

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO
SESAREA DENGAN NYERI AKUT DIRUANG ZADE
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr.SLAMAT GARUT TAHUN
2019**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md,Kep)
Pada Prodi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung**

Oleh :

NAMA: Puspita Sari

NIM: Akx.16.177



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III SEKOLAH TINGGI
KESEHATAN BHAKTI KENCANA BANDUNG
2019**

ABSTRAK

LatarBelakang: Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding perut. Operasi seksio sesarea berdasarkan catatan medical record RSUD Dr.Slamet Garut pada bulan Januari – Desember 2018 adalah 1.423 kasus atau sebesar 26% dan jumlah seksio sesarea diruang Zade dibulan Januari – Desember 2018 tercatat sebanyak 537 kasus atau 37,7% kasus persalinan. Respon nyeri yang disebabkan oleh operasi biasanya membuat pasien merasa sangat kesakitan. Salah satu cara menurunkan nyeri Post Seksio Sesarea adalah terapy relaksasi nafas dalam. **Tujuan:** Mengaplikasikan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien *Post Seksio Sesarea* dengan masalah nyeri akut di RSUD Dr.Slamet Garut Tahun 2019, secara komprehensif meliputi aspek biologi, psikososial dan spiritual dalam bentuk pendokumentasian. **Metode:** Penelitian ini adalah studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan klien *Seksio Sesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang Zade RSUD Dr.Slamet Garut. Pengumpulan data yang digunakan penulis yaitu wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi Farmakologi terapy katerolak 30 mg dan Relaksasi nafas dalam, masalah keperawatan nyeri akut pada klien 1 dan 2 dapat teratasi dan ada penurunan skala nyeri, klien 1 dari skla nyeri 5 (0-10) menjadi 2(0-10), dan pada klien 2 daro skala 6 menjadi 2(0-10).**Diskusi:** Pada kedua klien ditemukan masalah nyeri akut berhubungan dengan adanya luka operasi. Adapun perbedaan dari hasil intervensi yang diberikan yaitu pada klien 1 hasil evaluasi keperawatan nyeri dirasakan menjadi 2(0-10) dank lien 2 nyeri dirasakan 3(0-10). **Saran:** Penulis menyarankan kepada pihak rumah sakit agar dapat menerapkan terapy non farmakologi relaksasi nafas dalam sebagai intervensi komplementer dalam memberikan asuhan keperawatan.

Kata Kunci : Asuhan keperawatan, Post seksio sesarea, Nyeri akut, Relaksasi nafas dalam

Daftar Pustaka : 21 Buku (2009 - 2018), 1 Jurnal (2010 dan2018)

ABSTRACT

Background: *Caesarean section is a way of giving birth to a fetus by making an incision in the uterine wall through the abdominal wall. Caesarean section surgery based on medical records from Dr.Slamet Garut General Hospital in January-December 2018 was 1,423 cases or 26% and the number of cesarean section in the Zade room in January-December 2018 was 537 cases or 37.7% of childbirth cases. The pain response caused by surgery usually makes the patient feel very painful. One way to reduce post-cesarean section pain is to treat deep breathing relaxation. Objective:* *To apply knowledge about nursing care to Post Caesarean Section clients with acute pain problems at Dr.Slamet Garut General Hospital in 2019, comprehensively covering biological, psychosocial and spiritual aspects in the form of documentation. Method:* *This research is a case study to explore the problem of nursing care for clients of Caesarean Section with acute pain nursing problems in the Zade room of Dr.Slamet Garut General Hospital. Data collection used by the writer is interview, observation, physical examination and documentation study. Results:* *After nursing care was performed by providing Pharmacological intervention therapy rejected 30 mg and deep breathing relaxation, acute pain nursing problems in clients 1 and 2 could be resolved and there was a decrease in pain scale. Discussion:* *In both clients there were acute pain problems related to surgical wounds. As for the difference from the results of the interventions given, the client 1 felt pain nursing evaluation results into 2 (0-10) and 2 pain pain felt 3 (0-10). Suggestion:* *The author suggests to the hospital bagar can apply non-pharmacological therapy of deep breathing relaxation as a complementary intervention in providing nursing care.*

Keywords: Nursing care, Post cesarean section, Acute pain, Relaxation of deep breath

Bibliography: 21 Books (2009 - 2018), 1 Journal (2010 and 2018)

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Puspita Sari

NIM : AKX.16.177

Institusi : Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Judul KTI :Asuhan Keperawatan Pada Klien Seksio Sesarea Dengan Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Zade RSUD Dr.Slamet Garut Tahun 2019”.

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

Bandung, April 2019

Yang Membuat Pernyataan

Materai



Puspita Sari

AKX.16.177

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKISO SESAREA
DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN ZADE
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr. SLMAET GARUT**

OLEH

PUSPITA SARI

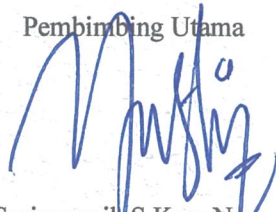
AKX.16.177

Proposal Penelitian ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti tertera
dibawah ini

21 Agustus 2019

Menyetujui

Pembimbing Utama



Yuyun Sarinengsil, S.Kep., Ners., M.Kep
NIP: 10107070

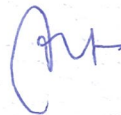
Pembimbing Pendamping



Anggi Jamiyanti, S. Kep., Ners
NIP: 10114149

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Tuti Suprapti S.Kp., M.Kep

NIP: 1011603

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG ZADE
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr.SLAMET GARUT**

**OLEH
PUSPITA SARI
AKX.16.177**



Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung, Pada Tanggal 21 Agustus 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua : Yuyun Sarinengsih, S.Kep.,Ners.,M.Kep
(Pembimbing Utama)

Anggota :

1. Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep
(Penguji I)
2. Ade Tika Herawati, M.Kep
(Penguji II)
3. Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners
(Pembimbing Pendamping)


.....

.....

.....

Mengetahui

STIKes Bhakti Kencana Bandung



KATA PENGANTAR

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

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

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

1. H.Mulyana,SH,M.Pd,MH.Kes, selaku Ketua Bhakti Kencana University.
2. Rd.Siti Jundiah,S.Kp.,M.Kep, selaku Ketua Fakultas Keperawatan.
3. Tuti Suprapti,S.Kp.,M.Kep, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Bhakti Kencana University.
4. Yuyun Sarinengsih S.Kp.,Ners.,M.Kep, selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Anggi Jamiyanti,S.Kep.,Ners, selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

6. Selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum dr.Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
7. Citra Nurgalih,S.Kep.,Ners, selaku CI Ruangan Zade yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan praktek keperawatan di RSUD dr.Slamet Garut.
8. Staf dosen dan karyawan program studi D III Keperawatan
9. Orangtua dan keluarga tercinta yang telah memberikan dukungan, motivasi dan do'a yang tiada henti untuk anaknya demi tercapai cita-cita
10. Untuk rekan-rekan seperjuangan D III Keperawatan 2019 STIKes Bhakti Kencana Bandung yang telah saling mendukung

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

Bandung, April 2019

Puspita Sari

DAFTAR ISI

	Halaman Judul
Lembar Pernyataan.....	i
Lembar Persetujuan.....	ii
Lembar Pengesahan	iii
Kata Pengantar	iv
Daftar Isi.....	v
Daftar Tabel	viii
Daftar Bagan	ix
Daftar Lampiran	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	4
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Teoritis	5
1.4.2 Praktis.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Penyakit	7
2.1.1 Definisi	7
2.1.2 Anatomi Fisiologi Sectio Caesarea	8

2.1.3	Etiologi	15
2.1.4	Patofisiologi	15
2.1.5	Penatalaksanaan	17
2.1.6	Pemeriksaan Penunjang.....	17
2.1.7	Masa Nifas.....	18
2.1.8	Tahapan Masa Nifas.....	19
2.1.9	Adaptasi Psikologi Pada Masa Nifas	19
2.1.10	Perubahan Fisiologi Pada Masa Nifas.....	26
2.2	Konsep Nyeri	39
2.2.1	Definisi Nyeri.....	39
2.2.2	Klasifikasi Nyeri	40
2.2.3	Reftor Nyeri	41
2.2.4	Stimulus Nyeri	41
2.2.5	Kecepatan Sensasi.....	42
2.2.6	Mekanisme Nyeri	42
2.2.7	Faktor-faktor yang mempengaruhi Nyeri	45
2.2.8	Manajemen Nyeri	48
2.2.9	Mengkaji Nyeri	53
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan	55
2.3.1	Pengkajian	55
2.3.2	Diagnosa Keperawatan.....	58
2.3.3	Intervensi dan Rasionalisasi Keperawatan.....	59

BAB III METODE PENULISAN KTI.....	84
3.1 Desain.....	84
3.2 Batasan Istilah	85
3.3 Unit analisis (partisipan).....	86
3.4 Lokasi dan Waktu	86
3.5 Pengumpulan Data	86
3.6 Uji Keabsahan Data.....	88
3.7 Analisis Data	88
3.8 Etik Penulisan KTI.....	90
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	92
4.1 HASIL.....	92
4.1.1 Gambaran Lokasi pengambilan data	92
4.1.2 Asuhan Keperawatan	93
4.1.3 Pengkajian	93
4.1.4 Diagnosa Keperawatan	109
4.1.5 Perencanaan	113
4.1.6 Implementasi	119
4.1.7 Evaluasi.....	123
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	137
5.1 Kesimpulan	137
5.2 Saran	139
Daftar Pustaka	
Lampiran	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Ketidak Efektifan Bersihan Jalan Nafas	60
Tabel 2.2 Nyeri Akut	62
Tabel 2.3 Ketidak Seimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh	65
Tabel 2.4 Ketidak Efektifan Pemberian ASI	67
Tabel 2.5 Hambatan Eliminasi Urine	69
Tabel 2.6 Gangguan Pola Tidur	71
Tabel 2.7 Resiko Infeksi	72
Tabel 2.8 Defisit Perawatan Diri : Mandi	74
Tabel 2.9 Konstipasi	76
Tabel 2.10 Resiko Syok (Hipovolemik)	79
Tabel 2.11 Resiko Perdarahan	80
Tabel 2.12 Defisiensi Pengetahuan	83

DAFTAR BAGAN

BAGAN 2.1 Patofisiologi Seksio Sesarea	16
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN I	Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah
LAMPIRAN II	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
LAMPIRAN III	SAP (Satuan Acara Penyuluhan)
LAMPIRAN IV	Jurnal
Lembar Bimbingan	

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan suatu hal yang dinanti oleh ibu hamil untuk dapat merasakan kebahagiaan. Persalinan yang dialami oleh seorang calon ibu berupa pengeluaran hasil konsepsi yang hidup didalam uterus melalui vagina ke dunia luar. Namun bagi beberapa wanita, persalinan kadang diimput oleh rasa takut dan cemas terhadap rasa nyeri saat persalinan (Arwani dkk, 2012; Abasi, 2015).

Persalinan dapat dilakukan dengan dua cara yaitu persalinan normal atau spontan (lahir melalui vagina) dan persalinan abnormal atau persalinan dengan bantuan suatu prosedur seperti *seksio sesarea* (SC). Pada proses SC dilakukan tindakan pembedahan, berupa irisan di perut ibu (laparatomi) dan rahim (histerektomi) untuk mengeluarkan bayi (Abasi,2015). Baik direncanakan (dijadwalkan) atau tidak (darurat), kehilangan pengalaman melahirkan anak secara tradisional dapat memberikan efek negatif pada konsep diri wanita. Suatu upaya dilakukan untuk mempertahankan fokus pada kelahiran seorang anak lebih utama daripada prosedur operasi. Yaitu ibu melahirkan melalui abdomen, bukan pervaginam (Arwani, 2012; Manurung, S.2013).

Data *World Health Organization* (WHO) tahun 2015 selama hampir 30 tahun tingkat persalinan dengan SC menjadi 10% sampai 15% dari semua proses persalinan di Negara-negara berkembang. Berdasarkan hasil data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013, angka ibu melahirkan dengan SC di Indonesia 9,8% dengan proporsi tertinggi di DKI Jakarta 19,9% dan terendah di Sulawesi Tenggara 3,3% sedangkan di provinsi Jawa Barat sebesar 7,8%.

Berdasarkan catatan *medical record* RSUD Dr.Slamet Garut angka kejadian dari operasi *seksio sesarea* pada bulan Januari - Desember 2018 adalah 1.423 kasu atau sebesar 26% dan jumlah seksio sesarea di ruang ZADE dibulan Januari-Desember 2018 tercatat sebanyak 537 kasus atau 37,7% (Rekam Medis RSUD Dr.Slamet Garut, 2018).

Persalinan SC memberikan dampak positif. Dampak positif tindakan SC dapat membantu persalinan ibu, apabila ibu tidak dapat melakukan persalinan secara pervaginam. Tetapi tindakan operasi SC mempunyai efek negatif pada ibu baik secara fisik maupun psikologis (Arwani dkk, 2012; Manurung, 2013). Masalah keperawatan yang dapat terjadi pada ibu postpartum dengan tindakan Seksio Sesarea dapat berupa aktual, resiko maupun potensial, yaitu: gangguan rasa nyaman nyeri, kurang perawatan diri dan bayi, resiko terjadinya infeksi, cemas berhubungan dengan status kesehatan (luka operasi), ketidak nyamanan terhadap situasi lingkungan dan peningkatan pemberian ASI eksklusif (Anik dan Suryani, 2015).

Secara psikologis tindakan SC berdampak terhadap rasa takut dan cemas terhadap nyeri yang dirasakan setelah analgetik hilang. Selain itu, juga memberikan dampak negatif terhadap konsep diri ibu. Karena ibu kehilangan pengalaman melahirkan secara normal serta kehilangan harga diri yang terkait dengan perubahan citra tubuh akibat tindakan operasi (Akbar dkk, 2014; Manurung, 2013; Pratiwi, 2013).

Secara fisik tindakan SC menyebabkan nyeri pada abdomen. Nyeri yang berasal dari luka operasi (Awani dkk, 2012; Gondo, 2011). Persalinan SC memiliki nyeri lebih tinggi sekitar 27,3% dibandingkan dengan persalinan normal yang hanya sekitar 9%. Umumnya, nyeri yang dirasakan selama beberapa hari. Rasa nyeri meningkat pada hari pertama *post* operasi SC. Dan dampak jika nyeri tidak diatasi maka akan mempengaruhi ADL (*Activities Daily Living*) klien.

Dalam hal ini peran perawat sangat penting dalam merawat pasien post seksio sesare antara lain sebagai pemberi pelayanan kesehatan, pengorganisasi pelayanan kesehatan yang khususnya adalah sebagai pemberi asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Oleh karena itu diperlukan salah satu cara mengatasi nyeri post seksio sesarea dapat melalui tindakan kolaboratif perawat dengan tim kesehatan lain maupun tindakan mandiri perawat salah satunya dengan teknik relaksasi nafas dalam. Dimana perawat menjejarkan kepada pasien bagaimana cara melakukan nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan.

Berdasarkan ulatar belakang diatas maka penulisan tertarik untuk melakukan Asuhan Keperawatan komprehensif pada klien Post *Seksio Sesarea* melalui penyusunan karya tulis ilmiah (KTI) yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Seksio Sesarea Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Zade RSUD Dr.Slamet Garut Tahun 2019”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan masalah nyeri akut di Ruang Zade RSUD Dr.Slamet Garut Tahun 2019”.

1.3 Tujuan penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Mampu mengaplikasikan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien Post Seksio sesarea dengan nyeri akut di RSUD Dr.Slamet Garu Tahun 2019, secara komprehensif meliputi aspek biologi, psikososial dan spiritual dalam bentuk pendokumentasia.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien Post Seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Zade RSUD Dr.Slamet Garut Tahun 2019.

- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien Post Seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Zade RSUD Dr.Slamet Garut Tahun 2019.
- c. Menyusun rencana keperawatan pada klien Post Seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Zade RSUD Dr.Slamet Garut Tahun 2019.
- d. Melakukan tindakan keperawatan pada klien Post Seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Zade RSUD Dr.Slamet Garut Tahun 2019.
- e. Melakukan evaluasi pada klien Post Seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Zade RSUD Dr.Slamet Garut Tahun 2019.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Karyatulis ilmiah ini diharapkan dapat memperluas dan menambah wawasan ilmu pengetahuan khususnya pada keperawatan maternitas mengenai pasien seksio sesarea tentang cara menurunkan intensitas nyeri dengan menggunakan teknik relaksasi napas dalam.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Perawat

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan perawat dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dalam memberikan pendidikan kesehatan pada pasien seksio sesarea tentang cara menurunkan intensitas nyeri dengan menggunakan teknik relaksasi napas dalam.

b. Bagi Rumah Sakit

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan khususnya pada pasien seksio sesarea tentang cara menurunkan intensitas nyeri dengan menggunakan teknik relaksasi napas dalam.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan bagi pendidikan dapat digunakan untuk mengembangkan ilmukhususnya pada pasien seksio sesarea tentang cara menurunkan intensitas nyeri dengan menggunakan teknik relaksasi napas dalam.

d. Bagi Klien

Manfaat praktus penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan bagi klien dapat menambah informasi tentang cara menurunkan intensitas nyeri dengan menggunakan teknik relaksasi napas dalam.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi SC

Post partum seksio sesarea, dapat diartikan sebagai berikut: ibu pasca seksio sesarea adalah ibu yang melahirkan janin dengan cara proses pembedahan dengan membuka dinding perut dan dinding uterus dalam waktu sekitar kurang lebih enam minggu organ-organ reproduksi akan kembali pada keadaan tidak hamil (Anik&Suryani, 2015). Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Amru sofian,2012).

Jadi post partum seksio sesarea adalah persalian buatan dengan melahirkan janin melalui insisi pada dinding perut dan rahim, dengan menggunakan cara pembedahan/membuat sayatan pada bagian abdomen

2.1.2 Anatomi fisiologi

Menurut (Maryunani, 2014):

a. Abdomen

Dalam insisi abdomen pada pasien SC ada lapisan dinding perut yang terdiri dari:

- a) Kulit
- b) Jaringan subkutan
- c) Fasia Scarpa (membatasi diantaranya dua jaringan subkutan)
- d) Otot dinding perut :m/oblikus eksternu
- e) M.oblikus internus
- f) Fasia transversalis
- g) Jaringan preperitoneal
- h) Jaringan preperitoneum
- i) Jaringan peritoneum
- j) Peritoneum pariatale

Insisi abdomen, antara lain dilakukan secara vertikel dan transversal/lintang, yang masing-masing diuraikan sebagai berikut :

1. Insisi vertikel:

- a) Insisi vertikel garis tengah infraumbilikus adalah insisi yang paling cepat dibuat
- b) Insisi ini harus cukup panjang agar jain dapat lahir tanpa kesulitan

- c) Oleh karenanya, panjang harus sesuai dengan taksiran ukuran janin
- d) Pembesaran secara tajam dilakukan sampai ke level vagina m.rektus abdominis lamina anterior, yang dibebaskan dari lemak subkutis untuk memperhatikan sepotong fasial digaris tengah dengan lebar sekitar 2 cm
- e) Fasia transversalis dan lemak praperitonum dibebaskan secara hati-hati untuk mencapai peritoneum dibawahnya
- f) Peritoneum yang terletak dekat dengan ujung atas insisi dibuka secara hati-hati
- g) Beberapa dokter mengangkat peritoneum dengan dua klem hemostat yang dipasang dengan jarak dua cm
- h) Lipatanperitoneum yang terangkat diantara dua klem tersebut kemudian dilihat dan dipalpasi untuk meyakinkan bahwa omentum, usus, atau kandung kemih tidak menempel
- i) Pada wanita yang pernah menjalani bedah intra-abdomen, termasuk seksio sesarea, omentum, atau usus mungkin melekat ke permukaan bawah peritoneum
- j) Peritoneum diinsisi superior terhadap kutub atas insisi dan ke arah bawah tepat di atas lipatan peritoneum di atas kandung kemih

2. Insisi transversal/lintang

- a) Dengan insisi pfannwnstiel modifikasi, kulit dan jaringan subkutan disayat dengan menggunakan insisi transversal rendah sedikit melengkung
- b) Insisi dibuat setinggi garis rambut pubis dan diperluas sedikit melebihi batas lateral otot rektus
- c) Setelah jaringan subkutis dipindahkan dari fasia dibawahnya sepanjang satu cm atau lebih pada kedua sisi, fasia dipotong secara melintang sesuai panjang insisi
- d) Tepi kemudian inferior fasia pegang dengan klien yang sesuai kemudian diangkat oleh asisten selagi operator memegang selubung fasial dari otot rektus bawahnya secara tumpul dengan pegangan scalpel
- e) Pembuluh darah yang berjalan diantara otot dan fasial dipijit, dipotong, diikat
- f) Hemoestatis harus dilakukan secara cermat
- g) Pemisahan fasial dilakukan sampai cukup mendekati umbilikus agar dapat dibuat insisi longitudinal garis tengah yang adekuat diperitoneum
- h) Otot rektus kemudian dipisahkan digaris tengah untuk memperlihatkan peritoneum dibawahnya

b. Uterus

Insisi uterus terdiri dari insisi secara klasik dan insisi secara transversal yang masing-masing dijelaskan dibawah ini :

1. Insisi uterus secara klasik

- a) Suatu insisi vertikal ke dalam korpus uterus di atas segmen bawah uterus dan mencapai fundus uterus, sudah jarang digunakan saat ini
- b) Sebagian besar insisi dibuat di segmen bawah uterus secara melintang atau yang lebih jarang secara vertikal
- c) Insisi melintang di segmen bawah memiliki keunggulan yaitu hanya memerlukan sedikit pemisahan kandung kemih dan dari miometrium dibawahnya
- d) Apabila insisi diperluas ke arah lateral, dapat terjadi laserasi pada salah satu atau kedua pembuluh darah
- e) Insisi vertikal rendah dapat diperluas ke atas sehingga pada keadaan-keadaan yang memerlukan ruang lebih lapang, insisi dapat dilanjutkan ke korpus uterus
- f) Untuk menjaga agar insisi vertikal tetap dibawah segmen bawah uterus, diperlukan pemisahan yang lebih luas pada kandung kemih

- g) Selain itu apabila meluas kebawah, insisi vertikal dapat menembus serviks lalu ke vagina dan mungkin mengenai kandung kemih
- h) Yang utama selama kehamilan berikutnya insisi vertikal yang meluas ke miometrium atas lebih besar kemungkinannya mengalami rupture dari pada insisi transversal, terutama sekama persalinan.

2. Isisi secara transversal

- a) Uterus umumnya mengadakan dektorotasi sehingga ligamentum teres uteri kiri lebih anterior dan lebih dekat ke garis tengah dari pada yang kanan
- b) lipatan peritoneum yang agak longgar diatas batas atas kandung kemih dan menutupi bagian anterior segmen bawah uterus dijepit di garis tengah dengan forceps dan disayat dengan scalpel atau gunting
- c) Gunting diselipkan diantara serosa dan miometrium segmen bawah uterus dan didorong ke lateral dari garis tengah, sembari membuka mata, gunting secara persial dan intermiten, untuk memisahkan pita serosa selebar 2 cm yang kemudian di insisi
- d) Menjelang batas lateral kedua sisi, gunting sedikit diarahkan lebih kearah cranial

- e) Lapisan bawah peritoneum diangkat dan kandung kemih dipisahkan secara tumpul atau tajam dari miometrium dibawahnya
- f) Secara umum, pembesaran kandung kemih jangan melebihi 5 cm kedalamannya dan biasanya lebih sediki
- g) Terutama pada serviks yang sudah mendatar dan membuka, pembebasan kearah bawah dapat terjadi sedemikian dalam sehingga secara tidak sengaja yang tidak terpajan dan dimasuki adalah vagina bukan segmen bawah uterus
- h) Uterus telah dibuka melalui segmen bawah uterus sekitar 1 cm dibawag batas atas lipatan peritoneum
- i) Insisi uterus perlu dibuat relative tinggi pada wanita dengan pembukaan serviks yang besar atau lengkap agar kemungkinan perluasan insisi ke lateral menuju arteri urine berkurang, insisi uterus dapat dilakukan dengan berbagai teknik
- j) Semuanya dimuali dengan menyayat segmen bawah uterus yang terpanjang menggunakan scalpel secara melintang sepanjang sekitar 1-2 cm separuh jalan antara kedua arteri uteria

- k) Tindakan ini harus dilakukan secara hati-hati sehingga sayatan memotong seluruh ketebalan dinding uterus tetapi tidak cukup dalam untuk melukai janin dibawahnya
- l) Apabila uterus telah terbuka, insisi dapat diperluas dengan memotong kelateral dan kemudian sedikit ke atas dengan gunting perban
- m) Cara lain apabila segmen bawah uterus tipis, insisi untuk dapat diperluas hanya dengan tekanan ke lateral dan atas menggunakan kedua jari telunjuk, insisi uterus harus dibuat cukup lebar agar kepala dan badan janin dapat lahir tanpa merobek atau harus memotong arteri dan vena uterine yang berjalan sepanjang batas lateral uterus
- n) Apabila ditemukan plasenta digerus insisi, plasenta tersebut harus dilepaskan atau di insisi. Apabila plasenta tersayat, perdarahan janin dapat parah sehingga, pada kasus semacam ini, tali pusat harus secepatnya di klem.

2.1.3 Etiologi

1. Etiologi yang Berasal dari Ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disproporsi sefalo pelvic (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solutio plasenta tinggi I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsi-eklamsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya),

2. Etiologi yang Berasal dari Janin

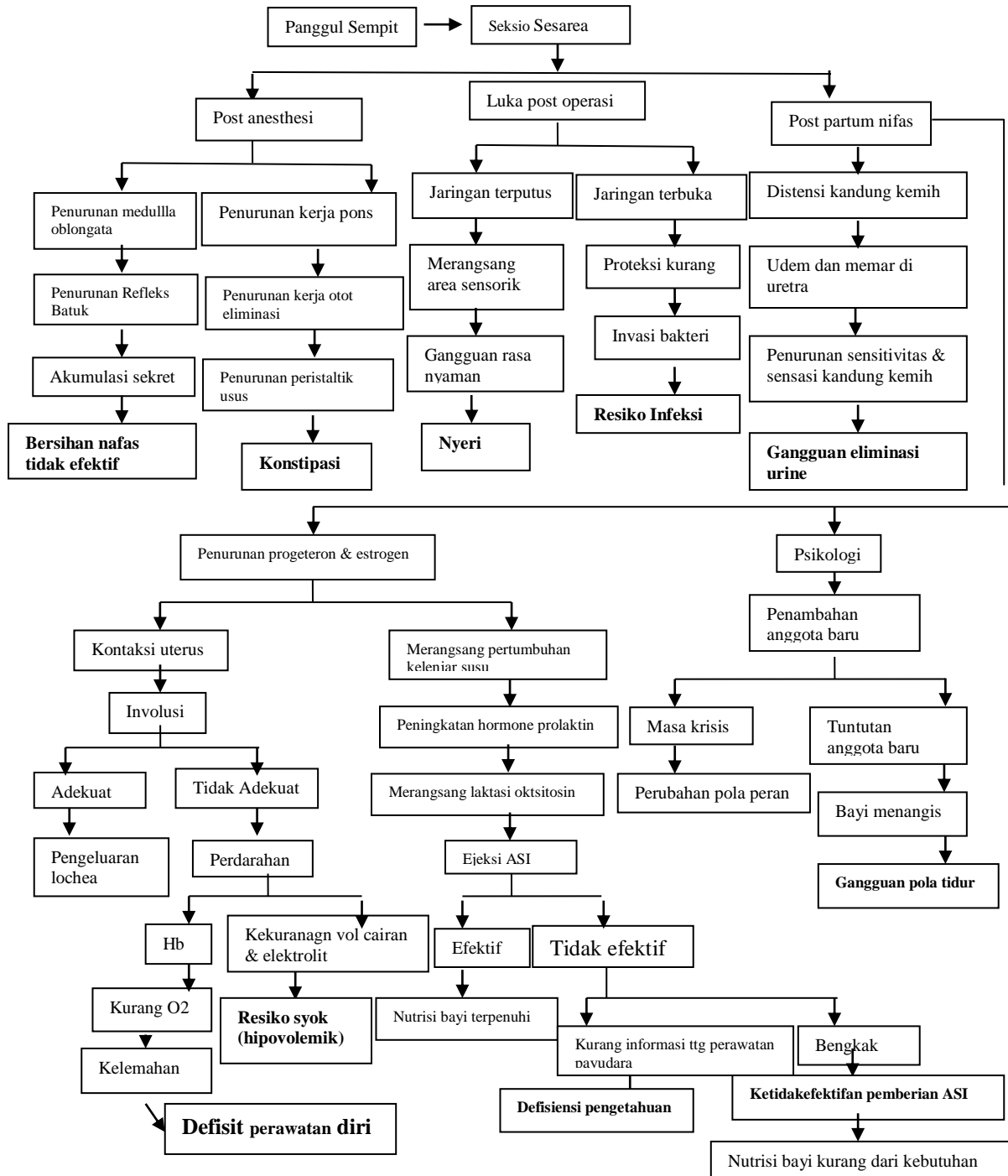
Fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstrasi (Amin Huda Nurarif&Hardhi Kusuma, 2015).

2.1.4 Patofisiologi

Terjadi kelainan pada ibu dan pada janin menyebabkan persalinan normal tidak memungkinkan, akhirnya harus dilakukan SC.

Bagan 2.1

Patofisiologi Seksio Sesarea (Nurarif dan Kusuma, 2015)



2.1.5 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut (Cunningham, 2005) (dikutip dalam buku Maryunani,2014).

1. Pendarahan dari vagina harus dipantau dengan cermat
2. Fundus uteri harus sering dipalpasi untuk memastikan bahwa uterus tetap berkontraksi dengan kuat
3. Analgesia diberikan
4. Periksa aliran darah uterus paling sedikit 30 jam
5. Pemberian cairan intravaskuler, 3 liter cairan biasanya memadai untuk 24 jam setelah pembedahan
6. Ambulasi satu hari setelah pembedahan klien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan orang lain
7. Perawatan luka pada hari ke 3, tiap hari diperiksa kondisi balutan
8. Pemeriksaan laboratorium, hematokrit diukur pagi hari setelah pembedahan untuk memastikan pendarahan pasca operasi, antibiotic, setelah jalan lahir.

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

1. Pendarahan dari vagina harus dipantau dengan cermat
2. Fundus uteri harus seringdipalpasi untuk memastikan bahwa uterus tetap berkontraksi dengan kuat
3. Analgesia diberikan

4. Periksa aliran darah uterus paling sedikit 30 jam
5. Pemberian cairan intravaskuler, 3 liter cairan biasanya memadai untuk 24 jam setelah pembedahan
6. Ambulasi satu hari setelah pembedahan klien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan orang lain
7. Perawatan luka pada hari ke 3, tiap hari diperiksa kondisi balutan
8. Pemeriksaan laboratorium, hematokrit diukur pagi hari setelah pembedahan untuk memastikan pendarahan pasca operasi, antibiotik (Nurarif & Kusuma, 2015)

2.2 Masa Nifas

2.2.1 Definisi Masa Nifas

Masa nifas (*puepurium*) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra-hamil. Lama masa nifas ini yaitu 6-8 minggu. Batasan waktu masa nifas paling singkat (minimum) tidak ada batasan waktu, bahkan bisa jadi dalam waktu relative pendek darah sudah keluar, sedangkan batasan maksimumnya adalah 40 hari. Jadi Masa Nifas (*puepurium*) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Setyo Retno Wulandari & Sri Handayani, 2011).

Jadi masa nifas adalah masa memulihnya alat-alat refroduksi setelah melahirkan seperti sebelum hamil dan secara normal, masa nifa juga berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari.

2.2.2 Tahapan Masa Nifas

Dalam masa nifas dibagi kedalam 3 periode yaitu:

- 1) *Puerperium* dini yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan, dalam agama agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
- 2) *Puerperium* Intermedial yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8minggu.
- 3) *Remote Puerperium* yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi.

2.2.3 Adaptasi psikologis pada masa nifas

Periode masa nifas merupakan waktu dimana ibu mengalami stress pasca persalinan, terutama pada ibu primipara.

Hal-hal yang dapat membuat ibu dalam beradaptasi pada masa nifas adalah sebagai berikut.

1. Fungsi yang mempengaruhi untuk sukses dan lancarnya masa transisi menjadi orang tua

2. Respons dan dukungan dan keluarga dan teman dekat
3. Riwayat pengalaman hamil dan melahirkan sebelumnya
4. Harapan, keinginan, dan aspirasi ibu saat hamil juga melahirkan

Periode ini diekspresikan oleh Reva Rubin yang terjadi pada tiga tahap berikut ini.

1) *Taking in period*

Terjadi pada 1-2 hari setelah persalinan ibu masih pasif dan sangat bergantung pada orang lain, fokus perhatian terhadap tubuhnya, ibu lebih mengingat pengalaman melahirkan dan persalinan yang dialami, serta kebutuhan tidur dan nafsu makan mengingat.

2) *Taking hold period*

Berlangsung 3-4 hari post partum, ibu lebih berkonsentrasi pada kemampuannya dalam menerima tanggung jawab sepenuhnya terhadap perawatan bayi. Pada masa ini ibu menjadi sangat sensitif sehingga membutuhkan bimbingan dan dorongan perawat untuk mengatasi kritikan yang dialami ibu.

3) *Letting go period*

Dialami setelah tiba ibu dan bayi tiba di rumah. Ibu mulai secara penuh menerima tanggung jawab sebagai “seorang ibu” dan menyadari atau merasa kebutuhan bayi sangat bergantung pada dirinya.

Hal-hal yang harus dapat dipenuhi selama masa nifas adalah sebagai berikut.

1. Fisik

Istilah, memakan makanan bergizi, sering menghirupudara segera, dan lingkungan yang bersih

2. Psikologi

Stress setelah persalinan dapat segera distabilkan dengan dukungan dari keluarga yang menunjukkan rasa simpati, mengakui dan menghargai ibu

3. Sosial

Menemani ibu bila terlihat kesepian, ikut menyayangi anaknya, menanggapi dan memerhatikan kebahagiaan ibu serta menghibur bila ibu terlihat sedih

4. Psikososial

Tujuan asuhan kebidanan pada ibu masa nifas adalah sebagai berikut:

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologisnya
- 2) Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, serta mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya

- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, serta pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat
- 4) Memberikan pelayanan keluarga berencana.

Depresi post partum sering terjadi pada masa ini. Menurut para ahli mereka didiagnosakan menderita depresi post partum. Depresi merupakan gangguan afeksi yang paling sering dijumpai pada masa post partum. Walaupun insidensinya sulit untuk diketahui secara pasti, namun diyakini 10-15% ibu yang melahirkan mengalami gangguan ini. Angka kejadian depresi post partum di Indonesia sendiri juga belum dapat diketahui secara pasti hingga kini, mengingat belum adanya lembaga terkait yang melakukan penelitian terhadap kasus tersebut.

Tanda dan gejala yang mungkin diperhatikan pada penderita depresi post partum adalah sebagai berikut.

1. Perasaan sedih dan kecewa
2. Sering menangis
3. Merasa gelisah dan cemas
4. Kehilangan ketertarikan terhadap hal-hal yang menyenangkan
5. Nafsu makan menurun
6. Kehilangan energi dan motivasi untuk melakukan sesuatu

7. Tidak bisa tidur (insomnia).
8. Perasaan bersalah dan putus harapan (*hopeless*).
9. Penurunan atau peningkatan berat badan yang tidak dapat dijelaskan
10. Mempertahankan penurunan keinginan untuk mengurus bayinya

Walaupun banyak wanita mengalami depresi post partum segera setelah melahirkan, namun beberapa wanita tidak merasakan tanda depresi sampai beberapa minggu atau beberapa bulan kemudian. Depresi dapat saja terjadi dalam kurun waktu enam bulan berikutnya. Depresi post partum mungkin saja berkembang menjadi post partum psikosis, walaupun jarang terjadi. Hal tersebut merupakan penyakit yang sangat serius dan semua gejala depresi post partum dialami oleh mereka yang menderita post partum psikologis serta bila sampai melukai diri sendiri, bahkan hingga membunuh anak-anaknya.

Penyebab depresi post partum sendiri belum diketahui secara pasti. Namun, beberapa hal yang dicurigai sebagai faktor predisposisi terjadinya depresi post partum adalah sebagai berikut:

1. Perubahan hormonal yang cepat. Hormone yang tierkait dengan terjadinya depresi post partum adalah prolaktin, steroid, progresteron, dan estrogen
2. Masalah medis dalam kehamilan seperti PIH (pregnancy-induced hypertention), diabetes mellitus, atau disfungsi tiroid
3. Riwayat depresi, penyakit mental, dan alkooholik, baik pada diri ibu maupun dalam keluarga
4. Karakter pribadi seperti harga diri rendah ataupun ketidak dewasaan
5. Marital dysfunction ataupun ketidakmampuan membina hubungan dengan organ lain yang mengakibatkan kurangnya support system
6. Masalah dengan kehamilan (unwantes pregnancy).
7. Merasa terisolasi
8. Kelemahan, gangguan tidur, ketakutan terhadap masalah keuangan keluarga, dan melahirkan anak dengan kecacatan atau penyakit.

Refroduksi yang terbaik dalam menangani kasus depresi post partum (DPP) adalah kombinasi anantara psikoterapi, dukungan sosial, dan medikasi seperti antidepresan. Suami dan anggota keluarga yang lain harus

dilibatkan dalam setiap sesi konseling, sehingga dapat dibangun pemahaman dari orang-orang terdekat ibu terhadap apa yang dirasakan dan dibutuhkan.

Beberapa intervensi berikut dapat membantu seorang wanita terbebas dari ancaman depresi setelah melahirkan.

- a. Pelajaran diri sendiri
- b. Tidur dan makan yang cukup
- c. Olahraga
- d. Hindari perubahan hidup sebelum atau sesudah melahirkan
- e. Beritahu perasaan anda
- f. Dukungan keluarga dan orang lain diperlukan
- g. Persiapan diri dengan baik
- h. Lakukan pekerjaan rumah tangga
- i. Dukungan emosional
- j. Dukungan kelompok defresi post partum

2.2.4 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1. Perubahan system refroduksi

Selama masa nifas adalah alat-lata interna maupun eksterna berangsur-angsur kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan keseluruhan alat genitalia ini disebut, Involusi. Pada masa ini terjadi juga perubahan penting lainnya perubahan-perubahan yang terjadi antara lain sebagai berikut: (Sitti Saleha, 2009).

a. Involusi uterus

Involusi uterus adalah proses kembalinya ukuran uterus ke keadaan sebelum hamil baik dalam bentuk maupun posisi. Selain uterus, vagina, ligament uterus dan otot dasar panggul juga kembali ke keadaan sebelum hamil. Apabila ligament uterus dan otot dasar panggul tidak kembali ke keadaan sebelum hamil kemungkinan terjadi prolaps semakin besar. Selama proses involusi, uterus menipis dan mengeluarkan lochea yang digantikan dengan endometrium baru. Setelah kelahiran bayi dan plasenta terlepas terlepas, otot uterus berkontraksi sehingga sirkulasi darah yang menuju uterus berhenti dan dengan kejadian ini disebut dengan iskemia. Otot redundant, fibrous dan jaringan elastic bekerja. Fagosit dalam pembuluh darah dipecah menjadi 2 fagositosis. Enzim

proteolitik diserap oleh otot fibre yang mana proses ini disebut autolisis. Lisosim dalam sel ikut berperan dalam peran ini. Proses ini dibawa oleh pembuluh darah yang kemudian disaring di ginjal (Wulandari & Handayani, 2011).

b. Lochea

Adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desisua yang nekrotik dari dalam uterus. Lochea mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea mempunyai bau amis/anyir seperti darah menstruasi, meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea yang berarti tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochea mempunyai perubahan karena proses involusi.

Proses keluarnya darah nifas atau lochea terdiri atas 4 tahapan:

1. Lochea Rubra/Merah (kruenta)

Lochea ini muncul pada hari 1 sampai hari ke-4 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan mekonium.

2. Lochea Sanguinolenta

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 postpartum.

3. Lochea Serosa

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan/laserasi plasenta. Muncul pada lender serviks dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba bais berlangsung selama 2 sampai 6 minggu postpartum.

4. Lochea Alba/Putih

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati. Lechea alba biar berlangsung selama 2 sampai 6 minggu postpartum. Lochea rubra yang menetap pada awal periode postpartum menunjukkan adanya perdarahan postpartum sekunder yang mungkin disebabkan tertingginya sisa/selaput plasenta. Lochea serosa atau alba yang berlanjut bisa menandakan adanya endometriosis, terutama jika disertai demam, rasa sakit atau nyeri tekan pada abdomen. Bila terjadi infeksi, keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan lochea purulenta. Pengeluaran lochea yang tidak lancer

disebut dengan lochea statis (Wulandari & Handayani, 2011).

c. Servik

Servik mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna servik sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi/perluasan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, servik tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil (Wulandari & Handayani, 2011).

d. Ovarium dan Tuba Falopi

Setelah kelahiran plasenta, produksi estrogen dan progesterone menurun, sehingga menimbulkan mekanisme timbale balik dari sirkulasi menstruasi. Dimana dimulainya kembali proses ovulasi sehingga wanita bisa hamil kembali (Wulandari & Handayani, 2011).

e. Vulva vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap selama 6-8 minggu postpartum. Penurunan hormone estrogen pada masa hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu ke 4 (Wulandari & Handayani, 2011).

f. Payudara

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologi, yaitu sebagai berikut:

1. Produksi susu
2. Sekresi susu atau *let down*

Selama Sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormone yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambatnya kelenjar pituitary akan mengeluarkan prolaktin (hormone laktogenik). Sampai hari ketiga setelah melahirkan, efek prolaktin pada payudara mulai bisa dirasakan. Pembuluh darah payudara menjadi bengkak terisi darah, sehingga timbul rasa hangat, bengkak, dan rasa sakit. Sel-sel acini yang menghisap ASI juga mulai berfungsi. Ketika bayi menghisap puting, refleks saraf merangsang lobus posterior pituitary untuk menyekresi hormone oksitosin (Sitti Saleha, 2009).

g. Perubahan system pencernaan

Setelah kelahiran plasenta, maka terjadi pula penurunan produksi progesterone. Sehingga hal ini dapat menyebabkan heartburn dan konstipasi terutama dalam beberapa hari pertama. Kemungkinan terjadi hal demikian karena inaktifitas motilitas usus karena kurangnya keseimbangan cairan selama persalinan dan adanya reflek hambatan defekasi dikarenakan adanya rasa nyeri pada perineum karena adanya luka episiotomy, pengeluaran cairan yang berlebihan waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, haemoroid. Yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2 atau 3 hari dapat ditolong dengan pemberian huknah atau gliserin spuit atau diberikan obat laksan yang lain (Wulandari & Handayani, 2011).

h. Perubahan system perkemihan

Dieresis dapat terjadi setelah 2-3 hari post partum. Hal ini merupakan salah satu pengaruh selama kehamilan dimana saluran urinaria mengalami dilatasi. Kondisi ini akan kembali normal setelah 4 minggu post partum. Pada awal post partum kandung kemih mengalami oedema, kongesti dan hipotonik, hal ini disebabkan karena adanya overdistensi pada saat kala II

persalinan dan pengeluaran urine yang tertahan selama proses persalinan. Sumbatan pada uretra disebabkan karena adanya trauma saat persalinan berlangsung dan trauma ini dapat berkurang setelah 24 jam post partum. Kadang-kadang oedema dari trigonium menimbulkan obstruksi dari uretra sehingga sering dan terjadi retensio urine. Kandung kemih dalam puerperium sangat kurang sensitive dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kemih penuh atau sesudah buang air kecil masih tertinggal urin eresidual (normal 15 cc). Sisa urine dan trauma pada kandung kencing waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi. Dilatasi reter dan pyelum normal kembali dalam waktu 2 minggu. Urine biasanya berlebihan (poliurine) antara hari kedua dan kelima, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan. Kadang-kadang hematuri akibat proses katalik involusi. Acetonurie terutama setelah partus yang sulit dan lama yang disebabkan pemecahan karbohidrat yang banyak, karena kegiatan otot-otot rahim dan arena kelaperan. Proteinurine akibat dari autolysis sel-sel otot (Wulandari & Handayani, 2011).

i. Perubahan system endokrin

Saat plasenta terlepas dari dinding uterus, kadar HGC, HPL, secara berangsur menurun dan normal setelah 7 hari post partum. HGC tidak terdapat dalam urine ibu setelah 2 hari post partum. HPL tidak lagi dapat dalam plasma

1. Hormone Plasenta

Selama periode pasca partume terjadi perubahan hormone yang besar. Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan signifikan hormone-hormon yang diproduksi oleh plasenta. Hormone plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. *Penurunan hormone Human Plasenta Lactogen (HPL)*, estrogen dan progesterone serta *plasenta enzyme insulinase* mambalik efek diabetogenik kehamilan, sehingga kadar gula darah menurun secara bermakna pada nifas. Ibu diabetic biasanya membutuhkan insulin dalam jumlah yang jauh lebih kecil selama beberapa hari. Karena perubahan hormone normal ini membuat masa nifas menjadi suatu periode transisi untuk metabolisme karbohidrat, interpretasi tes toleransi glukosa lebih sulit pada saat ini. Human Chorionic Gonadotropin (HGC) menurun dengan cepat, dan menetap sampai 10% dalam 3

jam hingga hari ke 7 postpartum dan sebagai onset pemenuhan mammae pada hari ke 3 posrpartum.

2. Hormon Pituitary

Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu, FSH, dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikel pada minggu ke 3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

3. Hormon Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan dari kelenjar bawah otak bagian belakang (posterior), bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ketiga persalinan, oksitosin menyebabkan pemisahan plasenta. Kemudian seterusnya bertindak atas otot yang menahan kontraksi, mengurangi tempat plasenta dan mencegah pendarahan. Pada wanita yang memilih menyusui bayinya, isapan sang bayi merangsang keluarnya oksitosin lagi dan ini membantu uterus untuk kembali ke bentuk normal dan pengeluaran air susu.

4. Hormon Pituitary Ovarium

Untuk wanita yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi. Seringkali menstruasi pertama itu bersifat anovulasi yang

dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesterone. Diantara wanita laktasi sekitar 15% memperoleh menstruasi selama 6 minggu dan 45% setelah 12 minggu. Diantara wanita yang tidak laktasi 40% menstruasi setelah 6 minggu, 65% setelah 12 minggu dan 90% setelah 24 minggu. Untuk wanita laktasi 80% menstruasi pertama anovulasi dan untuk wanita yang tidak laktasi 50% siklus pertama anovulasi (Wulandari & Handayani, 2011).

j. Perubahan-perubahan Tanda-tanda Vital

1. Suhu Badan

24 jam post partum suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan, apabila keadaan normal suhu badan akan biasa lagi. Pada hari ketiga suhu badan akan naik lagi karena ada pembentukan ASI, buah dada menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium, mastitis, traktus urogenitalis atau system lain. Kita anggap nifas terganggu kalau ada demam lebih dari 38°C pada 2 hari berturut-turut pada 10 hari yang pertama post partum, kecuali hari pertama dan suhu harus diambil sekurang-kurangnya 4x sehari.

2. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali permenit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 adalah abnormal dan hal ini mungkin disebabkan oleh infeksi atau pendarahan post partum yang tertunda. Sebagian wanita mungkin saja memiliki apa yang disebut bradikardo nifas (puerperal bradycardia). Hal ini menjadi segera setelah kelahiran dan bisa berlanjut sampai beberapa jam setelah kelahiran anak. Wanita semacam ini bisa memiliki angka denyut jantung serendah 40-59 detak per menit. Sudah banyak alasan-alasan yang diberikan sebagai kemungkinan penyebab, tetapi belum satupun yang sudah terbukti. Bradikardia semacam itu bukanlah suatu alamat atau indikasi adanya penyakit, akan tetapi sebagai satu tanda keadaan kesehatan

3. Tekanan darah

Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada pendarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsi postpartum

4. Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Apabila suhu dan denyut nadi tidak normal pernafasan juga akan mengikutinya kecuali ada gangguan khusus pada saluran pernafasan (Wulandari & Handayani, 2011)

k. Perubahan system kardiovaskuler

Kardiak aoutput meningkat persalinan dan berlangsung sampai kala III ketika volume darah uterus dikeluarkan. Penurunan terjadi pada beberapa hari pertama post partum dan akan kembali normal pada akhir minggu ke 3 post partum. Pada persalinan pervaginam kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah dan haemokonsentrasi akan naik dan pada sksio sesarea haemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu. Setelah melahirkan shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relative akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung dan dapat menimbulkan dekompensasi kondisi pada penderita cardia. Untuk keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sedia kala. Umumnya hal ini

terjadi pada hari ke tiga sampai 5 hari post partum (Wulandari & Handayani, 2011).

l. Perubahan system hematologi

Leukosit mungkin terjadi selama persalinan, sel darah merah berkisar 15.000 selama persalinan. Peningkatan sel darah putih berkisar antara 25.000-30.000 merupakan manifestasi adanya infeksi pada persalinan lama, dapat meningkat pada awal nifas yang terjadi bersamaan dengan peningkatan tekanan darah, volume plasma dan volume sel darah merah. Pada 2-3 hari post partum konsentrasi hematokrit menurun sekitar 2% atau lebih. Total kehilangan darah pada saat persalinan dan nifas berkisaran antara 1500ml. 200-200ml hilang pada saat persalinan; 500-800 ml hilang pada minggu pertama post partum dan 500 ml hilang pada saat masa nifas (Wulandari & Handayani, 2011).

m. Perubahan system musculoskeletal

Ligament, fascia dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi karena ligament rotundum menjadi kendur. Stabilitas secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat

putusnya serat-serat elastik kulit, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Pemulihan dibantu dengan latihan (Wulandari & Handayani, 2011).

2.3 Konsep Nyeri

2.2.1 Definisi Nyeri

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif. Perasaan nyeri pada setiap orang berbeda dalam hal skala ataupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Tetty, 2015). Nyeri adalah perasaan yang menimbulkan distress ketika ujung-ujung saraf tertentu (nosiseptor) di rangsang. Secara umum, nyeri diartikan sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari dalam serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis, maupun emosional.

2.2.2 Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua, yakni nyeri akut dan nyeri kronis.

a) *Nyeri Akut*

Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melebihi 6 bulan dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot (A. Alimul, 2009).

Sedangkan menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Fungsi nyeri akut ialah memberi peringatan akan cedera atau penyakit yang akan datang. Nyeri akut akhirnya menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang rusak.

b) *Nyeri Kronis*

Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama, yaitu lebih dari enam bulan. Yang termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatik (Maryunani, 2010).

2.2.3 Reptor Nyeri

Munculnya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah *nociceptor*, yang merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki myelin yang tersebar pada kulit mukosa, khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati, dan kandung empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respons akibat adanya stimulasi atau rangsangan.

2.2.4 Stimulus Nyeri

Seseorang dapat mentoleransi, menahan nyeri (pain tolerance), atau dapat mengenali jumlah stimulus nyeri sebelum merasakan nyeri (pain threshold). Ada beberapa jenis stimulus nyeri menurut Alimul (2009), diantaranya adalah :

1. Trauma pada jaringan tubuh, misalnya karena bedah akibat terjadinya kerusakan jaringan dan iritasi secara langsung pada reseptor
2. Gangguan pada jaringan tubuh, misalnya karena edema akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri
3. Tumor, dapat juga menekan pada reseptor nyeri
4. Iskemia pada jaringan, misalnya terjadi blokade pada arteria koronaria yang menstimulasi reseptor nyeri akibat tertumpuknya asam laktat

5. Spasme otot, dapat menstimulasi mekanik

Trauma pada jaringan tubuh, gangguan pada jaringan tubuh, tumor

2.2.5 Kecepatan Sensasi

Fast pain (nyeri cepat) dirasakan selama kurang dari satu detik (biasanya jauh lebih singkat) setelah aplikasi stimulus nyeri (mis, menyentuh kompor panas). Nyeri cepat terlokalisasi dengan baik pada suatu tempat dan sering digambarkan sebagai tusukan atau tajam. Nyeri cepat biasanya dirasakan pada atau dekat dengan permukaan tubuh.

Slow pain (nyeri lambat) dirasakan selama satu detik atau lebih setelah aplikasi stimulus nyeri (mis, nyeri yang terus terasa setelah kepala terbentur). Nyeri lambat sering digambarkan sebagai tumpul, berdenyut, atau terbakar. Nyeri ini dapat meningkat dalam beberapa menit dan dapat terjadi di kulit atau semua jaringan dalam tubuh. Nyeri lambat dapat menjadi kronis dan menimbulkan disabilitas yang berat.

2.2.6 Mekanisme Nyeri

Rangkaian proses terjadinya nyeri diawali dengan tahap transduksi, dimana hal ini terjadi ketika nosiseptor yang terletak pada bagian perifer tubuh distimulasi oleh berbagai stimulus, seperti faktor biologis, mekanisme, listrik, thermal, dan radiasi. *Fast pain* dicetuskan oleh reseptor

tipe mekanis atau thermal (yaitu *serabut saraf A-Delta*), sedangkan *slow plain* (nyeri lambat) biasanya dicetuskan oleh *serabut saraf C*).

Karakteristik Serabut A-delta yaitu :

- Menghantar nyeri dengan cepat
- Bermielinasi

Karakteristik Serabut C, yaitu :

- Tidak bermielinasi
- Berukuran sangat kecil
- Bersifat lambat dalam menghantarkan nyeri

Serabut A mengirim sensasi yang tajam, terlokalisasi, dan jelas dalam melokalisasi sumber nyeri dan mendeteksi intensitas nyeri. Serabut C menyampaikan impuls yang terlokalisasi (bersifat difusi), viseral, dan terus-menerus. Sebagai contoh mekanisme kerja serabut A-delta dan serabut C dalam suatu trauma adalah ketika seseorang menginjak paku, sesaat setelah kejadian orang tersebut dalam waktu kurang dari 1 detik akan merasakan nyeri yang terlokalisasi dan tajam, yang merupakan transmisi dari serabut A. dalam beberapa detik selanjutnya, nyeri menyebar sampai seluruh kaki terasa sakit karena persarafan serabut C.

Tahap selanjutnya adalah transmisi, dimana impuls nyeri kemudian ditransmisikan serat afferen (A-delta dan C) ke medula spinalis melalui

dorsal horn, dimana di sini impuls akan bersinapsis di substansia gelatinosa (lamina II dan III). Impuls kemudian menyeberang keatas melewati traktus spinothalamus anterior dan lateral. Beberapa impuls yang melewati traktus spinothalamus lateral diteruskan langsung ke thalamus tanpa singgah di formatio retikularis membawa impuls fast pain. Di bagian thalamus dan korteks serebri inilah individu kemudian dapat mempersepsikan, menggambarkan, melokalisasi, menginterpretasikan dan mulai berespon terhadap nyeri.

Beberapa impuls nyeri ditransmisikan melalui traktus paleospinothalamus pada bagian tengah medula spinalis. Impuls ini memasuki formatio retikularis dan sistem limbik yang mengatur perilaku emosi dengan kognitif, serta integretasi dari sistem saraf otonom. Slow pain yang terjadi akan membangkitkan emosi, sehingga timbul respon terkejut, marah, cemas, tekanan darah meningkta, keluar keringat dingin, dan jantung berdebar-debar.

2.2.7 Faktor – faktor yang Mempengaruhi Nyeri

1. Usia

Usia mempengaruhi seseorang bereaksi terhadap nyeri. Sebagai contoh anak kecil yang belum dapat mengucapkan kata-kata mengalami kesulitan dalam mengungkapkan secara verbal dan mengekspresikan rasa nyerinya. Sementara lansia mungkin tidak akan melaporkan nyerinya dengan alasan nyeri merupakan sesuatu yang harus mereka terima (Potter & Perry, 2006).

2. Jenis Kelamin

Secara umum jenis kelamin pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam merespon nyeri. Beberapa kebudayaan mempengaruhi jenis kelamin misalnya ada yang menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis sedangkan seorang anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama (Rahadhane dalam Andari, 2015).

3. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diajarkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka (Rahadhane dalam Andari, 2015).

4. Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat. Sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun. Konsep ini merupakan salah satu konsep yang perawat terapkan di berbagai terapi untuk menghilangkan nyeri, seperti relaksasi, teknik imajinasi terbimbing (*guided imaginary*) dan *messase*, dengan memfokuskan perhatian dan konsentrasi klien pada stimulus yang lain, misalnya pengalihan pada distraksi (Fatmawati, 2011).

5. Ansietas

Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri. Namun nyeri juga dapat menimbulkan ansietas. Stimulus nyeri mengaktifkan bagian sistem limbik yang diyakini mengendalikan emosi seseorang khususnya ansietas (Wijarnoko, 2012).

6. Kelemahan

Kelemahan atau keletihan meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping (Fatmawati, 2011).

7. Pengalaman sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri. Apabila individu sejak lama sering mengalami serangkaian episode nyeri tanpa pernah sembuh maka ansietas atau rasa takut dapat muncul. Sebaliknya jika individu mengalami jenis nyeri yang sama berulang-ulang tetapi nyeri tersebut dengan berhasil dihilangkan akan lebih mudah individu tersebut menginterpretasikan sensasi nyeri (Rahadhanie dalam Andari, 2015).

8. Gaya Koping

Gaya koping mempengaruhi individu dalam mengatasi nyeri. Sumber koping individu diantaranya komunikasi dengan keluarga, atau melakukan latihan atau menyanyi (Ekowati, 2012).

9. Dukungan Keluarga dan Sosial

Kehadiran dan sikap orang-orang terdekat sangat berpengaruh untuk dapat memberikan dukungan, bantuan, perlindungan, dan meminimalkan ketakutan akibat nyeri yang dirasakan, contohnya dukungan keluarga (suami) dapat menurunkan nyeri kala I, hal ini dikarenakan ibu merasa tidak sendiri, diperhatikan dan mempunyai semangat yang tinggi (Widjanarko, 2012).

10. Makna Nyeri

Individu akan berbeda-beda dalam mempersepsikan nyeri apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan hukuman dan tantangan. Misalnya seorang wanita yang bersalin akan mempersepsikan nyeri yang berbeda dengan wanita yang mengalami nyeri cedera kepala akibat dipukul pasangannya. Derajat dan kualitas nyeri yang dipersepsikan klien berhubungan dengan makna nyeri (Potter & Perry, 2006).

2.2.8 Manajemen Nyeri

1. Pendekatan Farmakologi

Teknik farmakologi adalah cara yang paling efektif untuk menghilangkan nyeri dengan pemberian obat-obatan pereda nyeri terutama untuk nyeri yang sangat hebat yang berlangsung selama berjam-jam atau bahkan sehari-hari. Metode yang paling umum digunakan untuk mengatasi nyeri adalah analgesik (Strong, Unruh, Wright & Baxter, 2002). Menurut Smeltzer & Bare (2002), ada tiga jenis analgesik yakni:

- a. Non-narkotik dan anti inflamasi nonsteroid (NSAID):
menghilangkan nyeri ringan dan sedang. NSAID dapat sangat

berguna bagi pasien yang rentan terhadap efek pendepresi pernafasan.

- b. Analgesik narkotik atau opiat: analgesik ini umumnya diresepkan untuk nyeri yang sedang sampai berat, seperti nyeri pasca operasi. Efek samping dari opiat ini dapat menyebabkan depresi pernafasan, sedasi, konstipasi, mual muntah.
- c. Obat tambahan atau ajuvant (koanalgesik): ajuvant seperti sedative, anti cemas, dan relaksan otot meningkatkan kontrol nyeri atau menghilangkan gejala lain terkait dengan nyeri seperti depresi dan mual (Potter & Perry, 2006).

2. Intervensi Keperawatan Mandiri (Non Farmakologi)

Intervensi keperawatan mandiri menurut Bangun & Nur'aeni (2013), merupakan tindakan pereda nyeri yang dapat dilakukan perawat secara mandiri tanpa tergantung pada petugas medis lain dimana dalam pelaksanaannya perawat dengan pertimbangan dan keputusannya sendiri. Banyak pasien dan anggota tim kesehatan cenderung untuk memandang obat sebagai satu-satunya metode untuk menghilangkan nyeri. Namun banyak aktivitas keperawatan nonfarmakologi yang dapat membantu menghilangkan nyeri, metode

peredaya nyeri nonfarmakologi memiliki resiko yang sangat rendah. Meskipun tindakan tersebut bukan merupakan pengganti obat-obatan.

a) Masase dan Stimulasi Kutaneus

Masase adalah stimulasi kutaneus tubuh secara umum. Sering dipusatkan pada punggung dan bahu. Masase dapat membuat pasien lebih nyaman (Smeltzer & Bare, 2002). Sedangkan stimulasi kutaneus adalah stimulasi kulit yang dilakukan selama 3-10 menit untuk menghilangkan nyeri, bekerja dengan cara melepaskan endorfin, sehingga memblokir transmisi stimulus nyeri (Potter & Perry, 2006). Salah satu teknik memberikan masase adalah tindakan masase punggung dengan usapan yang perlahan (*Slow stroke back massage*).

b) *Effleurage Massage*

Effleurage adalah bentuk masase dengan menggunakan telapak tangan yang memberi tekanan lembut ke atas permukaan tubuh dengan arah sirkular secara berulang (Reeder dalam Parulian, 2014).

c) Distraksi

Distraksi yang memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri dapat menjadi strategi yang sangat berhasil dan mungkin merupakan mekanisme terhadap teknik kognitif efektif lainnya. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan

menstimulasi sistem kontrol desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimulus nyeri yang ditransmisikan ke otak (Smeltzer and Bare, 2002).

Menurut Pangabean (2014) salah satu teknik distraksi adalah dengan bercerita dimana teknik distraksi bercerita merupakan salah satu strategi non farmakologi yang dapat menurunkan nyeri.

d) Terapi Musik

Terapi musik adalah usaha meningkatkan kualitas fisik dan mental dengan rangsangan suara yang terdiri dari melodi, ritme, harmoni, bentuk dan gaya yang diorganisir sedemikian rupa hingga tercipta musik yang bermanfaat untuk kesehatan fisik dan mental (Eka, 2011). Perawat dapat menggunakan musik dengan kreatif di berbagai situasi klinik, pasien umumnya lebih menyukai melakukan suatu kegiatan memainkan alat musik, menyanyikan lagu atau mendengarkan musik. Musik yang sejak awal sesuai dengan suasana hati individu, merupakan pilihan yang paling baik (Elsevier dalam Karendehi, 2015).

e) Hidroterapi Rendam Kaki Air Hangat

Salah satu terapi nonfarmakologi adalah hidroterapi rendam kaki air hangat. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Widiastuti pada tahun 2015 tentang pengaruh hidroterapi rendam kaki air hangat terhadap 17 pasien post operasi di RS Islam Sultan Agung

Semarang terdapat penurunan intensitas nyeri dari sebelum diberikan 4,06 dan setelah diberikan intensitas nyeri menjadi 2,71.

f) Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan, selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi bernafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah. Teknik relaksasi nafas dalam dapat mengendalikan nyeri dengan meminimalkan aktivitas simpatik dalam system saraf otonom (Fitriani, 2013). Menurut Huges dkk dalam Fatmawati (2011), teknik relaksasi melalui olah nafas merupakan salah satu keadaan yang mampu merangsang tubuh untuk membentuk sistem penekan nyeri yang akhirnya menyebabkan penurunan nyeri, disamping itu juga bermanfaat untuk pengobatan penyakit dari dalam tubuh, meningkatkan kemampuan fisik dan keseimbangan tubuh dan pikiran, karena olah nafas dianggap membuat tubuh menjadi rileks sehingga berdampak pada keseimbangan tubuh dan pengontrolan tekanan darah.

2.2.9 Mengkaji Nyeri

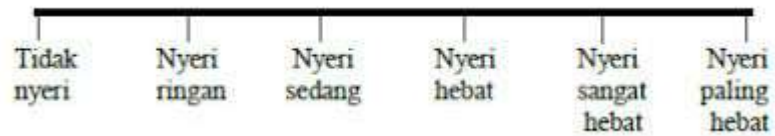
Tabel 2.1
Pengkajian Nyeri (BCGuidelines.ca, 2011)

<i>Onset</i>	Kapan nyeri muncul? Berapa lama nyeri? Berapa sering nyeri muncul?
<i>Provoking</i>	Apa yang menyebabkan nyeri? Apa yang membuatnya berkurang? Apa yang membuat nyeri bertambah parah?
<i>Quality</i>	Bagaimana rasa nyeri yang dirasakan? Bisakah di gambarkan?
<i>Region</i>	Dimanakah lokasinya? Apakah menyebar?
<i>Severity</i>	Berapa skala nyerinya? (dari 0-10)
<i>Treatment</i>	Pengobatan atau terapi apa yang digunakan?
<i>Understanding</i>	Apa yang anda percayai tentang penyebab nyeri ini? Bagaimana nyeri ini mempengaruhi anda atau keluarga anda?
<i>Values</i>	Apa pencapaian anda untuk nyeri ini?

1) Skala Deskriptif Verbal (SDV)

Skala Deskriptif Verbal (SDV) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsian ini dirangking dari “tidak nyeri” sampai “nyeri tidak tertahankan”. Perawat menunjukan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan (Potter & Perry, 2006).

Gambar 2.1
Skala Deskriptif Verbal



Sumber : (Potter & Perry, 2006).

2) Skala Penilaian Numerik

Skala penilaian numerik atau *Numeric Rating Scale* (NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10 (Meliala & Suryamiharja, 2007).

Gambar 2.2
Skala Penilaian Numerik



Sumber : (Meliala & Suryamiharja, 2007)

3) Skala Analog Visual

Skala Analog Visual atau *Visual Analog Scale* (VAS) adalah suatu garis lurus yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsi verbal pada ujungnya. Skala ini memberi klien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri (Potter & Perry, 2006).

4) Skala Wajah

Skala wajah terdiri atas enam wajah dengan profil kartun yang menggambarkan wajah yang sedang tersenyum (tidak merasa nyeri), kemudian secara bertahap meningkat menjadi wajah kurang bahagia, wajah yang sangat sedih sampai wajah yang sangat ketakutan (nyeri yang sangat) (Potter & Perry, 2006).

Gambar 2.3
Skala Nyeri Wajah



Sumber : wongbakerfaces.org

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian dan Data Fisik

1) Pengkajian

Pengkajian mencakup pengumpulan informasi subjektif dan objektif (misalnya tanda vital, wawancara pasien/keluarga, pemeriksaan fisik) dan peninjauan informasi riwayat pasien yang

diberikan oleh pasien/keluarga, atau ditemukan dalam rekam medik (NANDA, 2018-2020).

2) Riwayat kesehatan sekarang (Jitowijono & Kristyanasari, 2010)

a. Keluhan utama

Biasanya klien mengeluh nyeri bagian abdomen saat ditekan karena adanya luka

b. Riwayat kesehatan dahulu

Klien dengan SC akan mengalami penyakit yang sama sebelumnya (hipertensi, plasenta previa)

c. Riwayat kesehatan keluarga

Klien dengan SC biasanya disertai penyakitn keturunan contohnya hipertensi

1. Pola aktivitas sehari-hari dirumah dan dirumah sakit

(Doenges & Moorhouse, 2010)

a. Pola nutrisi

Mungkin akan mengalami penurunan nafsu makan

b. Pola eliminasi

Kateter urinaris mungkin terpasang, urine mungkin jernih pucat

c. Pola istirahat tidur

Mengeluh ketidak nyamanan dan berbagai sumber musal, karena bedah/insisi

d. Aktivitas dan latihan

Keterbatasan gerakan pengaruh dari anestesi

3) Pemeriksaan fisik (Regina VT Novita, 2011)

1. Tanda-tanda vital

Semua tanda vital harus dimonitor dengan hati-hati sehingga dapat melihat status klien khususnya untuk tekanan darah, mungkin akan terjadi bradikardi, suhu tubuh akan meningkat/menurun (Regina VT Novita, 2011).

2. Kepala

Bagaimana mulut mungkin terlihat kering (Doenges, 2001).

3. Dada

Jarang ada penurunan pernafasan apabila ada penurunan kenaikan curiga adanya perdarahan, biasanya suara paru vesikuler terdengar jelas. Pada wanita yang menyusui merespon terhadap menstimulasi bayi yang disusui akan terus melepaskan hormone dan stimulasi alveoli yang memproduksi susu (Regina VT Novita, 2011).

4. Abdomen

Selama hamil otot-otot abdomen secara terhadap melebar dan terjadi penurunan tonus otot sehingga menjadi lunak, lembut dan lemah. Setelah janin dilahirkan fundus uteri kira-kira setinggi pusat, segera setelah plasenta lahir, tinggi fundus uteri

± 2 jari dibawah pusat. Uterus mempunyai sebuah alveoli gepeng berukuran panjang ± 15 cm, lebar ± 12 cm dan tebal ± 10 cm

5. Ekstremitas

Biasanya ada penurunan gerak atau sensasi karena efek anestesi (Doenges, 2001).

6. Genitalia

7. Biasanya terdapat lochea

1. Data penunjang

- Kadar Hb
- Hematokrit\Kadar leukosit dan golongan darah

3.3 Diagnosa Keperawatan pada Klien Post SC

Pernyataan yang jelas tentang masalah klien dan penyebabnya. Selain itu harus spesifik berfokus pada kebutuhan klien dengan mengutamakan prioritas dan diagnosa yang muncul harus dapat diatasi dengan tindakan keperawatan. Menurut Asuhan keperawatan berdasarkan NANDA (*North American Nursing diagnosa Association*) 2015 bahwa diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu post partum matures dengan seksio sesarea adalah (Nurarif dan Kusuma, 2015):

1. Ketidak efektifan bersihan jalan napas b.d obstruksi jalan napas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi)

2. Nyeri akut b.d agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomy)
3. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum
4. Ketidak efektifan pemberian ASI b.d kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui
5. Hambatan eliminasi ureine
6. Gangguan pola tidur b.d kelemahan
7. Resiko infeksi b.d faktor resiko: episiotomy, 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 (hipovolemik)
11. Resiko pendarahan
12. Defisiensi pengetahuan : perawatan post partum b.d kurangnya informasi tentang penanganan post partum

4.3 Intervensi

Menurut NANDA (*North American Nursing diagnosa Association*), 2015 Rencana Keperawatan pada diagnosa yang mungkin muncul dengan seksio sesarea adalah (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014).

Tabel 2.1
Intervensi Keperawatan
Ketidak Efektifan Bersihan Jalan Nafas

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Definisi : ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran nafas untuk mempertahankan bersihan jalan nafas.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada batuk - Suara nafas tambahan - Perubahan frekuensi napas - Perubahan irama nafas - Sianosis - Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara - Penurunan bunyi napas - Dipsneu - Sputum dalam jumlah yang berlebihan - Batuk yang tidak efektif - Orthopneu - Gelisah - Mata terbuka lebar <p>Faktor-faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mukus berlebihan - Terpajan asap - Benda asing dalam jalan nafas - Sekresi yang tertahan - Perokok pasif - perokok 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Respiratory status: ventilation</i> - <i>Respiratory status: Airway patency</i> <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) - Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) - Mampu mengidentifikasi dan mencegah factor yang dapat menghambat jalan nafas 	<p>NIC</p> <p>Airway Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning <ul style="list-style-type: none"> - Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning <ul style="list-style-type: none"> - Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning <ul style="list-style-type: none"> - Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan <ul style="list-style-type: none"> - Berikan o₂ dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suksin nasotrakeal - Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan - Anjurkan pasien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter 	<ul style="list-style-type: none"> - Hidrasi yang adekuat membantu mempertahankan sekresi tetap encer dan meningkatkan ekspektorasi <ul style="list-style-type: none"> - Ronki dan mengi mengindikasikan sekresi dan ketidakmampuan untuk membersihkan jalan nafas. - Memberi pengertian kepada klien/keluarga tentang terapi yang dilakukan <ul style="list-style-type: none"> - Memaksimalkan upaya batuk, ekspansi paru, dan drainase <ul style="list-style-type: none"> - Oksigen tambahan diperlukan selama distres pernafasan <ul style="list-style-type: none"> - Menjaga keadaan aseptik <ul style="list-style-type: none"> - Memaksimalkan upaya batuk, ekspansi paru, dan

kondisi terkait	dikeluarkan dari nasotrakeal	drainase
- spasme jalan napas	- Monitor status oksigen pasien	- Mengetahui keadaan pernafsan
- jalan napas alergik	- Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suction	- Memfasilitasi dalam pemberian terapi
- asma	Airway management	
- penyakit paru obstruksi kronis	- Buka jalan napas, gunakan teknik chinlift atau jaw thrust bila perlu	- Untuk mempertahankan jalan nafas
- eksudat dalam alveoli	- Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi	- Mencegah lidah mengobstruksi lidah
- hiperplasia pada dinding bronkus	- Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan napas buatan	- Menentukan jenis alat bantu yang digunakan
- infeksi	- Pasang mayo bila perlu	- Mempermudah melakukan pengeluaran sekresi
- disfungsi neuromuskular	- Lakukan fisioterapi dada jika perlu	- Meningkatkan ventilasi di semua paru dan membantu drainase sekresi
- adanya jalan napas buatan	- Keluarkan sekret dengan batuk atau suction	- Membantu drainase sekresi
	- Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan	- Ronki dan mengi mengindikasikan sekresi dan ketidakmampuan untuk membersihkan jalan nafas
	- Lakukan suction pada mayo	- Mempermudah drainase sekresi
	- Berikan bronkodilator bila perlu	- Meningkatkan ventilasi dan pengeluaran sekresi
	- Berikan pelembab	

udara kassa basah Nacl lembab	-	Menjaga kelembaban
- Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan	-	Membantu menairkan sekresi sehingga meningkatkan ekspektorasi

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)

Tabel 2.2
Nyeri Akut

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi :pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (international association for the study of pain):awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung kurang 6 bulan.	NOC - <i>Pain level,</i> - <i>Pain control,</i> - <i>Comfort level</i> Kriteria Hasil : - mampu mengontrol nyeri (taahu penyebab nyeri,mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri,mencari bantuan) - melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri - mampu mengenali nyeri (skala,intensitas,frekuensi dan tanda nyeri) - menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	NIC Pain Management - 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	- Nyeri merupakan pengalaman subjektif . pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektifitas medikasi dan kemajuan penyembuhan. Perubahan pada karakteristik nyeri. - Isyarat non verbal dapat atau tidak dapat mendukung intensitas nyeri klien, tetapi mungkin merupakan satu satunya indikator jika klien tidak dapat menyatakan secara verbal. - Menentukan kultur pada klien - Dapat membedakan nyeri saat ini dari
Batasan karakteristik : - perubahan selera makan - perubahan tekanan darah - perubahan frekwensi jantung - perubahan frekwensi			

<ul style="list-style-type: none"> - pernapasan - laporan isyarat - diaphoresis - perilaku distraksi (mis., berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang) - mengekspresikan perilaku (mis., gelisah, merengek, menangis) - masker wajah (mis., mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu focus meringis) - sikap melindungi area nyeri - focus menyempit (mis., gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan) - indikasi nyeri yang dapat diamati - perubahan 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 kontrol nyeri - Tingkatkan istirahat 	<ul style="list-style-type: none"> pola nyeri sebelumnya. - Keberadaan perawat dapat mengurangi persaan ketakutan dan ketidakberdayaan. - Meredakan ketidaknyamanan dan mengurangi energi sehingga meningkatkan kemampuan koping. - Membantu dalam menegakan diagnosis dan menentukan kebutuhan terpi - Meningkatkan istirahat, mengarahkan kembali perhatian dan meningkatkan koping. - Mempermudah menentukan perencanaan - Meningkatkan istirahat, mengarahkan kembali perhatian dan meningkatkan koping. - Meningkatkan kenyamanan dan memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain. - Untuk mengetahui efektifitas pengontrolan nyeri - Mengurangi ketidaknyaman pada klien
--	--	--

<p>posisi untuk menghindari nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - sikap tubuh melindungi - dilatasi pupil - melaporkan nyeri secara verbal - gangguan tidur 	<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil 	<ul style="list-style-type: none"> - Nyeri hebat yang tidak reda oleh tindakan rutin dapat mengindikasikan perkembangan komplikasi dan kebutuhan intervensi lebih lanjut
<p>Faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - agen cedera (mis., biologis, zat kimia, fisik, psikologis) 	<p>Analgesic Administration</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat. - Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi - Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu - Tentukan pilihan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal - Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur - Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali - Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengevaluasi medikasi dan kemajuan penyembuhan - Mengevaluasi keefektifan terapi yang diberikan - Menentukan jenis analgesik yang sesuai - Menentukan jenis rute untuk memberikan terapi - Menentukan rute yang sesuai untuk terapi - Untuk mengetahui perkembangan atau keefektifitasan terapi - Menurunkan ketidaknyaman dan memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain. - Untuk mengetahui
	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui

efektivitas
analgesik, tanda
dan gejala

efektifitas dari
terapi farmakologi

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)

Tabel 2.3
Ketidak Seimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolic</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - kram abdomen - nyeri abdomen - gangguan sensasi rasa - berat badan 20% atau lebih dibawah rentang berat badan ideal - kerapuhan kapiler - diare - kehilangan rambut berlebihan - enggan makan - asupan makanan kurang dari recommended daily allowance (RDA) <ul style="list-style-type: none"> - bising usus hiperaktif - kurang informasi - kurang minat pada makanan - tonus otot menurun - kesalahan informasi - kesalahan persepsi - membran mukosa pucat - Ketidakmampuan memakan 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Nutritional status:</i> - <i>Nutritional status : food and fluidIntake</i> - <i>Nutritional status : nutrient intake</i> - <i>Weight control</i> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan - Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan - Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi - Tidak ada tanda-tanda malnutrisi - Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dari menelan - Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	<p>NIC</p> <p>Nutrition management</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji adanya alergi makanan - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien - Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe - Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C - Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi - Berikan makanan yang terpilih(sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi) - Ajarkan pasien bagaimana cara membuat catatan makan harian 	<ul style="list-style-type: none"> - Pilihan intervensi bergantung pada penyebab yang mendasari - Metode pemberian makan dan kebutuhan kalori ditentukan berdasarkan situasi individual dan kebutuhan spesifik - Meningkatkan defisit dan memantau keefektifan terapi nutrisi - Memaksimalkan asupan zat gizi - Pertimbangkan pilihan individual dapat memperbaiki asupan diet - Memaksimalkan asupan zat gizi - Mengidentifikasi toleransi makanan dan defisiensi serta kebutuhan nutrisi

<ul style="list-style-type: none"> - makanan - Cepat kenyang setelah makan - Sariawan rongga mulut - Kelemahan otot pengunyah - Kelemahan otot untuk menelan - Penurunan berat badan dengan asupan adekuat 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori - Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi - Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui asupan gizi yang akan diberikan - Untuk mengetahui pemahaman nutrisi klien - Mengetahui nutrisi yang akan di berikan
Faktor-faktor yang berhubungan :		
<ul style="list-style-type: none"> - Asupan diet kurang 		
Populasi berisiko		
<ul style="list-style-type: none"> - Faktor bilogis - Kesulitan ekonomi 		
Kondisi terkait		
<ul style="list-style-type: none"> - Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien - Ketidakmampuan mencerna makanan - Ketidakmampuan makan - Gangguan psikososial 	<p>Nutrition Monitoring</p> <ul style="list-style-type: none"> - BB pasien dalam batas normal - Monitor adanya penurunan berat badan - Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan - Monitor lingkungan selama makan - Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama makan - Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi - Monitor turgor kulit - Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Menjaga keseimbangan nutrisi - Mengetahui adanya ketidakseimbangan nutrisi - Mengetahui aktivitas yang harus dilakukan atau tidak karena bisa membuang energi - Lingkungan yang nyaman mempengaruhi selama makan - Memaksimalkan asupan nutrisi - Asupan yang kurang mempengaruhi perubahan fisik - Mengetahui ketidakseimbangan nutrisi - Asupan yang kurang mempengaruhi perubahan fisik

-
- Monitor kalori dan intake nutrisi - Mengukur keefektifan bantuan nutrisi
 - Catat jika lidah berwarna magenta,scarlet - Mengetahui adanya kekurangan vitamin B
-

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)

Tabel 2.4
Ketidak Efektifan Pemberian ASI

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Definisi : kesulitan memberikan susu pada bayi atau anak secara langsung dari payudara, yang dapat mempengaruhi status nutrisi bayi/anak.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ketidakadekuatan defekasi bayi - Bayi mendekat ke arah payudara - Bayi menangis pada payudara - Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusui - Bayi rewel dalam satu jam setelah menyusui - Bayi tidak mampu latch-on pada payudara secara tepat - Bayi menolak latching on - Bayi tidak responsif terhadap tindakan kenyamanan lain - Ketidakcukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Breastfeeding ineffective</i> - <i>Breathing Pattern Ineffective</i> - <i>Breastfeeding interupted</i> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemantapan pemberian ASI: bayi perletakkan bayi yang sesuai pada dan proses mengisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI. - Kemantapan pemberian ASI : IBU : kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI - Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/todler penyapihan pemberian ASI - Diskontinuitas progresif pemberian ASI 	<p>NIC</p> <p>Breastfeeding Assistance</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi pola menghisap/menelan bayi - Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui dari bayi (misalnya reflek rooting, mengisap dan terjaga) - Pantau integritas kulit puting ibu - Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi <p>Breast Examination Lactation Supresion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui perkembangan bayi - Menentukan rencana selanjutnya - Kelembaban dan kelembutan utuk bayi - Melihat keefektifan pemberian nutrisi dari ASI - Membantu mengefektifkan pemberian terapi

- Kurang penambahan berat badan bayi	- Pengetahuan pemberian ASI tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI	- Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI	- Ibu baru mungkin tidak menyadari bahwa tentang pemberian ASI
- Tidak tampak tanda pelepasan oksitosin	- Ibu menganli isyarat lapar dari bayi dengan segera	- Ajarkan pengasuh bayi mengenai topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran member susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang	- Memberikan pengetahuan dasar
- Tampak ketidakadekuatan asupan susu	- Ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI	- Ajarkan orangtua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula	- Menggantikan ASI untuk nutrisi pada bayi
- Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui	- Ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting	Lactation conseling	
- Penurunan berat badan bayi terus menerus	- Mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI	- Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI	- Mendapat dukungan berhubungan dengan rasio keberhasilan ASI
- Tidak mengisap payudara terus menerus		- Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu	- Memberi pengetahuan untuk ibu
Faktor yang berhubungan		- Diskusikan metode alternative pemberian makan bayi	- Menggantikan nutrisi untuk bayi
- Keterlambatan laktogen II			
- Suplai ASI tidak cukup			
- Keluarga tidak mendukung			
- Tidak cukup waktu untuk menyusu ASI			
- Kurang pengetahuan orang tua tentang teknik menyusui			
- Kurang pengetahuan orang tua tentang pentingnya pemberian ASI			
- Diskontinuitas pemberian ASI			
- Ambivalensi ibu			
- Ansietas ibu			
- Anomali payudara ibu			
- Keletihan ibu			
- Obesitas ibu			
- Nyeri ibu			
- Penggunaan dot			
- Refleks isap bayi buruk			

- Penambahan makanan dengan puting artifisial
- Populasi berisiko
 - Bayi prematur
 - Pembedahan payudara sebelumnya
 - Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya
 - Masa cuti melahirkan pendek
- Kondisi terkait
 - Defek orofaring

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)

Tabel 2.5
Hambatan Eliminasi Urine

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : disfungsi eliminasi urine	NOC - <i>Urinary elimination</i> - <i>Urinary continence</i>	NIC Urinary Retention Care	
Batasan karakteristik	Kriteria hasil :		
- Disuria	- Kandung kemih kosong secara penuh	- Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinuitas (misalnya, output urin, pola berkemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten)	- Pola berkemih mengidentifikasi karakteristik kandung kemih
- Sering berkemih	- Tidak ada residu urine >100-200 cc		
- Anyang-anyangan	- Intake cairan dalam rentang normal		
- Nokturia	- Bebas dari ISK		
- Inkontinensia urine	- Tidak ada spasme bladder		
- Retensi urine	- Balance cairan seimbang		
- Retensi urine			
- Dorongan berkemih			
Faktor yang berhubungan			
- Penyebab multipel		- Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau properti alpha agonis	- Mengetahui obat yang sedang digunakan terapi
Kondisi terkait			
- Obstruksi anatomik			
- Gangguan sensorik motorik		- Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit)	- Pemindaian kandung kemih bermanfaat dalam menentukan residu pasca berkemih
- Infeksi saluran kemih			

-
- | | | |
|--|---|--|
| - Masukan kateter kemih sesuai | - | Untuk mempermudah mengeluarkan urine |
| - Anjurkan pasien/keluarga untuk merekam output urin sesuai | - | Memantau pengeluaran usin |
| - Memantau asupan dan keluaran | - | Mengetahui perkembangan dari output dan intake |
| - Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi | - | Disfungsi kandung kemih beragam, tetapi dapat mencakup kehilangan kontraksi kandung kemih dan ketidakmampuan untuk merelaksasi sfingter urine |
| - Menerapkan kateterisasi intermiten, sesuai | - | Untuk mengurangi spastisitas kandung kemih dan gejala perkemihan dan terkait yaitu frekuensi, urgensi, inkontinensia dan nokturia. |
| - Merujuk ke spesialis kontinensia, sesuai | - | Spesialis kontinensia membantu membuat rencana asuhan individual untuk memenuhi kebutuhan spesifik klien dengan menggunakan teknik dan produk kontinensia terbaru. |
-

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)

Tabel 2.6

Gangguan Pola Tidur

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

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)

Tabel 2.7

Resiko Infeksi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Definisi : rentan mengalami invasi dan multipikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan.</p> <p>Faktor resiko</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan peristalsis - Gangguan integritas kulit - Vaksinasi tidak adekuat - Kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan patogen - Malnutrisi - Obesitas - Merokok - Stasis cairan tubuh <p>Populasi berisiko</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terpajan pada wabah <p>Kondisi terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perubahan ph sekresi - Penyakit kronis - Penurunan kerja siliaris - Penurunan hemoglobin - Imunosupresi - Prosedur invasif - Leukopenia - Pecah ketuban dini - Pecah ketubah lambat - Supresi respon 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Immune status</i> - <i>Knowledge : infection control</i> - <i>Risk control</i> <p>Kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi - Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya - Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi - Jumlah leukosit dalam batas normal - Menunjukkan perilaku hideup sehat 	<p>NIC</p> <p>Infection Control (kontrol infeksi)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain - Batasi pengunjung bila perlu - Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien - Gunakan sabun anti mikroba untuk cuci tangan - Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan - Gunakan baju sarung tangan sebagai alat pelindung - Pertahankan lingkungan aseptol selama pemasangan alat - Ganti letak IV perifer dan line central dan 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait - Individu telah mengalami gangguan dan berisiko tinggi terpajan infeksi - Pertahanan lini depan ini adalah untuk klien, pemberi asuhan kesehatan dan masyarakat - Faktor ini dapat menjadi kunci yang paling sederhana tetapi merupakan kunci terpenting untuk pencegahan infeksi yang didapat di rumah sakit - Mengurangi resiko penyebaran infeksi - Faktor ini dapat menjadi kunci yang paling sederhana tetapi merupakan kunci terpenting untuk pencegahan infeksi yang didapat di rumah sakit - Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait alat - Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait alat

inflamasi	dressing sesuai dengan petunjuk umum	
	<ul style="list-style-type: none"> - Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan feksi kandung kemih - Tingkatkan intake nutrisi - Berikan tenaga antibiotik bila perlu infection protection (proteksi terhadap infeksi) - Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal - Pertahankan teknik aseptis pada pasien yang berisiko - Berikan perawatan kulit pada area epiderma - Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase - Inspeksi kondisi luka dan insisi bedah - Drong masukan nutrisi yang cukup - Dorong masukan cairan 	<ul style="list-style-type: none"> - Mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri dalam saluran perkemihan - Fungsi imun dipengaruhi oleh asupan nutrisi - Terapi bersifat sistemik dan diarahkan pada organisme teridentifikasi tertentu seperti bakteri anaerob, jamur, dan basili gram negatif - Untuk menentukan adanya infeksi - Mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri - Mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri - Memberikan deteksi dini perkembangan proses infeksi - Memberikan deteksi dini perkembangan proses infeksi - Membantu memperbaiki resistansi umum terhadap penyakit dan mengurangi resiko infeksi dari sekresi yang statis - Membantu memperbaiki resistansi umum terhadap penyakit dan mengurangi resiko infeksi dari sekresi yang

- | | | |
|---|---|--|
| - Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep | - | statis
Terapi bersifat sistemik dan diarahkan pada organisme teridentifikasi tertentu seperti bakteri anaerob, jamur, dan basili gram negatif |
| - Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi | - | Mendeteksi dini adanya tanda dan gejala infeksi |
| - Ajarkan cara menghindari infeksi | - | Mendeteksi dini adanya tanda dan gejala infeksi |
| - laporkan kultur positif | - | Untuk mengidentifikasi patogen dan antimikroba |

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)

Tabel 2.8
Defisit Perawatan Diri : Mandi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : ketidakmampuan melakukan pembersihan diri seksama secara mandiri	NOC - <i>Activity intolerance</i> - <i>Mobility physical impaired</i> - <i>Self care derficit hygiene</i> - <i>Sensori perception auditory disturbed</i>	NIC <i>Self – care assistance</i> : <i>Bathing dan Hygine</i> - Pertibangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri - Pertimbangkan usia pasien ketika memperomosikan aktivitas perawatan diri - Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan	- Mengetahui apa yang dibutuhkan oleh klien - Memberikan informasi untuk membuat rencana - Membantu merencanakan untuk memenuhi kebutuhan individual - Mempukan klien untuk mengatur diri
Batasan karakteristik - Ketidakmampuan mengakses kamar mandi - Ketidakmampuan menjangkau sumber air - Ketidakmampuan mengeringkan tubuh - Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi - Ketidakmampuan mengatur air ,mandi - Ketidakmampuan	Kriteria hasil : - Perawatan diri ostonomi pribadi mempertahankan ostonomi untuk eliminasi - Perawatan diri : aktivitas kehidupan sehari-hari ADL mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri dnegan atau tanpa alat	- Tempat handuk, sabun, deodoran,	

membasuh tubuh	bantu	alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibuthkan disamping tempat tidur atau dikamar mandi	sendiri
Faktor yang berhubungan	- Perawatan diri hygiene : mampu untuk membersihkan tubuh secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	- Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya: deodoran, sikat gig, sabun mandi, sampo, lotion dan produk aromaterapi)	- Meningkatkan partisipasi dalam asuhan
- Ansietas	- Perawatan diri hygiene oral : mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	- Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal	- Meredakan ketidaknyamanan dan menjaga privasi klien
- Penurunan motivasi	- Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi	- Memfasilitasi diri mandi pasien, sesuai	- Partisipasi klien dalam perawatan diri dapat meringankan atas persepsi kehilangan kemandirian
- Kendala lingkungan	- Membersihkan dan mengeringkan tubuh	- Memantau pembersihan kuku menurut kemampuan perawatan diri pasien	- Mengetahui keadaan kebersihan fisik klien
- Nyeri	- Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral	- Memantau integritas kulit pasien	- Melihat perubahan keadaan fisik klien
- Kelemahan		- Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri.	- Partisipasi klien dalam perawatan diri dapat meringankan atas persepsi kehilangan kemandirian.
Kondisi terkait			
- Gangguan fungsi kognitif			
- Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh			
- Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial			
- Ganggaun muskuloskeletal			
- Gangguan neuromudkular			
- Gangguan persepsi			

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)

Tabel 2.9
Konstipasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : penurunan frekuensi normal defekasi yang disertai kesulitan atau pengeluaran feses tidak tuntas dan/feses yang keras, kering, dan banyak. Batasan karakteristik <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri abdomen - Nyeri tekan abdomen dengan teraba retensi otot - Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resistensi otot - Anoreksia - Penampilan tidak khas pada lansia - Borborigmi - Darah merah pada feses - Perubahan pada pola defekasi - Penurunan frekuensi defekasi - Penurunan volume feses - Distensi abdomen - Keletihan - Feses keras dan berbentuk - Sakit kepala - Bising usus hiperaktif - Bising usus hipoaktif - Tidak dapat defekasi - Peningkatan tekanan intrabdomen - Tidak dapat makan - Feses cair - Nyeri pada saat defekasi - Massa abdomen 	NOC <ul style="list-style-type: none"> - <i>Bowel elimination</i> - <i>Hydration</i> Kriteria Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari - Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi - Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi - Feses lunak dan berbentuk 	NIC Constipation/impaction management <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala konstipasi - Monitor bising usus - Monitor feses : frekuensi, konsistensi dan volume - Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus - Jelaskan etiologi dan rasionalisasi tindakan terhadap pasien - Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi - Dukung intake cairan - Kolaborasi pemberian laktasif - Pantau tanda-tanda dan gejala konstipasi - frekuensi, bentuk, 	<ul style="list-style-type: none"> - Mendeteksi dini keadaan konstipasi - Menentukan kesiapan terhadap pemberian makan per oral - Melihat keefektifan terapi - Mencegah komplikasi - Memberikan pengetahuan dasar - Mendeteksi dini penyebab konstipasi - Merangsang eliminasi dan mencegah konstipasi defekasi - Membantu mengembalikan fungsi usus - Melihat perkembangan gejala konstipasi - Melihat adanya perubahan

<ul style="list-style-type: none"> - yang dapat diraba - Massa rektal yang dapat diraba - Perkusi abdomen pekak - Rasa penuh rektal - Rasa tekanan rektal - Sering flatus - Adanya feses lunak, seperti pasta di dalam rektum - Mengejan pada saat defekasi - Muntah 	<ul style="list-style-type: none"> - volume dan warna - Memantau bising usus - Konsultasikan dengan dokter tentang penurunan / kenaikan frekuensi bising usus - Pantau tanda-tanda dan gejala pecahnya usus dan /atau peritonitis - Jelaskan etiologi masalah dan pemikiran untuk tindakan untuk pasien - Mendorong meningkatkan asupan cairan, kecuali dikontraindikasikan - Anjurkan pasien / keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja - Ajarkan pasien / keluarga bagaimana untuk menjaga buku harian makanan - Anjurkan pasien / keluarga untuk diet tinggi serat - Anjurkan 	<ul style="list-style-type: none"> - Bising usus biasanya tidak terdengar setelah prosedur pembedahan - Melanjutkan rencana selanjutnya - Mengetahui adanya komplikasi lain - Mengetahui penyebab pada pasien - Melunakan feses dan merangsang peristaltik - Melihat adanya perubahan - Mendukung adanya perubahan pada pasien - Membantu mengembalikan fungsi usus - Untuk mempermudah
<p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kelemahan otot abdomen - Rata-rata aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan menurut gender dan usia - Konfusi - Penurunan motilitas traktus - Gastrointestinal - Dehidrasi - Depresi - Perubahan kebiasaan makan - Ganggaun emosi - Kebiasaan menekan dorongan defekasi - Kebiasaan makan buruk - Higiene oral tidak adekuat - Kebiasaan tilleting tidak adekuat - Asupan serat kurang - Asupan cairan kurang - Kebiasaan defekasi tidak teratur - Penyalahgunaan laktasif - Obesitas - Perubahan lingkungan baru 		

Kondisi terkait	pasien / keluarga pada penggunaan yang tepat dari obat pencahar	melunakan feses
- Ketidakseimbangan elektrolit		
- Hemoroid		
- Penyakit hirshprung		
- Ketidakadekuatan gigi geligi	- Anjurkan pasien / keluarga pada hubungan asupan diet, olahraga dan cairan sembelit / impaksi	- Membantu mengembalikan fungsi usus
- Gram besi		
- Gangguan neurologis		
- Obstruksi usus pasca-bedah		
- Kehamilan		
- Pembesaran prostat		
- Abses rektal	- Menyarankan pasien untuk berkonsultasi dengan dokter jika sembelit atau impaksi terus ada	- Merencanakan tindakan selanjutnya
- Fisura anal rektal		
- Striktur anal rektal		
- Prolaps rektal		
- Ulkus rektal		
- Rektokel		
- Tumor	- Menginformasikan pasien prosedur penghapusan manual dari tinja, jika perlu	- Memberi pengetahuan dasar
	- Ajarkan pasien atau keluarga tentang proses pencernaan yang normal	- Mendeteksi dini untuk konstipasi
	- Ajarkan pasien / keluarga tentang kerangka waktu untuk resolusi sembelit	- Memberi pengetahuan dasar tentang penanganan

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)

Tabel 2.10
Resiko Syok (Hipovolemik)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : rentan mengalami ketidakukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa, yang dapat mengganggu kesehatan. Faktor resiko - Akan dikembangkan Kondisi terkait - Hipotensi - Hipovolemia - Hipoksemia - Hipoksia - Infeksi - Sepsis - Sindrom respons inflamasi sistemik (systemic inflammatory response syndrome)	NOC - <i>Syok prevention</i> - <i>Syok management</i> Kriteria hasil : - Nadi dalam batas yang diharapkan - Irama jantung dalam batas yang diharapkan - Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan - Irama pernafasan dalam batas yang diharapkan - Natrium serum dbn - Kalium serum dbn - Klorida serum dbn - Kalsium serum dbn - Magnesium serum dbn - PH darah serum dbn Hidrasi - Indikator : - Mata cekung tidak ditemukan - Demam tidak ditemukan - TD dbn - Hematokrit DBN	NIC <i>Syok prevention</i> - Monitor sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme , nadi perifer, dan kapiler refill - Monitor tanda inadekuat oksigenasi jaringan - Manitor suhu dan pernafasan - Monitor input dan output - Monitor tanda awal syok - Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat - Berikan cairan IV dan atau oral yang tepat - Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok - Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok <i>Syok management</i> - Monitor tekanan	- Mengidentifikasi dan efektifitas serta kebutuhan terapi - Menghindari adanya hipoksemia selama perdarahan - Mengetahui tanda dari syok hivopolemik - Mengetahui kasar kehilangan cairan/darah - Mengetahui informasi tanda dari syok - Mengurangi pengeluaran herlelahan - Mengganti dan mempertahankan volume sirkulasi dan perfusi - Memberikan pengetahuan dasar untuk tanda gejala syok - Memberikan deteksi dini untuk atasi gejala syok - Mengidentifikasi

	nadi	dan efektifitas serta kebutuhan terapi
-	Monitor status cairan, input output	- Mengetahui kasar kehilangan cairan/darah
-	Catat gas darah arteri dan oksigen di jaringan	- Mengidentifikasi efektifitas serta kebutuhan terapi
-	Monitor EKG, sesuai	- Digunakan untuk mengontrol perdarahan
-	Monitor nilai laboratorium (misalnya, CBC dengan diferensial) koagulasi profil, ABC, tingkat laktat, budaya, dan profil kimia)	- Mengetahui perkembangan dan Mengetahui efektifitas serta kebutuhan terapi
-	Masukan dan memelihara besarnya kebosanan akses IV	- Mempertahankan volume sirkulasi dan perfusi

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014).

Tabel 2.11
Resiko Perdarahan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : rentan mengalami penurunan volume darah, yang dapat mengganggu kesehatan	NOC - <i>Blood lose severity</i> - <i>Blood koagulation</i>	NIC <i>Bleeding precautions</i> - Monitor ketat tanda-tanda perdarahan	- Mengetahui tanda resiko perdarahan
Faktor resiko : - Kurang pengetahuan tentang kewaspadaan perdarahan	Kriteria Hasil : - Tidak ada hematuris dan hematemesis - Kehilangan darah yang terlihat - Tekanan dalam batas normal sistol diastole	- Catat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan	- Membantu menentukan kebutuhan penggantian darah
Populasi berisiko - Riwayat jatuh	- Tidak ada perdarahan pervagina - Tidak ada distensi abdormal	- Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif - Lindungi pasien	- Menngurangi pengeluaran darah berlebih - Menngurangi

- Aneurisme	- Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal	dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan	pengeluaran darah berlebih
- Sirkumsisi			
- Koagulapati intravaskuler diseminata	- Plasma, PT, PTT dalam batas normal	- Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K	- Asupan nutrisi untuk menggantikan output
- Gangguan gastrointestinal			
- Gangguan fungsi hati			
- Kuagulapati inheren			
- Komplikasi pascapartum		Bleeding reduction	
- Komplikasi kehamilan		- Identifikasi penyebab perdarahan	- Mengetahui penyebab pendarahan
- Trauma		- Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonary capillary / artery wedge pressure	- Mengetahui keadaan tekanan darah
- Program pengobatan			
		- Monitor status cairan yang meliputi intake dan output	- Mengetahui adanya tanda resiko pendarahan
		Bleeding Reduction: wound / luka	
		- Gunakan ice pack pada are perdarahan	- Untuk mengurangi pengeluaran perdarahan
		- Lakukan pressure drresing (perban yang menekan) pada area luka	- Untuk mengurangi pengeluaran perdarahan
		- Tinggikan ekstremitas yang perdarahan	- Membantu aliran darah mengalir lambat
		- Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan	- Dapat digunakan untuk menentukan perkiraan kasar kehilangan darah
		- Instruksikan	- Mengurangi adanya

<p>pasien untuk membatasi aktivitas</p> <p><i>Bleeding reduction : gastrointestinal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh : emesis, feces, urine, residu lambung dan drainase luka - Monitor complete blood count dan leukosit - Kurangi faktor stress - Berikan cairan intravena 	<p>untuk mengeluarkan perdarahan</p> <p>- Kehilangan atau penggantian faktor pembekuan yang tidak adekuat</p> <p>- Mengetahui perkiraan kasar kehilangan darah</p> <p>- Mencegah timbul perdarahan yang berlebihan</p> <p>- Mengganti kehilangan pada cairan / darah</p>
---	--

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014).

Tabel 2.12
Defisiensi Pengetahuan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Definisi : keadaan atau defisien informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu, atau kemahiran.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ketidakakuratan mengikuti perintah - Ketidakakuratan melakukan tes - Prilaku tidak tepat - Kurang pengetahuan <p>Faktor pengetahuan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kurang informasi - Kurang minat untuk belajar - Kurang sumber pengetahuan - Keterangan yang salah dari orang lain <p>Kondisi terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan fungsi kognitif - Gangguan memori 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Knowledge : disease process</i> - <i>Knowledge : health behavior</i> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan - Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar - Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya 	<p>NIC</p> <p>Teaching : disease Process</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik - Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat - Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat - Sedikan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat - Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal, dengan cara yang tepat - Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat 	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan dasar pengetahuan sehingga klien dapat membuat pilihan terinformasi secara benar - Menyediakan dasar pengetahuan bagi klien - Berbagai penyebab berdasarkan situasi individual - Informasi spesifik secara individual menciptakan dasar pengetahuan - Memberikan pemantauan yang berkelanjutan - Membantu menetapkan dan meningkatkan pemahaman tentang informasi

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)