

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST  
SECTIO CAESAREA DENGAN NYERI AKUT  
DI RUANG KALIMAYA BAWAH  
RSUD dr. SLAMET GARUT**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Mendapatkan Gelar Ahli Madya  
Keperawatan (A.Md. Kep) Pada Prodi DIII Keperawatan**

**Universitas Bhakti Kencana Bandung**

**OLEH :**

**Yusrilla Ahmad**

**AKX. 17.090**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA BANDUNG**

**2020**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya Yang Bertanda Tangan di bawah ini :

Nama : Yusrilla Ahmad  
Nim : AKX.17090  
Prodi : Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung  
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi *Sectio Caesarea*  
Dengan Nyeri Akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD. Dr Slamet  
Garut

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Karya tulis tesis ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (diploma ataupun sarjana), 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 di tulis 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 di peroleh dalam karya ini, serta sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Bandung.....Juli.....2020

Yang membuat Pernyataan



Yusrilla Ahmad

AKX.17.090

**LEMBAR PERSETUJUAN**  
**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST**  
**SECTIO CAESAREA DENGAN NYERI AKUT**  
**DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

**OLEH :**

**Yusrilla Ahmad**

**AKX. 17.090**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal 17 Juli  
2020 seperti tertera di bawah ini

**Menyetujui,**

**Pembimbing Utama**



**Ade Tika Herawati, M.Kep**

**NIK: 10107069**

**Pembimbing Pendamping**



**Yati Nurhayati, S.Kep**

**NIK: 9070495**

**Mengetahui**

**Ketua Prodi Diploma III Keperawatan**



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

**NIK : 02001020009**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST *SECTIO CAESAREA*  
DENGAN NYERI AKUT**

**DI RSUD. dr SLAMET GARUT**

**OLEH :**

**Yusrilla Ahmad**

**AKX. 17.090**

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 5 Agustus 2020.

**Panitia Penguji**

**Ketua : Ade Tika Herawati, M.Kep**

(..........)

**(Pembimbing Utama)**

**Anggota**

**1. Ingrid Dirgahayu, S.Kp., M.KM**

(..........)

**2. Ice Komalaningsih, SKM**

(..........)

**3. Yati Nurhayati, S.Kep**

(..........)

**(Pembimbing Pendamping)**

**Mengetahui**

**Universitas Bhakti Kencana Bandung Dekan,**

  
**Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep**  
NIK : 020007020132

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** *Sectio Caesarea* meningkat 10-15% di setiap negara menurut World Health Organization (WHO, 2015). Nyeri merupakan keluhan paling sering diungkapkan oleh klien dengan Post Op *Sectio Caesarea*. Karya tulis ilmiah ini di latarbelakangi data dari medical record RSUD dr. Slamet Garut yang menyatakan angka kejadian *Sectio Caesarea* dari bulan Januari sampai Desember 2019 di ruang Kalimaya Bawah sebanyak 933 jiwa (38%) dari 2.470 kasus persalinan. **Tujuan:** Untuk mendapatkan pengalaman dalam melakukan Asuhan Keperawatan pada klien Post Op *Sectio Caesarea* dengan masalah Keperawatan Nyeri Akut. **Metode :** Metode yang dipakai yaitu studi kasus dengan cara pengumpulan data, observasi, wawancara, pemeriksaan fisik. Masalah yang terdapat pada kedua klien yaitu Nyeri akut, Intoleransi aktivitas, Ketidakefektifan pengeluaran ASI. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi pada klien 1 nyeri belum dapat teratasi sedangkan pada klien 2 nyeri dapat teratasi pada hari ketiga **Diskusi:** Pada kedua klien ditemukan masalah nyeri akut karena terputusnya kontinuitas jaringan akibat pembedahan. Klien 1 dan klien 2 terkaji nyeri masing-masing berskala 6 (0-10) namun ada perbedaan dari hasil penurunan skala nyeri. Pada klien 1 nyeri masih berskala 2 (0-10) masalah nyeri teratasi, sedangkan klien 2 nyeri berskala 0 (0-10) nyeri sudah teratasi.

**Kata Kunci:** *Post Sectio Caesarea, Nyeri Akut, Asuhan Keperawatan*

**Daftar Pustaka:** 12 Buku, 2 Jurnal, 31 Table, 3 Gambar

## ABSTRACT

**Background :** *Sectio Caesarea* increased 10-15% in each country according to the World Health Organization (WHO, 2015). Pain is the most common complaint expressed by clients with postoperative *Sectio Caesarea*. This scientific paper is based on data from the medical records of RSUD Dr. Slamet Garut which states the number of *sectio caesarea* events from January to December 2019 in the Lower Kalimaya room as many as 933 inhabitant. **Objective :** To gain experience in taking actions on nursing care for post-*sectio caesarea* clients with acute pain. **Method:** the method used is a case study by data collection, observation, interview, physical examination, and documentary studies conducted on two postoperative clients of *Sectio Caesarea* with Acute Pain. Problems that occur in both clients are acute pain, activity intolerance, ineffectiveness of breast milk expenditure. **Results:** after nursing care by giving intervention to the client 1 pain has not been resolved. Whereas in the client 2 Pain can be resolved on the third day. **Discussion:** In both clients there were acute pain problems due to tissue continuity due to surgery. Client 1 and client 2 assessed pain respectively on a scale of 6 (0-10) but there is a difference from the result of decreasing pain scale. In client 1, pain was still on a scale of 2 (0-10) pain was resolved, while client 2 was on a pain scale of 0 (0-10) as pain had been resolved.

**Keyword :** *Post Sectio Caesarea, Acute pain, Nursing care*

**Bibliography :** 12 books, 2 journal, 31 Tables, 3 Picture

## KATA PENGANTAR

Puji Syukur Kehadirat Tuhan yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-NYA Penulis Masih diberikan Kekuatan dan Pikiran Sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Op Sectio Caesarea dengan Nyeri Akut di RSUD dr. Slamet Garut”** dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan Tujuan Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini untuk memenuhi salah satu tugas akhir Program Studi DIII Keperawatan di Universitas Bhakti Kencana Bandung.

Penulis Menyadari Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak berdiri Sendiri, untuk itu penulis mengucapkan terimakasih kepada pihak yang telah turut serta membimbing, membantu dan memberikan motivasi. Ucapan terimakasih ini penulis sampaikan sebesar-besarnya kepada:

1. H. Mulyana, S.H., M.Pd., M.H.Kes. selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung .
2. Dr. Entris Sutrisno MH.Kes Apt, Selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana Bandung.
3. Dede Nur Aziz M.Kep selaku ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
4. dr. H. Maskut Farid MM. selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum dr.Slamet Garut yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.

4. Ade Tika Herawati, M.Kep, selaku pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan saran, serta motivasi yang sangat berguna dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Yati Nurhayati, S.Kep, selaku pembimbing pendamping yang telah membimbing dan memberikan motivasi dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. Staf Dosen dan Karyawan Prodi DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik
7. Untuk Kedua Orang tua Saya Ayahanda Amran Ibrahim Ahmad S.P dan Ibunda Yeni Ahmad S.E yang telah memberikan semangat motivasi dukungan serta doa yang tiada henti sehingga Penulis dapat Menyelesaikan Karya tulis ilmiah ini.
8. Winda, Diana, Nada, Cahya, Illafin, Bryan, Marini, Evi, Sri, Tauhid, Ka Teguh Ka Irfi, Leriyanto teman teman Seperjuangan Saya Anestesi
9. Angkatan XIII, Serta Kakak saya Tercinta Fazrul Kurniawan Lasantu yang turut serta membantu saya dalam Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini
10. Kepada Bangtan yang selama ini selalu menghibur dan memotivasi saya selama menyelesaikan Karya tulis ilmiah ini.
11. Semua pihak yang turut serta membantu penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang tidak bisa penulis disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari dalam penulisan karya tulis ilmiah ini masih ada kekurangan oleh karena itu penulis sangat mengharapkan masukan kritik ataupun saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis ilmiah ini menjadi lebih baik.

Bandung, Juli 2020

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR GAMBAR .....	xiii
DAFTAR TABEL .....	xvi
DAFTAR BAGAN .....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penulisan.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat.....	6
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	6
1.4.2 Manfaat Praktis.....	6

## BAB 11 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Anatomi Abdomen.....	7
2.2 Konsep Sectio Caesarea .....	10
2.2.1 Definisi Sectio Caesarea.....	10
2.2.2 Etiologi.....	10
2.2.3 Patofisiologi.....	11
2.2.4 Klasifikasi.....	14
2.2.5 Indikasi.....	16
2.2.6 Komplikasi.....	16
2.2.7 Pemeriksaan Diagnostik.....	17
2.2.8 Penatalaksanaan Medik dan Implikasi Keperawatan.....	18
2.3 Konsep Dasar Nifas .....	19
2.3.1 Definisi Masa Nifas.....	19
2.3.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas .....	19
2.3.3 Tahapan Masa Nifas.....	20
2.3.4 Perubahan Fisiologi Masa Nifas .....	20
2.3.5 Perubahan Psikologi Ibu dalam Masa Nifas.....	27

2.4 Konsep Nyeri .....	29
2.4.1 Definisi Nyeri .....	29
2.4.2 Klasifikasi Nyeri .....	29
2.4.3 Pengkajian Nyeri.....	30
2.4.4 Penanganan Nyeri .....	31
2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas .....	33
2.5.1 Pengkajian .....	33
2.5.2 Diagnosa Keperawatan.....	42
2.5.3 Intervensi Keperawatan.....	44
2.5.4 Implementasi Keperawatan .....	61
2.5.5 Evaluasi Keperawatan .....	61
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
3.1 Desain Penelitian .....	62
3.2 Batasan Istilah.....	62
3.3 Partisipan/ Responden/ Subyek Penelitian .....	63
3.4 Lokasi dan waktu Penelitian.....	63
3.5 Pengumpulan Data .....	64
3.6 Uji Keabsahan Data .....	65
3.7 Analisis Data.....	66
3.8 Etik Penulisan KTI.....	67

## BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil .....	71
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	71
4.1.2 Pengkajian .....	72
4.1.3 Analisis Data.....	86
4.1.4 Diagnosa Keperawatan.....	89
4.1.5 Perencanaan .....	90
4.1.6 Implementasi.....	92
4.1.7 Evaluasi .....	94
4.2 Pembahasan .....	95
4.2.1 Pengkajian .....	96
4.2.2 Diagnosa.....	97
4.2.3 Perencanaan .....	101
4.2.4 Implementasi.....	102
4.2.5 Evaluasi .....	105

## BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan.....	107
5.2 Saran.....	109
Daftar Pustaka	110

## LAMPIRAN

## DAFTAR GAMBAR

2.2.1 Kulit Abdomen.....	7
2.2.2 Otot Perut Dan Fasia.....	8
2.2.3 Skala Wajah.....	31

## DAFTAR TABEL

2.1 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas .....	44
2.2 Intervensi Nyeri Akut.....	46
2.3 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi .....	47
2.4 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI.....	49
2.5 Intervensi Gangguan Eliminasi Urine .....	51
2.6 Intervensi Gangguan Pola Tidur .....	52
2.7 Intervensi Resiko Infeksi.....	53
2.8 Intervensi Defisit Perawatan Diri.....	55
2.9 Intervensi Konstipasi.....	56
2.10 Intervensi Resiko Syok.....	57
2.11 Intervensi Resiko Perdarahan .....	58
2.12 Intervensi Defisit Pengetahuan .....	60
4.1 Identitas Klien.....	72
4.2 Riwayat Penyakit .....	73
4.3 Riwayat Obstetri .....	74
4.4 Pola Aktifitas Sehari-hari .....	77
4.5 Pemeriksaan Fisik .....	79
4.6 Data Psikologi.....	83

4.8 Data Sosial.....	84
4.9 Kebutuhan Bounding Attachment.....	84
4.10 Kebutuhan Pemenuhan Seksual.....	84
4.11 Data Spiritual.....	85
4.12 Pengetahuan Tentang Perawatan Diri.....	85
4.13 Hasil Pemeriksaan Diagnostik.....	86
4.14 Program dan Rencana Pengobatan.....	86
4.15 Analisa Data.....	87
4.16 Diagnosa Keperawatan.....	89
4.17 Perencanaan.....	91
4.18 Implementasi.....	93
4.19 Evaluasi.....	95

## DAFTAR BAGAN

2.1 Pathway Sectio Caesarea.....	13
----------------------------------	----

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran I Lembar Konsultasi KTI
- Lampiran II Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran III Lembar Observasi
- Lampiran IV Lembar Justifikasi Kasus
- Lampiran V Satuan Acara Penyuluhan
- Lampiran VI Leaflet
- Lampiran VII Jurnal
- Lampiran VIII Daftar Riwayat Hidup

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

*Sectio Caesarea* adalah suatu cara melahirkan dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. *Sectio caesarea* dilakukan apabila persalinan pervaginam dapat membahayakan keselamatan ibu ataupun bayi. (Amru sofia, 2013). Ada beberapa pasien melakukan *Sectio Caesarea* berdasarkan keinginan mereka sendiri tanpa adanya indikasi medis, namun World Health Organization (WHO) menyarankan agar persalinan *Sectio Caesarea* hanya dilakukan berdasarkan indikasi medis saja. (WHO, 2015).

Indikasi medis dilakukannya *Sectio Caesaria* ada dua faktor yang mempengaruhi yaitu faktor janin dan faktor ibu. Faktor dari janin meliputi bayi terlalu besar, kelainan letak janin, ancaman gawat janin, janin abnormal, faktor plasenta, kelainan tali pusat dan bayi kembar. Sedangkan faktor ibu terdiri atas usia, jumlah anak yang dilahirkan, keadaan panggul, penghambat jalan lahir, kelainan kontraksi lahir, ketuban pecah dini (KPD), dan pre eklampsia (Hutabalian , 2011).

Angka kejadian *Sectio Caesarea* meningkat di negara-negara berkembang dengan Presentase 10-15% untuk setiap negara. Jika indikasi operasi *Sectio Caesarea* tidak sesuai, dapat meningkatkan resiko morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi (*World Health Organization, 2015*). Hasil Riskesdas 2018 menyatakan terdapat 15,3% persalinan dilakukan dengan *Sectio caesarea*.

Provinsi tertinggi adalah DKI Jakarta (27,2%), Kepulauan Riau (24,7%), dan Sumatera Barat (23,1%) (Depkes RI, 2018). Berdasarkan data yang didapatkan dari medical record RSUD dr. Slamet Garut dari bulan Januari Sampai Desember 2019, di ruang Kalimaya bawah jumlah persalinan dengan *Sectio Caesarea* sebanyak 933 kasus atau sekitar (38%) dari 2565 kasus persalinan.

Masalah keperawatan yang biasanya muncul pada klien dengan *Sectio Caesarea* yaitu, Ketidakefektifan bersihan jalan nafas, Nyeri akut, Ketidakefektifan pemberian ASI, Gangguan eliminasi urine, Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan, Resiko infeksi berhubungan dengan adanya jaringan terbuka, Defisit perawatan, Konstipasi, Resiko syok (hipovolemik), Defisiensi pengetahuan: Perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post partum. (Nurarif & Hardhi Kusuma 2015).

Tindakan SC (*Sectio Caesarea*), akan memutuskan kontinuitas atau persambungan jaringan karena insisi yang akan mengeluarkan reseptor nyeri terutama setelah efek anestesi habis. (Des dan Berlian, 2018) . Umumnya klien dengan post op *sectio caesarea* mengalami nyeri karena insisi pembedahan. Nyeri merupakan pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. (Bahrudin, 2017). Dampak dari nyeri post *Sectio Caesarea* jika tidak diatasi, diantaranya dampak sosial yang dapat menimbulkan kesulitan beraktivitas, sehingga mobilisasi terganggu dan akan berakibat buruk pada proses involusi dan penyembuhan luka. Selain itu akan mempengaruhi perawatan bayi oleh ibu sehingga terganggunya proses bonding attachment antara ibu dan bayinya.

Dampak fisiologis apabila tidak dilakukan kontrol nyeri hebat akan menstimulasi respon stres yang dapat mempengaruhi sistem kardiovaskuler dan imun. Ketika impuls nyeri ditransmisikan ketegangan otot akan meningkat dan akan terjadi iskemia pada area yang terasa nyeri dan dapat menyebabkan stimulasi yang jauh dari reseptor nyeri. Bila impuls yang menjalar secara sentral, aktivitas simpatis diperberat, yang meningkatkan kebutuhan miokardium dan konsumsi oksigen ( Rochimatul Sitti L, dan Henny Pertiwi, 2017).

Penatalaksanaan nyeri klien dengan *Post Sectio Caesarea* berupa penanganan farmakologi, untuk menghilangkan nyeri digunakan analgesik yang terbagi menjadi dua golongan yaitu analgesik non narkotik dan analgesik narkotik. Salah satu analgesik yang diberikan adalah paracetamol yang mampu menahan nyeri selama 6 jam (Moriarty,2016). Pengendalian nyeri secara farmakologi biasanya efektif untuk nyeri sedang dan berat. Namun demikian, pemberian farmakologi tidak bertujuan untuk meningkatkan kemampuan klien sendiri untuk mengontrol nyerinya, sehingga dibutuhkan kombinasi farmakologi untuk mengontrol nyeri dengan non farmakologi agar sensasi nyeri dapat berkurang serta masa pemulihan tidak memanjang (Jin Juying, 2016).

Intervensi non farmakologi dalam penurunan nyeri dapat dilakukan dengan beberapa tehnik yaitu, massage atau sentuhan, pergerakan atau posisi maternal, tehnik relaksasi nafas dalam, terapi musik dan audioanalgesik. Dari beberapa tehnik non farmakologi tersebut yang dilakukan untuk menangani nyeri *post Sectio Caesarea* yaitu dengan *tehnik pijatan effleurage*. Effleurage adalah bentuk massage dengan menggunakan telapak tangan yang memberikan tekanan

lembut ke atas permukaan tubuh dengan arah sirkular secara berulang (Reeder, 2011). Teknik ini bertujuan untuk meningkatkan sirkulasi darah, memberi tekanan dan menghangatkan otot abdomen serta meningkatkan relaksasi fisik dan mental. Penelitian yang dilakukan oleh Sitti Rochimatul Lailiyah dan Henny Pertiwi (2017) mengatakan sebelum dilakukan teknik effleurage klien mengalami nyeri berat yaitu 7 responden (77,8%) dan setelah dilakukan teknik effleurage hampir seluruhnya mengalami nyeri sedang yaitu 8 responden (88,9%). Mekanisme penghambatan nyeri dengan teknik effleurage berdasarkan konsep teori gate control yang mengatakan bahwa stimulasi serabut taktil kulit dapat menghambat sinyal nyeri dari area tubuh yang sama atau area lainnya. Stimulasi serabut taktil kulit dapat dilakukan dengan teknik massage. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa klien post *sectio caesarea* setelah dilakukan teknik effleurage intensitas nyeri yang dirasakan sedang, oleh karena itu teknik effleurage ini dapat direkomendasikan sebagai terapi mandiri atau komplementer dalam menurunkan nyeri post SC.

Dengan melihat dampak yang ditimbulkan apabila nyeri tidak diatasi, serta pentingnya peranan perawat terutama dalam penanganan pada klien post *Sectio Caesarea* dengan masalah nyeri akut, maka itulah yang melatar belakangi penulis membuat Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “**Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Op Sectio Caesarea Dengan Nyeri Akut Di RSUD dr. Slamet Garut**”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Op Sectio Caesarea dengan Masalah Nyeri Akut di RSUD dr. Slamet Garut?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mampu mengaplikasikan Asuhan Keperawatan pada Klien Post Op Sectio Caesarea dengan Nyeri Akut di RSUD dr. Slamet Garut secara komprehensif mulai dari aspek bio, psiko, spiritual dalam bentuk pendokumentasian.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien Post *Sectio Caesarea* dengan Nyeri Akut di RSUD dr. Slamet Garut
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien Post *Sectio Caesarea* dengan Nyeri Akut di RSUD dr. Slamet Garut
- c. Menyusun rencana keperawatan pada klien Post *Sectio Caesarea* dengan Nyeri Akut di RSUD dr. Slamet Garut
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien Post *Sectio Caesarea* dengan Nyeri Akut di RSUD dr. Slamet Garut
- e. Melakukan Evaluasi hasil asuhan keperawatan pada klien Post *Sectio Caesarea* dengan Nyeri Akut di RSUD dr. Slamet Garut

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Digunakan sebagai referensi dalam penelitian yang akan datang serta dapat menambah wawasan dalam bidang ilmu keperawatan marternitas tentang bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Klien Post *Sectio Caesarea* dengan Masalah Nyeri Akut.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

#### **a. Manfaat Bagi Perawat**

Manfaat Praktis Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan mampu menjadi salah satu contoh intervensi mandiri perawat dalam penatalaksanaan pada klien Post *Sectio Caesaria* dengan Nyeri Akut.

#### **b. Manfaat Bagi Rumah Sakit**

Manfaat Praktis Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat dijadikan sebagai acuan dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya perawatan pada klien Post *Sectio Caesaria* dengan Nyeri Akut.

#### **c. Bagi Institusi Pendidikan**

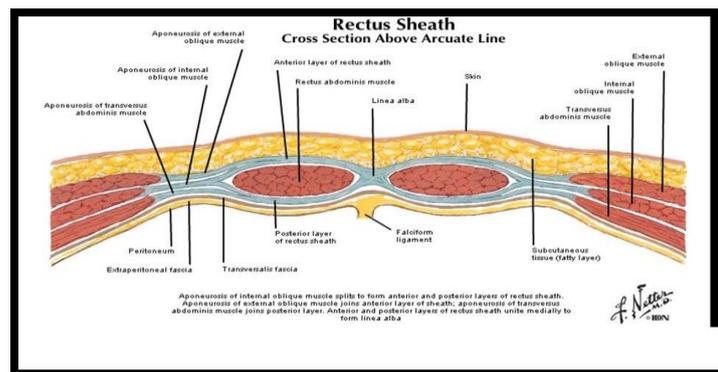
Manfaat praktis bagi institusi Pendidikan yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien Post *Sectio Caesarea* dengan Nyeri Akut.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Anatomi Fisiologi Kulit Abdomen

Kulit adalah suatu pembungkus yang elastik yang melindungi tubuh dari pengaruh lingkungan, kulit juga merupakan alat tubuh terberat dan terluas ukurannya yaitu 15% dari berat tubuh manusia, rata rata tebal kulit 1-2mm, kulit terbagi atas 3 lapisan pokok yaitu, epidermis, dermis dan subkutan atau subkutis (Wibisono, 2019).



*Gambar 2.2.1 Kulit Abdomen*

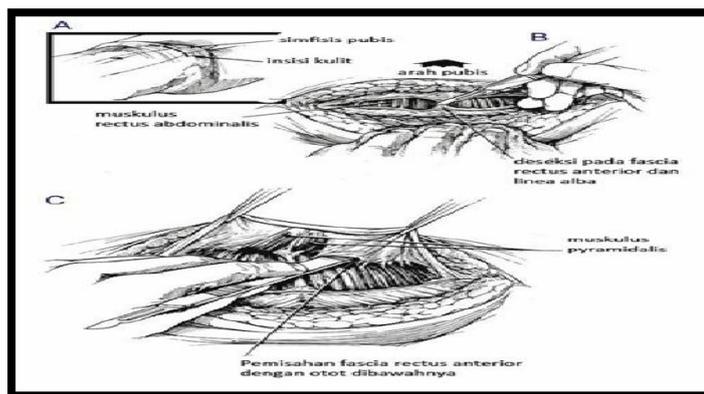
*Sumber : Wibisono, 2019*

Kulit terdiri dari 3 bagian yaitu :

- a) Lapisan epidermis, merupakan lapisan luar, terdiri dari epitel skuamosa bertingkat Sel-sel yang menyusunnya dibentuk oleh lapisan germinal dalam epitel silindris dan mendatar, ketika didorong oleh sel-sel baru kearah permukaan, tempat kulit terkikis oleh gesekan. lapisan luar terdiri dari keratin, protein bertanduk,

Jaringan ini tidak memiliki pembuluh darah dan sel-selnya sangat rapat.

- b) Lapisan dermis adalah lapisan yang terdiri dari kolagen, jaringan Fibrosadan elastin lapisan superfisial menonjol ke dalam epidermis berupa sejumlah papila kecil lapisan yang lebih dalam terletak pada jaringan subkutan dan fascia lapisan ini mengandung pembuluh darah, pembuluh limfe dan saraf.
- c) Lapisan subkutan mengandung sejumlah sel lemak, berisi banyak pembuluh darah dan ujung saraf .lapisan ini mengikat kulit secara longgar dengan organ-organ yang terdapat dibawahnya. Dalam hubungannya dengan tindakan SC, lapisan ini adalah pengikat organ-organ yang ada di abdomen, khususnya uterus organ-organ di abdomen di lindungi oleh selaput tipis yang disebut peritonium. dalam tindakan SC, sayatan dilakukan dari kulit lapisan terluar (epidermis sampai dinding uterus).



*Gambar 2.2.2 Otot Perut dan Fasia*

*Sumber : Wibisono, 2019*

a) Fasia

Di bawah kulit, fasia superfisial di bagi menjadi lapisan lemak yang dangkal, Camper's fasia, dan yang lebih dalam lapisan fibrosa. Fasia profunda terletak pada otot-otot perut, menyatu dengan fasia profunda paha. Susunan ini membentuk pesawat antara Scarpa's fasia dan perut dalam fasia membentang dari bagian atas paha bagian atas perut. Di bawah lapisan terdalam otot abdominis transverses, terletak fasia transversalis. Para fasia transversalis dipisahkan dari peritoneum parietalis oleh variabel lapisan lemak. Fascias adalah lembar jaringan ikat atau mengikat bersama-sama meliputi struktur tubuh.

b) Otot perut

Otot perut terdiri dari otot dinding perut anterior dan lateral, serta otot dinding perut posterior. Otot dinding perut anterior dan lateral (*rectus abdominis*) meluas dari bagian depan margo costalis di atas dan pubis di bagian bawah. Otot itu disilang oleh beberapa pita fibrosa dan berada didalam selubung. *Linea alba* adalah pita jaringan yang membentang pada garis tengah dari *proceccus xiphodius sternum* ke simpisis pubis, memisahkan kedua *musculus rectus abdominis*.

*Obliquus externus*, *obliquus internus* dan transverses adalah otot pipih yang membentuk dinding abdomen pada bagian samping dan depan. Serat *obliquus externus* berjalan ke arah bawah dan atas, serat *obliquus internus* berjalan ke atas dan ke depan serat transverses (otot terdalam dari otot ketiga dinding perut) berjalan transversal di bagian depan ketiga otot terakhir otot

berakhir dalam satu selubung bersama yang menutupi *rectus abdominis*. Otot dinding perut posterior (*Quadrates lumbolus*) adalah otot pendek persegi pada bagian belakang abdomen, dari costa keduabelas diatas ke krista iliaca.

## **2.2 Konsep Sectio Caesarea**

### **2.2.1 Definisi**

*Sectio Caesarea* adalah suatu cara melahirkan dengan cara membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. *Sectio Caesarea* juga di definisikan sebagai suatu histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Amru sofia, 2013).

*Sectio Caesarea* didefinisikan sebagai lahirnya janin melalui insisi pada dinding depan perut. (Amin & Hardhi, 2013)

*Sectio Caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina (Mochtar,1998 dalam siti dkk 2013).

### **2.2.2 Etiologi**

#### **1. Etiologi yang berasal dari Ibu**

Pada primigvida Dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disporposi sefalo pelvic (dispoporsi janin/panggul) ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk. Terdapat kesempitan panggul plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat I-II,

komplikasi kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya).

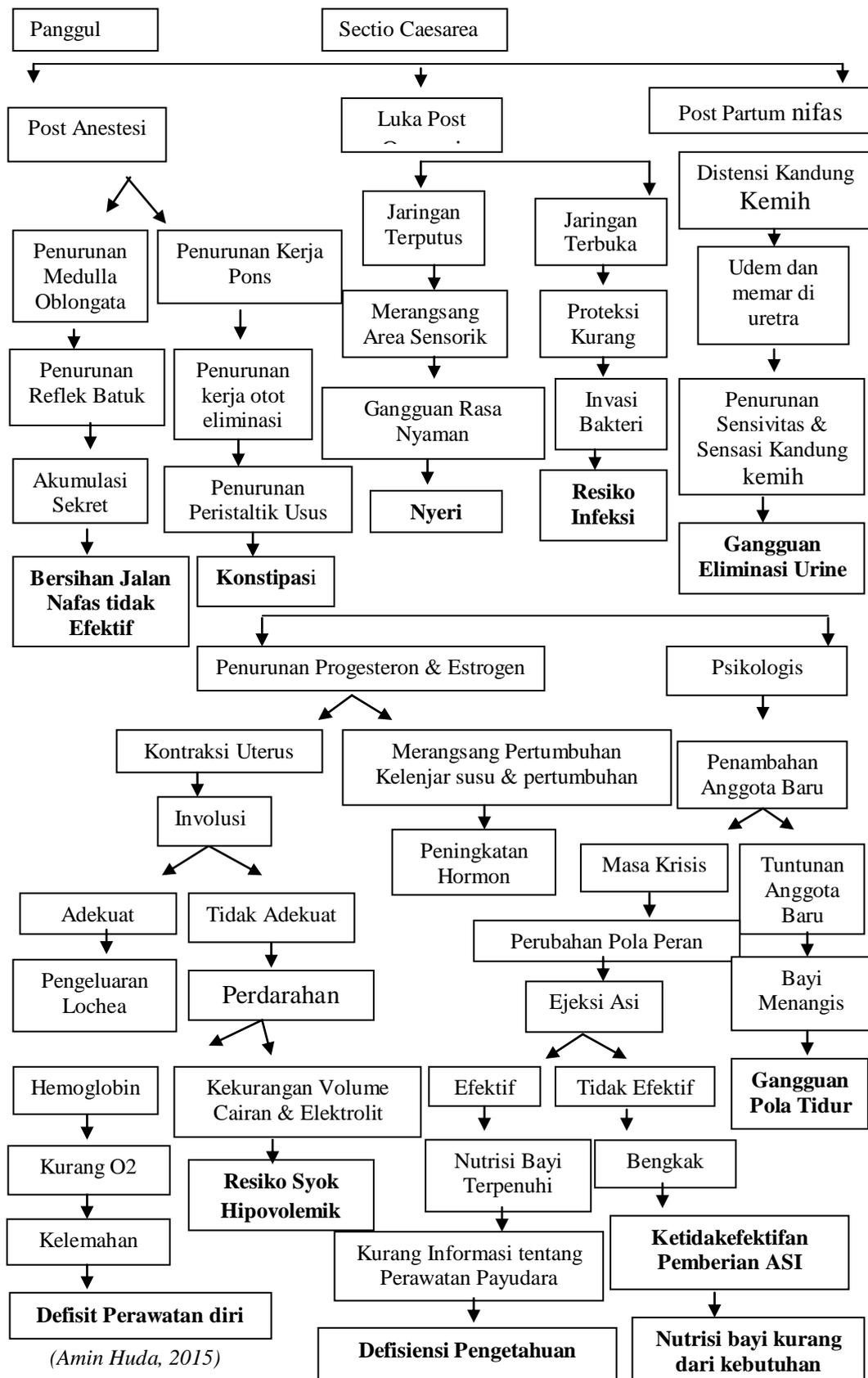
2. Etiologi yang berasal dari janin

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

**2.2.3 Patofisiologi (Amin Huda, 2015)**

Tindakan *Sectio Caesarea* dilakukan apabila ada indikasi pada ibu ataupun bayi seperti panggul sempit, plasenta previa, *Cephalopelvik disproportion*, ruptur uteri, partus lama dan preeklamsi yang menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan. Sebelum pembedahan dimulai klien dilakukan tindakan anestesi baik umum ataupun Regional. Selama proses pembedahan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen, sehingga menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar daerah insisi. Setelah proses pembedahan berakhir daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka Post *Sectio Caesarea*, dan setelah efek obat anestesinya habis akan menimbulkan rangsangan pada area sensorik memicu pengeluaran histamin dan prostaglandin sehingga klien merasa nyeri dan tidak nyaman. Selain itu luka Post *Sectio Caesarea* apabila tidak di rawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi. Efek lain dari obat anestesi berpengaruh terhadap jalan nafas menjadi tidak efektif, akibat secret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup.

Klien dalam masa nifas akan mengalami gangguan eliminasi urine karena terjadi penurunan sensitivitas pada kandung kemih yang menyebabkan distensi kandung kemih sehingga terjadi udem di uretra. Pengaruh lainnya yaitu terjadi penurunan produksi progesteron dan estrogen yang menyebabkan terjadinya kontraksi uterus secara adekuat, di tandai dengan pengeluaran lochea, dan sebaliknya kontraksi yang tidak adekuat menyebabkan perdarahan sehingga klien kekurangan volume cairan dan elektrolit yang akan menyebabkan adanya resiko syok hipovolemik. Selain itu Hemoglobin terjadi penurunan karena tidak terpenuhinya oksigen di dalam darah akibatnya terjadi kelemahan sehingga timbul masalah defisit perawatan diri. Klien dengan *Post Sectio Caesarea* akan mengalami masa adaptasi Post Partum baik dari aspek Intelektual berupa kurang pengetahuan dan kurang informasi, dari aspek fisiologis ejeksi ASI yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit sehingga nutrisi bayi tidak terpenuhi, dan timbul masalah ketidakefektifan pemberian ASI.



#### 2.2.4 Klasifikasi

Klasifikasi Sectio Caesarea menurut (Hary Oxorn dan William R. Forte, 2010) :

1. Segmen Bawah : Insisi Melintang

Karena cara ini memungkinkan kelahiran per abdominal yang aman sekaligus dikerjakan kemudian pada saat persalinan dan sekalipun rongga rahim terinfeksi, maka insisi melintang segmen bawah uterus telah menimbulkan revolusi dalam pelaksanaan obstetric.

2. Segmen Bawah : Insisi membujur

Cara membuka abdomen dan menyingkapkan uterus sama seperti insisi melintang, insisi membujur dibuat dengan scapel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi

3. *Sectio Caesarea Klasik*

Insisi Longitudinal digaris tengah dibuat dengan scalpel kedalam dinding anterior uterus dan dilebarkan keatas serta kebawah dengan gunting yang berujung tumpul. Diperlukan luka insisi yang lebar karena bayi sering dilahirkan dengan bokong dahulu. Janin serta plasenta dikeluarkan dan uterus ditutup dengan jahitan tiga lapis. Pada masa modern ini hampir sudah tidak dipertimbangkan lagi untuk mengerjakan *Sectio Caesarea Klasik*. Satu-satunya indikasi untuk prosedur segmen

atas adalah kesulitan teknis dalam menyingkapkan segmen bawah.

#### 4. *Sectio Caesarea Extraperitoneal*

Pembedahan extraperitoneal dikerjakan untuk menghindari perlunya histerektomi pada kasus-kasus yang mengalami infeksi luas, dengan mencegah peritonitis generalisata yang sering bersifat fatal. Ada beberapa metode sectio caesarea extraperitoneal seperti metode waterz, latzko, dan norton, T. Teknik pada prosedur ini relative lebih sulit, sering tanpa sengaja masuk kedalam vacum peritoneal dan insidensi cedera vesica urinaria meningkat. Metode ini tidak boleh dibuang tetapi tetap disimpan sebagai cadangan kasus-kasus tertentu.

#### 5. Histerektomi Caesarea

Pembedahan ini merupakan Sectio Caesarea yang dilanjutkan dengan pengeluaran uterus. Jika memungkinkan histerektomi harus dikerjakan lengkap (histerektomi total). Akan tetapi, karena pembedahan subtoral lebih mudah dan dapat dikerjakan lebih cepat, maka pembedahan subtoral menjadi prosedur pilihan jika terdapat perdarahan hebat dan pasien terjadi syok, atau jika pasien dalam keadaan jelek akibat sebab-sebab lain. Pada kasus-kasus semacam ini lanjutan pembedahan adalah menyelesaikannya secepat mungkin.

### **2.2.5 Indikasi Sectio Caesarea**

Menurut Amin Huda (2015), indikasi dari sectio caesarea adalah :

1. Plasenta Previa sentralis dan lateralis (posterior)
2. Panggul sempit
3. Disporsi sefalopelvis yaitu : ketidakseimbangan antara ukuran kepala dan ukuran panggul
4. Rupture uteri mengancam
5. Partus Lama (prolonged labor)
6. Partus tak maju (obstructed labor)
7. Distosia serviks
8. Pre-eklamsia dan hipertensi

Malpresentasi janin :

- 1) Letak lintang
- 2) Letak Bokong
- 3) Presentasi dahi dan muka (letak defleksi)
- 4) Presentasi rangkap jiwa reposisi tidak berhasil
- 5) Gemeli

### **2.2.6 Komplikasi**

- a. Infeksi Puerperal terbagi menjadi tiga, yaitu:
  - 1) Ringan : dengan kenaikan suhu beberapa hari saja
  - 2) Sedang : dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung

3) Berat : dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik, infeksi berat sering kita jumpai pada partus terlantar; sebelum timbul infeksi nifas, telah terjadi infeksi intra partum karena ketuban yang telah pecah terlalu lama

b. Perdarahan karena :

- 1) Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka
- 2) Atonia uteri
- 3) Perdarahan dan placentar bed

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

d. Kemungkinan rupture uteri spontan pada kehamilan mendatang.

### **2.2.7 Pemeriksaan Diagnostik**

Menurut Amin Huda (2015) Pemeriksaan Diagnostik Sectio Caesarea ada 10 yaitu:

1. Pemantauan EKG
2. JDL dengan diferensial
3. Elektrolit
4. Hemoglobin/Hemotokrit
5. Golongan darah
6. Urinalisasi
7. Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi
8. Ultrasound sesuai pesanan

### **2.2.8 Penatalaksanaan Medik dan Implikasi Keperawatan**

Penatalaksanaan Medik dan Implikasi Keperawatan Pada ibu Post *Sectio Caesarea* memerlukan observasi yang ketat setelah resiko *Sectio Caesarea* seperti komplikasi selama obstetric. Bangsal persalinan adalah tempat untuk memulihkan dan perawatan. Fasilitas perawatan intensif atau ketergantungan tinggi harus siap tersedia dirumah sakit yang sama. Perawatan umum untuk ibu Post *Sectio Caesarea* meliputi :

- 1) Kaji Tanda-tanda Vital dengan interval diatas 15 menit dan pastikan kondisinya stabil
- 2) Lihat tinggi fundus uteri (TFU), adanya perdarahan dari luka dan jumlah lochea.
- 3) Pertahankan Keseimbangan cairan
- 4) Pastikan analgesia yang adekuat
- 5) Penggunaan analgesia epidural secara kontinu sangat berguna
- 6) Tangani kebutuhan khusus dengan indikasi langsung untuk *Sectio Caesarea*, misalnya kondisi medis seperti diabetes.
- 7) Anjurkan fisioterapi dada dan ambulasi dini jika tidak ada kontraindikasi . (Fraser, 2012)

## **2.3 Konsep Dasar Nifas**

### **2.3.1 Definisi Masa Nifas**

Masa Nifas atau post partum disebut juga puerperium yang berasal dari bahasa latin yaitu dari kata “puer” yang artinya bayi dan “parous” berarti melahirkan. Nifas yaitu darah yang keluar dari rahim karena sebab melahirkan atau setelah melahirkan (Anggraeni Y, 2010)

Masa Nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya placenta sampai alat alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Ambarwati, 2010)

Masa Nifas atau puerperium adalah masa setelah partus selesai sampai pulihnya kembali alat alat kandungan seperti sebelum hamil. Lamanya masa nifas ini yaitu kira-kira 6-8 minggu (Abidin, 2011)

### **2.3.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas**

Tujuan dari pemberian asuhan masa nifas menurut Walyani Siwi E. dan Th Endang Purwoastuti (2017) :

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologi
- b. Melaksanakan Skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan dini, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi pada bayi dan perawatan bayi sehat.

- d. Memberikan pelayanan KB
- e. Mendapatkan kesehatan emosi

### **2.3.3 Tahapan Masa Nifas**

Tahapan Masa Nifas menurut Walyani Siwi E. dan Th Endang Purwoastuti (2017) terbagi atas 3 tahapan yaitu :

- a) Puerperium dini

Suatu masa kepulihan ketika ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan

- b) Puerperium intermedial

Suatu masa kepulihan menyeluruh alat-alat genital

- c) Remote puerperium

adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna mungkin beberapa minggu, bulan, atau tahun.

### **2.3.4 Perubahan Fisiologi Masa Nifas**

Perubahan Fisiologi Masa Nifas menurut Walyani Siwi E. dan Th Endang Purwoastuti (2017) :

- a) Perubahan Alat Reproduksi

- a. Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (invulasi) sehingga akhirnya seperti sebelum hamil.

- a) Bayi lahir fundus uteri setinggi pusat dengan berat uterus 1000 gr.
- b) Akhir kala II persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari di bawah pusat dengan berat uterus 750 gr
- c) Satu minggu postpartum tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat uterus 500 gr
- d) Dua minggu postpartum tinggi fundus uteri tidak teraba diatas simpisis dengan berat uterus 350 gr
- e) Enam minggu postpartum fundus uteri bertambah kecil dengan berat uterus 50 gr

b. Lochea

Lochea adalah cairan sekret yang berasal dari cavum uterus dan vagina dalam masa nifas. Macam macam lochea terbagi 4 jenis yaitu :

- a) Lochea rubra (cruenta) berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua,, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium, selama 2 hari postpartum.
- b) Lochea sanguinolenta berwarna kuning berisi darah dan lendir, hari 3-7 postpartum.
- c) Lochea serosa berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 postpartum.
- d) Lochea alba cairan putih setelah 2 minggu
- e) Lochea purulenta terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk

f) Locheastasis adalah lochea yang keluar tetapi tidak lancar.

c. Perubahan Pada Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

d. Perubahan pada vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.

e. Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada postnatal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan.

b) Perubahan Pada Sistem Kardiovaskuler

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat segera setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan beban jantung meningkat yang dapat diatasi dengan

haemokonsentrasi sampai volume darah kembali normal, dan pembuluh darah kembali ke ukuran semula.

a) Volume darah

Perubahan pada volume darah tergantung pada beberapa variabel. Contohnya kehilangan darah selama persalinan, mobilisasi dan pengeluaran cairan ektravaskuler. Kehilangan darah mengakibatkan perubahan volume darah tetapi hanya terbatas pada volume darah total. Kemudian, perubahan cairan tubuh normal mengakibatkan suatu penurunan yang lambat pada volume darah. Dalam 2 sampai 3 minggu, setelah persalinan volume darah seringkali menurun sampai pada nilai sebelum kehamilan.

b) Cardiac output

Cardiac output terus meningkat selama kala I 1 dan kala II Persalinan. Puncaknya selama masa nifas dengan tidak memperhatikan tipe persalinan dan penggunaan anestesi. Cardiac output tetap tinggi dalam beberapa waktu sampai 48 jam postpartum, ini umumnya mungkin diikuti dengan peningkatan stroke volume akibat dari peningkatan venous return, bradycardi terlihat selama waktu ini. Cardiac output akan kembali pada keadaan semula seperti sebelum hamil dalam 2-3 minggu.

c) Perubahan Pada Sistem Hematologi

1. Hari pertama masa nifas kadar fibrinogen dan plasma sedikit menurun, tetapi darah lebih kental dengan peningkatan viskositas

sehingga meningkatkan pembekuan darah. Hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 setelah persalinan. Masa nifas bukan masa penghancuran sel darah merah tetapi tambahan-tambahan akan menghilang secara perlahan sesuai dengan waktu hidup sel darah merah. Pada keadaan tidak ada komplikasi, keadaan hematokrit dan hemoglobin akan kembali pada keadaan normal seperti sebelum hamil dalam 4-5 minggu postpartum.

2. Leukositosis meningkat, dapat mencapai  $15000/\text{mm}^3$  selama persalinan dan tetap tinggi dalam beberapa hari postpartum jumlah sel darah putih normal rata-rata pada wanita hamil kira-kira  $12000/\text{mm}^3$ . Selama 10-12 hari setelah persalinan umumnya bernilai antara  $20000-25000/\text{mm}^3$ , neutrotropil berjumlah lebih banyak dari sel darah putih, dengan konsekuensi akan berubah. Sel darah putih, bersama dengan konsekuensi akan berubah. Sel darah putih, bersama dengan peningkatan normal pada kadar sedimen eritrosit, mungkin sulit diinterpretasikan jika terjadi infeksi akut pada waktu ini.
3. Faktor pembekuan, yakni suatu aktivasi faktor pembekuan darah terjadi setelah persalinan. Aktivasi ini, bersamaan dengan tidak adanya pergerakan, trauma atau sepsis, yang mendorong terjadinya tromboemboli. Keadaan produksi tertinggi dari pemecahan fibrin mungkin akibat pengeluaran dari tempat plasenta.

4. Kaki ibu diperiksa setiap hari untuk mengetahui adanya tanda-tanda trombosis (nyeri, hangat dan lemas, vena bengkak kemerahan yang dirasakan keras atau padat ketika disentuh). Mungkin positif terdapat tanda-tanda human's (doso fleksi kaki dimana menyebabkan otot-otot mengompresi vena tibia dan ada nyeri jika ada trombosis). Penting untuk diingat bahwa trombosis vena-vena dalam mungkin tidak terlihat namun itu tidak menyebabkan nyeri.
5. Varises pada kaki dan sekitar anus (haemoroid) adalah umum pada kehamilan. Varises pada vulva umumnya kurang dan akan segera kembali setelah persalinan.

d) Perubahan Pada Sistem Perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan karena terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli atau mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan kadar hormon esterogen yang berfungsi untuk menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam waktu 6 minggu.

e) Perubahan Pada Sistem Gastrointestinal

Diperlukan waktu 3-4 jam sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan namun asupan makanan juga

mengalami penurunan selama 1-2 hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema. Rasa sakit di daerah perineum dapat menghalangi keinginan ke belakang.

f) Perubahan Pada Sistem Endokrin

Kadar Esterogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam post partum. Progesteron turun pada hari ke 3 post partum. Kadar prolaktin dalam darah berangsur-angsur hilang.

g) Perubahan Pada Sistem Muskuloskeletal

Ambulasi pada umumnya dimulai 4-8 jam post partum. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi.

h) Perubahan Pada Sistem Integumen

- a. Penurunan Melanin umumnya setelah persalinan menyebabkan berkurangnya hiperpigmentasi kulit
- b. Perubahan pembuluh darah yang tampak pada kulit karena kehamilan akan menghilang pada saat esterogen menurun.

### **2.3.5 Perubahan Psikologi Ibu dalam Masa Nifas**

Proses Adaptasi Psikologis dalam masa nifas menurut Walyani Siwi E. dan Th Endang Purwoastuti (2017) :

Proses Adaptasi psikologi sudah terjadi selama kehamilan, menjelang proses kelahiran maupun setelah persalinan. Pada periode tersebut kecemasan seorang wanita dapat bertambah. Pengalaman yang unik dialami oleh ibu setelah persalinan. Masa nifas merupakan masa rentan yang terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi, dan tanggung jawab ibu mulai bertambah.

Hal-hal yang dapat membantu ibu dalam beradaptasi pada masa nifas adalah sebagai berikut:

1. Fungsi menjadi orang tua
2. Respon dan dukungan dari keluarga
3. Riwayat dan pengalaman kehamilan serta persalinan
4. Harapan, keinginan dan aspirasi saat hamil dan melahirkan

Ada 3 fase yang akan dilalui seorang ibu dalam masa nifas diantaranya:

a. Fase Taking in

Fase taking in yaitu periode ketergantungan berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua melahirkan. Pada fase ini ibu berfokus pada dirinya sendiri. Ia akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal hingga akhir. Ketidaknyaman fisik yang dialami ibu pada fase ini seperti mules,

nyeri pada jahitan, kurang tidur dan kelelahan merupakan sesuatu yang tidak dapat dihindari.

Gangguan Psikologis yang mungkin dirasakan ibu adalah:

- 1) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya misal jenis kelamin tertentu, warna kulit, jenis rambut dan lain sebagainya.
- 2) Ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu misalnya rasa mules karena rahim berkontraksi, payudara bengkak, nyeri luka jahitan.

b. Fase Taking Hold

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini timbul rasa khawatir pada ibu akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Mempunyai perasaan sangat sensitif, sehingga mudah tersinggung dan marah. Dukungan moral sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan pada ibu.

c. Fase Letting go

Fase Letting go adalah periode menerima tanggung jawab dan lebih percaya diri dalam menjalankan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri

dengan ketergantungan bayinya. Ibu memahami bahwa bayi butuh disusui sehingga siap terjaga untuk memenuhi kebutuhan bayinya.

## **2.4 Konsep Nyeri**

### **2.4.1 Definisi**

Nyeri merupakan pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. (Bahrudin, 2017). Nyeri Akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki proses yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat), dan berlangsung untuk waktu yang singkat (Andarmoyo, 2013).

### **2.4.2 Klasifikasi Nyeri**

Menurut Andarmoyo (2013) nyeri diklasifikasikan sebagai berikut :

#### **1) Nyeri Akut**

Nyeri Akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki proses yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat), dan berlangsung untuk waktu yang singkat

#### **2) Nyeri Kronis**

Nyeri kronis adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri ini berlangsung diluar waktu

penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik.

### 2.4.3 Pengkajian Nyeri

Menurut Potter & Perry (2014) Pengkajian skala nyeri dibedakan menjadi :

#### 1) Numeric Scale Score

Lebih digunakan sebagai pengganti alat pengganti dan pendeskripsi kata. Dalam hal ini klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala penting efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik.

- 0 : tidak nyeri
- 1-3 : Nyeri ringan : secara objektif klien dapat berkomunikasi dengan Baik
- 4-6 : Nyeri sedang : secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat Menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat menunjukkan Lokasi nyeri dapat mendeskripsikannya dan dapat mengikuti Perintah dengan baik
- 7-9 : Nyeri berat : Secara objektif terkadang klien tidak dapat Mengikuti perintah, tapi masih respon terhadap tindakan, dapat Menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak Dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi.
- 10 : Nyeri sangat berat : pasien sudah tidak mampu berkomunikasi Memukul.

## 2) Skala Analog Visual

Merupakan suatu garis lurus yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsi verbal pada setia ujungnya. Skala ini memberikan klien kebebasan penuh mengidentifikasi keparahan nyeri. Salah satunya alat ukurnya adalah skala wajah.



2.2.3 Skala Wajah (Potter & Perry, 2014)

## 2.4.4 Penanganan Nyeri

### 1) Manajemen Nyeri Farmakologi

Management Nyeri Farmakologi dimana terapy menggunakan obat analgetik yang diberikan guna mengganggu atau memblok transmisi stimulus agar terjadi perubahan persepsi dengan cara mengurangi kortikal terhadap nyeri (Andarmayo, 2013).

### 2) Manajemen Nyeri Non Farmakologi

Menurut Risqi Supriyadi (2016), Manajemen Nyeri non farmakologi dapat dilakukan dengan cara terapi fisik yang terdiri dari stimulasi kulit, pijatan, kompres hangat dan dingin, TENS, Akupuntur dan Akupresur serta Kognitif dan Biobehavioral terapi yang meliputi Latihan nafas dalam, relaksasi progresif,

rhythmic breathing, terapi musik, bimbingan imajinasi, biofeedback, distraksi, sentuhan terapeutik, meditasi, dan hipnosis. Salah satu penyembuhan non farmakologi untuk menurunkan Nyeri Post Op *Sectio Caesarea* dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan *Tehnik Massage Effleurage*.

*Effleurage* merupakan bentuk massage dengan menggunakan telapak tangan, yang memberikan tekanan lembut ke atas permukaan tubuh dengan arah sirkular secara berulang (Reeder, 2011). Teknik ini menimbulkan efek relaksasi dengan usapan lembut yang dikaitkan dengan teori *gate control* dimana teori ini mengatakan bahwa sentuhan dan nyeri jika dirangsang bersamaan, sensasi sentuhan akan berjalan ke otak dan menutup pintu gerbang otak sehingga ada pembatasan persepsi pada nyeri.

Mekanisme penghambatan nyeri dengan teknik *massage effleurage* ini menggunakan stimulasi serabut taktil kulit yang dapat menghambat sinyal nyeri dari area tubuh yang sama atau area lainnya selama kontraksi berlangsung. Sebuah penelitian menyebutkan ibu yang dipijat selama 20 menit setiap jam selama tahapan bersalin akan lebih bebas dari rasa sakit karena tubuh melepaskan endorphin yang merupakan pereda nyeri alami dan menciptakan perasaan nyaman.

## 2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Post Op *Sectio Caesarea*

### 2.5.1 Pengkajian

a. Identitas dan penanggung jawab

Terdiri dari nama, usia, alamat, nomor rekam medic, diagnosa, tanggal masuk rumah sakit, dan sebagainya terkait klien dan penanggung jawab (Mansyur & Dahlan, 2014).

b. Riwayat Kesehatan (Setiadi, 2012) :

1. Keluhan Utama

Keluhan utama merupakan keluhan yang dirasakan klien pada saat pengkajian pada pasien Post *Sectio Caesarea* keluhan utamanya berupa nyeri di daerah operasi

2. Keluhan utama saat dikaji

Merupakan informasi mengenai hal-hal apa saja yang menyebabkan, mendukung dan mengurangi nyeri, kapan dimana dan seberapa jauh nyeri tersebut dirasakan oleh klien. Hal tersebut dapat diuraikan dengan metode PQRST:

P: *Palliative* Apa yang menyebabkan terjadinya nyeri pada abdomen faktor pencetusnya adalah Post *Sectio Caesarea* a/I mioma uteri

Q : *Quality-quantity*, bagaimana gambaran keluhan yang dirasakan dan sejauh mana tingkat keluhannya seperti berdenyut, ditusuk-tusuk, di sayat, ketat atau tumpul.

R: *Region*, lokasi dimana gejala dirasakan? Apakah menyebar atau tidak?

S: *Scale*, pada skala berapa tingkat kesakitan itu dirasakan? Apakah tingkat kesakitan yang dirasakan mempengaruhi aktifitas. Pada *Section Caesarea* nyeri selalu mengganggu dengan skala 7-8 (0-10).

T: Time (waktu) Kapan mulai terjadi keluhan, dan berapa lama kejadian ini berlangsung biasanya pada luka Post Op *Section Caesarea* dirasakan secara terus menerus.

1. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada riwayat kesehatan dahulu diisi dengan riwayat penyakit yang diderita klien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin dapat mempengaruhi. Selain itu juga diisi dengan riwayat obat yang pernah dikonsumsi yang berhubungan dengan penyakit yang diderita

2. Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi tentang riwayat penyakit keturunan seperti Hipertensi dan Diabetes Melitus, ataupun penyakit menular seperti TBC, HIV dan hepatitis

c. Riwayat Obstetrik dan Ginekologi

Pada pengkajian riwayat obstetri meliputi riwayat kehamilan, persalinan

dan nifas yang lalu, berapa kali ibu hamil, penolong persalinan, dimana ibu bersalin, cara bersalin, jumlah anak, apakah pernah abortus, dan keadaan nifas yang lalu

## 1. Riwayat Ginekologi

### 1) Riwayat Perkawinan

Pada riwayat perkawinan hal yang perlu dikaji adalah menikah sejak usia berapa, lama pernikahan, berapa kali menikah, status pernikahan saat ini.

### 2) Riwayat Menstruasi

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

### 3) Riwayat KB

Pengkajian riwayat KB dilakukan untuk mengetahui apakah klien pernah ikut program KB, jenis kontrasepsi, apakah terdapat keluhan dan maalah dalam penggunaan kontrasepsi tersebut, dan setelah masa nifas ini akan menggunakan alat kontrasepsi apa.

## 2. Riwayat Obstetri

### 1) Riwayat kehamilan dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada kehamilan sebelumnya.

2) 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.

3) Riwayat persalinan dahulu

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

4) Riwayat persalinan sekarang

Merupakan persalinan yang keberapa bagi klien, tanggal melahirkan, jenis persalinan, lamanya persalinan, banyaknya perdarahan, jenis kelamin anak, berat badan dan *Apgar Score* dalam 1 menit pertama dan 5 menit pertama.

5) Riwayat nifas dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya.

6) Riwayat nifas sekarang

Meliputi tentang adanya perdarahan, jumlah darah biasanya banyak, kontraksi uterus, konsistensi

uterus biasanya keras seperti papan, tinggi fundus uteri setinggi pusat.

d. Pola Aktivitas Sehari-hari (Dermawan, 2012)

1) Pola Nutrisi

Pola Nutrisi dan metabolisme biasanya terjadi peningkatan nafsu makan karena adanya kebutuhan untuk menyusui bayinya.

2) Pola Eliminasi

Pra eliminasi biasanya terjadi konstipasi karena klien Post Op *Sectio Caesarea* takut untuk melakukan BAB

3) Pola Reproduksi

Pola reproduksi biasanya terjadi disfungsi seksual yang diakibatkan oleh proses persalinan dan masa nifas

4) Pola Istirahat

Pola istirahat dan tidur biasanya terjadi perubahan yang disebabkan oleh kehadiran sang bayi dan rasa nyeri yang ditimbulkan akibat luka pembedahan.

5) Pola Personal Hygiene

Mencangkup frekuensi mandi, gosok gigi, dan mencuci rambut. Kondisi klien setelah melahirkan dengan *Sectio Caesarea* yaitu dalam keadaan lemah dan nyeri akibat tindakan operasi, sehingga dalam melakukan perawatan diri masih dibantu

## 6) Aktivitas dan Latihan

Pola aktifitas biasanya pada pasien Post *Sectio Caesarea* mobilisasi dilakuakn secara bertahap meliputi miring kanan dan kiri pada 6-8 jam pertama, kemudian latihan duduk dan latihan berjalan. Pada hari ketiga optimalnya pasien sudah dapat dipulangkan.

### e. Pemeriksaan Fisik (Yuli, 2017)

#### 1) Kepala

Pada pemeriksaan kepala meliputi bentuk kepala, kulit kepala, apakah ada lesi atau benjolan.

#### 2) Wajah

Penampilan, ekspresi terlihat pucat atau menahan sakit, nyeri tekan, adanya edema pada pipi atau pitting edema pada dahi, dan adanya kloasma gravidarum pada ibu post partum

#### 3) Mata

Pada pemeriksaan mata meliputi kelengkapan dan kesimetrisan mata, kelompok mata, konjungtiva, cornea, ketajaman penglihatan. Pada klien Post Op *Sectio Caesarea* biasanya terdapat konjungtiva yang anemis diakibatkan oleh kondisi anemia atau dikarenakan proses persalinan yang mengalami perdarahan

4) Telinga

Pada pemeriksaan telinga meliputi bentuk, ukuran, ketegangan lubang telinga, kebersihan dan ketajaman pendengaran

5) Hidung

Pada pemeriksaan hidung meliputi tulang hidung dan posisi septum nasi, pernafasan cuping hidung, kondisi lubang hidung, apakah ada secret, sumbatan jalan nafas, apakah ada perdarahan atau tidak, apakah ada polip dan purulent.

6) Mulut

Pada pemeriksaan mulut dan orofaring meliputi keadaan bibir, keadaan gigi, lidah, palatum, orofaring, ukuran tonsil, warna tonsil

7) Leher

Pada pemeriksaan leher meliputi posisi trakea, kelenjar tiroid, bendungan vena jugularis. Pada ibu post partum biasanya terjadi pemebesaran kelenjar tiroid yang disebabkan proses meneran yang salah

8) Dada/Thoraks

Pada Pemeriksaan Thorak meliputi :

- a. inspeksi (bentuk dada, penggunaan otot bantu nafas, pola nafas)
- b. palpasi (penilaian voval fremitus)

- c. perkusi (melakukan perkusi pada semua lapang paru mulai dari atas klavikula kebawah pada setiap spasiem intercostalis),
- d. auskultasi (bunyi nafas, suara nafas, suara tambahan)

Pada pemeriksaan payudara pada ibu yang mengalami bendungan ASI

meliputi bentuk simetris, kedua payudara tegang, ada nyeri tekan, kedua puting susu menonjol, areola hitam, warna kulit tidak kemerahan, ASI belum keluar atau ASI hanya keluar sedikit.

#### 9) Abdomen

Pada pemeriksaan abdomen meliputi inspeksi lihat luka bekas operasi

apakah ada tanda-tanda infeksi di sekitar luka insisi dan tanda perdaraha atau Hematoma. Pada hari pertama, tinggi fundus uteri (TFU) kira-kira 1 jari dibawah pusat. Perhatikan adanya linea nigra masih terlihat.

#### 10) Punggung dan Bokong

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

#### 11) Genitalia

Pada pemeriksaan genitalia eksterna meliputi inspeksi (apakah ada

hematoma, oedema, tanda-tanda infeksi, periksa lochea meliputi warna, jumlah, dan konsistensinya). Pada pemeriksaan kandung kemih diperiksa apakah kandung kemih ibu penuh atau tidak, jika penuh minta ibu untuk berkemih, jika ibu tidak mampu lakukan kateterisasi.

#### 12) Anus

Pada pemeriksaan anus diperiksa apakah ada hemoroid atau tidak. Pada pemeriksaan integument meliputi warna, turgor, kerataan warna, kelembaban, temperatur kulit, tekstur, hiperpigmentasi. Pada pemeriksaan ekstermitas meliputi ada atau tidaknya varises, oedema, reflek patella, reflek Babinski, nyeri tekan atau panas pada betis, pemeriksaan human sign.

#### 13) Ekstremitas

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

#### f. Pemeriksaan Laboratorium

Untuk mengkaji apakah ada anemia, pemeriksaan darah lengkap, hematokrit dan hemoglobin dilakukan dalam 2 sampai 48 jam setelah persalinan. Karena banyaknya adaptasi fisiologis saat wanita kembali ke keadaan sebelum hamil, nilai darah berubah setelah melahirkan. Dengan rata-rata kehilangan darah 400-500 ml, penurunan 1g kadar hemoglobin atau 30% nilai hematokrit masih dalam ambang batas normal. Penurunan nilai yang lebih besar disebabkan oleh perdarahan hebat saat melahirkan, hemoragi, atau anemia prenatal.

Selama 10 hari pertama post partum, jumlah sel darah putih dapat meningkat sampai  $20.000/\text{mm}^3$  sebelum akhirnya kembali ke nilai normal. (Sharon J dkk, 2011).

### **2.5.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa Keperawatan digunakan sebagai landasan untuk pemilihan intervensi guna mencapai hasil yang menjadi tanggung jawab perawat. Diagnosa keperawatan perlu dirumuskan setelah melakukan analisa data dari hasil pengkajian untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang melibatkan klien beserta keluarganya. Dengan demikian asuhan keperawatan dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan yakni memenuhi kebutuhan fisik, emosi atau psikologis, tumbuh kembang, pengetahuan dan intelektual, social dan spiritual yang di dapatkan dari pengkajian (Wilkins & Williams, 2015).

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015) dalam buku Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Nanda Nic-Noc bahwa diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada klien Post Op *Sectio Caesarea* adalah:

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 Keperawatan

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015) rencana keperawatan pada diagnosa yang mungkin muncul dengan seksio sesarea adalah:

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

**Tabel 2.1**

**Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria hasil</b>	<b>Intervensi</b>
<p><b>Ketidakefektifan bersihan jalan napas</b> Definisi: ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernapasan untuk mempertahankan kebersihan jalan napas.</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tidak ada batuk</li> <li>b. Suara napas tambahan</li> <li>c. Perubahan frekuensi napas</li> <li>d. Perubahan irama napas</li> <li>e. Sianosis</li> <li>f. Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara</li> <li>g. Penurunan bunyi napas</li> <li>h. Dispneu</li> <li>i. Sputum dalam jumlah yang berlebihan</li> <li>j. Batuk yang tidak efektif</li> <li>k. Orthopneu</li> <li>l. Gelisah</li> <li>m. Mata terbuka lebar</li> </ol> <p><b>Faktor – faktor yang berhubungan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Lingkungan: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Perokok pasif</li> <li>2) Mengisap asap</li> <li>3) merokok</li> </ol> </li> <li>b. Obstruksi jalan napas</li> </ol>	<p><b>NOC :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Respiratory status: Ventilation</li> <li>b. Respiratory status: airway patency</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dispneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)</li> <li>b. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)</li> <li>c. Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas.</li> </ol>	<p><b>NIC :</b></p> <p>Airway suction</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning</li> <li>b. Auskultasi suara napas sebelum dan sesudah suctioning.</li> <li>c. Informasikan kepada klien dan keluarga tentang suctioning</li> <li>d. Minta klien napas dalam sebelum suctioning</li> <li>e. Berikan Oksigen dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suksion nasotrakeal</li> <li>f. Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan</li> <li>g. Anjurkan klien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal</li> <li>h. Monitor status oksigen klien</li> <li>i. Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suksion</li> <li>j. Hentikan suksion</li> </ol>

---

<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Spasme jalan napas</li> <li>2) Mokus dalam jumlah berlebihan</li> <li>3) Eksudat dalam jalan alveoli</li> <li>4) Materi asing dalam jalan napas</li> <li>5) Adanya jalan napas buatan</li> <li>6) Sekresi bertahan/sisa sekresi</li> <li>7) Sekresi dalam bronki</li> </ul> <p>c. Fisiologis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Jalan nafas alergik</li> <li>2) Asma</li> <li>3) Penyakit paru obstruktif kronik</li> <li>4) Hiperplasia dinding bronkial</li> <li>5) Infeksi</li> <li>6) Disfungsi neuromuskular</li> </ul>	<p>dan berikan oksigen apabila klien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi Oksigen dan lain – lain.</p> <p>Airway manajemen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Buka jalan napas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu</li> <li>b. Posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi</li> <li>c. Identifikasi klien perlunya pemasangan alat jalan napas buatan</li> <li>d. Pasang mayo bila perlu</li> <li>e. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction</li> <li>f. Auskultasi suara napas, catat adanya suara tambahan</li> <li>g. Lakukan suction pada mayo</li> <li>h. Berikan bronkodilator bila perlu</li> <li>i. Berikan pelembab udara kassa basah NaCl lembab</li> <li>j. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan</li> <li>k. Monitor respirasi dan status oksigen</li> </ul>
--	--

---

## 2. Nyeri Akut Berhubungan dengan Injuri Fisik

**Tabel 2.2**

### **Intervensi Nyeri Akut Berhubungan dengan dengan Injuri Fisik**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria hasil</b>	<b>Intervensi</b>
<p><b>Nyeri Akut</b>            Definisi : pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang actual 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 &lt; 6 bulan            Batasan Karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Perubahan selera makan</li> <li>b. Perubahan tekanan darah</li> <li>c. Perubahan frekuensi jantung</li> <li>d. Perubahan frekuensi pernafasan</li> <li>e. Laporan isyarat</li> <li>f. Diaphoresis</li> <li>g. Perilaku distraksi (misalnya Berjalan mondar mandir Mencari Orang lain atau aktivitas lain, atau Aktivitas yang berulang)</li> <li>h. Mengeskpresikan perilaku (misalnya Gelisah, merengek, menangis).</li> </ul>	<p><b>NOC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pain Level</li> <li>b. Pain Control</li> <li>c. Comfort Level</li> </ul> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mampu mengontrol nyeri (penyebab teknik nonfarmakologi mencari bantuan)</li> <li>b. Melaporkan bahwa nyeri (berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri)</li> <li>c. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</li> <li>d. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</li> </ul>	<p><b>NIC :</b></p> <p>Pain Management</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor presipitasi.</li> <li>b. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</li> <li>c. Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.</li> <li>d. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</li> <li>e. Evaluasi pengalaman nyeri masa lalu</li> <li>f. Evaluasi bersama pasien dan kesehatan lain tentang ketidakefektifan control nyeri masa lampau</li> <li>g. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</li> <li>h. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</li> <li>i. Kurangi factor presipitasi nyeri</li> <li>j. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, nonfarmakologi dan interpersonal)</li> <li>k. Kaji dan tipe sumber</li> </ul>

i. Masker wajah (misalnya mata Kurang Bercahaya, tampak kacau, gerakan mata Berpencar atau tetap pada suatu focus Meringis)	nyeri untuk menentukan intervensi.
j. Sikap melindungi area nyeri	1. Ajarkan tentang tehnik nonfarmakologi
k. Focus menyempit (misalnya Gangguan Persepsi nyeri)	
l. Indikasi nyeri yang dapat diamati	
m. Perubahan posisi untuk Menghindari Nyeri	
n. Sikap tubuh melindungi	
o. Dilatasi pupil	
p. Melaporkan nyeri secara verbal	
q. Gangguan tidur	

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi postpartum

**Tabel 2.3**

**Intervensi ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan**

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

- 
- |  |   |  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Faktor biologis</li> <li>b. Faktor ekonomi</li> <li>c. Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrient</li> <li>d. Ketidak mampuan menelan makanan</li> <li>e. Faktor psikologis</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>c. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi</li> <li>d. Tidak ada tanda mal nutrisi</li> <li>e. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan</li> <li>f. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>protein dan vitamin C</li> <li>e. Berikan substansi gula</li> <li>f. Yakinkan diet yang dimakan klien mengandung serat tinggi untuk mencegah konstipasi</li> <li>g. Berikan makanan yang terpilih (berdasarkan konsultasi ahli gizi)</li> <li>h. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori</li> <li>i. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi</li> <li>j. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan.</li> </ul> <p>Nutrition Monitoring</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Bb pasien dalam batas normal</li> <li>b. Monitor adanya penurunan berat badan</li> <li>c. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang bisa dilakukan</li> <li>d. Monitor lingkungan selama makan</li> <li>e. Monitor kulit kering dan pigmentasi</li> <li>f. Monitor turgor kulit</li> <li>g. Monitor kekeringan rambut kusam dan mudah patah</li> <li>h. Monitor mual muntah</li> <li>i. Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht</li> <li>j. Monitor pertumbuhan dan</li> </ul> |
|--|---|--|
-

- k. perkembangan
- Monitor pupat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva
- l. Monitor kalori dan intake nutrisi.

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

**Tabel 2.4**

**Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>
<b>Ketidakefektifan pemberian ASI</b> Definisi : Ketidak puasan atau kesulitan ibu, bayi atau anak menjalani proses pemberian ASI Batasan karakteristik: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ketidakefektifan suplai ASI</li> <li>b. Tampak ketidakadekuatan asupan susu</li> <li>c. Tidak tampak tanda pelepasan oksitosin</li> <li>d. Ketidak cukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui</li> <li>e. Kurang menambah berat badan bayi</li> </ul> Faktor yang berhubungan: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Defisit pengetahuan</li> <li>b. Diskontinuitas pemberian ASI</li> <li>c. Reflex menghisap buruk</li> <li>d. Prematuritas</li> </ul>	<b>NOC :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Breastfeding ineffective</li> <li>b. Breathing pattern ineffective</li> <li>c. Breasfeeding interrupted</li> </ul> <b>Kriteria Hasil:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kemantapan pemberian ASI: bayi: perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI.</li> <li>b. 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.</li> <li>c. Pemeliharaan pemberian ASI: keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/ toddler.</li> <li>d. Penyapihan pemberian ASI</li> <li>e. Diskontinuitas progresif pemberian ASI</li> <li>f. Pengetahuan pemberian ASI tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makanan bayi</li> </ul>	<b>NIC :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Evaluasi pola menghisap/ menelan bayi</li> <li>b. Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui.</li> <li>c. Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (reflek rooting, menghisap dan terjaga)</li> <li>d. Kaji kemampuan bayi untuk latch on dan menghisap secara evektif</li> <li>e. Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting</li> <li>f. Pantau integritas kulit puting ibu</li> <li>g. Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar susu dan mastitis</li> <li>h. Pantau kemampuan untuk mengurangi kongesti payudara dengan benar</li> <li>i. Pantau berat badan</li> </ul>

---

e. Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya

melalui proses pemberian ASI, ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera, ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI, ibu tidak mengalami nyeri penekanan pada puting, mengenali tanda-tanda penurunan suplay ASI

dan pola eliminasi bayi.

**Brest examination**  
**Laktation**  
**suppression**

- a. Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI.
- b. Sediakan informasi tentang laktasi dan tehnik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI
- c. Ajarkan pengasuhan bayi mengenai topik-topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran pemberian susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang
- d. Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan, dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula
- e. Apabila penyapihan diperlukan informasikan ibu mengenai kembalinya proses ovulasi dan seputar alat kontrasepsi yang sesuai

**Laktation konseling**

- a. Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI
  - b. Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu. Diskusikan metode alternatif pemberian makanan bayi
-

## 5. Gangguan Eliminasi Urine

**Tabel 2.5**

**Intervensi Gangguan Eliminasi Urin**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>
<p><b>Gangguan eliminasi urine</b>            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</p>	<p><b>NOC :</b>            a. Urinary elimination            b. Urinary continuence  <b>Kriteria Hasil:</b>            a. Kandung kemih kosong secara penuh            b. Tidak ada residu urine &gt; 100200cc            c. Intake cairan dalam rentan normal            d. Bebas dari ISK            e. Tidak ada spasme bleder            f. Balance cairan seimban</p>	<p><b>NIC :</b>            Urinary retention care            a. Lakukan penilaian kemih yang komprehensif terfokus pada inkontinensia (misalnya, output urine, pola berkemih, fungsi kognitiv, dan masalah kencing pra exsisten)            b. Memantau penggunaan obat dengan sifat kolinergik atau properti alfa agonis            c. Memonitor efek dari obatobatan 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. Instruksikan cara-cara untuk menghindari</p>

- konstipasi atau impaksi tinja
- i. Memantau asupan dan keluaran
- j. Gunakan kateter kemih
- k. Anjurkan keluarga untuk mencatat output urine
- l. Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi
- m. Membantu toileting secara berkala
- n. Menerapkan katering intermiten.

## 6. Gangguan Pola tidur Berhubungan dengan Lemah

**Tabel 2.6**

### **Intervensi Gangguan Pola Tidur**

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

- pasien
- h. Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur
- i. Monitor/catat kebutuhan waktu tidur pasien setiap hari dan jam

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

**Tabel 2.7**

**Intervensi Resiko Infeksi**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria hasil</b>	<b>Intervensi</b>
<b>Resiko infeksi</b> Definisi: Mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik. Faktor-faktor resiko: a. Penyakit kronis 1) Diabetes Melitus 2) Obesitas b. Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemajanan patogen c. Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat : 1) Gangguan 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 1) Penurunan hemoglobin 2) Imunosupresi 3) Supresi respon inflamasi e. Vaksinasi tidak adekuat f. Pemajanan terhadap patogen g. Lingkungan meningkat	<b>NOC :</b> a. Immune status b. Knowledge: infection control c. Risk control <b>Kriteria Hasil:</b> 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	<b>NIC :</b> Kontrol infeksi 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

---

<p>1) Wabah h. Prosedur infasif i. Malnutrisi</p>	<p>kandung kencing. k. Tingkatkan intake nutrisi l. Berikan terapi antibiotik bila perlu Infection Protection (Proteksi terhadap Infeksi) m. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal n. Monitor hitung granulosit, WBC o. Saring pengunjung terhadap penyakit menular p. Pertahankan teknik aseptik pada klien yang beresiko q. Pertahankan teknik 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. 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.</p>
---	--

---

8. Defisit perawatan diri (mandi/kebersihan diri, makan, toileting)

berhubungan dengan kelelahan postpartum.

**Tabel 2.8**

**Intervensi Defisit Perawatan Diri**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria hasil</b>	<b>Intervensi</b>
<p><b>Defisit perawatan diri: mandi</b> Definisi: Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi/aktivitas perawatan diri untuk diri sendiri.</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi</li> <li>b. Ketidakmampuan mengeringkan tubuh</li> <li>c. Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi</li> <li>d. Ketidakmampuan menjangkau sumber air</li> <li>e. Ketidakmampuan membasuh tubuh</li> </ul> <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Gangguan kokitif</li> <li>b. Penurunan motivasi</li> <li>c. Gangguan muskuloskeletal</li> <li>d. Nyeri</li> <li>e. Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh</li> <li>f. Kendala lingkungan</li> </ul>	<p><b>NOC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Activity Intolerance</li> <li>b. Mobility: physical impaired</li> <li>c. Self care deficit hygiene</li> <li>d. Sensory perception, auditory disturbed</li> </ul> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Perawatan diri ostomi: tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi</li> <li>b. Perawatan diri: aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu</li> <li>c. Perawatan diri mandi: mampu untuk membersihkan tubuhsendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</li> <li>d. Perawatan diri hygiene: mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</li> <li>e. Perawatan diri hygiene oral: mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</li> <li>f. Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk</li> </ul>	<p><b>NIC:</b></p> <p><b>Self care assistance: Bathing/hygiene</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri</li> <li>b. Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri</li> <li>c. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan</li> <li>d. Tempat handuk, sabun, deodorant, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan disamping tempat tidur atau dikamar mandi</li> <li>e. Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal</li> <li>f. Memfasilitasi sikat gigi yang sesuai</li> <li>g. Memfasilitasi mandi pasien</li> <li>h. Membantu kebersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien</li> <li>i. Memantau kebersihan kulit pasien</li> <li>j. Menjaga ritual kebersihan diri</li> <li>k. Memberikan bantuan sampai pasien dapat melakukan perawatan diri sepenuhnya.</li> </ul>

- 
- g. Membersihkan dan mengeringkan tubuh
  - h. Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral
- 

### 9. Konstipasi

**Tabel 2.9**

**Intervensi Konstipasi**

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

<p>3) Perubahan lingkungan saat ini</p> <p>b. Psikologis:</p> <p>1) Depresi, stres emosi</p> <p>2) Konfusi mental</p> <p>c. Farmakologis:</p> <p>1) Antikolinergik</p> <p>2) Deuretik</p> <p>3) Simpatomimetik</p> <p>d. Mekanis:</p> <p>1) Ketidakseimbangan elektrolit</p> <p>e. Fisiologis:</p> <p>1) Perubahan pola makan</p> <p>2) Asupan serat tidak cukup</p>	<p>l. Anjurkan pasien atau keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses.</p> <p>m. Anjurkan pasien atau keluarga untuk diet tinggi serat</p> <p>n. Timbang pasien secara teratur</p> <p>o. Timbang pasien secara teratur.</p> <p>p. Ajarkan pasien dan keluarga tentang proses pencernaan yang normal.</p>
--	---

10. Resiko syok (hipovolemik)

**Tabel 2.10**

**Intervensi Resiko Syok (Hipovolemik)**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria hasil</b>	<b>Intervensi</b>
<p><b>Resiko syok (hipovolemik)</b>            Definisi: Beresiko terhadap ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa            Faktor resiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hipotensi</li> <li>b. Hipovolemi</li> <li>c. Hipoksemia</li> <li>d. Hipoksia</li> <li>e. Infeksi</li> <li>f. Sepsis</li> <li>g. Sindrom respons inflamasi sistemik</li> </ul>	<p><b>NOC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Syock prevention</li> <li>b. Syock management</li> </ul> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Nadi dalam batas yang diharapkan</li> <li>b. Irama jantung dalam batas yang diharapkan</li> <li>c. Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan</li> <li>d. Irama napas dalam batas yang diharapkan</li> <li>e. Natrium serum, kalium klorida, kalsium, magnesium, PH darah dalam batas normal. Hidrasi</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Indikator :</li> <li>b. Mata cekung tidak ditemukan</li> <li>c. Demam tidak</li> </ul>	<p><b>NIC :</b></p> <p><b>Syok prevention</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor sirkulasi blood pressure, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, hate rate, ritme, dan kapileri refil time</li> <li>b. Monitor tanda inadkuat oksigenisasi jaringan</li> <li>c. Monitor suhu dan pernafasan</li> <li>d. Monitor input dan output</li> <li>e. Pantau nilai labor :hb, ht, agd dan elektrolit</li> <li>f. Monitor hemodinamik invasi yang sesuai</li> <li>g. Monitor tanda dan gejala asites</li> <li>h. Monitor tanda gejala syok</li> <li>i. Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat</li> <li>j. Lihat dan pelihara</li> </ul>

ditemukan	kepatenan jalan nafas
d. TD dalam batas normal	k. Berikan cairan iv atau oral yang tepat
e. Hematokrit DBN	l. Berikan vasodilator yang tepat
	m. Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok
	n. Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok

## 11. Resiko perdarahan

**Tabel 2.11**

### **Intervensi Resiko Perdarahan**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria hasil</b>	<b>Intervensi</b>
<b>Resiko perdarahan</b> Definisi: Beresiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan. Faktor resiko: 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)	<b>NOC :</b> a. Blood lose severity b. Blood koagulation <b>Kriteria Hasil:</b> 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	<b>NIC :</b> <b>Bleding precaution</b> 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

- 
- k. Trauma
- l. Efek samping terkait terapi (mis., pembedahan, pemberian obat, pemberian produk darah defisiensi trombosit, kemoterapi)
- darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonari kapileri, atau arteri wedge pressure
- l. Monitor status cairan yang meliputi intake dan output
  - m. Pertahankan potensi IV line
  - n. Lakukan pressure 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.
- Bleeding reduction: gastrointestinal**
- a. Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh : emesis, feses, urine, residu lambung, dan drainase luka
  - b. Monitor komplis blood count dan leukosit
  - c. Kolaborasi dalam pemberian terapi: lactulose dan vasopressin
  - d. Hindari penggunaan anticoagulant.
  - e. Perhatikan jalan napas, Berikan cairan intravena
  - f. Hindari penggunaan aspirin dan ibuprofen
-

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

**Tabel 2.12**

**Intervensi Defisiensi Pengetahuan**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria hasil</b>	<b>Intervensi</b>
<p><b>Defisiensi pengetahuan:</b>            Definisi: Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.            Batasan Karakteristik:            a. Perilaku hiperbola            b. Ketidakkuratan mengikuti perintah            c. Ketidakkuratan mengikuti tes (mis., hysteria, bermusuhan, agitasi, apatis)            d. Pengukuran masalah</p> <p><b>Faktor yang berhubungan:</b>            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>	<p><b>NOC :</b>            a. Knowledge : disease proses            b. Knowledge : healt beavior</p> <p><b>Kriteria Hasil:</b>            a. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tetang penyakit, kondisi, prognosis,program pegobatan.            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>	<p><b>NIC :</b>  <b>Treching : disease proces</b>            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 dating dan atau proses pengontrolan penyakit            i. Diskusikan pilihan terapi atau penanganann            j. Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara</p>

- 
- yang tepat atau diindikasikan
- k. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat.
- 

#### **2.5.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi Keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan ( Gordon, 1994 dalam Potter & Perry, 2011)

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi,2012)

#### **2.5.5 Evaluasi**

Evaluasi keperawatan adalah hasil akhir yang diharapkan pada ibu Post operasi *Sectio Caesarea* mampu mempertahankan kebutuhan perawatan diri, mampu mengatasi defisit perawatan diri dan dapat meningkatkan kemandirian. Masalah ketidaknyamanan fisik akibat *Sectio Caesarea* dapat teratasi (Mitayani, 2015).