---------------	------------	--------------

Pengalaman	Suatu kejadian.	Suatu situasi, status eksistensi.
Sumber	Sebab eksternal atau penyakit dalam.	Tidak diketahui atau pengobatan yang terlalu lama.
Serangan	Mendadak .	Bisa mendadak, berkembang.
Waktu	Sampai enam bulan	Selalu lebih dari enam bulan, sampai bertahun-tahun.
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri tidak diketahui dengan pasti.	Daerah nyeri kulit dibedakan intensitasnya, sehingga sulit dievaluasi (perubahan perasaan)
Gejala-gejala klinis	Pola respons yang khas dengan gejala yang lebih jelas	Pola respons yang bervariasi, sedikit gejala-gejala (adaptasi)
Pola	Terbatas	Berlangsung terus sehingga dapat bervariasi.
Perjalanan	Biasanya berkurang setelah beberapa saat	Penderitaan meningkat setelah beberapa saat.

(Sumber (Uliyah Musrifatul & Hidayat A.Aziz Alimul, 2008).

Selain klasifikasi nyeri diatas, terdapat jenis nyeri yang spesifik, diantaranya nyeri somatic, nyeri visceral, nyeri menjalar (*referent pain*), nyeri psikogenik, nyeri phantom dan ekstremitas, nyeri neurologis dan lain-lain. Nyeri somatic dan nyeri visceral ini umumnya bersumber dari kulit dan jaringan dibawah kulit (superfisial) pada otot dan tulang, perbedaan antara kedua jenis nyeri ini dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 1.3

Perbedaan Nyeri somatic dan Nyeri Viseral

Karakteristik	Nyeri Somatis	Nyeri viseral
Kualitas	Superfisial Tajam, menusuk, Membakar	Dalam Tajam,tumpul,tumpul,nyeri Nyeri terus
Menjalar	Tidak Toheren, abrasi	Tidak, toheren, panas Terus, kejang
Stimulasi		Iskemia pergeseran tempat Distensia, iskemia, Spasmus, aritasi kimiawi (tidak ada toheren)

2.2.6 Pengukuran Intensitas Nyeri

1. Skala nyeri menurut *Hayward*

Skala nyeri menurut Hayward dapat dituliskan sebagai berikut

- a. 0= Tidak nyeri
- b. 1-3 = nyeri ringan
- c. 4-6= nyeri sedang
- d. 7-9= sangat nyeri, tetapi masih bisa terkendali dengan aktivitas yang bisa dilakukan.
- e. 10= sangat nyeri dan tidak bisa dikendalikan .

2. Skala nyeri menurut McGill

Skala nyeri menurut McGill dapat di tuliskan sebagai berikut

- a. 0= Tidak nyeri
- b. 1 = nyeri ringan
- c. 2= nyeri sedang
- d. 3= nyeri berat atau parah
- e. 4= nyeri sangat berat
- f. 5= nyeri hebat

3. Skala wajah atau wong-Baker FACES Rating Scale

Skala Wajah dapat di gambarkan Sebagai berikut :

- a. 0 = Tidak sakit
- b. 2 = sedikit sakit
- c. 4= agak mengganggu
- d. 6= megganggu aktivitas
- e. 8= sangat mengganggu
- f. 10= tak tertahankan

(Micron Medical Multemedia,2015)

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

1. Pemeriksaan Fisik pada Ibu

Tujuan pengkajian yaitu untuk mengidentifikasi dan mengumpulkan data pasien, mengenal masalah kebutuhan kesehatan, keperawatan pasien baik fisik, mental, sosial, dan lingkungan (Dermawan, 2012).

Pengkajian keperawatan pada ibu post *sectio caesarea* menurut (Jitowiyono & Kristiyansari, 2012) adalah :

a. Identitas pasien

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomer medrec.

b. Keluhan Utama

Biasanya data subyektif mengeluh nyeri dan data obyektif klien tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

Karakteristik nyeri dikaji dengan istilah PQRST sebagai berikut :

- P (provokatif atau paliatif) merupakan data dari penyebab, apa yang memperberat dan apa yang mengurangi. pertanyaan yang ditunjukkan pada pasien berupa
 1. Apa yang menyebabkan klien nyeri ?
 2. Apa saja yang mampu mengurangi ataupun memperberat nyeri terhadap klien?
 3. Apa yang anda lakukan ketika nyeri pertama kali dirasakan?

- Q (kualitas atau kuantitas) merupakan nyeri apa yang dirasakan pasien, tampilannya. pertanyaan yang ditanyakan berupa.
 1. Bagaimana gejala nyeri yang dirasakan?
 2. Sejauh mana nyeri yang di rasakan pasien sekarang dengan nyeri yang dirasakan sebelumnya, apakah nyeri hingga mengganggu aktifitas?
- R (Regional atau area yang terpapar nyeri atau radiasi) biasana dimana lokasi nyeri dan penyebarannya. klien nyeri, data yang ditanyakan berupa :
 1. Dimana gejala nyeri terasa?
 2. Apakah nyeri dirasakan menyebar atau merambat?
- Skala merupakan data yang mengenai seberapa nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan biasanya seberapa rentang nyeri dari 1-10
- T (Timing atau waktu) biasanya mengenai kapan nyeri yang dirasakan, biasanya pertanyaan yang ditujukan :
 1. Kapan gejala nyeri mulai dirasakan?

2. Seberapa sering nyeri terasa, apakah tiba-tiba atau bertahap?

a. Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang berisi pengkajian data yang dilakukan untuk mengetahui penyebab dilakukannya operasi *sectio caesarea*. Misalnya letak bayi seperti sungsang dan lintang, plasenta previa.

b. Riwayat Kesehatan dahulu

Riwayat penyakit dahulu adalah penyakit yang pernah diderita pasien sebelumnya, seperti penyakit hipertensi/plasenta previa. Serta riwayat operasi lainnya maupun operasi kandung section caesarea.

1) Riwayat Obstetri

a) Riwayat kehamilan

Berapa kali dilakukan pemeriksaan ANC, Hasil Laboratorium : USG, Darah, Urine, Keluhan selama kehamilan termasuk impresi dan stuasi emosional (Nurbaeti Irma et al, 2013).

b) Riwayat persalinan

a. Riwayat Persalinan lalu

Umur kehamilan saat bersalin, jenis persalinan, penolong persalinan, BB bayi, kelainan fisik, kondisi anak saat ini (Nurbaeti Irma et al, 2013).

b. Riwayat nifas pada persalinan lalu

Keadaan lochia, kondisi perdarahan selama nifas, tingkat aktivitas setelah melahirkan, keadaan abdominal, nyeri pada payudara, kebersihan pemberian ASI (Nurbaeti Irma et al, 2013).

c. Riwayat KB dan perencanaan keluarga.

Jenis kontrasepsi yang digunakan, kebutuhan kontrasepsi yang pernah digunakan, kebutuhan kontrasepsi yang akan datang, penambahan anggota baru di masa mendatang (Nurbaeti Irma et al, 2013).

c. Riwayat kesehatan keluarga Apakah keluarga pasien memiliki riwayat penyakit keturunan seperti Hipertensi/Diabetes.

d. Kebiasaan Sehari-Hari

a. Pola nutrisi

Ibu biasanya efek dari analgesia, anastesia dan kelelahan, kebanyakan ibu akan merasa sangat lapar sehingga terjadi peningkatan nafsu makan, diperlukan waktu 3-4 hari

sebelum faal usus kembali normal (Nurbaeti et al, 2013)

b. Pola istirahat tidur

Pasien post *sectio caesarea* terjadi perubahan pada pola tidur dan istirahat karena nyeri yang dirasakan akibat luka pembedahan dan adanya kelahiran bayi.

c. Pola eliminasi

Pada pasien post *sectio caesarea* biasanya akan terpasang kateter urine (Nurbaeti et al, 2013).

d. Pola hygiene

Kondisi ibu melahirkan dengan SC biasanya dalam melakukan perawatan diri sendiri dan bayinya masih dibantu karena keterbatasan dalam merawat diri (Suryani & Anik, 2015).

e. Aktivitas

Biasanya kondisinya ibu post SC keadaannya lemah dan nyeri akibat tindakan operasi, sehingga dibantu dalam perawatan diri dan bayi (Suryani & Anik, 2015)

2) Pemeriksaan fisik Ibu

a. Tanda-tanda vital

1) Temperatur

Suhu tubuh akan meningkat pada 24 jam pertama, periksa 1 kali pada jam pertama.

2) Nadi

Takikardi adalah salah satu tanda-tanda syok. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan kira-kira 600-800 ml, periksa setiap 15 menit pada satu jam pertama, kemudian 30 menit pada jam berikutnya.

3) Pernafasan

Pernafasan biasanya akan kembali normal setelah 1 jam dan periksa setiap 15 menit (Mansur & Dahlan, 2014).

4) Tekanan Darah

Setelah melahirkan banyak wanita yang mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik, yang kembali secara spontan dalam beberapa hari, periksa setiap 15 menit selama satu jam atau sampai stabil. Komplikasi yang relative jarang, tetapi serius, jika peningkatan tekanan darah signifikan (Mansur & Dahlan, 2014).

1. Kepala

pemeriksaan fisik meliputi bentuk kepala, apakah ada benjolan atau lesi, kebersihan kepala, dan biasanya pada wajah ibu post partum terdapat chloasma gravidarum.

2. Mata

Pemeriksaan mata meliputi kesimetrisan dan kelengkapan mata, mata konjungtiva anemis atau tidak biasanya ada keadaan dimana konjungtiva anemis karena proses persalinan yang mengalami perdarahan, pergerakan bola mata, refleks pupil terhadap cahaya, gangguan pada sistem penglihatan, fungsi penglihatan (Suryani & Anik, 2015).

3. Hidung

Pemeriksaan hidung meliputi kondisi lubang hidung, cuping hidung, warna mukosa, fungsi penciuman dan nyeri tekan (Suryani & Anik, 2015).

4. Telinga

Bentuk simetris, kebersihan telinga, fungsi pendengaran, adakah gangguan pada fungsi pendengaran (Suryani & Anik, 2015).

5. Leher

Pemeriksaan leher meliputi ada pembengkakan atau tidak ada, kelenjar tiroid, vena jugularis, biasanya pada pasien post partum terjadi pembesaran kelenjar tiroid karena adanya proses menerang yang salah.

6. Dada

a. Paru-paru

Bunyi pergerakan dada simetris, pernafasan vesikuler atau tidak, pernafasan regular, apakah ada suara tambahan seperti ronchi dan wheezing.

b. Jantung

Bunyi jantung I dan II regular atau ireguler, tunggal atau tidak, intensitas kuat atau tidak, apakah ada bunyi tambahan seperti murmur dan gallop

c. Payudara

Pemeriksaan meliputi inspeksi warna kemerahan atau tidak, ada oedema atau tidak. Hiperpigmentasi aerola mammae serta penonjolan dari papilla mammae. Hal ini menandai apabila aerola mammae dipijat, keluarlah cairan kolostrum, palpasi yang

dilakukan untuk menilai apakah adanya benjolan, serta mengkaji adanya nyeri tekan.

7. Abdomen

Bising usus tidak ada, samar, atau jelas. Kontraksi uterus kuat dan teratur selama 12 jam pertama, dan ini berlanjut selama 2-3 hari berikutnya, meskipun frekuensi dan intensitas dikurangi. Terdapat linea nigra, teraba lembut, tinggi fundus uterus, nyeri, perabaan distensi blas dan terdapat luka insisi (Suryani & Anikk, 2015)

8. Genitalia

Pemeriksaan genitalia pemerikaaan pada vulva. Pengeluaran lokhea meliputi warna, bau, jumlah, dan konsistensinya (Suryani dan Anik, 2015).

9. Anus

Pada pemeriksaan apakah terdapat hemoroid atau tidak

10. Integumen

Pemeriksaan umumnya setelah persalinan terjadi penurunan melanin dan menyebabkan berkurangnya hiperpigmentasi kulit. Dilihat

warna, turgor, kelembapan, suhu tubuh, tekstur, hiperpigmentasi

11. Ekstremitas

Pada pemeriksaan kaki apakah terdapat: varises, reflek patella, oedema, nyeri tekan atau panas pada betis. Adanya tanda human, caranya dengan meletakkan 1 tangan pada lutut ibu dan di lakukan tekanan ringan agar lutut tetap lurus. Bila ibu merasakan nyeri pada betis dengan tindakan tersebut, tanda human (+)

2. Pemeriksaan fisik pada Bayi

Pemeriksaan fisik bayi baru lahir menurut Yulianti Nila Trisna & Karmilan Lestari, N, S, 2019).

yaitu :

a. Penilaian APGAR SCORE

Apgar Score adalah sarana untuk menilai kondisi bayi, skor ini digunakan oleh dokter untuk menentukan tindakan yang perlu dilakukan pada saat bayi lahir, apgar score meliputi Denyut jantung bayi, Nafas, Gerakan, Warna kulit, Refleks (Rahmatullah Irfan & Nurcholid Umam, 2016)

Table 1.4

Penilaian APGAR SCORE

Tanda	0	1	2
Appearance (Warna kulit)	Biru Pucat	Tubuh Merah Ekstremitas Biru	Merah seluruh tubuh
Pulse (Denyut jantung)	Tidak ada	Kurang dari 100x/menit	Lebih dari 100x/menit
Response (Reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Merintih	Batuk, bersin
Activity (Tonus otot)	Lunglai	Lemah (Fleksi ekstremitas)	Gerak aktif (Fleksi kuat)
Respiration (Usaha nafas)	Tidak ada	Tidak Teratur	Tangis kuat

Sumber (Yulianti Nila Trisna & Karmilan

Lestari,N,S, 2019).

Keterangan

Hasil Apgar Score : 0-3 : Asfiksia Berat

Hasil Apgar Score : 4-6 : Asfiksia Ringan

Hasil Apgar Score : 7-10 : Normal

3. Pemeriksaan Tanda-tanda vital dan Antropometri

a) Frekuensi pernafasan

Sebelum menentukan denyut apeks hitung pernafasan selama 60 detik pada saat bayi tenang. Frekuensi yang normal adalah 30 sampai 60 kali per menit.

b) Denyut jantung

Normalnya adalah 120 sampai 160 kali per menit, hitung denyut apeks selama 60 detik di atas apeks jantung.

c) Suhu

Ukur suhu setiap 4 jam sampai 30 menit sampai bayi stabil.

d) Pengukuran panjang badan

Rata-rata panjang bayi cukup bulan adalah 49,5 cm, ukur bayi dengan meletakkan ditempat yang rata dan luruskan kakinya sebelum mengukur.

e) Ukuran lingkar kepala

Rata-rata lingkar kepala adalah 35,5 dan ukur melingkar bagian oksiput yang terbesar

f) Ukuran lingkar dada

rata-rata lingkar dada adalah 33 cm, biasanya 2 sampai 3 cm lebih kecil daripada lingkar kepala dan ukur melingkar bagian oksiput yang terbesar.

g) Pemeriksaan fisik Head To To

1. Kepala

Lihat apakah ukuran dan tampilan normal, raba sepanjang garis sutura dan fontanel. Periksa adanya trauma kelahiran seperti caput suksedaneum, sefal hematoma, perdarahan subaponeurotik atau fraktur

tulang tengkorak, apakah ada kelainan kongenital seperti asensefali, mikrosefali, kraniotabes (Yulianti Nila Trisna & Karmilan Lestari,N,S, 2019).

2. Wajah

Wajah simetris, perhatikan kelaianan wajah yang khas seperti sindrom down atau sindrom piere robin, perhatikan kelainan wajah akibat trauma lahir seperti laresasi, fasialis

3. Mata

Periksa jumlah dan letak mata, periksa apakah ada glaucoma atau tidak, periksa adanya trauma seperti palpebral, perdarahan konjungtiva atau retina, apabila ditemukan epichantus melebar kemungkinan bayi mengalami sindrom down (Yulianti Nila Trisna & Karmilan Lestari,N,S, 2019).

4. Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, periksa apakah ada pernafasan cuping hidung, periksa adanya secret yang mukopurulen yang terkadang berdarah kemungkinan adanya sifilis kongenital. (Yulianti Nila Trisna & Karmilan Lestari,N,S, 2019).

5. Mulut

Kaji kesimetrisannya, periksa apakah bibir sumbing, adanya gigi granula, periksa keutuhan langit-langit, perhatikan adanya bercak putih pada gusi atau palatum yang biasanya terjadi akibat *epistein's pearl* atau gusi. Periksa lidah apakah membesar atau bergerak (Yulianti Nila T risna & Karmilan Lestari,N,S, 2019).

6. Telinga

Lihat jumlah telinga, bentuk dan posisinya. Perhatikan letak daun telinga, daun telinga yang letaknya rendah (low set ears) terdapat bayi yang mengalami sindrom tertentu (Pierre-robin) (Yulianti Nila Trisna & Karmilan Lestari,N,S, 2019).

7. Leher

Lihat simetris atau tidak, biasanya leher bayi pendek. Periksa adanya trauma leher yang menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis, lakukan perabaan untuk mengidentifikasi adanya pembengkakan. Periksa adanya pembesaran kelenjar tyroid dan vena jugularis (Yulianti Nila Trisna & Karmilan Lestari,N,S, 2019).

8. Dada

simetris dan sesuai dengan gerakan abdomen, pernapasan normalnya dangkal, bunyi nafas dapat menunjukkan ronki basah dan ronki kering. Kontur dan simetrisitas normalnya adalah bulat dan simetris, pembesaran payudara dapat tampak 2 sampai 3 hari disebabkan oleh ibu. Bunyi jantung sekitar 90% murmur adalah sementara dan berhubungan dengan penutupan tidak lengkap duktus arteriosus atau foramen ovale.

9. Abdomen

Kontur abdomen normalnya adalah bulat dan menonjol yang disebabkan oleh otot abdominal yang lemah, bising usus normalnya dapat di dengar bila bayi tenang. Pada beberapa jam pertama tali pusat normalnya tampak putih dan seperti gelatin, dengan dua arteri dan Satu vena, dalam beberapa jam mulai kering

10. Genitalia

Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4cm dan lebar 1-1,3 cm, periksa posisi lubang uretra dan prepusium tidak boleh ditarik karena akan menyebabkan fimosis. Pada bayi perempuan labia mayora menutupi labia

minora, lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Yulianti Nila Trisna & Karmilan Lestari,N,S, 2019).

11. Anus dan Rectum

Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya miokanium secara umum keluar 24jam pertama, jika sampai 48jam berate meconium *plug syndrom*, *megakolon* atau obstruksi saluran pencernaan (Yulianti Nila Trisna & Karmilan Lestari,N,S, 2019).

12. Ekstremitas Atas

Kedua lengan sama panjang dan lengan bebas bergerak, periksa jumlah jari apakah *polidaktili* atau *sidaktili*, telapak tangan harus terbuka, garis tangan yang hanya satu buah berkaitan dengan abnormalitas kromosom seperti trisomy 21.

13. Ekstremitas Bawah

Periksa kesimetrisan kaki, periksa panjang kedua kaki, kedua tungkai harus dapat bergerak bebas, periksa adanya polidaktili dan sidaktili. Periksa adanya refleks-refleks pada bayi baru lahir seperti refleks berkedip, tonic neck, tanda Babinski, refleks moro's, refleks menggenggam, plantar grasp rooting, startle, menghisap dan stepping.

14. Tanda Lahir

Periksa adanya tanda lahir seperti Port wine, salmon patch, hemangioma, strawberry hemangioma, cavernous hemangioma, venous malformations, pigmented nevi atau tahi lalat, dysplastic nevi atau tahi lalat, dysplastic nevi atau tahi lalat besar, Mongolia spots, nevus sebaceous, dan sebagainya.

4. Data penunjang

a. Jumlah darah lengkap

Hemoglobin atau hematocrit (HB/HT) mengevaluasi efek dari kehilangan darah pada pembedahan dan mengkaji perubahan dari kadar pra operasi (Wahyuningsih Sri, 2019). HB normal pada ibu nifas adalah 11-12 gr% jika dibawah 10 maka perkembangan janin akan terganggu dan dapat menyebabkan perdarahan Sedangkan Hematocrit wanita dewasa sekitar 36%-46% (Mustika Dian Nintyasari & Dewi Puspitaningrum, 2017)

b. Urinalis

Permeriksaan tambahan didasarkan pada kebutuhan individual, kultur urine, darah, vaginal dan lochea (Wahyuningsih Sri, 2019). Pemeriksaan Urine untuk mengetahui infeksi saluran kencing, kadar gula darah dan fungsi ginjal yang sering ditemukan pada ibu hamil. Jika

protein dalam urine positif maka ibu hamil berpotensi mengalami preeklamsia, sedangkan kadar gula darah menunjukkan diabetes militus ataupun kencing manis (Mustika Dian Nintyasari & Dewi Puspitaningrum, 2017)

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada pasien post *Sectio Caesarea* menurut Nurarif & Kusuma, 2015) adalah :

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d obstruksi jalan nafas (respon obat anestesi)
2. Nyeri akut b.d agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi).
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum.
4. Ketidakefektifan pemberian ASI b.d kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.
5. Hambatan eliminasi urine.
6. Gangguan pola tidur b.d kelemahan.
7. Resiko infeksi b.d faktor resiko: episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.
8. Defisit perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, toileting, b.d kelelahan post partum.
9. Konstipasi

- 10. Resiko syok (hipopolemik)
- 11. Resiko perdarahan
- 12. Defisiensi pengetahuan: perawatan post partum b.d kurangnya informasi tentang penanganan post partum.

2.3.3 Intervensi Dan Rasionalisasi

- 1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d obstruksi jalan nafas (respon obat anestesi)

Tabel 2.1

Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas

Diagnosa	Tujuan dan hasil	Intervensi	Rasional
Keperawatan			

Ketidakefektifan bersihan NOC jalan nafas.	NIC Airway suction	
Definisi : ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran nafas untuk mempertahankan bersihan jalan nafas.	1. <i>Respiratory status ventilation</i> 2. <i>Respiratory status : Airway patency</i>	1. Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning
Batasan Karakteristik :	Kriteria hasil :	2. Auskultasi
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada batuk 2. Suara nafas tambahan 3. Perubahan frekuensi nafas 4. Perubahan irama nafas 5. Sianosis 6. Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara. 7. Penurunan bunyi nafas. 8. Dispnea 9. Sputum dalam jumlah yang berlebihan 10. Batuk yang tidak efektif 11. Orthopneu 12. Gelisah 13. Mata terbuka lebar 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspnea (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) 2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi, pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) 3. Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning 4. Minta klien nafas dalam sebelum suctioning dilakukan 5. Berikan O₂ dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suksion nasotrakeal 6. Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan 7. Anjurkan pasien untuk istirahat dan nafas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal 8. Monitor status oksigen pasien
Faktor-faktor yang berhubungan :		<ol style="list-style-type: none"> 1. Hidrasi yang adekuat membantu mempertahankan sekresi tetap encer dan meningkatkan ekspektorasi 2. Ronki dan mengidentifikasi sekresi dan ketidakmampuan untuk membersihkan jalan nafas 3. Memberi pengertian kepada klien/keluarga tentang terapi yang dilakukan 4. Memaksimalkan upaya batuk, ekspansi paru, dan drainase 5. Oksigen tambahan diperlukan selama distress pernafasan 6. Menjaga keadaan aseptik 7. Memaksimalkan upaya batuk, ekspansi paru, dan drainase 8. Mengetahui keadaan pernafasan 9. Memfasilitasi

<p>3. Fisiologis</p> <p>a) Jalan nafas alergik</p> <p>b) Asma</p> <p>c) Penyakit paru obstruksi kronik</p> <p>d) Hiperplasi dinding bronkial</p> <p>e) Infeksi</p> <p>f) Disfungsi neuromuscular</p>	<p>9. Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suksion</p>	<p>i dalam pemberian terapi.</p>
	<p>Airway management</p>	
	<p>1) Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu</p> <p>2) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</p> <p>3) Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan</p> <p>4) Pasang mayo bila perlu</p> <p>5) Lakukan fisioterapi dada jika perlu</p> <p>6) Keluarkan secret dengan batuk atau suction</p> <p>7) Auskultasi suara nafas, cepat adanya suara tambahan</p> <p>8) Lakukan suction pada mayo</p> <p>9) Berikan bronkodilator bila perlu</p> <p>10) Berikan</p>	<p>1. Untuk mempertahankan jalan nafas</p> <p>2. Mencegah lidah mengobstruksi lidah</p> <p>3. Menentukan jenis alat bantu yang digunakan</p> <p>4. Mempermudah melakukan pengeluaran sekresi</p> <p>5. Meningkatkan ventilasi di semua paru dan membantu drainase sekresi</p> <p>6. Membantu drainase sekresi</p> <p>7. Ronki dan mengidentifikasi sekresi dan ketidakmampuan untuk membersihkan jalan nafas</p> <p>8. Mempermudah drainase sekresi</p> <p>9. Meningkatkan ventilasi dan pengeluaran sekresi</p> <p>10. Menjaga kelembapan</p>

pelembab udara kasa basah NaCl Lembab	11. Membantu mencairkan sekresi sehingga meningkatka n ekspektorasi .
11) Atur intake untuk cairan mengopti malkan keseimban gan	

2. Nyeri akut b.d agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi).

Tabel 2.2

Nyeri akut

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan hasil	Intervensi	Rasional
Nyeri akut	NOC	NIC	
Definisi :	1. <i>Pain level</i>	Pain management	1. Nyeri merupakan pengalaman subjektif. Pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektivitas medikasi dan kemajuan penyembuhan. Perubahan pada karakteristik nyeri
Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang actual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan jaringan yang actual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (Association for the study of pain) awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat dianstisipasi	2. <i>Pain control</i>	1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi	2. Isyarat non verbal dapat atau tidak dapat mendukung intensitas nyeri klien, tetapi mungkin merupakan satu satunya indikator jika klien tidak dapat menyatakan secara verbal
	3. <i>Comport level</i>	2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyaman	3. Meyakinkan klien untuk mendapatkan perawatan yang intensif
	Kriteria hasil :	3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.	4. Menentukan kultur pada klien
	4. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)	4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri	5. Dapat membedakan nyeri saat ini dari pola nyeri sebelumnya
	5. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan manajemen nyeri	5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau	6. Keberadaan perawat dapat mengurangi perasaan ketakutan dan ketidakberdayaan
	6. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)	6. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan	7. Meredakan
	7. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	7. kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti	

atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan.	suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.	ketidaknyamanan dan mengurangi energi sehingga meningkatkan kemampuan koping
Batasan	8. Kurangi faktor presipitasi nyeri	8. Membantu dalam menegakan diagnosis dan menentukan kebutuhan terapi
karakteristik :	9. Pilih dan lakukan penanganan nyeri(farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)	9. Meningkatkan istirahat, mengarahkan kembali perhatian dan meningkatkan koping
1. Perubahan selera makan	10. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi	10. Mempermudah penentuan perencanaan
2. Perubahan tekanan darah	11. Ajarkan tentang teknik non farmakologi	11. Seseorang melakukan relaksasi pernafasan untuk mengendalikan nyeri, di dalam tubuh tersebut meningkatkan komponen saraf parasimpatik secara stimulan maka hormone adrenalin dan kortisol yang dapat menyebabkan stress akan menurun sehingga meningkatkan konsentrasi sera merasa merasa tenang untuk mengatur napas (Pratiwi, Ratna, 2012)
3. Perubahan frekwensi jantung	12. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri	12. Meningkatkan kenyamanan dan memfasiliatsi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain
4. Perubahan frekwensi pernapasan	13. Evaluasi keefektifan control nyeri	13. Untuk mengetahui
5. Laporan isyarat	14. Tingkatkan istirahat	
6. Diaphoresis		
7. Perilaku distraksi (mis.,berjalan mondar-mandir mencari orang lain		

dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang)	15. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil	efektifitas pengontrolan nyeri
8. Mengekspresikan perilaku (mis., gelisah, merengek. Menangis)		14. Mengurangi ketidaknyamanan pada klien
9. Masker wajah (mis., mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata terpecah atau tetap pada satu fokus meringis)		15. Nyeri hebat yang tidak reda oleh tindakan rutin dapat mengindikasikan perkembangan komplikasi dan kebutuhan intervensi lebih lanjut
10. Sikap melindungi		
	Analgesic Administration	
	1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat.	1. Untuk mengevaluasi medikasi dan kemajuan penyembuhan
	2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi	2. Mengevaluasi keefektifan terapi yang diberikan
	3. Pilih analgesic yang diperlukan atau kombinasi dari analgesic ketika pemberian lebih dari Satu	3. Menentukan jenis analgesic yang sesuai
	4. Tentukan pilihan analgesic tergantung tipe dan beratnya nyeri	4. Menentukan jenis rute untuk memberikan terapi
		5. Menentukan rute yang sesuai untuk terapi
		6. Untuk mengetahui perkembangan atau keefektifitasan terapi
		7. Menurunkan ketidaknyamanan dan memfasilitasi kerja sama

<p>area nyeri</p> <p>11. Fokus</p> <p>menyempit</p> <p>(mis.,</p> <p>gangguan</p> <p>persepsi</p> <p>nyeri,</p> <p>hambatan</p> <p>proses</p> <p>berpikir,</p> <p>penurunan</p> <p>intraksi</p> <p>dengan</p> <p>orang dan</p> <p>lingkungan)</p> <p>12. Indikasi</p> <p>nyeri yang</p> <p>dapat</p> <p>diamati</p> <p>13. Perubahan</p> <p>posisi untuk</p> <p>menghindari</p> <p>nyeri</p> <p>14. Sikap tubuh</p> <p>melindungi</p> <p>15. Dilatasi</p> <p>pupil</p>	<p>5. Pilih rute pemberian secara IV,IM untuk pengobatan nyeri secara teratur</p> <p>6. Monitor vital sign sebelum dan sesudah ‘</p> <p>7. Berikan analgesic tepat waktu terutama saat nyeri hebat</p> <p>8. Evaluasi evektifitas analgesic , tanda dan gejala.</p>	<p>dengan intervensi terapeutik lain.</p> <p>8. Untuk mengetahui efektivitas dari terapi farmakologi</p>
--	---	--

-
16. Melaporkan nyeri secara verbal
17. Gangguan tidur.
- Faktor yang berhubungan
- agen cedera (mis.,biologi s,zat kimia, fisik, psikologis)
-

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum.

Table 2.3

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan. Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik. Batasan Karakteristik : 1. kram abdomen 2. nyeri abdomen	NOC 1. <i>Nutritional Status</i> 2. <i>Nutritional Status : food and fluid</i> 3. <i>Intake</i> 4. <i>Nutritional Status: nutrient intake</i> 5. <i>Weight control</i> Kriteria hasil : 6. Adanya	NIC Nutrition Management 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien. 3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan	1. Pilihan intervensi bergantung pada penyebab yang mendasari 2. Metode pemberian makan dan kebutuhan kalori ditentukan

3. menghindari makanan	peningkatan berat badan	protein dan vitamin Fe	berdasarkan situasi
4. berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal	sesuai dengan tujuan	4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C	individual dan kebutuhana spesifik
5. kerapuhan kapiler	7. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan	5. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstisipasi	3. Meningkat kadefisit dan memantau keefektifan terapi nutrisi
6. diare	8. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi	6. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan denagn ahli gizi)	4. Memaksimal kan asupan zat gizi
7. kehilangan rambut berlebihan	9. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi	7. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian	5. Pertimbangkan pilihan individual dapat memperbaiki asupan diet
8. bisung usus hiperaktif	10. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dari menelan	8. Monitor umlah nutrisi dan kandungan kalori	6. Memaksimal kan asupan zat gizi
9. kurang makanan	11. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti.	9. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi	7. Mengidentifikasi aksi toleransi makanan dan difisiensi serta kebutuhan
10. kurang informasi		10. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan	8. Mengetahui asiupan gizi yang akan diberikan
11. kurang minat pada makanan			9. Untuk mengetahui pemahaman nutrisi klien
12. penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat			10. Mengetahui adanya ketidakseimbangan nutrisi
13. kesalahan konsepsi			
14. kesalahan informasi			
15. mambran mukosa pucat			
16. ketidakmampuan memakan makanan			
17. tonus otot menurun			
18. mengeluh gangguan sensasi rasa			
19. mengeluh asupan makanan kurang dari RDA (recommended daily allowance)			
20. cepat kenyang			

Nutrition Monitoring

1. BB pasien dalam batas normal
2. Monitor adanya penurunan berat badan
3. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan
1. Menajaga keseimbangan nutrisi
2. Mengetahui adanya ketidakseimbangan nutrisi
3. Mengetahui

setelah makan	4. Monitor interaksi anak atau orangtua selama makan	aktivitas yang harus dilakukan atau tidak karena bisa membuang energy
21. sariawan rongga perut	5. jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan	4. Lingkungan yang nyaman mempengaruhi selama makan
22. steatorea	6. Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi	5. Memaksimalkan asupan nutrisi
23. kelemahan otot pengunyah	7. Monitor turgor kulit	6. Asupan yang kurang mempengaruhi perubahan fisik
24. kelemahan otot untuk menelan.	8. Monitor pucat kemerahan dan kekeringan jaringan konjungtiva	7. Mengetahui ketidakseimbangan nutrisi
Faktor-faktor yang berhubungan	Monitor mual dan muntah	8. Asupan yang kurang mempengaruhi perubahan fisik
1. faktor biologis	9. Monitor kalori dan intake nutrisi	9. Mengukur keefektifan bantuan nutrisi
2. faktor ekonomi	10. Catat jika lidah berwarna mengental, scarlet	10. Mengetahui adanya kekurangan vitamin B .
3. ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrisi		
4. ketidakmampuan untuk mencerna makanan		
5. ketidakmampuan menelan makanan		
6. faktor psikologis		

4. Ketidakefektifan pemberian ASI b.d kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyesuaikan.

Tabel 2.4

Ketidakefektifan pemberian ASI

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan pemberian ASI b9.d	NOC 1. Breastfeeding	NIC Breastfeeding Assistance	

kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.	ineffective 2. Breathing pattern Ineffective 3. Breasfeeding interrupted	1. Evaluasi pola menghisap/mene lan bayi 2. Tentukan keinginan Dan Motivasi Ibu untuk menyusui dari bayi (misalnya reflex rooting, menghisap dan terjaga) 3. Pantau integritas kulit putting ibu 4. Pantau berat badan dan pola eliminasi Bayi	1. Meng etahui perke mban gan bayi
Definisi : Ketidakpuasan atau kesulitan ibu, bayi, atau anak menjalani proses pemberian ASI.	Kriteria Hasil :	Breast mempertahankan Examination Lacation Supresion	2. Mene ntuka n renca na selanj utnya 3. Kele mbaban dan kelembuta n untuk bayi
Batasan Karakteristik :	1. Kementapan pemberian ASI : Bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI. 2. Kemantapan pemberian ASI : IBU : kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tetap dan menyusu dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama penderitaan ASI 3. Pemeliharaan pemberian ASI: keberlangsunga n pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/toddler. 4. Penyapihan Pemberian Asi : 5. Diskontinuitas progresif pemberan ASI 6. Pengetahuan Pemberian ASI : tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian	1. Fasilitas proses bantuan interaktif untuk membantu keberhasilan proses pemberian asi 2. Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik , cara mengumpulkan dan menyimpan ASI 3. Ajarkan pngasuh bayi mengenai topic-topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran member susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang 4. Ajarkan orang tua mempersiapkan,	4. Melih at keekti fan pemb erian nutrisi dan ASI 1. Memb antu menge ktifkan pember ian terapi 2. Ibu baru mungkin tidak meny a dari bahwa tentang pember ian ASI 3. Memb erikan
1. Ketidakadekuatan suplai ASI 2. Bayi melengkung menyesuaikan diri dengan payudara 3. Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusui 4. Bayi rewel dalam jam pertama setelah menyusui 5. Ketidakmampuan bayi untuk latch-on pada payudara ibu secara tepat 6. Menolak latching on 7. Tidak resvonsive terhadap kenyamanan lain 8. Ketidakcukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui 9. Ketidakcukupan kesempatan untuk mengisap payudara 10. Kurang menambah beart badan bayi 11. Tidak tampak tanda pelepasan ositosin 12. Tampak ketidakadekuatan asupan susu 13. Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui 14. Penurunan berat badan bayi terus-menerus 15. Tidak menghisap			

Faktor yang berhubungan	payudara terismenerus	makan bayi melalui proses pemberian ASI	menyimpan menghangatkan dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula	pengetahuan dasar
	<ol style="list-style-type: none"> Deficit pengetahuan Anomaly bayi Bayi menerima makanan tambahan dengan puting buatan Diskontinuitas pemberian ASI Ambivalen ibu Ansietas ibu Anomaly payudara ibu Keluarg tidak mendukung Pasangan tidak mendukung Reflek menghisap buruk Prematuritas Pembedahan payudara sebelumnya Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya. 	<p>Ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera</p> <p>ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI .</p>	<p>Lacation Counsling</p> <ol style="list-style-type: none"> Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu Diskusikan metode alternative Pemberian makan bayi. 	<ol style="list-style-type: none"> Menggantikan ASI untuk nutrisi pada bayi Mendapatkan dukungan berhubungan dengan rasio keberhasilan ASI Membagikan pengetahuan untuk ibu Menggantikan nutrisi untuk bayi
5. Hambatan eliminasi urine.				

Tabel 2.5

Hambatan eliminasi urine.

Diagnosa	Tujuan dan hasil	Intervensi	Rasional
keperawatan			
Hambatan urine	NOC	NIC	
Definisi : Disfungsi eliminasi urine	<ol style="list-style-type: none"> Urinary elimination Urinary Continuence 	Urinary Retention Care	
Batasan karakteristik	Kriteria Hasil :	<ol style="list-style-type: none"> Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinuitas 	<ol style="list-style-type: none"> Pola berkemih mengidentifikasi karakteristik kandung kemih Mengetahui obat yang sedang
<ol style="list-style-type: none"> Disuria Sering berkemih Anyang- 	<ol style="list-style-type: none"> Kandung kemih 		

	anyangan	kosong	(misalnya,	digunakan
	4. Nokturia	secara penuh	output urin, pola	terapi
	5. Inkontinensia urine	4. Tidak ada residu urine >100-200 cc	berkemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing (praeksisten)	3. Pemindaian kandung kemih bermanfaat dalam menentukan pasca berkemih
	6. Retensi urine	5. Intake cairan dalam rentang normal	2. Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau property alpha agonis	4. Untuk mempermudah mengeluarkan urin
Faktor yang berhubungan	7. Dorongan berkemih	6. Bebas dari ISK	3. Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit)	5. Memantau oengeluaran urin
Kondisi terkait	1. Penyebab multiple	7. Tidak ada spasme bladder	4. Masukkan kateter kemih sesuai	6. Mengetahui perkembangan dari output dan intake
	1. Obstruksi anatomik	8. Balance cairan seimbang	5. Anjurkan pasien/Keluarga untuk merekam outpun urin sesuai	7. Disfungsi kandung kemih beragam, tetapi dapat mencakup kehilangan kontraksi kandung kemih dan ketidakmampuan untuk merelaksasi sfingter urine
	2. Gangguan sensorik motoric		6. Memantau asupan dan keluaran	8. Untuk mengurangi spastisitas kandung kemih dan gejala perkemihan dan terkait yaitu frekuensi, urgensi, inkontinensia, dan nokturia.
	3. Infeksi saluran kemih		7. Memantau tingkat distensi kandung kemih dengab palpasi dan perkusi	9. Spesialis kontinensia membantu membuat rencana asuhan individual untuk memenuhi kebutuhan spesifik klien dengan
			8. Menerapkan katerisasi intermiten, sesuai	
			9. Merujuk ke spesialis kontinensian,sesuai	

menggunakan teknik dan produk kontinensia terbaru.

6. Gangguan pola tidur b.d kelemahan

Table 2.6

Gangguan pola tidur

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Gangguan pola tidur Definisi : Merupakan jumlah waktu dan kualitas tidur akibat faktor eksternal. Batasan karakteristik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesulitan berfungsi sehari-hari 2. Kesulitan memulai tertidur 3. Kesulitan mempertahankan tetap tidur 4. Ketidakpuasan tidur 5. Tidak merasa cukup istirahat 6. Terjaga tanpa jelas penyebabnya <p>Faktor yang berhubungan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan karena cara tidur pasangan tidur 2. Kendala lingkungan 3. Kurang privasi 4. Pola tidur tidak menyehatkan 	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Anxiety reduction</i> 2. <i>Comfort level</i> 3. <i>Rest : extent and pattern</i> 4. <i>Sleep : extent and pattern</i> <p>Kriteria Hasil :</p> <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 seger sesudah tidur atau istirahat 4. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur. 	<p>NIC Sleep Enhancement</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat 2. Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca) 3. Ciptakan lingkungan yang nyaman 4. Kolaborasi pemberian obat tidur 5. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien 6. Intrusikan untuk memonitor tidur pasien 7. Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur 8. Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam . 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan relaksasi dan kesiapan tidur 2. Meningkatkan kesiapan untuk tidur 3. Meningkatkan koping klien 4. Medikasi terjadwal dapat meningkatkan istirahat atau tidur 5. Mengatasi dan meningkatkan kesiapan untuk tidur 6. Klien lebih mudah menoleransi 7. Mengakibatkan klien tidak merasa beristirahat dengan baik 8. Mengetahui

7. Resiko infeksi b.d faktor resiko: episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan

pertolongan persalinan.

Tabel 2.7

Resiko Infeksi

Diagnosa	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Keperawatan			
Resiko Infeksi	NOC	NIC	
Definisi :		Infection Control (control infeksi)	
Mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Immune Status</i> 2. <i>Knowledge : Infection control</i> 3. <i>Risk control</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain 2. Batasi pengunjung bila perlu 3. Intrusikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien 4. Gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan 5. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 6. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung 7. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat 8. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk 	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait 2. Individu telah mengalami gangguan dan beresiko tinggi terpajan infeksi 3. Pertahanan lini depan ini adalah untuk klien, pemberi asuhan kesehatan dan masyarakat 4. Faktor ini dapat menjadi kunci yang paling sederhana tetapi merupakan kunci terpenting untuk pencegahan infeksi yang didapat dirumah sakit 5. Mengurangi resiko infeksi 6. Faktor ini dapat menjadi kunci yang paling sederhana tetapi merupakan kunci terpenting untuk pencegahan infeksi yang di dapat di rumah sakit 7. Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait
Faktor-faktor resiko :	Kriteria Hasil :		
<ul style="list-style-type: none"> • Penyakit kronis <ol style="list-style-type: none"> 1. Diabetes militus 2. Obesitas • Pengetahuan yang gtidak cukup untuk menghindari pemanjanaan pathogen • Pertahanan tubuh primer yang tidak cukup untuk menghindari pemanjanaan pathogen • Pertahankan tubuh primer yang tidak adukuat • Gangguan peritaltis <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan integritas kulit (pemasangan kateter intravena, prosedur invasif) 2. Perubahan sekresi pH 3. Penurunan kerja siliaris 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi mendeskpr ipsikan proses penularan, faktor yang mempenga ruhi penularan serta penatalaks anaannya 2. Menunjuk an kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi 3. Jumlah leukosit dalam batas normal 4. Menunjuk an perilaku hidup sehat 		

4. Pecah ketuban dini	umum	alat
5. Pecah ketuban lama	9. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing	8. Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkat alat
6. Merokok	10. Tingkatkan intake nutrisi	9. Mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri dalam saluran perkemihan
7. Statis cairan tubuh	11. Berikan terapi antibiotic bila perlu	10. Fungsi imun dipengaruhi oleh asupan nutrisi
8. Trauma jaringan (mis., trauma destruksi jaringan)	12. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal	11. Terapi bersifat sistemik dan diarahkan pada organisme teridentifikasi tertentu seperti bakteri anaerob, jamur, dan basili gram negative
• Ketidakadekuatan Pertahanan sekunder	13. Parthankan teknik asepsis pada pasien yang bresiko	12. Untuk menentukan adanya infeksi
1. Penurunan hemoglobin	14. Berikan perawatan kulit pada area epidema	13. Mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri
2. Imunosupresi (mis., imunitas didapat tidak adekuat, agen farmaseutikal termasuk imonusupresan, steroid, antibodi, monoclonal, imunomodulator)	15. inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase	14. Mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri
3. Supresi respon inflamasi	16. inspeksi kondisi luka/ insisi bedah	15. Memberikan deteksi dini perkembangan proses infeksi
• Vaksinasi tidak adekuat	17. dorong masukan nutrisi yang cukup	16. Memberikan deteksi dini perkembangan proses infeksi
• Pemajanan terhadap pathogen lingkungan meningkat	18. dorong masukan cairan	17. Membantu memperbaiki resistensi umum terhadap penyakit dan mengurangi resiko infeksi dri sekresi yang statis
1. Wabah	19. instrksikan pasien untuk minum antibiotic sesuai resep	18. Membantu memperbaiki resistensi umum
• Prosedur invasif	20. ajarkan pasien dan keluarga	
• Malnutrisi		

	tanda dan gejala infeksi	terhadap penyakit dan mengurangi resiko infeksi dri sekresi yang statis
21.	ajarkan cara menghindari infeksi	
22.	laporkan kultur positif	19. Terapi bersifat sistemik dan diarahkan pada organisme Teridentifikasi tertentu seperti bakteri anaerob, jamur, dan basili gram negative
		20. Mendeteksi dini adanya tanda dan gejala infeksi
		21. Mendeteksi dini adanya tanda dan gejala infeksi
		22. Untuk mengidentifikasi pathogen dan mikroba

8. Defisit perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, toileting, b.d

kelelahan post partum.

Tabel 2.8

Defisit Perawatan Diri

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Defisit perawatan diri	NOC	NIC	
Definisi	1. <i>Activity intolerance</i>	care assistance :	
Ketidakmampuan melakukan pembersihan diri seksama secara mandiri	2. <i>Mobility physical impaired</i>	Bathing dan hygiene	
	3. <i>Self care derficit hygiene</i>	1. pertibangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri	1. Mengetahui apa yang dibutuhkan oleh klien
Bastasan karakteristik	4. <i>Sensori perception auditory disturbed</i>	2. pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitiats perawatan diri	2. Memberikan informasi untuk ambulasi rencana
1. Ketidakmampuan mengakses kamar mandi	Kriteria hasil :		3. Membuat rencana untuk
2. Ketidakmampuan menjangkau sumber air	1. Perawatan diri ostonomi: tindakan pribadi mempertahankan ostonomi untuk eliminasi		
3. Ketidakmampuan mengeringkan			

tubuh	2. perawatan diri : aktivitas kehidupan sehari-hari ADL mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	3. menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan	memenuhi kebutuhan individual
4. Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi		4. tempat handuk, sabun, deodoran alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan	4. Mempukakan klien untuk mengatur diri sendiri
5. Ketidakmampuan mengatur air mandi		5. menyediakan artekl pribadi yang diinginkan (misalnya : deodorant, siakt gigi, sabun mandi, sampo, lotion dan produk aromaterapi)	5. Meningkatkan partisipasi dalam asuhan
6. Ketidakmampuan membasuh tubuh	3. perawatan diri : hygiene mampu untuk membersihkan tubuh secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	6. menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal	6. Meredakan ketidaknyamanan dan menjaga privasi klien
Faktor yang berhubungan	4. perawatan diri hygiene oral : mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	7. memfasilitasi diri mandi pasien, sesuai	7. Partisipasi klien dalam perawatan diri dapat meringankan atas persepsi kehilangan kemandirian
1. Anisetas	5. mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi	8. memantau kebersihan kuku menurut kemampuan perawatan diri pasien	8. Menegtahui keadaan bersih klien
2. Penurunan motivasi	6. membersihkan dan mengeringkan tubuh	9. memantau integritas kulit pasien	9. Melihat perubahan keadaan fisik klien
3. Kendala lingkungan	7. mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene	10. memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsika	10. Partisipasi
4. Nyeri			
5. Kelemahan			
Kondisi terkait			
1. Gangguan fungsi kognitif			
2. Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh			
3. Ketidakmampuan hubungan special			
4. Gangguan musculoskeletal			
5. Ganggaun neuromudkular			
6. Gangguan persepsi			

9. Konstipasi

Tabel 2.9
Konstipasi

Diaagnosa	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Keperawatan			
<p>Konstipasi</p> <p>Definisi :</p> <p>Penurunan pada frekwensi normal defakasi yang disertai oleh kesulitan atau pengeluaran tidak lengkap fases/atau pengeluaran fases yang kering, keras, dan banyak.</p> <p>Batasan Karakteristik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri abdomen 2. Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot 3. Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resistensi otot 4. Anoraksia 5. Penampilan tidak khas pada lansia(mis., perubahan pada status mental, inkontinensia urunarius, jatuh yang penyebabnya, peningkatan suhu tubuh) 6. Borbogirigmi 7. Darah merah pada feses 8. Perubahan pada pola defekasi 9. Penurunan frekwensi 10. Penurunan volume 	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bowel elimination 2. Hydration <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3hari 2. Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi 3. Mengidentifikasi indicator untuk mencegah konstipasi 4. Feses lunak dan berbentuk 	<p>NIC</p> <p>Constipation/imoaction management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. monitor tanda dan gejala konstipasi 2. monitor bising usus 3. monitor feses frekuensi, konsistensi dan volume 4. konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus 5. jelaskan etiologi dan rasionalisasi tindakan terhadap pasien 6. identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendeteksi dini keadaan konstipasi 2. Menentukan kesiapan terhadap pemberian makan peroral 3. Melihat keektifan terapi 4. Mencegah komplikasi 5. Memberikan pengetahuan dasar 6. Mendeteksi dini penyebab konstipasi 7. Merangsang eliminasi dan mencegah konstipasi defekasi 8. Membantu mengembalikan fungsi usus

fases	7. dukung intake cairan	9. Melihat perkembangan gejala konstipasi
11. Distensi abdomen	8. kolaborasi pemberian laksatif	10. Melihat adanya perubahan
12. Rasa rektal penuh	9. pantau tanda-tanda dan gejala konstipasi	11. Bising usus biasanya tidak terdengar setelah prosedur
13. Rasa tekanan rectal	10. Frekuensi, bentuk, volume dan warna	12. Melanjutkan rencana selanjutnya
14. Keletihan umum	11. Memantau bising usus	13. Mengetahui adanya komplikasi lain
15. Feses keras dan berbentuk	12. konsultasikan dengan dokter tentang penurunan/kenaikan frekuensi bising usus	14. Mengetahui penyebab pada pasien
16. Sakit kepala	13. pantau tanda-tanda dan gejala pecahnya usus dan/atau peritonitis	15. Melunakan feses dan merangsang peristaltic
17. Bising usus hiperaktif	14. jelaskan etiologi masalah dan pemikiran untuk tindakan untuk pasien	16. Melihat adanya perubahan
18. Bising usus hipoaktif	15. mendorong meningkat asupan cairan, kecuali dikontraindikasikan	17. Mendukung adanya perubahan pada pasien
19. Peningkatan tekanan abdomen	16. Anjurkan pasien/keluarga	18. Membantu mengembalikan bising usus
20. Tidak dapat makan, mual		19. Untuk mempermudah melunakan feses
21. Rembesan feses cair		20. Membantu mengembalikan fungsi usus
22. Nyeri pada saat defekasi		21. Merencanakan tindakan selanjutnya
23. Massa abdomen yang dapat diraba		22. Memberi pengetahuan dasar
24. Adanya feses lunak, seperti pasta didalam rectum		23. Mendeteksi dini untuk konstipasi
25. Perkusi abdomen pekak		24. Memberi
26. Sering flatus		
27. Mengejan pada saat defekasi		
28. Tidak dapat mengeluarkan feses		
29. Muntah		
Faktor yang berhubungan		
• Fungsional		
- kelemahan otot abdomen		
- kebiasaan mengabaikan dorongan defekasi		
- ketidakadekuatan toileting(mis., batasan waktu posisi untuk defekasi, privasi)		
- kurang aktivitas fisik		
- kebiasaan defekasi tidak teratur		
- perubahan lingkungan saat ini		
• Psikologis		
14. Depresi, stress		

emosi	untuk	pengetahuan
15. Konfusi mental	mencatat	dasar tentang
• Farmakologi	warna,	pengecahan
16. Antasida	volume,	
mengandung	frekuensi,	
aluminium	dan	
17. Antikolinergik,	konsistensi	
Antikonvulsan	tinja	
18. Antidepresan	17. Ajarkan	
19. Agens Antilipemik	pasien/kel	
20. garam bismuth	uarga	
21. kalsium karbonat	bagaimana	
22. penyekat saluran	untuk	
kalsium	menjaga	
23. diuretic, Garam	buku	
besi	harian	
24. Penyalaha gunaan	makanan	
laksatif	18. Anjurkan	
25. Agens	pasien/	
antiinflamasi non	keluarga	
steroid	untuk diet	
26. Opiate, Fenotiazid,	tinggi serat	
sedative	19. anjurkan	
27. Simpatomimetik	pasien/	
• Mekanis	keluarga	
28. Ketidakseimbanga	pada	
n elektrolit	penggunaa	
29. Kemoroid	n yang	
30. Penyakit	tepat dari	
Hirschspung	obat	
31. Gangguan	pencahar	
neurologist	20. anjurkan	
32. Obesitas	pasien/	
33. Obstruksi Pasca	keluarga	
Bedah	pada	
34. Kehamilan	hubungan	
35. Pembesaran prostat	asupan	
36. Abses rectal	diet,	
37. Fisura anak rectal	olahraga,	
38. Striktur anak rectal	dan cairan	
39. Prolaps rectal,	sembelit/	
ulkus rectal	impaksi	
40. Rektokel, tumor	21. menyarank	
• Fisiologis	an pasien	
41. Perubahan pola	untuk	
makan	berkonsult	
42. Perubahan	asi dengan	
makanan	dokter jika	
43. Penurunan	sembelit	
motilitas traktus	atau	
gastrointestinal	impaksi	
44. Dehidrasi	terus ada	
45. Ketidakadekuatan	22. menginfor	
gigi geligi	masikan	
46. Ketidakadekuatan	pasien	

hygiene oral 47. Asupan serat tidak cukup 48. Asupan cairan tidak cukup 49. Kebiasaan makan buruk	prosedur penghapusan manual dari tinja 23. ajarkan pasien atau keluarga tentang proses pencernaan yang normal 24. ajarkan pasien / keluarga tentang kerangka waktu untuk resolusi sembelit.
--	---

10. Resiko syok (hipopolemik)

Tabel 2.10

Resiko syok (hipopolemik)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
----------------------	------------------	------------	----------

Resiko syok (hipopolemik)	NOC	NIC
Definisi : Rentan mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa, yang dapat mengganggu kesehatan.	1. Syok prevention 2. Syok management	Syok Prevention 1. Monitor sirkulasi BP, warna kuli, denyut jantung,HR, dan ritme, nadi perifer, dan kapiler refill 2. Monitor tanda inadekuat oksigenasi jaringan 3. Monitor suhu dan pernafasan 4. Monitor input dan output 5. Monitor tanda awal syok 6. Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat 7. Berikan cairan IV dan atau oral yang tepat 8. Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok 9. Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok
Faktor resiko 1. Akan dikembangkan	Kriteria hasil : 1. Nadi dalam batas yang diharapkan 2. Irama jantung dalam batas yang diharapkan 3. Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan 4. Irama pernafasan dalam batas yang diharapkan 5. Natrium serum dbn 6. Klorida serum dbn 7. Klorida serum dbn 8. Kalsium serum dbn 9. Magnesium serum dbn 10. PH darah serum dbn	
Kondisi terkait 1. Hipotensi 2. Hipovolemia 3. Hipoksemia 4. Hipoksia 5. Infeksi 6. Sepsis 7. Sindrom respons inflamasi sistemik (systemic inflammatory response syndrome)	Hidrasi : 1. Indikator : 2. Mata cekung tidak ditemukan 3. Demam tidak ditemukan 4. TD dbn 5. Hematokrit DBN	Syok management 1. Monitor tekanan nadi 2. Onitor status cairan, input output 3. Catat gas darah 4. EKG, sesuai 5. Monitor nilai laboratorium (misalnya,
		1. Mengidentifikasi dan efektifitas serta kebutuhan terapi 2. Menghindari adanya hipoksemia selama perdarahan 3. Mengetahui tanda dari syok hipovolemik 4. Mengetahui kasar kehilangan cairan/darah 5. Mengetahui informasi tanda dari syok 6. Mengurangi pengeluaran berlebihan 7. Mengganti dan mempertahankan volume sirkulasi dan perfusi 8. Memberikan pengetahuan dasar untuk tanda gejala syok 9. Memberikan deteksi dini untuk atasi gejala syok 1. Mengidentifikasi dan efektifitas serta kebutuhan terapi 2. Mengetahui kasar kehilangan

	CBC dengan diferensial) koagulasi profil,ABC, tingkat laktat, budaya, dan profil kimia	cairam/tubuh
6. Masukan dan memelihara besarnya kebosanan akses IV		3. Mengidentifikasi efektivitas serta kebutuhan terapi 4. Mengetahui perkembangan dan mengetahui efektivitas serta kebutuhan terapi 5. Mempertahankan volume sirkulasi dan perfusi 6.

11. Resiko perdarahan

Tabel 2.11

Resiko perdarahan

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko perdarahan Definisi : Rentan mengalami penurunan volume	NOC 1. Blood severity 2. Blood	NOC Bleeding precautions 1. Monitor ketat tanda-	1. Mengetahui tanda resiko perdarahan 2. Membantu

darah, yang dapat mengganggu kesehatan		koagulation	tanda perdarahan	menentukan kebutuhan penggantian darah
Faktor Resiko :		Kriteria Hasil :		
1. Kurangnya pengetahuan tentang kewaspadaan perdarahan	1.	Tidak ada hematuria dan hematemesis	2. Catat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan	3. Mengurangi pengeluaran darah berlebih
Populasi berisiko	2.	Kehilangan darah yang terlihat	3. Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif	4. Mengurangi pengeluaran darah berlebih
1. Riwayat jatuh	3.	Tekanan dalam batas normal sistole diastole	4. Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan	5. Asupan nutrisi untuk menggantikan output
Kondisi Terkait	4.	Tidak ada perdarahan pervagina	5. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K	
1. Aneurisme	5.	Tidak ada distensi abdominal		
2. Sirkumsisi	6.	Hemoglobin dan hematocrit dalam batas normal		
3. Koagulapati intravaskuler diseminata	7.	Plasma, PT, PTT dalam batas normal		
4. Gangguan gastrointestinal			Bleeding reduction	
5. Gangguan fungsi hati			1. Identifikasi penyebab perdarahan	1. Mengetahui penyebab perdarahan
6. Kuagulapati inheren			2. Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonary capillary / artery wedge pressure)	2. Mengetahui keadaan tekanan darah
7. Komplikasi pascapartum			3. Monitor status cairan yang meliputi intake dan output	3. Mengetahui adanya tanda resiko perdarahan
8. Komplikasi kehamilan				
9. Trauma program pengobatan				
			Bleding Reduction:wound / luka	
			1. Gunakan ice pack pada area perdarahan	1. Untuk mengurangi pengeluaran perdarahan
			2. Lakukan	2. Untuk mengurangi pengeluaran

pressure dressing (perban yang menekan) pada area luka	3. Meningkatkan ekstremitas yang perdarahan	3. Membantu aliran darah mengalir lambat
4. Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan	4. Intruksikan pasien untuk membatasi aktivitas	4. Dapat digunakan untuk menentukan perkiraan kasar kehukangan darah
Bleeding reduction : gastrointestinal		
1. Observasi adanya darah dalam batas sekresi cairan tubuh : emesis, feces, urine, residu lambung dan drainase luka	2. Monitor complete blood count dan leukosit	1. Kehilangan atau penggantian faktor oembekuan yang tidak adekuat
2. Kurangi faktor setress	3. Berikan cairan intravena	2. Mengetahui perkiraan kasar kehilangan darah
		3. Mencegah timbul perdarahan yang berlebihan
		4. Mengganti kehilangan pada cairan/darah

12. Defisiensi pengetahuan: perawatan post partum b.d kurangnya informasi tentang penanganan post partum.

Tabel 2.12

Defisiensi pengetahuan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
----------------------	------------------	------------	----------

<p>Defisiensi pengetahuan: perawatan post partum b.d kurangnya informasi tentang penanganan post partum.</p>	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Knowledge disease process 2. Knowledge health behavior 	<p>NIC</p> <p>Teaching : disease process</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan dasar pengetahuan sehingga klien dapat membuat pilihan terinformasi secara benar 2. Menyediakan dasar pengetahuan bagi klien 3. Berbagai penyebab berdasarkan situasi individual 4. Informasi spesifik secara individual menciptakan dasar pengetahuan 5. Memberikan pemantauan yang berkelanjutan 6. Membantu menetapkan dan meringkatkan pemahaman tentang informasi
<p>Definisi : Keadaan atau defisien informasi kognitif yang berkaitan dengan topic tertentu, atau kemahiran.</p>	<p>Kriteria Hasil :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat 4. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat 5. Rujuk yang tepat agnesi di komunitas local, dengan cara yang tepat 6. Instrusikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi prognosis dan program pengobatan 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar 3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya.
<p>Batasan Karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakakuratan mengikuti perintah 2. Ketidakakuratan melakukan tes 3. Perilaku tidak tepat 4. Keterangan yang salah dari orang lain 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dan keluarga mampu mengikuti perintah 2. Ketidakakuratan melakukan tes 3. Perilaku tidak tepat 4. Keterangan yang salah dari orang lain 		
<p>Kondisi Terkait</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan fungsi kognitif 2. Gangguan memori 			

Sumber : (Nuarif dan kusuma, 2015, Doenges 2014)