

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST SEKSIO SESAREA
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG DELIMA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh:

VIRNA PUTRI AULIA

AKX.17.084



**PRODI III KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA BANDUNG**

2020

PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Virna Putri Aulia

NPM : AKX.17.084

Institusi : Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung

Judul KTI :Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Seksio Sesarea Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Delima Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa:

1. Karya tulis ilmiah yang saya tulis ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik diploma, baik di Universitas Bhakti Kencana maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing dan Masukan Tim Penelaah/Penguji.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau di publikasikan orang lain kecuali secara tertulis dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan di sebutkan nama pengarang dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh dalam karya tulis ini, serta sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Bandung, 27 Juni 2020

Ya METERAI
TEMPEL ataan



VIRNA PUTRI AULIA

AKX.17.084

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST SEKSIO SESAREA
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG DELIMA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
CIAMIS**

Oleh

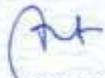
VIRNA PUTRI AULIA

AKX.17.084

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

Menyetujui

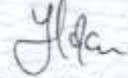
Pembimbing Utama



Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep

NIDN: 02016020178

Pembimbing Pendamping

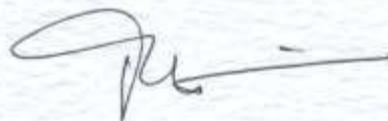


Iceu Komalaningsih S,KM

NIDN: 10218003

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



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

NIDN: 02001020009

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST SEKSIO SESAREA
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG DELIMA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
CIAMIS**

Oleh:

VIRNA PUTRI AULIA

AKX.17.084

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung Pada Tanggal 2020

PANITIA PENGUJI

Ketua: Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep

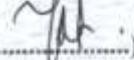
(.....)

(Pembimbing Utama)

Anggota:

1. **Vina Vitniawati, S.Kp., Ners., M.Kep**
(Penguji I)
2. **Yati Nurhayati, S.Kep**
(Penguji II)
3. **Iceu Komalaningsih S, KM**
(Pembimbing Pendamping)

(.....)

(.....)

(.....)

Mengetahui
Fakultas Keperawatan
Ketua

Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep
NIDN: 020007020132

ABSTRAK

Latar Belakang: Berdasarkan data dari *medical record* RSUD Ciamis periode tahun 2019 didapatkan kasus persalinan seksio sesarea sebanyak 1.173. Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan cara membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Dampak fisiologis yang sering muncul pada klien post seksio sesarea salah satunya adalah nyeri. Nyeri dapat menimbulkan perasaan tidak nyaman, apabila tidak segera diatasi dapat menimbulkan berbagai macam keluhan. **Tujuan:** Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Metode:** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah / fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam masalah keperawatan nyeri akut pada kedua klien teratasi. **Dikusi:** Klien post seksio sesarea dengan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama, hal ini dipengaruhi oleh kondisi dan status persalinan sebelumnya. Adapun hasil dari intervensi teknik distraksi murottal Al-Qur'an pada kedua klien yaitu intensitas nyeri berkurang pada klien pertama skala nyeri 7 (0-10) berkurang menjadi 3 (0-10) sedangkan pada klien kedua skala nyeri 5 (0-10) berkurang menjadi 2 (0-10).

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

Daftar Pustaka: 15 buku (2009-2015), 2 jurnal (2018), 1 website

ABSTRACT

Background: Based on data from the medical records of Ciamis Regional Hospital in 2019, there were 1,173 cesarean delivery cases. Caesarean section is a method of giving birth to a fetus by making an incision in the uterine wall through the front wall of the abdomen. The physiological impact that often arises in post cesarean section clients is pain. Pain can cause discomfort, if not treated immediately can cause various kinds of complaints. **Objective:** Carry out nursing care to clients post cesarean section with acute pain nursing problems. **Method:** Case study is to explore a problem / phenomenon with detailed limitations, have in-depth data retrieval and include various sources of information. This case study was conducted on two post-cesarean clients with acute pain nursing problems. **Results:** After 3x24 hours of nursing care the problem of acute pain nursing on both clients was resolved. **Discussion:** Post cesarean section with acute pain does not always have the same response, this is influenced by the condition and status of previous labor. The results of the intervention murottal Al-Qur'an distraction technique on both clients namely the intensity of pain is reduced in the first client pain scale 7 (0-10) reduced to 3 (0-10) while in the second client the pain scale 5 (0-10) reduced to 2 (0-10).

Keywords: Nursing care, Acute pain, Post cesarean section

Bibliography: 15 books (2009-2015), 2 journals (2018), 1 website

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANG DELIMA RSUD CIAMIS” dengan sebaik – baiknya.

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

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

1. H. Mulyana, SH, M,Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana
2. Dr. Entris Sutrisno, M.Hkes.,Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana
3. Rd. Siti Jundiah, S,Kp., M.Kep selaku Dekan Fakultas Keperawatan
4. Dede Nur Aziz Muslim, S,Kep.,Ners.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana
5. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini

6. Iceu Komalaningsih S,KM selaku pembimbing pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini
7. dr. H. Rizali Sofiyan, MM selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini
8. Dedeh, S,ST selaku CI Ruangannya Delima yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis
9. Kepada Ny.l dan Ny.n yang telah bekerja sama dalam pelaksanaan asuhan keperawatan ini
10. Untuk kedua orangtua Bapa Barki dan Ibu Neni yang selalu berdoa tanpa henti demi kelancaran tugas ini dan memberi dukungan penuh kepada penulis, Aa Hana yang selalu menguatkan dan memberi motivasi, dan adiku Nanda yang sudah mau memberikan kuotanya untuk penulis agar bisa mengerjakan karya tulis ilmiah ini
11. Kepada orang-orang terdekat yang telah banyak membantu proses pengerjaan karya tulis ilmiah ini dan selalu memberikan dukungan dalam segala hal.
12. Untuk teman – teman seperjuangan Anestesi angkatan XIII yang telah memberikan semangat serta dukungan
13. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu

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

Bandung, Juni 2020

Virna Putri Aulia

DAFTAR ISI

COVER	i
PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR BAGAN	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR SINGKATAN	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.4 Manfaat	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Anatomi Sistem Reproduksi	7
2.1.1 Genitalia Interna	7
2.2 Konsep Seksio Sesarea	9
2.2.1 Definisi Seksio Sesarea	9
2.2.2 Indikasi	10
2.2.3 Patofisiologi	11
2.2.4 Klasifikasi	14

2.2.5	Komplikasi	14
2.2.6	Pemeriksaan Penunjang	15
2.3	Konsep Dasar Masa Nifas	16
2.3.1	Definisi	16
2.3.2	Tahapan Masa Nifas	16
2.3.3	Perubahan Psikologis Selama Masa Nifas	17
2.3.4	Perubahan Fisiologis Selama Masa Nifas	17
2.4	Konsep Nyeri	21
2.4.1	Definisi	21
2.4.2	Penyebab Nyeri	21
2.4.3	Respon Tubuh Terhadap Nyeri	22
2.4.4	Klasifikasi	23
2.4.5	Intensitas Nyeri	24
2.4.6	Penatalaksanaan	25
2.4.7	Hasil Jurnal Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Seksio Sesarea	27
2.4.8	Hasil Jurnal Pengaruh Murottal Al-Qur'an Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Seksio Sesarea	27
2.5	Konsep Asuhan Keperawatan	28
2.5.1	Pengkajian	28
2.5.2	Diagnosis	38
2.5.3	Intervensi	39
2.5.4	Implementasi	53
2.5.5	Evaluasi	53
BAB III METODA PENELITIAN		54
3.1	Desain Penelitian	54
3.2	Batasan Istilah	54
3.3	Partisipan/Responden/Subjek Penelitian	55

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	55
3.5 Pengumpulan Data	56
3.6 Uji Keabsahan Data	57
3.7 Analisa Data	57
3.8 Etik Penelitian	58
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	61
4.1 Hasil	61
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	61
4.2 Data Asuhan Keperawatan	62
4.2.1 Pengkajian	62
4.2.2 Diagnosis	75
4.2.3 Intervensi	79
4.2.4 Implementasi	83
4.2.5 Evaluasi Sumatif	91
4.3 Pembahasan	93
4.3.1 Pengkajian	93
4.3.2 Diagnosis	95
4.3.3 Intervensi	102
4.3.4 Implementasi	103
4.3.5 Evaluasi	107
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	108
5.1 Kesimpulan	108
5.1.1 Pengkajian	108
5.1.2 Diagnosa	109
5.1.3 Intervensi	109
5.1.4 Implementasi	109
5.1.5 Evaluasi	110

5.2 Saran	110
5.2.1 Rumah Sakit	110
5.2.2 Institusi Pendidikan	111
5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya	111

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Involusi uterus pada masa nifas	18
Tabel 2.2 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas	39
Tabel 2.3 Intervensi nyeri akut	40
Tabel 2.4 Intervensi ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan	42
Tabel 2.5 Intervensi ketidakefektifan pemberian ASI	43
Tabel 2.6 Intervensi Gangguan Eliminasi Urine	44
Tabel 2.7 Intervensi Gangguan Pola Tidur	45
Tabel 2.8 Intervensi Resiko Infeksi	46
Tabel 2.9 Intervensi Defisit Perawatan Diri	47
Tabel 2.10 Intervensi Konstipasi	48
Tabel 2.11 Intervensi Resiko Syok (Hipovolemik)	49
Tabel 2.12 Intervensi ResikoPerdarahan	50
Tabel 2.13 Intervensi Defisiensi Pengetahuan	51

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway seksio sesarea	13
----------------------------------------	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Genetalia Interna Wanita	7
Gambar 2.3 Skala Analog Visual (VAS)	23
Gambar 2.4 Skala Intensitas Nyeri Numerik 0-10	24
Gambar 2.5 Skala Faces Pain Rating Scale	24

DAFTAR SINGKATAN

APGAR	:	<i>Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration</i>
a/i	:	Atas Indikasi
ASI	:	Air Susu Ibu
b.d	:	Berhubungan Dengan
GCS	:	Glasglow Coma Scale
HbSAg	:	Hepatitis B Surface Antigen
KB	:	Keluarga Berencana
KTI	:	Karya Tulis Ilmiah
MOW	:	Metode Operasi Wanita
N	:	Nadi
NANDA	:	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NIC	:	<i>Nursing Intervention Classification</i>
NOC	:	<i>Nursing Outcome Classification</i>
Ny	:	Nyonya
P2A1	:	Partus 2 kali, Abortus 1 kali
P3A0	:	Partus 3 kali, Abortus 0
R	:	Respirasi
Riskesdas	:	Riset kesehatan dasar
S	:	Suhu
Sc	:	Seksio Sesarea
SGOT	:	<i>Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase</i>

SGPT	:	<i>Serum Glutamic Pyruvic Transaminase</i>
Supo	:	Supositoria
TD	:	Tekanan Darah
TTV	:	Tanda – tanda vital
THT	:	Telinga Hidung Tenggorokan
Tpm	:	Tetes per menit
USG	:	<i>Ultrasonography</i>
WHO	:	<i>World Health Organization</i>
WIB	:	Waktu Indonesia Barat
WOD	:	Wawancara, Observasi, Dokumen

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I : Lembar Konsul KTI
- Lampiran II : Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran III : Lembar Observasi
- Lampiran IV : Lembar Justifikasi Studi Kasus
- Lampiran V : Satuan Acara Penyuluhan
- Lampiran VI : Leaflet
- Lampiran VII : Lembar Review Jurnal
- Lampiran VIII : Lembar Catatan Revisi Sidang Akhir
- Lampiran IX : Berita Acara Perbaikan Hasil Sidang Akhir
- Lampiran X : Jurnal Terapi Musik
- Lampiran XI : Jurnal Teknik Nafas Dalam
- Lampiran XII : Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan adalah proses pengeluaran janin melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau menggunakan kekuatan sendiri. Menurut prosesnya persalinannya dibagi menjadi 3 yaitu persalinan spontan, persalinan anjuran, dan persalinan buatan yang dilakukan dengan cara seksio sesarea (Yanti, 2010).

Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan cara membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Amru sofian, 2012). Menurut Tetti Solehati dan Cecep (2015) Tindakan seksio sesarea dilakukan karena berbagai alasan, baik alasan medis (*emergency*) maupun alasan pilihan pribadi (elektif) dari faktor ibu dan faktor bayi yang dikandung, contohnya seperti kelainan letak sungsang. Letak sungsang sangat beresiko mengalami kecacatan dan kematian pada bayi jika dilakukan melalui persalinan pervaginam, maka jika ibu mengalami kelainan letak sungsang persalinannya dilakukan secara seksio sesarea, secara teori letak sungsang dapat terjadi karena faktor ibu seperti kelainan bentuk rahim dan plasenta lebih rendah.

Data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2015 persalinan dengan cara seksio sesarea di dunia sekitar 15% dan di Indonesia menurut hasil Riskesdas tahun 2018 menunjukkan kelahiran dengan metode seksio sesarea sebesar 17,6% dengan hasil tertinggi di DKI Jakarta 31,1% dan yang terendah di Papua 6,7%. Angka persalinan seksio sesarea di Jawa Barat

diperkirakan sekitar 15,5% menurut hasil Riskesdas 2018. Berdasarkan data yang penulis dapatkan dari *medical record* RSUD Ciamis periode tahun 2019 didapatkan kasus persalinan dengan seksio sesarea sebanyak 1.173 di ruang Delima.

Masalah keperawatan yang biasanya muncul pada klien dengan post seksio sesarea yaitu: ketidakefektifan bersihan jalan nafas, nyeri akut, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, ketidakefektifan pemberian ASI, gangguan eliminasi urin, gangguan pola tidur, resiko infeksi, defisit perawatan diri, resiko syok hipovolemik, resiko perdarahan, defisiensi pengetahuan. Tindakan post seksio sesarea menimbulkan masalah yang cukup kompleks bagi klien, baik secara fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Menurut Duffet & Smith tahun 1992 dikutip oleh (Tetti Solehati & Cecep 2015) Dampak fisik atau fisiologis yang sering muncul pada klien post seksio sesarea salah satunya adalah rasa nyeri.

Rasa nyeri yang sering timbul setelah dilakukan tindakan seksio sesarea terjadi akibat adanya kontinuitas jaringan yang terputus. Penelitian yang dilakukan oleh Smeltzer & Bare tahun 2002 (dikutip oleh Tetti Solehati & Cecep 2015) Rasa nyeri akan menimbulkan perasaan tidak nyaman, apabila tidak segera diatasi dapat menimbulkan efek yang bisa mempengaruhi penyembuhan. Nyeri itu merupakan bentuk tekanan yang dapat menimbulkan berbagai macam respon, seperti menurunkan nafsu makan, gangguan mobilitas, sulit melakukan aktifitas, dan mengganggu tidur. Adanya perasaan nyeri akibat luka operasi dapat menyebabkan ibu kesulitan untuk melakukan

pemberian ASI kepada bayinya hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Karlstrom, Olofsson, Norbergh, Sjolting, dan Hildingsson tahun 2007 (dikutip oleh Tetti Solehati & Cecep, 2015) menemukan hasil penelitian, bahwa nyeri paska seksio sesarea memiliki dampak negatif pada *breastfeeding* dan perawatan bayinya.

Penatalaksanaan nyeri pada pasien post seksio sesarea adalah dengan terapi farmakologis dan nonfarmakologis. Penatalaksanaan farmakologis merupakan tindakan yang dilakukan melalui kolaborasi dengan dokter berupa pemberian obat analgetik. Sedangkan penatalaksanaan nonfarmakologis yang dilakukan oleh perawat dengan modulasi psikologis nyeri seperti relaksasi, hipnoterapi, imajinasi, umpan balik biologis, psikopropilaksis, distraksi dan dengan modulasi sensorik nyeri seperti masage, terapeutik, akupuntur, akupresur, musik, *transcutaneous electrical nerve stimulations* (tens), hidroterapi zet, homeopati, modifikasi lingkungan persalinan, pengaturan posisi dan postur serta ambulasi.

Adapun upaya untuk menanggulangi nyeri yaitu dengan menggunakan terapi musik. Menurut Pratiwi tahun 2008 (dikutip oleh Tetti Solehati & Cecep 2015) terapi musik bertujuan untuk meningkatkan atau memperbaiki berbagai kondisi seperti suasana hati, mengurangi nyeri, mengurangi ketegangan otot, menurunkan stress, dan kegelisahan individu untuk semua umur dan berbagai macam keterbelakangan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Khairun, Titi, dan Al murhan tahun 2018 mengenai pengaruh terapi murotal Al- Qur'an terhadap penurunan intensitas nyeri klien post

seksio sesarea di ruang bersalin RSUD Jendral Ahmad Yani Metro. Penelitian ini menggunakan subjek penelitian sebanyak 20 responden yang mengalami nyeri post seksio sesarea. Hasil pengukuran rata-rata intensitas nyeri klien sebelum di perdengarkan murottal Al-Qur'an yaitu mean 6.82 dengan standar deviasi 0.603, derajat nyeri terendah adalah 6 dan derajat nyeri tertinggi adalah 8 kemudian hasil rata-rata sesudah di perdengarkan murottal Al-Qur'an yaitu mean 3.55 dengan standar deviasi 0.688, derajat nyeri terendah adalah 3 dan derajat nyeri tertinggi adalah 5. Hasil penelitian menggunakan metode uji *wilcoxon* dan didapatkan *p-value* 0.002 (*p-value* < 0.05) yang artinya ada perbedaan penurunan intensitas nyeri sebelum dan sesudah diperdengarkan murottal Al-Qur'an

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik untuk mengangkat masalah tersebut dalam sebuah karya tulis ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Seksio Sesarea Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Delima RSUD Ciamis"

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang delima RSUD CIAMIS tahun 2019?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Penulis mampu mengaplikasikan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut

di ruang delima RSUD CIAMIS secara komprehensif meliputi aspek bio, psiko, spritual dalam bentuk pendokumentasian.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a) Melakukan pengkajian keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD CIAMIS.
- b) Menegakan diagnosa keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD CIAMIS.
- c) Membuat rencana keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD CIAMIS.
- d) Melakukan tindakan keperawatan pada post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD CIAMIS.
- e) Mengevaluasi asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD CIAMIS.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Bagi perawat

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi perawat yaitu perawat dapat menemukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut.

b. Bagi Rumah Sakit

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi rumah sakit yaitu dapat di gunakan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu dan pelayanan bagi pasien khusus nya pada klien dengan masalah keperawatan nyeri akut.

c. Bagi Institusi Pendidikan

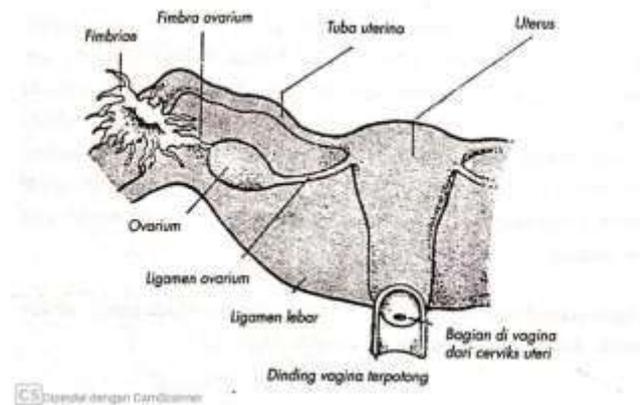
Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi pendidikan yaitu di gunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan nyeri akut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Anatomi Sistem Reproduksi

2.1.1 Genitalia Interna



Gambar 2.1 Genetalia Interna Wanita (Evelyn C. Pearch, 2010)

a. Vagina

Vagina merupakan saluran muskulo-membraneus yang menghubungkan rahim dengan vulva. Vagina terletak di antara kandung kemih dan rektum. Panjang bagian depannya sekitar 9 cm dan dinding belakangnya sekitar 11 cm. Sel dinding pada vagina mengandung banyak glikogen yang menghasilkan asam susu dengan pH 4,5. Keasamaan vagina dapat memberikan proteksi terhadap infeksi.

Fungsi utama vagina:

- 1) Saluran untuk mengeluarkan lendir uterus dan darah menstruasi.
- 2) Alat hubungan seks
- 3) Jalan lahir pada waktu persalinan

b. Uterus

Uterus merupakan jaringan otot yang kuat, terletak di pelvis minor dan diantara kandung kemih dan rektum. Ukuran uterus tergantung dari usia wanita, ukuran uterus anak-anak 2-3 c, nullipara 6-8 cm, multipara 8-9 cm dan >80 gram pada wanita hamil.

Dinding uterus terdiri dari tiga lapisan, yaitu:

1) Peritonium

Peritonium merupakan penebalan yang diisi jaringan ikat, pembuluh darah limfe dan urat syaraf yang merupakan dinding rahim bagian luar. Peritoneum meliputi tuba dan mencapai dinding abdomen.

2) Lapisan otot

Susunan otot rahim terdiri dari tiga lapisan yaitu lapisan luar, lapisan tengah, dan lapisan dalam. Pada lapisan tengah membentuk lapisan tebal anyaman serabut otot rahim. Lapisan tengah ditembus oleh pembuluh darah arteri dan vena.

3) Endometrium

Endometrium adalah lapisan terdalam pada rahim dan tempat menempelnya ovum yang telah dibuahi.

c. Tuba fallopi

Tuba fallopi berfungsi menangkap ovum yang dilepaskan saat ovulasi, sebagai saluran spermatozoa ovum dan hasil konsepsi, tempat terjadinya konsepsi, dan tempat pertumbuhan dan

perkembangan hasil konsepsi sampai mencapai bentuk blastula yang siap melakukan implantasi, dengan ukuran panjang 12 cm dan diameter 3-8 mm.

d. Ovarium

Ovarium berbentuk seperti buah kenari terletak di kiri dan kanan uterus di bawah tuba uterina dan terikat di sebelah belakang oleh ligamentum latum uterus.

Ovarium atau indung telur memiliki fungsi:

- 1) Memproduksi ovum
- 2) Memproduksi hormon estrogen
- 3) Memproduksi progesteron (Endang purwoastuti & Elisabeth, 2015)

2.2 Konsep Seksio Sesarea

2.2.1 Definisi Seksio Sesarea

Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan cara membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut; seksio sesarea juga dapat didefinisikan sebagai suatu histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim. (Amru sofian, 2012)

Seksio sesarea adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. (Nurarif & Kusuma, 2015)

Seksio sesarea adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana sayatan dilakukan di perut untuk mengeluarkan bayi. (Endang Purwoastuti & Siwi Walyani, 2015)

Dapat disimpulkan bahwa seksio sesarea adalah salah satu dari teknik persalinan dengan cara membuat sayatan pada dinding perut dan uterus untuk mengeluarkan seorang bayi.

2.2.2 Indikasi

Indikasi dilakukannya tindakan seksio sesarea:

- a. Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior)
- b. Panggul sempit
- c. Disproporsi sefalopelvik
- d. Ruptura uteri mengancam
- e. Partus lama (*prolonged labor*)
- f. Partus takmaju (*obstructed labor*)
- g. Distosia serviks
- h. Pre-eklamsi dan hipertensi
- i. Malpresentasi janin
 - 1) Letak lintang
 - 2) Letak bokong
 - 3) Presentasi dahi dan muka (letak defleksi) jika reposisi dan cara-cara lain tidak berhasil
 - 4) Presentasi rangkap jika reposisi tidak ada hasil
 - 5) Gemeli

2.2.3 Patofisiologi

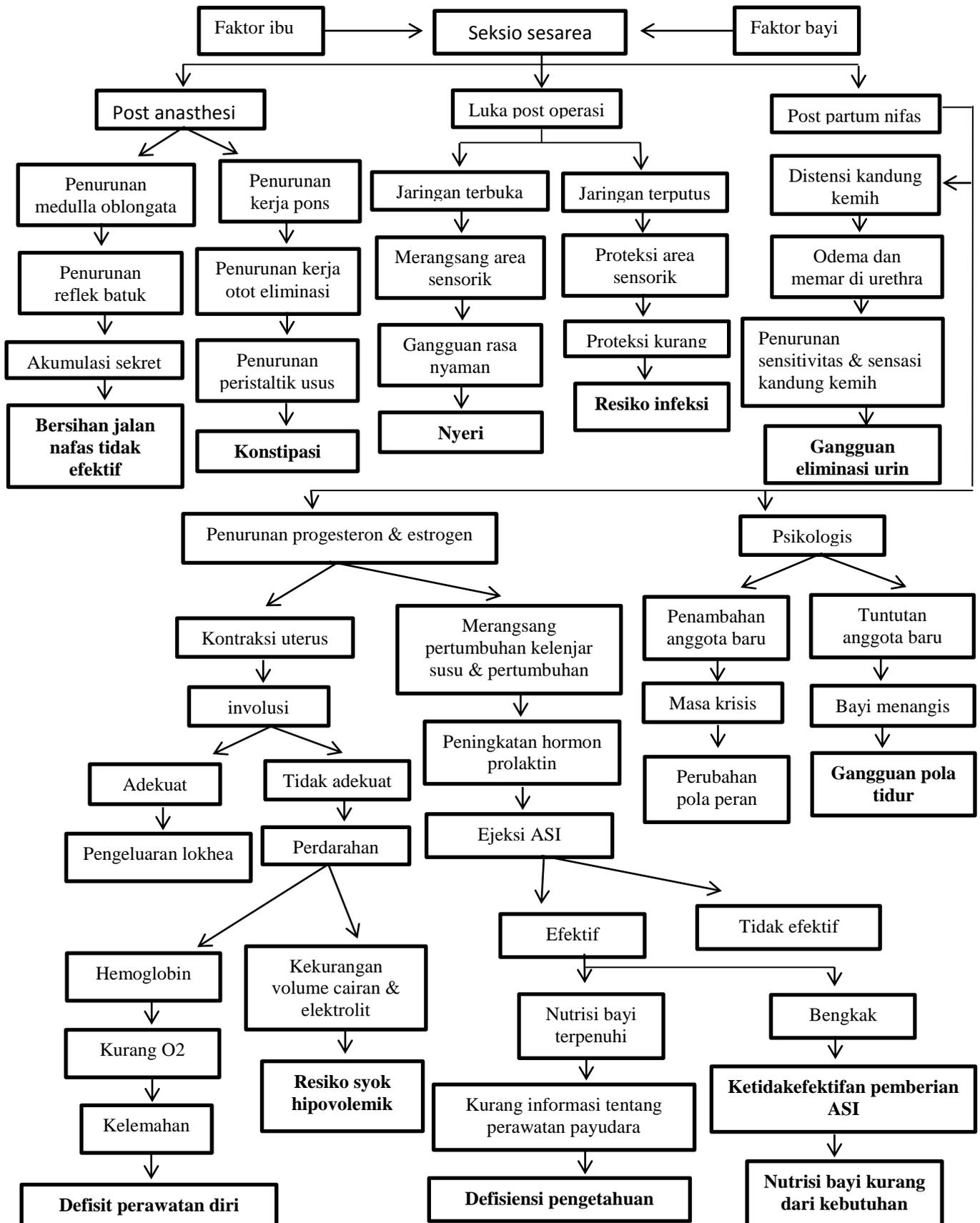
Proses persalinan mempunyai beberapa faktor yang menyebabkan tindakan persalinan secara seksio sesarea, faktor yang terjadi bisa disebabkan oleh ibu maupun bayi itu sendiri. Seksio sesarea adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Sebelum dilakukan operasi klien perlu dilakukan anestesi yang bersifat umum maupun regional dan anestesi ini dapat berpengaruh kepada bayi yang dilahirkan dan kepada klien itu sendiri yaitu pengaruhnya terhadap jalan napas tidak efektif akibat sekret yang berlebihan dan penurunan kerja otot eliminasi yang berakibat penurunan peristaltik usus yaitu konstipasi.

Setelah dilakukan seksio sesarea ibu akan mengalami adaptasi post partum baik dari segi kognitif berupa kurang pengetahuan, akibat kurang pengetahuan dan dari aspek fisiologis yaitu produksi oksitosin dan prolaktin yang tidak adekuat dapat berakibat ketidakefektifan pemberian ASI, dan sering didapatkan klien dengan distensi kandung kemih yang terdapat odema di uretra dan bisa mengganggu proses eliminasi urin. Luka dari insisi saat operasi dapat menjadi *port de entry* yang dapat menyebabkan resiko infeksi, oleh karena itu perlu diberikan perawatan luka dengan prinsip steril dan diberikan antibiotik bila perlu. Nyeri adalah salah satu keluhan utama akibat insisi operasi yang mengakibatkan terjadinya gangguan rasa nyaman. Dari aspek psikologis klien akan mengalami gangguan pola tidur dikarenakan

terdapat tuntutan penambahan anggota baru di keluarga yaitu bayinya yang sering menangis.

Adaptasi post partum dapat berpengaruh kepada penurunan hormon estrogen dan progesteron yang apabila involusi uterus efektif akan mengeluarkan lochea dalam jumlah normal, dan jika involusi uterus tidak efektif dapat berakibat pada perdarahan yang mengakibatkan kelelahan dan mengalami penurunan dalam perawatan diri jika perdarahan hebat tidak segera ditangani klien bisa saja mengalami syok hipovolemik.

Bagan 2.1 Pathway seksio sesarea (Amin Huda, 2015)



2.2.5 Klasifikasi

Menurut Amru Sofian tahun 2012 klasifikasi dari seksio sesarea adalah:

- a. Abdomen (seksio sesarea abdominalis)
 1. Seksio sesarea transperitonealis:
 - 1) Seksio sesarea klasik atau korpel dengan insisi memanjang pada korpus uteri
 - 2) Seksio sesarea ismika atau profunda atau *low cervical* dengan insisi pada segemen bawah rahim
 - 3) Seksio sesarea ekstraperitonealis, yaitu seksio sesarea tanpa membuka peritonium parietale; dengan demikian, tidak membuka kavuma abdominis.
- b. Vagina (Seksio sesarea vaginalis)

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

- 1) Sayatan memanjang (*longitudinal*) menurut Kronig
- 2) Sayatan melintang (*transversal*) menurut Kerr
- 3) Sayatan huruf T (*T-incision*)

2.2.6 Komplikasi

- a. Infeksi puerperal (nifas)

- 1) Ringan

Dengan kenaikan suhu beberapa hari saja

2) Sedang

Kenaikan suhu yang lebih tinggi disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung

3) Berat

Dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik. Infeksi berat sering dijumpai pada partus terlantar, sebelum timbul infeksi nifas sebelumnya telah terjadi infeksi intrapartum karena ketuban yang telah pecah terlalu lama.

b. Perdarahan

Perdarahan yang disebabkan karena:

1) Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka

2) Atonia uteri

3) Perdarahan pada *placental bed*.

c. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila repitonialisasi terlalu tinggi

d. Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan berikutnya

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Amin Huda tahun (2015) pemeriksaan penunjang pada seksio sesarea yaitu:

a. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin

b. Pemantauan EKG

c. JDL dengan diferensial

d. Elektrolit

- e. Pemeriksaan hemoglobin dan hematokrit
- f. Golongan darah
- g. Urinalisis
- h. Amnionsentesis terhadap maturasi paru janin sesuai indikasi
- i. Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi
- j. Ultrasound sesuai pesanan.

2.3 Konsep dasar masa nifas

2.3.1 Definisi

Masa nifas adalah suatu masa antara kelahiran sampai dengan organ-organ reproduksi kembali ke keadaan sebelum masa hamil menurut sebuah penelitian oleh Reeder tahun 2011 (dikutip oleh Nurlina & A.Kasrida 2014).

Masa post partum adalah akhir dari periode intrapartum yang ditandai dengan lahirnya selaput dan plasenta yang berlangsung selama 6 minggu menurut Varney tahun 1997 dikutip oleh (Nurlina & A.Kasrida, 2014).

Jadi masa nifas adalah masa setelah melahirkan dan kembalinya alat reproduksi seperti keadaan sebelum hamil yang ditandai dengan keluarnya plasenta dan berlangsung selama 6 minggu.

2.3.2 Tahapan masa nifas

- a. Puerperium dini (*immediate post partum periode*)
- b. Puerperium intermedial (*early post partum periode*)

- c. Remote puerperium (*latepost partum periode*) (Nurliana & A.Kasrida 2014)

2.3.3 Perubahan psikologis selama masa nifas

Perubahan psikologis yang dialami ibu selama masa nifas menurut Rubin tahun 1977 (dikutip oleh Nurliana & A.Kasrida 2014) terdiri atas :

- a. Fase Taking In

Periode tingkah laku ketergantungan seperti ibu masih merasa lelah setelah melahirkan, masih fokus pada keadaan dirinya dan belum berminat untuk merawat bayinya.

- b. Fase Taking Hold

Periode antara tingkah laku mandiri dan ketergantungan contohnya ibu mulai tertarik untuk merawat buah hatinya.

- c. Fase Letting Go

Periode kemandirian dalam peran baru seperti ibu mulai dapat membagi perannya sebagai ibu, istri, dan sebagai pekerja jika ia bekerja di luar rumah.

2.3.4 Perubahan fisiologis selama masa nifas

- a. Sistem Reproduksi

- 1. Uterus

Menurut Reeder tahun 2011 segera setelah keluarnya plasenta, uterus menjadi masa jaringan yang padat. Ukuran uterus selama 2 hari pertama setelah persalinan akan tetap sama.

Ukurannya akan berkurang karena proses involusi uterus atau kontraksi uterus.

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Bobot Uterus	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari (minggu 1)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

Tabel 2.1 Involusi uterus pada masa nifas (Reeder, 2011)

2. Lokhea

Lokhea terdapat 3 tahap, yaitu lokhea rubra, lokhea serosa dan lokhea alba

1) Lokhea rubra

Merupakan lokhea yang keluar pada hari pertama sampai dengan hari ketiga dan berwarna merah terang.

2) Lokhea serosa

Lokhea jenis ini keluar setelah 3-4 hari dan berwarna pucat/merah muda, bertekstur encer.

3) Lokhea alba

Lokhea ini biasanya berwarna putih kekuningan atau coklat keputih-putihan yang lebih encer dan transparan, lokhea alba ini dapat berlanjut sampai dengan 2-6 minggu.

3. Serviks

Kondisi serviks akan kembali pada bentuk semula sebelum melahirkan setelah 2 minggu pasca melahirkan. Menurut Perry

& Lowdermilk tahun 2004 (dikutip oleh Tetti Solehati & Cecep 2015).

4. Vagina dan Perineum

Organ reproduksi ini akan kembali seperti semula pada 6-8 minggu setelah melahirkan. (Tutti Solehati & Cecep, 2015)

b. Sistem endokrin

Ibu pasca persalinan mengalami penurunan kadar hormon seperti estrogen dan progesteron sedangkan kadar prolaktin dan oksitosin mengalami peningkatan yang di pengaruhi oleh proses menyusui. (Tutti Solehati & Cecep, 2015)

c. Sistem perkemihan

Persalinan seksio sesarea akan terjadi penurunan persepsi terhadap penuhnya kandung kemih sehingga harus terpasang selang kateter.

d. Sistem pencernaan

Masalah di sistem pencernaan salah satunya konstipasi, konstipasi terjadi dikarenakan penurunan tonus usus dan motalitas usus akibat relaksasi otot-otot abdomen dan akibat pengaruh progesteron pada otot polos dan biasanya proses BAB akan tertunda selama 2-3 hari. Pemeriksaan bising usus sangat penting untuk dikaji untuk menunjukkan proses usus sudah aktif kembali. (Reeder, 2011)

e. Sistem kardiovaskuler

Sistem kardiovaskuler pada hari ke 6-10 *post partum* perubahan fisiologis yang terjadi adalah bradikardi dimana itu merupakan keadaan yang normal dengan nadi 40-70-x/menit, jika frekuensi nadi diatas 100x/menit menunjukkan adanya infeksi, hemoragi, nyeri, atau kecemasan (Reeder, 2011). Cuningham (1993) dalam Reeder (2011) menyebutkan, bahwa peningkatan tekanan darah menunjukkan hipertensi akibat kehamilan yang muncul pertama kali pada masa paska partum.

f. Sistem neurologi

Masa *post partum* ibu sering mengalami nyeri kepala yang disebabkan oleh berbagai faktor, seperti pregnancy-induced hypertension (PIH), stress, dan akibat pemberian anestesia. Nyeri kepala ini akan hilang 1-3 hari atau beberapa minggu tergantung penyebab dan keefektifan dalam perawatan.

g. Sistem imun

Tidak terjadi perubahan yang signifikan selama kehamilan ataupun setelah persalinan. Menurut Perry & Lowdermilk, 2004 (dikutip oleh Tetti Solehati & Cecep 2015).

h. Sistem muskuloskeletal

Adaptasi sistem muskuloskeletal pada masa nifas meliputi dinding perut yang lembek dan kendur dan akan kembali kurang lebih 6 minggu *post partum*. Dengan melatih otot-otot perut

prosesnya akan lebih cepat kembali ke keadaan semula. (Tetti Solehati & Cecep 2015)

2.4 Konsep Nyeri

2.4.1 Definisi

Definisi menurut Azis (2009) (dikutip oleh Tetti Solehati & Cecep 2015) mengatakan bahwa 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.

Menurut Duffet & Smith tahun 1992 (dikutip oleh Tetti Solehati & Cecep 2015) menyatakan jika besar kecilnya nyeri yang dirasakan oleh seseorang akan berbeda antara satu orang dengan yang lainnya, juga dari persalinan yang satu dan persalinan lainnya.

Jadi nyeri merupakan perasaan yang tidak menyenangkan dan memiliki sifat yang subjektif bagi setiap individu.

2.4.2 Penyebab Nyeri

Nyeri terjadi karena adanya stimulus nyeri, antara lain:

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

Apabila kerusakan pada jaringan akibat adanya kontinuitas jaringan yang terputus, maka histamin, bradikinin, serotonin, dan prostaglandin akan diproduksi oleh tubuh. Zat-zat ini akan

menimbulkan rasa nyeri, rasa nyeri ini diteruskan ke *Central Nerve System* (CNS) untuk kemudian ditransmisikan pada serabut tipe C yang menghasilkan sensasi seperti terbakar atau pada serabut A yang menghasilkan nyeri seperti tertusuk dikutip dari Hinchliff, Mountague & Watson tahun 1996 oleh (Tetti Solehati & Cecep 2015).

2.4.3 Respon Tubuh Terhadap Nyeri

Pengaruh nyeri pada tubuh akan menimbulkan respon fisik dan respon tingkah laku oleh (Tetti Solehati & Cecep 2015).

a. Respon Fisik

Respon fisik terhadap nyeri sangat bervariasi antara nyeri akut dan nyeri kronis. Rasa nyeri akut akan menstimulasi sistem saraf simpatis sehingga akan menimbulkan peningkatan tekanan darah, denyut nadi, irama pernapasan, pucat, banyak keringat, serta dilatasi pupil dan kulit terasa dingin dan lembab.

Rasa nyeri kronik akan merangsang sistem saraf parasimpatis yang akan mengakibatkan penurunan tekanan darah, denyut nadi, irama pernapasan, kontraksi pupil, kulit kering dan terasa panas dan hangat. Perubahan ekspresi wajah yang dapat diamati adalah menutup gigi atau mengerutkan geraham, mendelikan mata, menyeringai atau mengerenyitkan dahi dan menggigit bibir.

b. Respon tingkah laku

Perubahan perilaku dari individu yang mengalami rasa nyeri, antara lain:

- 1) Menangis atau merintih
- 2) Gelisah
- 3) Banyak bergerak atau tidak tenang
- 4) Tidak konsentrasi
- 5) Insomnia dan
- 6) Mengelus-elus bagian tubuh yang mengalami rasa nyeri.

2.4.4 Klasifikasi

Nyeri diklasifikasikan menjadi:

a. Nyeri akut

Nyeri yang dapat dikenali penyebabnya, waktunya pendek, dan diikuti oleh peningkatan tegangan otot, serta kecemasan. Ketegangan otot dan kecemasan tersebut dapat meningkatkan persepsi nyeri. (Hinchliff et al. 1996 dikutip oleh Tetti Solehati & Cecep tahun 2015)

b. Nyeri kronis

Nyeri kronis didefinisikan sebagai suatu nyeri yang tidak dapat dikenali dengan jelas penyebabnya. Nyeri ini sering kerap kali berpengaruh pada gaya hidup. Nyeri kronis biasanya terjadi pada rentang waktu 3-6 bulan. (Hinchliff et al. 1996 dikutip oleh Tetti Solehati & Cecep tahun 2015)

2.4.5 Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri merupakan tingkatan nyeri yang dirasakan oleh individu. Ada beberapa cara untuk menilai tingkatan nyeri:

a. Visual Analog Scale (VAS)

Skala ini berbentuk garis panjang horizontal, ujung kiri garis mengidentifikasi tidak ada nyeri dan ujung kanan menandakan nyeri yang berat. Elkin, Perry & Potter tahun 2000 (dikutip oleh Tetti Solehati & Cecep 2015).

Skala ini dapat dipersepsikan sebagai berikut:

0 = tidak ada nyeri

1-2 = nyeri ringan

3-4 = nyeri sedang

5-6 = nyeri berat

7-8 = nyeri sangat berat

9-10 = nyeri buruk sampai tidak tak tertahankan



Gambar 2.3 Skala Analog Visual (VAS) (Elkin, Perry, & Potter, 2000)

b. Numeric Rating Scale (NRS)

Skala intensitas nyeri menurut Wong tahun 1995 (dikutip oleh Tetti Solehati & Cecep 2015) menunjukkan angka 0 tidak ada nyeri

dan angka 10 menunjuka nyeri yang hebat. Skala ini dapat dipakai pada klien dengan nyeri yang hebat atau klien yang baru mengalami operasi.



Gambar 2.4 Skala Intensitas Nyeri Numerik 0-10 (Elkin, Perry, & Potter, 2000)

c. Skala Face Paint Rating Scale (FPRS)

FPRS merupakan skala nyeri dengan model gambar dengan enam tingkatan nyeri dan dilengkapi dengan angka 0 sampai dengan angka 5. Skala ini biasanya digunakan untuk mengukur tingkatan nyeri pada anak.



Gambar 2.5 Skala Faces Pain Rating Scale (FPRS) (Elkin, Perry, & Potter, 2000)

2.4.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan nyeri dapat dilakukan dengan pendekatan farmakologis dan nonfarmakologis.

a. Pendekatan farmakologis

Penatalaksanaan farmakologis adalah tindakan yang dilakukan melalui kolaborasi dengan dokter. Intervensi farmakologis yang sering diberikan berupa pemberian obat-obatan golongan analgetik, seperti: obat sadativ, narkotik, hipnotik, transquilizer, golongan barbiturat (*short acting*), skopolamin, dan nitrous oxide.

Secara medis cara menghilangkan rasa nyeri akibat persalinan seksio sesarea adalah dengan pemberian obat-obatan analgesia yang disuntikan melalui intravena, suppositoria, inhalasi saluran nafas atau dengan memblokade saraf yang menghantarkan rasa nyeri. (Tetti Solehati & Cecep 2015)

b. Pendekatan nonfarmakologis

Menurut Lowdermilk, Perry & Bobak tahun 2000 dikutip oleh (Tetti Solehati & Cecep 2015) pendekatan nonfarmakologis yang biasa dilakukan oleh perawat meliputi:

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

2.4.7 Hasil jurnal pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada pasien seksio sesarea

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Dita Amita, Fernalia, Rika Yulendasari tahun 2018 mengenai pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada klien post seksio sesarea di Rumah Sakit Bengkulu dengan jumlah responden sebanyak 30 orang dan teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *accidental sampling*. Pelaksanaannya dilakukan selama 5 kali sehari dalam 2 hari dengan menggunakan skala nyeri numerik 0-10.

Hasil penelitian didapatkan rata-rata skor intensitas nyeri sebelum intervensi relaksasi nafas dalam adalah 5 dengan standar deviasi 0,516 dan rata-rata skor setelah relaksasi nafas dalam adalah 3 dengan standar deviasi 0,516. Hasil uji statistik *Wilcoxon* diperoleh nilai $p = 0,004$, maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara skor intensitas nyeri sebelum dan sesudah dilakukan teknik nafas dalam.

2.4.8 Hasil jurnal pengaruh murrotal Al-Quran terhadap intensitas nyeri pada pasien post seksio sesarea

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Khairun, Titi, dan Al murhan tahun 2018 mengenai pengaruh terapi murotal Al- Qur'an terhadap penurunan intensitas nyeri klien post seksio sesarea di ruang bersalin RSUD Jendral Ahmad Yani Metro menggunakan metode penelitian dengan menggunakan alat ukur *numeric rating scale* dengan rentang skala nyeri 0-10 dan alat yang digunakan berupa Mp3 dan

headset yang berisi murottal Al-Qur'an surah Al-Kahf dengan qori Muhammad Taha Al-Junayd selama 15 menit

Hasil pengukuran rata-rata intensitas nyeri klien sebelum di perdengarkan murottal Al-Qur'an yaitu mean 6.82 dengan standar deviasi 0.603, derajat nyeri terendah adalah 6 dan derajat nyeri tertinggi adalah 8 kemudian hasil rata-rata sesudah di perdengarkan murottal Al-Qur'an yaitu mean 3.55 dengan standar deviasi 0.688, derajat nyeri terendah adalah 3 dan derajat nyeri tertinggi adalah 5. Hasil penelitian menggunakan metode uji *wilcoxon* dan didapatkan *p-value* 0.002 (*p-value* < 0.05) yang artinya ada perbedaan penurunan intensitas nyeri sebelum dan sesudah diperdengarkan murottal Al-Qur'an

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan

2.5.1 Pengkajian

a. Pengumpulan Data

- 1) Identitas klien meliputi nama, umur, pendidikan, suku, nama, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, nomor medical record, diagnosa medik, tanggal masuk, dan tanggal dikaji (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2010).
- 2) Identitas penanggung jawab meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat serta hubungan dengan klien.

b. Riwayat kesehatan

- 1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat kesehatan sekarang menurut Jitowiyono dan Kristiyanasari (2010) meliputi:

a. Keluhan utama saat masuk rumah sakit

Menguraikan mengenai keluhan yang pertama kali dirasakan oleh klien, dan penanganan yang pernah dilakukan sampai klien dibawa ke rumah sakit.

b. Keluhan utama saat dikaji

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah klien operasi. Umumnya klien mengeluhkan nyeri pada luka operasi.

c. Riwayat kesehatan dahulu

Meliputi penyakit lain yang dapat mempengaruhi penyakit yang sedang dialami sekarang, dengan kata lain apakah klien pernah mengalami penyakit yang sama sebelumnya. (Jitowiyono & Kristiyanasari,2010)

d. Riwayat kesehatan keluarga

Meliputi penyakit yang diderita klien dan apakah keluarga klien juga mempunyai riwayat persalinan dengan cara seksio sesarea.

c. Riwayat Ginekologi dan Obstetri

Menurut sulistyawati (2009)

1) Riwayat Ginekologi

a. Riwayat menstruasi

Riwayat menstruasi yang harus dikaji menurut Sulistyawati (2009), adalah menarche atau usia pertama kali menstruasi. Pada wanita Indonesia usia pertama kali menstruasi umumnya 12-16 tahun. Selain itu, jarak antara menstruasi atau siklus menstruasi yang biasanya sekitar 23-32 hari dengan lama menstruasi sekitar 7-14 hari. Dikaji pula keluhan saat mengalami menstruasi, dan hari pertama haid terakhir (HPHT) untuk menghitung usia kehamilan ibu dan tanggal taksiran partus.

b. Riwayat persalinan

Mengidentifikasi usia ayah dan ibu menikah, lama perkawinan, dan jumlah anak hasil perkawinan.

c. Riwayat keluarga berencana

Mengidentifikasi jenis kontrasepsi yang digunakan, masalah selama menggunakan kontrasepsi, rencana menggunakan jenis kontrasepsi apa yang akan digunakan setelah persalinan dan alasannya

2) Riwayat obstetric

a. Riwayat kehamilan dahulu

Mengidentifikasi masalah atau keluhan yang terjadi di kehamilan sebelumnya.

b. Riwayat kehamilan sekarang

Usia kehamilan, keluhan selama kehamilan, gerakan anak pertama dirasakan oleh klien, imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam pemeriksaan kehamilannya.

c. Riwayat persalinan dahulu

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

d. Riwayat persalinan sekarang

Meliputi tanggal klien melahirkan bayinya, jenis persalinan, jenis kelamin anak, berat badan dan APGAR score dalam 1 menit pertama dan 5 menit pertama.

e. Riwayat nifas dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya.

f. Riwayat nifas sekarang

Meliputi tentang adanya perdarahan, jumlah darah biasanya banyak, kontraksi uterus, konsistensi uterus biasanya keras seperti papan, tfu setinggi pusat.

d. Pola aktivitas sehari-hari, di rumah dan di rumah sakit
(Sulistyawati, 2009)

1) Pola nutrisi

Mencakup makan: frekuensi, jumlah, jenis makanan yang disukai, porsi makan, pantangan, riwayat alergi terhadap

makanan dan minuman : jumlah, jenis minuman dan frekuensi. Pada ibu post seksio sesarea akan terjadi penurunan dalam pola makan dan akan merasa mual karena efek dari anestesi yang masih ada dan bisa juga dari faktor nyeri akibat seksio sesarea.

2) Pola eliminasi

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

3) Pola istirahat dan tidur

Mencakup tidur malam: waktu dan lama, tidur siang: waktu, lama dan keluhan. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasa kesakitan dan lemas akibat dari tindakan pembedahan seksio sesarea.

4) Personal hygiene

Mencakup frekuensi mandi, gosok gigi, dan mencuci rambut. Kondisi pada ibu setelah melahirkan dengan seksio

sesarea yaitu dalam keadaan lemah dan nyeri akibat tindakan operasi, sehingga dalam melakukan perawatan diri masih dibantu.

5) Aktifitas

Kegiatan sehari-hari yang dilakukan oleh klien serta kegiatan waktu luang saat sebelum melahirkan dan saat di rawat di rumah sakit.

e. Pemeriksaan fisik ibu

1) Keadaan umum

Dalam pemeriksaan ini mengamati keadaan klien secara keseluruhan. Hasil pengamatan dicantumkan dengan kriteria baik jika klien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik klien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan. Dapat juga dicantumkan dengan kriteria lemah jika ia kurang atau tidak memberikan respon baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta klien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri (Sulistyawati, 2009).

2) Tanda-tanda Vital

Mengkaji tekanan darah menurut Reeder (2011) tekanan darah dalam batas normal selama kehamilan, apabila tekanan darah ibu post partum mengalami hipotensi hal itu terjadi karena ibu post partum mengalami diuresis dan diaphoresis yang

menyebabkan pergeseran volume cairan kardiovaskuler, hipotensi yang menetap atau berat selama 24 jam persalinan merupakan tanda syok yang diakibatkan perdarahan primer ataupun sekunder. Cuningham (1993) dalam Reeder (2011) menyebutkan, bahwa peningkatan tekanan darah menunjukkan hipertensi akibat kehamilan yang muncul pertama kali pada masa paska partum. Pada nadi yang terjadi adalah bradikardi dimana itu merupakan keadaan yang normal dengan nadi 40-70x/menit, jika frekuensi nadi diatas 100x/menit menunjukkan adanya infeksi, hemoragi, nyeri, atau kecemasan.

6) Antropometri

Mengkaji tinggi badan klien, berat badan sebelum hamil, berat badan ketika hamil dan berat badan setelah melahirkan.

7) Pemeriksaan Fisik Head to Toe

Pemeriksaan Fisik yang dilakukan pada klien post sectio caesarea menurut Sulistyawati (2009) adalah :

a. Kepala

Kaji bentuk kepala dan kulit kepala, distribusi rambut, warna rambut, palpasi apakah terdapat nyeri tekan.

b. Wajah

Kaji apakah terdapat *cloasma gravidarum*, edema pada wajah, palpasi apakah terdapat nyeri tekan.

c. Mata

Kaji warna konjungtiva, kebersihan, kelainan dan fungsi penglihatan.

d. Telinga

Kaji bentuk telinga, kebersihan telinga dan fungsi pendengaran.

e. Hidung

Inspeksi bentuk, kebersihan, pernafasan cuping hidung, palpasi ada tidaknya nyeri tekan dan fungsi penciuman.

f. Mulut

Kaji kesimetrisan bentuk bibir, kelembaban bibir, warna lidah, kebersihan lidah, fungsi lidah, keadaan gigi, jumlah gigi, keadaan gusi, pembesaran tonsil, ada tidaknya bau mulut dan nyeri pada saat menelan.

g. Leher

Inspeksi ada tidaknya pembesaran tyroid dan limfe, apakah nyeri saat menelan.

h. Dada

Pemeriksaan dada meliputi jantung, paru-paru dan payudara. Kaji kesimetrisan dada, bunyi jantung dan bunyi nafas, kaji bentuk payudara, tekstur, warna areola, ada tidaknya pembengkakan dan palpasi adanya nyeri tekan, dan ada tidaknya benjolan. Pada hari pertama konsistensi

payudara lunak, adanya kolostrum, puting menonjol dan mengalami hiperpigmentasi.

i. Abdomen

Kaji bentuk abdomen, bunyi bising usus, kontraksi uterus akan teraba keras jika berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri kira-kira setinggi pusat pada hari pertama, dan kaji keadaan luka operasi.

j. Punggung dan bokong

Kaji bentuk punggung, ada tidaknya lesi, ada tidaknya kelainan tulang belakang, dan kebersihan bokong.

k. Genitalia

Umumnya pada ibu post sectio caesarea dipasang dower kateter. Kaji kebersihan vagina dan pengeluaran lochea.

l. Anus

Kaji kebersihan, apakah terdapat benjolan hemoroid.

m. Ekstremitas

Pada ekstremitas kaji adanya bentuk dan kelainan yang dirasakan klien, terutama pada bagian ekstremitas bawah kaji ada tidaknya varises dan edema.

f. Data Psikologis

Pada hari pertama klien berada pada fase taking in dimana klien masih fokus pada keadaan dirinya dan belum berminat untuk merawat bayinya, kemudian pada hari ke tiga klien akan berada

pada fase taking hold dimana klien mulai tertarik untuk merawat bayinya, setelah masa kekhawatiran terlewati, klien akan berada pada fase letting go yaitu klien mulai dapat membagi perannya di keluarga.

g. Konsep Diri

Mengkaji pandangan pribadi yang dimiliki klien tentang dirinya sendiri terhadap gambaran diri, ideal diri, harga diri, peran diri, dan identitas diri.

h. Data Sosial

Kaji hubungan dan pola interaksi klien dengan keluarga, perawat dan lingkungan sekitarnya.

i. Kebutuhan Bounding Attachment

Kaji interaksi antara ibu dan bayi, secara fisik, emosi, maupun psikologi (Suherni dkk, 2009).

j. Data spiritual

Mengkaji keyakinan spiritual klien, apakah ada hambatan dalam melaksanakan ibadah.

k. Pengetahuan Tentang Perawatan Diri

Kaji pengetahuan klien tentang perawatan diri, cara merawat luka operasi.

l. Data Penunjang

USG biasanya digunakan untuk menentukan letak implantasi plasenta, pemeriksaan hemoglobin dan hematokrit (Sulistiyawati,

2009)

m. Terapi Pengobatan

Merupakan data obat yang akan dan sedang dikonsumsi atau diberikan kepada klien.

n. Analisa Data

Tahap akhir dari pengkajian adalah menganalisa data untuk menentukan diagnosa keperawatan yang sesuai untuk klien. Analisa data dilakukan melalui pengesahan data, pengelompokan data, menafsirkan adanya kesenjangan serta kesimpulan tentang masalah yang ada (Rencana Asuhan Keperawatan maternal dan bayi baru lahir Carol J. Green, 2012).

2.5.2 Diagnosis

Menurut teori diagnosa medis dan NANDA (*North American Nursing diagnosis Association*) 2015, diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu post partum seksio sesarea yaitu: (Amin Huda & Kusuma, 2015).

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obstruksi jalan napas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan napas alergik (respon obat anestesi).
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik.
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi postpartum.

4. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.
5. Gangguan eliminasi urine
6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan lemah
7. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko: episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.
8. Defisit perawatan diri: mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan postpartum.
9. Konstipasi
10. Resiko syok (hipovolemik)
11. Resiko perdarahan
12. Defisiensi pengetahuan: perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.

2.5.3 Intervensi

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

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Ketidakefektifan bersihan jalan napas Definisi: Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernapasan untuk mempertahankan kebersihan jalan napas. Batasan karakteristik: <ol style="list-style-type: none"> a. Tidak ada batuk b. Suara napas tambahan c. Perubahan frekuensi 	NOC: <ol style="list-style-type: none"> a. Respiratory status: Ventilation b. Respiratory status: airway patency Kriteria Hasil: <ol style="list-style-type: none"> a. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dispneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada 	NIC: Airway suction <ol style="list-style-type: none"> a. Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning b. Auskultasi suara napas sebelum dan sesudah suctioning. c. Informasikan kepada klien dan keluarga tentang suctioning d. Minta klien napas dalam sebelum suctioning

<ul style="list-style-type: none"> d. Perubahan irama napas e. Sianosis f. Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara g. Penurunan bunyi napas h. Dispneu i. Sputum dalam jumlah yang berlebihan j. Batuk yang tidak efektif k. Orthopneu l. Gelisah m. Mata terbuka lebar <p>Faktor – faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Lingkungan: <ul style="list-style-type: none"> 1) Perokok pasif 2) Mengisap asap 3) Merokok b. Obstruksi jalan napas <ul style="list-style-type: none"> 1) Spasme jalan napas 2) Mokus dalam jumlah berlebihan 3) Eksudat dalam jalan alveoli 4) Materi asing dalam jalan napas 5) Adanya jalan napas buatan 6) Sekresi bertahan/sisa sekresi 7) Sekresi dalam bronki c. Fisiologis: <ul style="list-style-type: none"> 1) Jalan napas alergik 2) Asma 3) Penyakit paru obstruktif kronik 4) Hiperplasi dinding bronkial 5) Infeksi 6) Disfungsi neurumuskular 	<ul style="list-style-type: none"> pursed lips) b. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) c. Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas. 	<ul style="list-style-type: none"> e. Berikan Oksigen dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suction nasotrakeal f. Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan g. Anjurkan klien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal h. Monitor status oksigen klien i. Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suction j. Hentikan suction dan berikan oksigen apabila klien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi Oksigen dan lain – lain. <p>Airway manajemen</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Buka jalan napas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu b. Posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi c. Identifikasi klien perlunya pemasangan alat jalan napas buatan d. Pasang mayo bila perlu e. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction f. Auskultasi suara napas, catat adanya suara tambahan g. Lakukan suction pada mayo h. Berikan bronkodilator bila perlu i. Berikan pelembab udara kassa basah NaCl lembab j. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan k. Monitor respirasi dan status oksigen
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabel 2.2 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas (Amin Huda & Kusuma , 2015)

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Nyeri akut 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 <6 bulan.</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Perubahan selera makan Perubahan tekanan darah Perubahan frekuensi jantung Perubahan frekuensi pernafasan Laporan isyarat Diaforesis Perilaku distraksi (misalnya berjalan Mondar mandir mencari orang lain atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang) Mengekspresikan perilaku (misalnya gelisah, merengek, menangis) Masker wajah (misalnya mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus meringis) Sikap melindungi area nyeri Fokus menyempit (misalnya gangguan persepsi nyeri) Indikasi nyeri yang 	<p>NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pain level Pain control Comfort level <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mampu mengontrol nyeri (penyebab, teknik nonfarmakologi, 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. 	<p>NIC: Pain Management</p> <ol style="list-style-type: none"> Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan Observasi tanda-tanda vital. Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri Evaluasi pengalaman nyeri masalalu Evaluasi bersama pasien dan kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan. Kurangi factor presipitasi nyeri Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal) Kaji dan tipe sumber nyeri untuk menentukan intervensi. Ajarkan tentang tehnik nonfarmakologi Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri Evaluasi keefektifan kontrol nyeri Tingkatkan istirahat Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan

<p>dapat diamati</p> <p>m. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri</p> <p>n. Sikap tubuh melindungi</p> <p>o. Dilatasi pupil</p> <p>p. Melaporkan nyeri secara verbal</p> <p>q. Gangguan tidur</p> <p>Faktor yang berhubungan:</p> <p>a. Agen cedera (misalnya biologis, zat kimia, fisik, psikologis)</p>	<p>tindakan nyeri tidak berhasil</p> <p>r. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri</p> <p>s. Analgetic administration</p> <p>t. Tentukan lokasi karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat</p> <p>u. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi</p> <p>v. Cek riwayat alergi</p> <p>w. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgetik ketika pemberian lebih dari satu</p> <p>x. Tentukan pilihan analgetik tergantung tipe dan beratnya nyeri</p> <p>y. Pilih rute pemberian secara IV, IM, untuk pengobatan nyeri secara teratur</p> <p>z. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali</p> <p>aa. Berikan analgetik tepat waktu terutama saat nyeri hebat</p> <p>bb. Evaluasi efektivitas analgetik, tanda dan gejala.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabel 2.3 Intervensi nyeri akut (Amin Huda & Kusuma , 2015)

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan

nutrisi post partum

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.</p> <p>Definisi: Asupan nutrisi tidak cukup memenuhi kebutuhan metabolik.</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <p>a. Nyeri abdomen</p> <p>b. Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal</p> <p>c. Kurang makan</p>	<p>NOC:</p> <p>a. Nutritional status</p> <p>b. Nutritional status: food and fluid</p> <p>c. Intake</p> <p>d. Nutritional status: nutrient intake</p> <p>e. Weight control.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>a. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan</p>	<p>NIC:</p> <p>Nutrition Management</p> <p>a. Kaji adanya alergi makanan</p> <p>b. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien</p> <p>c. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe</p> <p>d. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C</p>

- d. Kurang informasi
- e. Tonus otot menurun

Faktor yang berhubungan:

- a. Faktor biologis
- b. Faktor ekonomi
- c. Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrient
- d. Ketidak mampuan menelan makanan
- e. Faktor psikologis

- b. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan
- c. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi
- d. Tidak ada tanda mal nutrisi
- e. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan
- f. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti.

- e. Berikan substansi gula
- f. Yakinkan diet yang dimakan klien mengandung serat tinggi untuk mencegah konstipasi
- g. Berikan makanan yang terpilih (berdasarkan konsultasi ahli gizi)
- h. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori
- i. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi
- j. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan.

Nutrition Monitoring

- a. Bb pasien dalam batas normal
- b. Monitor adanya penurunan berat badan
- c. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang bisa dilakukan
- d. Monitor lingkungan selama makan
- e. Monitor kulit kering dan pigmentasi
- f. Monitor turgor kulit
- g. Monitor kekeringan rambut kusam dan mudah patah
- h. Monitor mual muntah
- i. Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht
- j. Monitor pertumbuhan dan perkembangan
- k. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva
- l. Monitor kalori dan intake nutrisi

Tabel 2.4 Intervensi ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (Amin

Huda & Kusuma , 2015)

4. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Ketidakefektifan pemberian ASI Definisi : Ketidak puasan atau kesulitan ibu, bayi atau anak menjalani proses pemberian ASI</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ketidakefektifan suplai ASI Tampak ketidakadekuatan asupan susu Tidak tampak tanda pelepasan oksitosin Ketidak cukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui Kurang menambah berat badan bayi <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Defisit pengetahuan Diskontinuitas pemberian ASI Reflex menghisap buruk Prematuritas Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya 	<p>NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> Breastfeding ineffective Breathing pattern ineffective Breastfeeding interrupted <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kemantapan pemberian ASI: bayi: perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap 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/ toddler. Penyapihan pemberian ASI Diskontinuitas progresif pemberian ASI Pengetahuan pemberian ASI tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makanan bayi melalui proses pemberian ASI, ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan seger, ibu mengindikasikan 	<p>NIC:</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi pola menghisap/ menelan bayi Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui. Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (reflek rooting, menghisap dan terjaga) Kaji kemampuan bayi untuk latch on dan menghisap secara efektif Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting Pantau integritas kulit puting ibu Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar susu dan mastitis Pantau kemampuan untuk mengurangi kongesti payudara dengan benar Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi. <p>Brest examination Laktation supresion</p> <ol style="list-style-type: none"> Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI. Sediakan informasi tentang laktasi dan tehnik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI Ajarkan pengasuhan bayi mengenai topik-topik, seperti Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan, dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula Apabila penyapihan

kepuasan terhadap pemberian ASI, ibu tidak mengalami nyeri penekanan pada puting, mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI.	diperlukan informasikan ibu mengenai kembalinya proses ovulasi dan seputar alat kontrasepsi yang sesuai f. Laktation konseling g. Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI h. Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu. i. Diskusikan metode alternatif pemberian makanan bayi
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabel 2.5 Intervensi ketidakefektifan pemberian ASI (Amin Huda & Kusuma , 2015)

5. Gangguan eliminasi urine

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Gangguan eliminasi urine Definisi: Disfungsi pada eliminasi urin Batasan karakteristik: a. Disuria b. Sering berkemih c. Anyang-anyangan d. Nokturia e. Retensi f. Dorongan Faktor yang berhubungan: a. Obstruksi anatomic b. Penyebab multiple c. Gangguan sensori motoric d. Infeksi saluran kemih	NOC: a. Urinary elimination b. Urinary continence Kriteria Hasil: a. Kandung kemih kosong secara penuh b. Tidak ada residu urine > 100- 200cc c. Intake cairan dalam rentan normal d. Bebas dari ISK e. Tidak ada spasme bleder f. Balance cairan seimbang	NIC: Urinary retention care a. Lakukan penilaian kemih yang komprehensif terfokus pada inkontinensia (misalnya, output urine, pola berkemih, fungsi kognitiv, dan masalah kencing pra eksisten) b. Memantau penggunaan obat dengan sifat kolinergik atau properti alfa agonis c. Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium chennel blockers dan antikolinergik d. Menyediakan penghapusan prifasi e. Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiram toiet f. Merangsang refleks kandung kemih dengan menerapkan dingin untuk perut. g. Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit) h. Instuksikan cara-cara untuk menghindari konstipasi atau impaksi tinja i. Memantau asupan dan keluaran

- j. Gunakan kateter kemih
- k. Anjurkan keluarga untuk mencatat output urin
- l. Memantau tingkat distensi kandung dengan palpasi dan perkusi
- m. Membantu toileting secara berkala
- n. Menerapkan kateterisasi intermitten.

Tabel 2.6 Intervensi Gangguan Eliminasi Urine (Amin Huda & Kusuma , 2015)

6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan lemah

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Gangguan pola tidur</p> <p>Definisi: Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Perubahan pola tidur normal b. Penurunan kemampuan berfungsi c. Ketidakpuasan tidur d. Menyatakan sering terjaga e. Menyatakan tidak merasa cukup istirahat <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kelembaban lingkungan sekitar b. Perubahan pajanan terhadap cahaya gelap 	<p>NOC:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Anxiety reduction b. Comfort level c. Pain level d. Rest: extent and patren e. Sleep: extent and patren <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam perhari b. Pola tidur, kualitas dalam batas normal c. Perasaan segar sesudah tidur/ istirahat d. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur 	<p>NIC:</p> <p>Sleep Enhancement</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur b. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat c. Fasilitas untuk mempertahankan aktifitas sebelum tidur (membaca ciptakan lingkungan yang nyaman) d. Ciptakan lingkungan yang nyaman e. Kolaborasi pemberian obat tidur f. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang tehnik tidur pasien g. Intsruksikan untuk memonitor tidur pasien h. Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur i. Monitor/catat kebutuhan waktu tidur pasien setiap hari dan jam

Tabel 2.7 Intervensi Gangguan Pola Tidur (Amin Huda & Kusuma , 2015)

7. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko: episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Resiko infeksi</p> <p>Definisi: Mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik.</p> <p>Faktor-faktor resiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Penyakit kronis <ul style="list-style-type: none"> 1) Diabetes Melitus 2) Obesitas b. Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemajanan patogen c. Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat : <ul style="list-style-type: none"> 1) Ganggua peristalsis 2) Kerusakan integritas kulit 3) Perubahan sekresi pH 4) Penurunan kerja siliaris 5) Pecah ketuban dini 6) Pecah ketuban lama 7) Merokok 8) Stasis cairan tubuh 9) Trauma jaringan d. Ketidakadekuatan pertahanan sekunder <ul style="list-style-type: none"> 1) Penurunan hemoglobin 2) Imunosupresi 3) Supresi respon inflamasi e. Vaksinasi tidak adekuat f. Pemajanan terhadap patogen g. Lingkungan meningkat <ul style="list-style-type: none"> 1) Wabah h. Prosedur infasif i. Malnutrisi 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Immune status b. Knowledge: infection control c. Risk control <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi b. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya. c. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi d. Jumlah leukosit dalam batas normal e. Menunjukkan perilaku hidup sehat 	<p>NIC</p> <p>Kontrol infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Bersihkan lingkungan setelah dipakai klien b. Pertahankan tehnik isolasi c. Batasi pengunjung bila perlu d. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung e. Gunakan antiseptik untuk cuci tangan f. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan g. Gunakan baju, sarung tangan sesuai alat pelindung h. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat. i. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum. j. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing. k. Tingkatkan intake nutrisi l. Berikan terapi antibiotik bila perlu <p>Infection Protection (Proteksi terhadap Infeksi)</p> <ul style="list-style-type: none"> m. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal n. Monitor hitung granulosit, WBC o. Saring pengunjung terhadap penyakit menular p. Pertahankan tehnik aseptik pada klien yang beresiko q. Pertahankan tehnik isolasi r. Berikan perawatan kulit pada area epidema s. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase. t. Inspeksi kondisi luka/insisi bedah u. Dorong masukan nutrisi yang cukup v. Dorong masukan cairan

- w. Dorong istirahat
- x. Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep
- y. Ajarkan pasien dan keluarga mengenali tanda infeksi
- z. Ajarkan cara menghindari infeksi
- aa. Laporkan kecurigaan infeksi
- bb. Laporkan kultur positif

Tabel 2.8 Intervensi Resiko Infeksi (Amin Huda & Kusuma , 2015)

8. Defisit perawatan diri (mandi/kebersihan diri, makan, toileting) berhubungan dengan kelelahan postpartum.

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Defisit perawatan diri: mandi: Definisi: Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi /aktivitas perawatan diri untuk diri sendiri. Batasan Karakteristik: a. Ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi b. Ketidakmampuan mengeringkan tubuh c. Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi d. Ketidakmampuan menjangkau sumber air e. Ketidakmampuan membasuh tubuh Faktor yang berhubungan: a. Gangguan kognitif b. Penurunan motivasi c. Gangguan muskuloskeletal d. Nyeri e. Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh f. Kendala lingkungan</p>	<p>NOC a. Activity Intolerance b. Mobility: physical impaired c. Self care deficit hygiene d. Sensory perception, auditory disturbed Kriteria hasil: a. Perawatan diri ostomi: tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi b. Perawatan diri: aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu c. Perawatan diri mandi: mampu untuk d. Membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu e. Perawatan diri hygiene: mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu f. Perawatan diri hygiene oral: mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu g. Mampu mempertahankan</p>	<p>NIC Self care assistance: Bathing/hygiene a. Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri b. Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri c. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan d. Tempat handuk, sabun, deodorant, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan disamping tempat tidur atau dikamar mandi e. Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal f. Memfasilitasi sikat gigi yang sesuai g. Memfasilitasi mandi pasien h. Membantu kebersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien i. Memantau kebersihan kulit pasien j. Menjaga ritual kebersihan diri k. Memberikan bantuan sampai pasien dapat melakukan perawatan diri sepenuhnya.</p>

- mobilitas yang diperlukan untuk kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi
- h. Membersihkan dan mengeringkan tubuh
 - i. Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral

Tabel 2.9 Intervensi Defisit Perawatan Diri (Amin Huda & Kusuma , 2015)

9. Konstipasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Konstipasi</p> <p>Definisi: Penurunan pada frekuensi normal pada defekasi yang disertai oleh kesulitan atau pengeuaran tidak lengkap feses atau pengeluaran feses yang kering, keras dan banyak.</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Nyeri abdomen b. Anoreksia c. Darah merah pada feses d. Perubahan pada pola defekasi e. Penurunan volume feses f. Distensi abdomen g. Rasa tekanan rektal h. Keletihan umum i. Sakit kepala j. Bising usus hiperaktif k. Bising usus hipoaktif l. Peningkatan tekanan abdomen m. Adanya feses lunak, seperti pasta didalam rektum <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Fungsional: <ul style="list-style-type: none"> 1) Kelemahan otot abdomen 2) Kebiasaan mengabaikan dorongan defekasi 	<p>NOC:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Bowel elamination b. Hidration <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari. b. Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi c. Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi d. Feses lunak dan berbentuk. 	<p>NIC:</p> <p>Constipation/impaction managemen</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor tanda dan gejala konstipasi b. Monitor bising usus c. Monitor feses: frekuensi, konsistensi dan volume d. Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus e. Monitor tanda dan gejala ruptur usus/peritonitis f. Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi g. Dukung intake cairan h. Pantau tanda tanda dan gejala konstipasi i. Pantau tanda tanda dan gejala impaksi j. Memantau gerakan usus, termasuk konsistensi, frekuensi, bentuk, volume, dan warna. k. Memantau bising usus l. Anjurkan pasien atau keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses. m. Anjurkan pasien atau keluarga untuk diet tinggi serat n. Timbang pasien secara teratur o. Timbang pasien secara teratur. p. Ajarkan pasien dan keluarga tentang proses pencernaan yang normal.

- 3) Perubahan lingkungan saat ini
- b. Psikologis:
 - 1) Depresi, stres emosi
 - 2) Konfusi mental
- c. Farmakologis:
 - 1) Antikolinergik
 - 2) Deuretik
 - 3) Simpatomimeti
- d. Mekanis:
 - 1) Ketidakseimbangan elektrolit
- e. Fisiologis:
 - 1) Perubahan pola makan
 - 2) Asupan serat tidak cukup

Tabel 2.10 Intervensi Konstipasi (Amin Huda & Kusuma , 2015)

10. Resiko syok (hipovolemik)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Resiko syok (hipovolemik) Definisi: Beresiko terhadap ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa Faktor resiko : a. Hipotensi b. Hipovolemi c. Hipoksemia d. Hipoksia e. Infeksi f. Sepsis g. Sindrom respons inflamasi sistemik	NOC a. Syock prevention b. Syock management Kriteria Hasil: a. Nadi dalam batas yang diharapkan b. Irama jantung dalam batas yang diharapkan c. Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan d. Irama napas dalam batas yang diharapkan e. Natrium serum, kalium klorida, kalsium, magnesium, PH darah dalam batas normal. Hidrasi a. Indikator : b. Mata cekung tidak ditemukan c. Demam tidak ditemukan d. TD dalam batas normal e. Hematokrit DBN	NIC Syok prevention a. Monitor sirkulasi blood pressure, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, hate rate, ritme, dan kapileri refill time b. Monitor tanda inadekuat oksigenisasi jaringan c. Monitor suhu dan pernafasan d. Monitor input dan output e. Pantau nilai labor :hb, ht, agd dan elektrolit f. Monitor hemodinamik invasi yang sesuai g. Monitor tanda dan gejala asites h. Monitor tanda gejala syok i. Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat j. Lihat dan pelihara kepatenan jalan nafas k. Berikan cairan iv atau oral yang tepat l. Berikan vasodilator yang tepat m. Ajarkan keluarga dan pasirn tentang tanda dan gejala datangnya syok n. Ajarkan keluarga dan pasien

Tabel 2.11 Intervensi Resiko Syok (Hipovolemik) (Amin Huda & Kusuma , 2015)

11. Resiko perdarahan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Resiko perdarahan Definisi: Beresiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan. Faktor resiko:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Aneurisma b. Sirkumsisi c. Defisiensi pengetahuan d. Koagulasi intravaskuler diseminata e. Riwayat jatuh f. Gangguan gastrointestinal (mis., penyakit ulkus lambung, polip, varises) g. Gangguan fungsi hati (mis., sirosis, hepatitis) h. Koagulopati inheren (mis., trombositopenia) i. Komplikasi pascapartum (mis., atonia uteri, retensi plasenta) j. Komplikasi terkait kehamilan (mis., Plasenta previa, kehamilan mola, solusio plasenta) k. Trauma l. Efek samping terkait terapi (mis., pembedahan, pemberian obat, pemberian produk darah defisiensi trombosit, kemoterapi). 	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Blood lose severity b. Blood koagulation <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tidak ada hematuria dan hematemesis b. Kehilangan darah yang terlihat c. Tekanandarah dalam batas normal sistol dan diastol d. Tidak ada perdarahan pervagina e. Tidak ada distensi abdominal f. Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal 	<p>NIC Bleding precaution</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor ketet tanda-tanda perdarahan b. Catat nilai hb dan ht sebelum dan sesudah perdarahan c. Monitor TTV ortostatik d. Pertahankan bedrest selama perdarahan aktif e. Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresfrozen plasma) f. Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan g. Hindari mengukur suhu lewat rectal h. Hindari pemberian aspirin dan antikoagulan i. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin k j. Identifikasi penyebab perdarahan k. Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonari kapileri, atau arteri wedge preasure l. Monitor status cairan yang meliputi intake dan output m. Pertahankan potensi IV line n. Lakukan preasure dressing (perban yang menekan area luka). o. Tinggikan ekstremitas perdarahan p. Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan. q. Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas. r. Bleeding reduction: gastrointestinal s. Observasi adanya darah

-
- dalam sekresi cairan tubuh : emesis, feses, urine, residu lambung, dan drainase luka
- t. Monitor komplrit blood count dan leukosit
 - u. Kolaborasi dalam pemberian terapi: lactulose dan vasopressin
 - v. Hindari penggunaan anticoagulant
 - w. Perhatikan jalan napas, berikan cairan intravena
 - x. Hindari penggunaan aspirin dan Ibuprofen
-

Tabel 2.12 Intervensi Resiko Perdarahan (Amin Huda & Kusuma , 2015)

12. Defisiensi pengetahuan: perawatan postpartum
berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Defisiensi pengetahuan: Definisi: Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Perilaku hiperbola b. Ketidakakuratan mengikuti perintah c. Ketidakakuratan mengikuti tes (mis., hysteria, bermusuhan, agitasi, apatis) d. Pengukuran masalah <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keterbatasan kognitif b. Salah intepretasi informasi c. Kurang pajanan d. Kurang minat dalam belajar e. Kurang dapat mengingat f. Tidak familiar dengan sumber informasi 	<p>NOC:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Knowledge : disease proses b. Knowledge : healt beavior <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tetang penyakit, kondisi, prognosis,program pengobatan. b. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secar benar. c. Pasien dan keluarga mamu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya. 	<p>NIC: Treching : disease proces</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik b. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat. c. Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat d. Identifikasi kemampuan penyebab dengan cara yang tepat e. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat f. Hindari jaminan yang kosong g. Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat h. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin

-
- diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit
 - i. Diskusikan pilihan terapi atau penanganann
 - j. Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan
 - k. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan,dengan cara yang tepat.
-

Tabel 2.13 Intervensi Defisiensi Pengetahuan (Amin Huda & Kusuma , 2015)

2.5.4 Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana intervensi atau rencana keperawatan yang telah ditetapkan dilaksanakan. Implementasi dapat dilakukan seluruhnya oleh perawat, ibu sendiri, keluarga atau tenaga kesehatan yang lain (Saleha, 2009)

2.5.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap kelima atau terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif dan evaluasi sumatif, evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program keperawatan berlangsung dan evaluasi sumatif dilakukan setelah program keperawatan selesai. (Kozier, 2010)