

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO  
SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANG  
CEMPAKA RSUD DR. SOEKARDJO  
TASIKMALAYA**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan  
(A.Md.Kep) pada prodi D III Keperawatan

Universitas Bhakti Kencana Bandung

Oleh:

**ARASY NARAWASTU YASVIRA**

**AKX.17.012**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA BANDUNG  
2020**

## SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Arasy Narawastu Yasvira

NPM : AKX.17.012

Institusi : Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Klien Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di Ruang Cempaka RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya

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

Cirebon, 15 Mei 2020

Yang Membuat Pernyataan



Arasy Narawastu Yasvira

**LEMBAR PERSETUJUAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA  
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG CEMPAKA RSUD  
DR. SOEKARDJO TASIKMALAYA  
OLEH  
ARASY NARAWASTU YASVIRA  
AKX.17.012**

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

Rabu, 20 Mei 2020

Menyetujui,

**Pembimbing Utama**



**Sri Sulami, S.Kep., MM**

**NIK : 10115176**

**Pembimbing Pendamping**



**Yati Nurhayati S.Kep**

**NIK : 9070495**

**Mengetahui**

**Prodi DIII Keperawatan**

**Ketua,**



**Dede Nur Aziz M, MKep**

**NIK: 02001020009**

LEMBAR PENGESAHAN  
KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA  
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG CEMPAKA  
RSUD DR. SOEKARDJO TASIKMALAYA

OLEH  
ARASY NARAWASTU YASVIRA  
AKX.17.012

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.  
Rabu, 20 Mei 2020

PANITIA PENGUJI

Ketua : Sri Sulami, S.Kep., MM  
(Pembimbing Utama)



Anggota

1. Tuti Suprpti, S.Kp., M.Kep  
(Penguji I)
2. Hj. Dyubacdah, Amk., S.Pd., MM  
(Penguji II)
3. Yati Nurhayati S.Kep  
(Pembimbing Pendamping)



Menyetujui

Universitas Bhakti Kencana Bandung  
Dekan,

Rd. Siti Jusufah, S.Kp., M.Kep  
NIK. 020007020132



## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RSUD DR.SOEKARDJO TASIKMALAYA” dengan sebaik mungkin.

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

Penyusunan karya tulis ini tidak akan tersusun dengan baik tanpa adanya bantuan dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah turut serta membantu proses pembuatan karya tulis ilmiah ini hingga terwujudnya harapan dan tujuan penulis dengan baik, ucapan terima kasih ini penulis sampaikan yang sebesar-besarnya kepada :

1. H. Mulyana S.H., MPd., MH.Kes. selaku Ketua Yayasan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, MH.Kes., Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana Bandung.
3. Rd. Siti Jundiah S.Kp., M.Kep. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung
4. Dede Nur Aziz M, M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
5. Sri Sulami, S.Kep., MM selaku Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan dan motivasi yang sangat membantu selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

6. Yati Nurhayati S.Kep selaku Pembimbing Pendamping yang telah memberikan bimbingan dan motivasi yang sangat membantu selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Dr. H Wasisto Hidayat, M.Kes selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soekardjo Tasikmalaya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
8. Vita Erfinawati Amd.Keb selaku CI ruangan Cempaka yang telah memberikan bimbingan selama praktek keperawatan di RSUD dr.Soekardjo Tasikmalaya.
9. Seluruh staf dan dosen pengajar di Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi Universitas Bhakti Kencana.
10. Untuk kedua orang tua saya yaitu Ayahanda Muchtar dan Ibunda Atikah, Kakek saya Moch. Sain dan nenek saya Mahani, Ketiga kakak saya yaitu Arie, Arimbi, dan Andan serta keponakan dan kakak ipar yang telah memberikan dukungan, doa, dan semangat kepada penulis dalam proses penyusunan karya tulis ilmiah ini.
11. Untuk sahabat saya tersayang yaitu Sekar, Shufi, Aulia, Bani, Fikriya, dan Kholifah yang selalu tulus memberikan dukungan maupun doa dalam penyusunan karya tulis ilmiah.
12. Untuk penyemangat saya yaitu BIGBANG dan SEVENTEEN terutama Choi Seungcheol yang selalu memberikan motivasi dan menemani melalui karya – karyanya selama proses pembuatan karya tulis ilmiah ini.
13. Untuk senior anestesi dan teman - teman seperjuangan Anestesi Angkatan XIII yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus.
14. Seluruh pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak dapat disebutkan satu per satu oleh penulis.

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

Cirebon, 13 Mei 2020

Penulis

## ABSTRAK

**Latar Belakang :** Seksio sesarea yaitu suatu pembedahan atau persalinan buatan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus. Angka seksio sesarea menurut data rekam medis RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya di Ruang Cempaka pada tahun 2019 yaitu 272 (12,6 %) dari 2153 persalinan. Masalah yang paling sering dikeluhkan oleh klien post operasi seksio sesarea yaitu nyeri pada daerah luka operasi. Rasa nyeri tersebut akan memicu gangguan mobilisasi, kecemasan, dan gangguan laktasi sehingga menghambat proses penyembuhan. **Tujuan :** Untuk memperoleh pengalaman serta pengetahuan mengenai asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Metode :** Studi kasus adalah penelitian yang dilakukan secara mendalam terhadap suatu aktivitas atau sekelompok individu. Studi kasus ini dilakukan pada dua klien post operasi seksio sesarea dengan masalah nyeri akut pada daerah luka operasi. **Hasil :** Berdasarkan data pengkajian diperoleh masalah keperawatan nyeri akut. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi, masalah keperawatan nyeri akut pada klien I dan klien II dapat teratasi dalam waktu 3×24 jam. **Diskusi :** Pada kedua klien ditemukan masalah nyeri akut post operasi seksio sesarea. Terdapat perbedaan hasil dari intervensi berikan *hand and foot massage* pada kedua klien yaitu pada hari kedua, dengan hasil pada klien I yaitu skala nyeri dari 4 menjadi 3 (0-10), sedangkan pada klien II dari 3 menjadi 1 (0-10). Oleh karena itu perawat dituntut untuk memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif dalam menangani masalah keperawatan yang muncul pada setiap pasien.

Kata Kunci : Post Seksio Sesarea, Nyeri Akut, Asuhan Keperawatan

Daftar Pustaka : 27 Buku, 5 Jurnal, 3 Website

## ABSTRACT

**Background :** *Sectio Caesarea is a surgical or artificial labor to give birth to the fetus through the incision of the abdominal wall and uterus. The incidence of sectio caesarea at dr. Soekardjo hospital especially at Cempaka room in 2019 was 272 (12,6 %) from 2153 deliveries. The most common problems complained about by the post caesarean clients is pain in surgical wounds. The pain will cause mobilization disruption, anxiety, and lactation disorder which is inhibited the healing process.* **Objective :** *To gain experience and knowledge in taking actions on nursing care for post-caesarean clients with acute pain.* **Method :** *The case study is an in-depth study toward an activity or group of individuals. This case study was conducted on two post caesarean clients with acute pain in surgical wounds.* **Result :** *Based on assessment data, nursing problem that obtained is acute pain. After conducted nursing care by giving intervention, acute pain problems in both clients can be solved within 3×24 hours.* **Discussion :** *In both clients was found nursing problem of post sectio caesarea pain acute. In the second day of conducting nursing care, there is difference results of the intervention hand and foot massage in both clients. The results is for the first client occur the decrease of pain scale from 4 become 3 (1-10), while for the second client occur the decrease of pain scale from 3 become 1 (0-10). Therefore, nurse take responsibility to provide a comprehensive nursing care in solving nursing problems that arise in each patient.*

Keyword : *Post Sectio Caesarea, Acute Pain, Nursing Care*

*Bibliography : 27 books, 5 Journals, 3 Websites*

## DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR PERNYATAAN .....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN .....	iii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
ABSTRAK .....	vii
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR GAMBAR .....	xi
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR BAGAN .....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xv
DAFTAR SINGKATAN .....	xvi
<b>BAB I            PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	5
1.3 Tujuan .....	5
1.3.1 Tujuan Umum .....	5
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
1.4 Manfaat .....	6
1.4.1 Teoritis .....	6
1.4.2 Praktis .....	6
<b>BAB II            TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Penyakit .....	8
2.1.1 Seksio Sesarea .....	8
2.1.1.1 Definisi Seksio Sesarea .....	8
2.1.1.2 Anatomi Abdomen .....	8
2.1.1.3 Anatomi Organ Reproduksi Interna .....	12
2.1.1.4 Etiologi Seksio Sesarea .....	13
2.1.1.5 Pathway .....	14
2.1.1.6 Klasifikasi Seksio Sesarea .....	16
2.1.1.7 Indikasi .....	18
2.1.1.8 Komplikasi .....	21
2.1.1.9 Pemeriksaan Diagnostik .....	22
2.1.1.10 Penatalaksanaan medis .....	22
2.1.2 Konsep Nifas .....	26
2.1.2.1 Definisi Masa Nifas .....	26

2.1.2.2	Tahapan Masa Nifas .....	26
2.1.2.3	Perubahan Fisiologis.....	27
2.1.2.4	Perubahan Psikologis.....	33
2.1.3	Konsep Nyeri.....	35
2.1.3.1	Definisi Nyeri.....	35
2.1.3.2	Intensitas Nyeri .....	36
2.1.3.3	Klasifikasi Nyeri.....	37
2.1.3.4	Penatalaksanaan Nyeri.....	38
2.1.3.5	Pengaruh <i>Hand and Foot Massage</i> .....	39
2.2	Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas .....	40
2.2.1	Pengkajian .....	40
2.2.2	Diagnosa Keperawatan.....	55
2.2.3	Intervensi .....	57
2.2.4	Implementasi .....	85
2.2.5	Evaluasi .....	85
<b>BAB III        METODE PENELITIAN</b>		
3.1	Desain Penelitian .....	87
3.2	Batasan Istilah.....	88
3.3	Responden/ Subyek Penelitian .....	89
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian .....	89
3.5	Pengumpulan Data .....	90
3.6	Uji Keabsahan Data .....	92
3.7	Analisis Data.....	92
3.8	Etik Penelitian.....	93
<b>BAB IV        HASIL DAN PEMBAHASAN</b>		
4.1	Hasil .....	99
4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	99
4.1.2	Pengkajian .....	102
4.1.3	Analisa Data .....	120
4.1.4	Diagnosa Keperawatan.....	122
4.1.5	Intervensi.....	125
4.1.6	Implementasi .....	131
4.1.7	Evaluasi .....	140
4.2	Pembahasan .....	142
4.2.1	Pengkajian .....	143
4.2.2	Diagnosa Keperawatan.....	144
4.2.3	Intervensi.....	150
4.2.4	Implementasi .....	152
4.2.5	Evaluasi .....	159
<b>BAB V        KESIMPULAN DAN SARAN</b>		
5.1	Kesimpulan.....	161
5.2	Saran.....	165

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kuadran Abdomen.....	9
Gambar 2.2 Regio Abdomen.....	10
Gambar 2.3 Genetalia Interna Wanita .....	13
Gambar 2.4 Insisi abdomen.....	17
Gambar 2.5 Insisi Uterus.....	18
Gambar 2.6 Perubahan Tinggi Fundus Uteri Selama Masa Nifas.....	28
Gambar 2.7 Skala Nyeri Numerik .....	37
Gambar 2.8 Skala Nyeri Wong Baker .....	37

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perbandingan Tinggi Fundus Uteri dan Berat Uteri di Masa Involusi .....	28
Tabel 2.2 APGAR Skor .....	52
Tabel 2.3 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas .....	58
Tabel 2.4 Intervensi Nyeri Akut .....	60
Tabel 2.5 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi .....	62
Tabel 2.6 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI .....	64
Tabel 2.7 Intervensi Gangguan Eliminasi Urin .....	67
Tabel 2.8 Intervensi Gangguan Pola Tidur .....	69
Tabel 2.9 Intervensi Resiko Infeksi .....	70
Tabel 2.10 Intervensi Defisit Perawatan Diri .....	72
Tabel 2.11 Intervensi Konstipasi .....	74
Tabel 2.12 Intervensi Resiko Syok .....	78
Tabel 2.13 Intervensi Resiko Perdarahan .....	80
Tabel 2.14 Intervensi Defisiensi Pengetahuan .....	83
Tabel 4.1 Identitas Klien .....	102
Tabel 4.2 Identitas Penanggung Jawab .....	102
Tabel 4.3 Riwayat Penyakit .....	103
Tabel 4.4 Riwayat Ginekologi .....	105
Tabel 4.5 Riwayat Obstetrik .....	106
Tabel 4.6 Aktivitas Klien .....	108

Tabel 4.7 Pemeriksaan Fisik Klien .....	109
Tabel 4.8 Pemeriksaan Fisik Bayi .....	114
Tabel 4.9 Kondisi Psikologi Klien.....	116
Tabel 4.10 Pemeriksaan Diagnostik .....	118
Tabel 4.11 Rencana Pengobatan.....	119
Tabel 4.12 Analisa Data .....	120
Tabel 4.13 Diagnosa Keperawatan .....	122
Tabel 4.14 Intervensi .....	126
Tabel 4.15 Implementasi.....	131
Tabel 4.16 Evaluasi.....	140

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Seksio Sesarea.....	14
---------------------------------------	----

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran I Lembar Konsultasi KTI
- Lampiran II Catatan Revisi Ujian KTI
- Lampiran III Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran IV Lembar Observasi
- Lampiran V Surat Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus
- Lampiran VI Format Review Artikel
- Lampiran VII Satuan Acara Penyuluhan
- Lampiran VIII Leaflet
- Lampiran IX Jurnal
- Lampiran X Daftar Riwayat Hidup

## DAFTAR SINGKATAN

A	: <i>Assesment</i>
AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BBL	: Berat Bayi Lahir
BU	: Bising Usus
°C	: Derajat Celsius
Cm	: Sentimeter
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DO	: Data Obyektif
Dr	: Dokter
DS	: Data Subyektif
EKG	: Ekokardio Grafi
P2A0	: Partus 2 kali, Abortus 0 kali
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
ICS	: <i>Intercostal Space</i>
IUGR	: <i>Intra Uterine Growth Restriction</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IV	: Intra Vena
Jl	: Jalan
KB	: Keluarga Berencana

KEMENKES	: Kementrian Kesehatan
KTI	: Karya Tulis Ilmiah
m <sup>2</sup>	: Meter Persegi
mg	: Miligram
mm	: Milimeter
mmHg	: Milimeter Hydrargyrum
N	: Nadi
NaCl	: Natrium Klorida
No	: Nomor
Ny	: Nyonya
O	: Obyektif
P	: Planning
PER	: Preeklamsi Ringan
R	: Respirasi
RISKESDA	: Riset Kesehatan Dasar
RL	: Ringer Laktat
RS	: Rumah Sakit
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
S	: Subyektif
S	: Suhu
SC	: Seksio Sesarea
SMK	: Sekolah Menengah Kejuruan

SMP	: Sekolah Menengah Pertama
TBC	: Tuberculosis
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
Tpm	: Tetes Per Menit
TT	: Tetanus Toxoid
TTD	: Tertanda
TTL	: Tempat Tanggal Lahir
TTV	: Tanda-tanda Vital
USG	: Ultrasonografi
WIB	: Waktu Indonesia Barat
WHO	: <i>World Health Organization</i>

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Persalinan adalah suatu proses yang dimulai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya dilatasi progresif dari serviks, kelahiran bayi, dan kelahiran plasenta, dan proses tersebut merupakan proses alamiah. Terdapat tiga jenis persalinan yaitu persalinan spontan, persalinan buatan melalui operasi seksio sesarea, dan persalinan anjuran (Oktarina, 2016). Seksio sesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Sarwono, 2018). Jitowiyono dan Kristiyanasari (2012) mengemukakan definisi seksio sesarea yaitu suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus persalinan buatan, sehingga janin dilahirkan melalui perut dan dinding perut dan dinding rahim agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat.

Data yang diperoleh dari *World Health Organization (WHO)* tahun 2011 ditemukan adanya peningkatan terhadap angka kejadian seksio sesarea sebesar 5 kali dibandingkan tahun - tahun sebelumnya. Standar rata-rata seksio sesarea di suatu negara adalah sekitar 5 – 15% per 1000 kelahiran di dunia, di rumah sakit milik pemerintah rata – rata 11% sementara di rumah

sakit swasta bisa lebih rendah dari 30%. (Gibbons, 2010). Menurut data yang dikumpulkan oleh Riskesdas (2018) di Indonesia ibu yang melahirkan dengan seksio sesarea sebesar 17,6 % dari 78.736 angka kelahiran sedangkan di Jawa Barat ibu yang melahirkan dengan seksio sesarea sebesar 15,5 % dari 15.043 angka kelahiran. Data yang dihimpun dari Medical Record RSUD dr.Soekardjo Tasikmalaya di ruang Cempaka yaitu, proporsi ibu yang mengalami persalinan dengan seksio sesarea pada tahun 2019 bulan Januari - Desember yaitu 12,6 % atau sebanyak 272 dari 2153 persalinan. Indikasi dari dilakukannya pembedahan dalam hal ini seksio sesarea diantaranya adalah plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, disproporsi sefalopelvik, pre eklampsia, fetal distress, prolapse tali pusat, dan mal posisi (Mochtar & Sofian, 2015).

Pembedahan dapat menyebabkan trauma bagi penderita, sedangkan anestesi dapat menyebabkan kelainan yang dapat menimbulkan berbagai keluhan gejala. Keluhan harus didiagnosis agar dasar patologisnya dapat diobati. Keluhan dan gejala yang sering dikemukakan adalah nyeri, demam, takikardi, batuk atau sesak nafas, kolaps, semakin memburuknya keadaan umum, mual atau muntah, serta penyembuhan luka (Jong, 2017). Salah satu efek samping dari persalin dengan seksio sesarea adalah nyeri pada daerah tulang belakang, nyeri pada daerah luka operasi, dan mual muntah akibat efek anestesi. Nyeri merupakan suatu mekanisme proteksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang rusak dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri (Andarmoyo, 2013). Menurut

Sternbach dalam Andarmoyo (2013) sensasi terhadap nyeri yang dirasakan individu bersifat pribadi (subjektif), artinya antara individu satu dengan yang lainnya mengalami sensasi yang berbeda.

Rasa nyeri dan kecemasan ini apabila tidak diatasi dengan baik akan mengakibatkan terhambatnya proses penyembuhan klien (Hassani, 2015). Sebanyak 68 % ibu post seksio sesarea mengalami kesulitan dengan perawatan bayi, bergerak naik turun dari tempat tidur dan mengatur posisi yang nyaman selama menyusui akibat adanya nyeri (Julianti, 2014). Rasa nyeri tersebut akan menyebabkan pasien menunda pemberian ASI sejak awal pada bayinya (Aminah, 2011).

Asuhan keperawatan yang komprehensif dibutuhkan untuk mengatasi masalah nyeri yang timbul pada klien post operasi seksio sesarea meliputi, pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Andarmoyo, 2013). Penatalaksanaan untuk mengatasi rasa nyeri yang timbul pada klien post seksio sesarea adalah dengan terapi farmakologi dan non farmakologi (Andarmoyo, 2013). Penatalaksanaan dengan farmakologi yaitu dengan pemberian analgesi. Pemberian analgesi efektif dalam menurunkan skala nyeri namun terdapat efek samping berupa penurunan tekanan darah dan depresi pernafasan. Klien yang mengalami nyeri tidak bisa selalu bergantung pada obat analgesi (Hassani, 2015). Penatalaksanaan nyeri dengan teknik non farmakologis biasanya mempunyai resiko yang sangat rendah (Nurhayati et al, 2011). Menurut Andarmoyo (2013) teknik non farmakologi sangat beragam jenisnya diantaranya yaitu, bimbingan

antisipasi, kompres panas atau kompres dingin, stimulasi saraf elektrik transkutan, distraksi, distraksi intelektual, relaksasi, imajinasi terbimbing, hipnosis, akupuntur, umpan balik biologis, dan masase.

Irani *et al* (2015) memaparkan bahwa mengurangi nyeri pada klien post operasi seksio sesarea tanpa efek samping pada ibu dan bayi sangat penting, karena ibu harus menyusui dan merawat bayinya secepatnya setelah melahirkan. Nyeri dan efek samping dari anestesi dapat mengganggu proses laktasi. Teknik *hand and foot massage* adalah teknik yang mudah dilakukan dan terbukti mampu menurunkan nyeri pada klien post operasi seksio sesarea. Hal tersebut diperkuat oleh Yuniwati (2019) yang memaparkan bahwa intervensi *foot and hand massage* efektif untuk menurunkan skala nyeri pada klien post operasi seksio sesarea. Melakukan *hand and foot massage* secara teratur lebih efektif dari pada teknik relaksasi. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden yang mendapatkan teknik *foot and hand massage* telah menurunkan intensitas nyeri post seksio sesarea lebih cepat dari pada teknik relaksasi pernafasan.

Berdasarkan uraian tersebut penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien post operasi seksio sesarea melalui penyusunan karya tulis ilmiah (KTI) dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Klien Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di Ruang Cempaka RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang dipaparkan sebelumnya, bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien post operasi seksio sesarea dengan nyeri akut di ruang Cempaka RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Penulis mampu melakukan penerapan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien post operasi seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya secara komprehensif meliputi aspek bio, psiko, spiritual, dan disusun dalam bentuk pendokumentasian.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus yang ingin dicapai oleh penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah (KTI) ini, yaitu :

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien post operasi seksio sesarea dengan nyeri akut di ruang Cempaka RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien post operasi seksio sesarea dengan nyeri akut di ruang Cempaka RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan yang akan diberikan pada klien post operasi seksio sesarea dengan nyeri akut di ruang Cempaka RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien post operasi seksio sesarea dengan nyeri akut di ruang Cempaka RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan pada klien post operasi seksio sesarea dengan nyeri akut di ruang Cempaka RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
- f. Membuat dokumentasi asuhan keperawatan pada klien post operasi seksio sesarea dengan nyeri akut di ruang Cempaka RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya dalam bentuk karya tulis ilmiah (KTI).

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Hasil karya tulis ilmiah (KTI) ini diharapkan mampu memberikan pemikiran dan informasi tambahan di bidang maternitas mengenai asuhan keperawatan yang akan diberikan pada klien post operasi seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut dalam upaya mengurangi skala nyeri klien.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

- a. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan mampu menjadi salah satu pilihan intervensi mandiri bagi perawat dalam penatalaksanaan asuhan keperawatan pada klien post operasi seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut.

b. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan hasil dari penelitian yang dilakukan oleh penulis dapat dijadikan sebagai acuan dalam upaya peningkatan mutu dan pelayanan bagi klien yang dirawat di rumah sakit khususnya pada klien post operasi seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian yang dilakukan diharapkan dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan maternitas khususnya pada klien post operasi seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut.

d. Bagi Klien

Dapat memperluas wawasan dan menambah informasi pada klien mengenai cara mengurangi skala nyeri dengan menggunakan teknik *hand and foot massage* agar saat rasa nyeri muncul secara tiba – tiba klien mampu mengatasi rasa nyeri yang muncul secara mandiri tanpa bantuan obat penurun nyeri.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Penyakit**

##### **2.1.1 Seksio Sesarea**

###### **2.1.1.1 Definisi Seksio Sesarea**

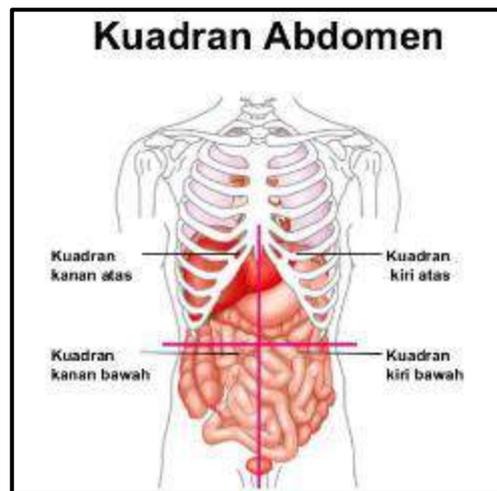
Seksio sesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Sarwono, 2018).

Seksio sesarea yaitu suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus persalinan buatan, sehingga janin dilahirkan melalui perut dan dinding perut dan dinding rahim agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012).

###### **2.1.1.2 Anatomi Abdomen**

###### **1. Kuadran Abdomen**

Menurut Gama (2019) kuadran abdomen terdiri dari 4 kuadran besar, yaitu *right upper quadrant* (kuadran kanan atas), *right lower quadrant* (kuadran kanan bawah), *left upper quadrant* (kuadran kiri atas), dan *left lower quadrant* (kuadran kiri bawah).

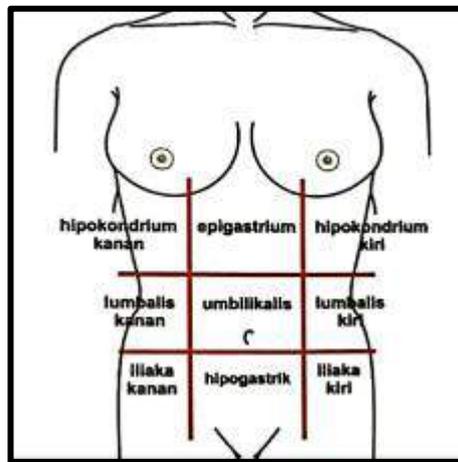


**Gambar 2.1 Kuadran Abdomen (Gama, 2019)**

## 2. Regio Abdomen

Regio abdomen adalah sebuah daerah atau regio atau region dalam bahasa Inggris yang berada di daerah perut (abdomen) dan panggul (pelvis). Penandaan regio-regio ini digunakan sebagai patokan atau rujukan tempat organ-organ dalam tubuh berada. Gama (2019) menjabarkan region abdomen terdiri atas sembilan daerah, yaitu region umbilikus (*umbilical region*), regio epigastrium (*epigastric region*), regio hipogastrium (*hypogastric region*), regio lumbal kanan dan kiri / *right and left lumbal region*, regio hipokondrium

kanan dan kiri (*right and left hypochondriac*), regio inguinalis kanan dan kiri (*right and left inguinal / iliac*).



**Gambar 2.2 Regio Abdomen (Gama, 2019)**

### 3. Dinding Abdomen

Rasjidi (2009) memaparkan bahwa dinding abdomen terdiri dari superfisial ke profunda yang meliputi kulit, jaringan subkutan, otot dan fasia, jaringan ekstrapéritonium dan peritonium.

#### a. *Langer lines*

*Langer lines* menggambarkan arah serabut dermis pada kulit. Pada dinding ventral abdomen, *langer lines* tersusun secara transversal. Hal inilah yang menyebabkan insisi pada kulit vertikal akan menopang lebih besar tegangan kulit dari lateral sehingga membentuk *scar* yang lebih lebar. Sebaliknya, insisi kulit yang transversal akan mengikuti arah serabut

*langer lines* sehingga hasil penyembuhan kulitnya lebih baik.

b. Jaringan subkutan

Lapisan ini dibagi atas jaringan lemak superfisial (*fasia camper*) dan lapisan membraneous di bawahnya (*fasia scarfa*).

c. Otot dan Fasia

Otot – otot dinding abdomen pada dinding median membentuk suatu aponeuresis. Aponeuresis inilah yang nampak sebagai suatu garis yang disebut *linea alba*. Aponeuresis membentuk sarung rektus, sarung rektus ini berguna sebagai reticulum yang mempertahankan rektus abdominalis tetap pada posisinya pada waktu berkontraksi.

d. Jaringan Ekstraperitonium dan Peritonium

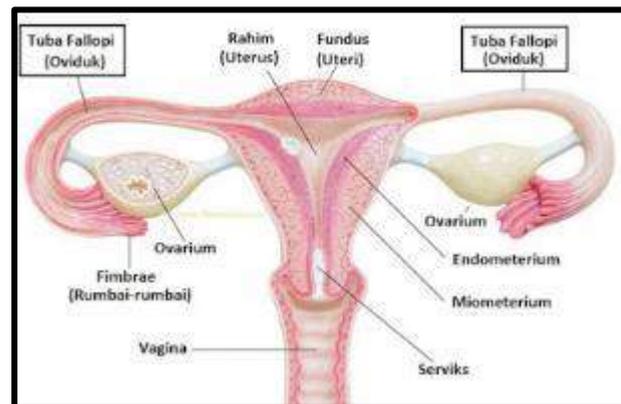
Peritonium merupakan suatu selaput tipis dan mengkilap yang melapisi dinding kavum abdomen dari sebelah dalam. Peritonium dibagi menjadi dua yaitu peritonium parietalis yang langsung melekat pada dinding abdomen dan peritonium visceralis yang menutupi organ-organ visceralis. Peritonium yang menghubungkan organ dan dinding abdomen ini secara umum disebut mesenterium.

e. Fasia Endopelvis

*Fasia endopelvis* berfungsi sebagai mesenterium retroperitonium, yang berlekatan dengan serviks dan vagina. Fasia ini terdiri dari parametrium, yaitu bagian yang berhubungan dengan uterus dan parakolpium, yaitu bagian yang berhubungan dengan vagina.

### **2.1.1.3 Anatomi Organ Reproduksi Interna Wanita**

Menurut Nugrahaeni (2020) organ reproduksi wanita interna wanita terdiri dari beberapa bagian, yaitu vagina yang merupakan suatu saluran musculo-membranosa serta menghubungkan uterus dan vulva. Organ selanjutnya yaitu uterus yang merupakan organ berongga dan berbentuk sebagai bola lampu yang gepeng, terdiri dari dua bagian yaitu corpus uteri berbentuk segitiga dan serviks uteri berbentuk silindris. Bagian dari corpus uteri antara kedua pangkal tuba disebut fundus uteri. Selanjutnya ada tuba falopi yang terdapat pada tepi atas ligamentum dan berfungsi membawa ovum yang dilepaskan ovarium ke cavum uteri. Yang terakhir yaitu ovarium yang terbagi menjadi 2 yaitu di bagian kiri dan kanan uterus. Ovarium dihubungkan dengan uterus oleh ligament ovarii propium dan dihubungkan dengan dinding panggul dengan perantara ligament infundibulo pelvicum



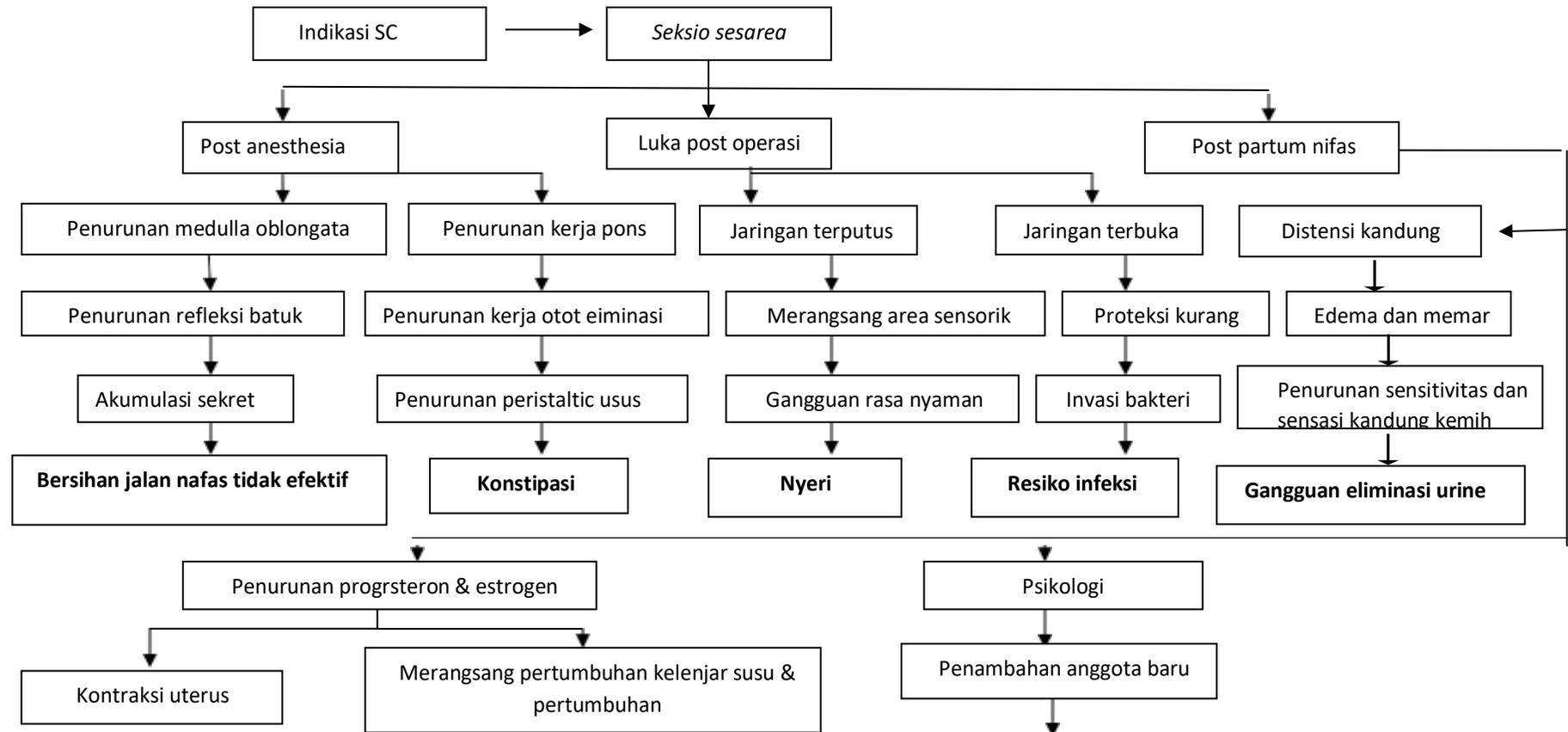
**Gambar 2.3 Genetalia Interna Wanita (Nugrahaeni, 2020)**

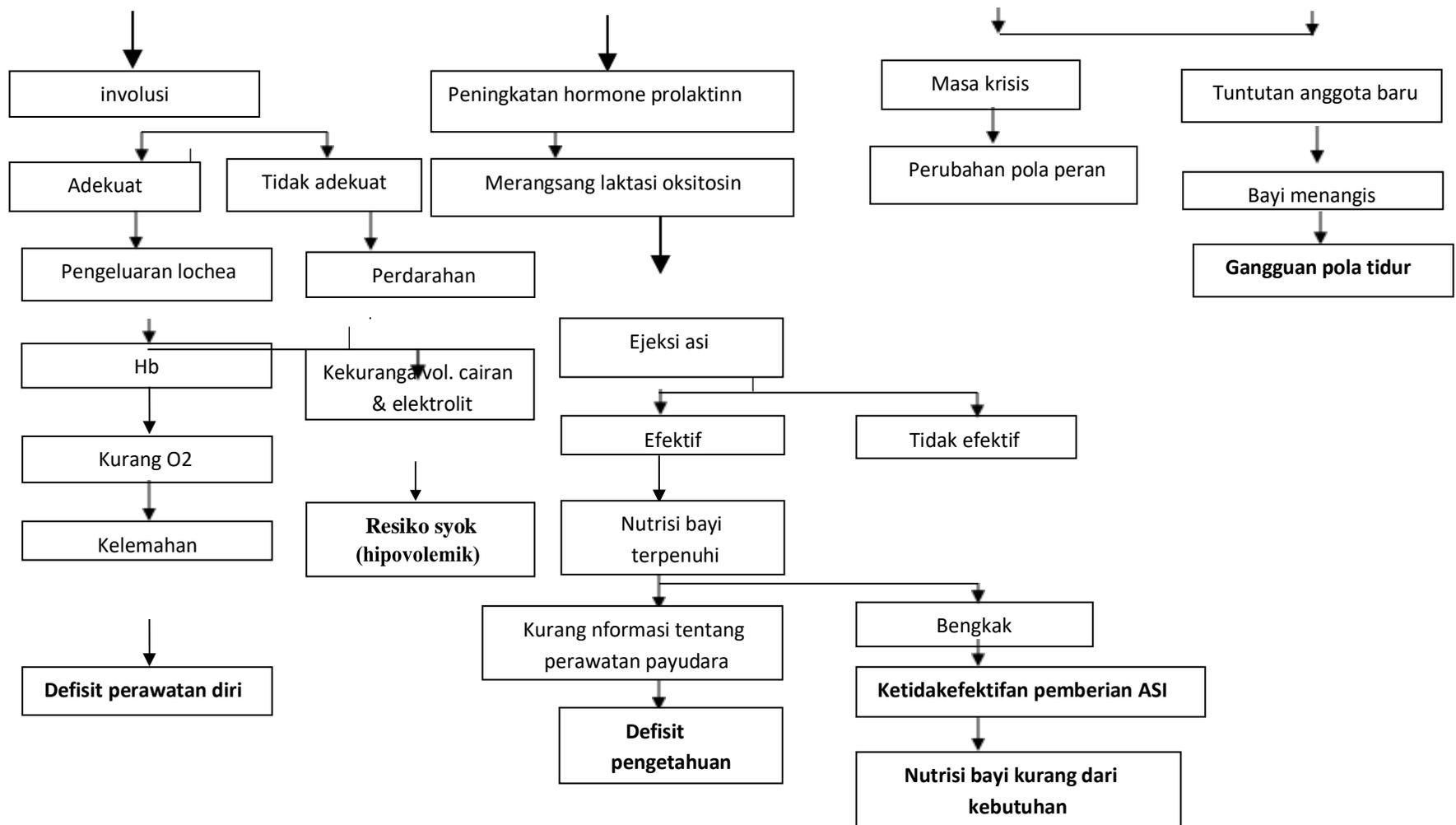
#### **2.1.1.4 Etiologi Seksio Sesarea**

Etiologi seksio sesarea dibedakan menjadi 2 golongan, yaitu etiologi yang berasal dari ibu dan berasal dari janin. Etiologi yang berasal dari ibu yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primiparatua disertai kelainan letak ada, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat I – II, komplikasi kehamilan yaitu pre-eklampsia, atas permintaan kehamilan yang disertai penyakit (jantung, diabetes mellitus), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri). Etiologi yang berasal dari janin yaitu fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolaps tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forsepekstraksi (Nurarif & Kusuma, 2015).

## 2.1.1.5 Pathway

Bagan 2.1 Pathway Seksio Sesarea





Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

### 2.1.1.6 Klasifikasi Seksio Sesarea

Seksio sesarea dibedakan menjadi dua jenis, yaitu seksio sesarea abdominalis dan seksio sesarea vaginalis (Padila, 2017).

1. Seksio sesarea abdominalis, dibedakan menjadi :

a. Seksio sesarea klasik/corporal

Dilakukan dengan cara membuat sayatan memanjang pada korpus uteri sepanjang  $\pm 10$ cm. Keuntungan dari teknik ini adalah mengeluarkan janin dengan cepat, tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih tertarik, sayatan bias diperpanjang proksimal atau distal. Sedangkan kekurangan dari teknik ini diantaranya, yaitu infeksi mudah menyebar secara intra abdominal karena tidak ada reperitonealis yang baik dan untuk persalinan selanjutnya lebih beresiko terjadi ruptur uteri spontan.

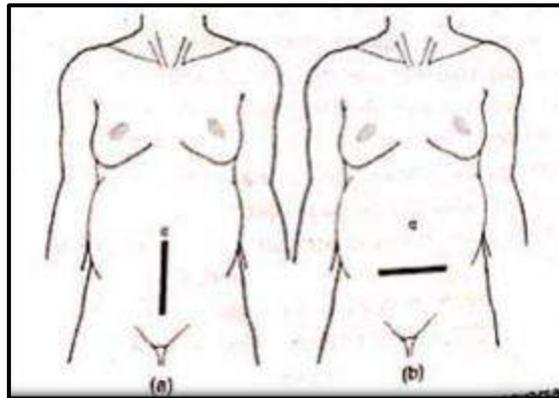
b. Seksio sesarea ismika/profundal

Dilakukan dengan cara membuat sayatan melintang konkat pada segmen bawah rahim sepanjang  $\pm 10$  cm. Keuntungan yang diperoleh dari teknik ini diantaranya adalah penjahitan luka lebih mudah, penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik,

tumpang tindih dari peritoneal flap baik sekali untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritoneum, perdarahan tidak begitu banyak, resiko rupture uteri spontan lebih kecil. Namun terdapat beberapa kerugian dari teknik ini, yaitu keluhan pada kandung kemih post operasi cenderung tinggi serta luka dapat melebar ke kiri, ke kanan, dan ke bawah sehingga dapat mengakibatkan uteri uterine pecah dan menjadi penyebab perdarahan masif.

c. Seksio sesarea ekstra peritonealis

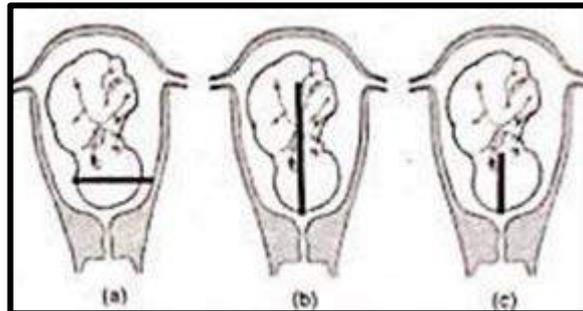
Tindakan seksio sesarea yang dilakukan tanpa membuka peritoneum parietalis dengan demikian tidak membuka cavum abdominal.



**Gambar 2.4 Insisi abdomen (Daviv T.Y., 2010)**

2. Seksio sesarea vaginalis, menurut sayatan pada rahim dibedakan menjadi beberapa macam, yaitu :
  - a. Sayatan memanjang (longitudinal)
  - b. Sayatan melintang (transversal)

c. Sayatan huruf T (T section)



**Gambar 2.5 Insisi Uterus (Daviv T.Y., 2010)**

### 2.1.1.7 Indikasi

Operasi seksio sesarea dilakukan jika kelahiran pervaginal mungkin akan menyebabkan resiko pada ibu ataupun pada janin, dengan pertimbangan hal – hal yang perlu tindakan seksio sesarea, proses persalinan normal lama atau kegagalan proses persalinan normal/dystasia (Padila, 2017).

Menurut Mochtar dan Sofian (2015) indikasi dari seksio sesarea, diantaranya yaitu :

1. Plasenta previa sentralis dan lateralis

Kondisi dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir.

2. Panggul sempit

Menurut Holmer dalam Mochtar (2015) kondisi ketika panggul dengan conjugata vera <8 cm sehingga tidak memungkinkan dilakukan persalinan normal.

3. Disproporsi sefalopelvik

Keadaan dimana terjadi ketidakseimbangan antara ukuran kepala dan ukuran panggul (Mochtar & Sofian, 2015).

4. Ruptura uteri mengancam

Ruptur uteri adalah robeknya dinding uterus pada saat kehamilan atau dalam persalinan dengan atau tanpa robeknya peritoneum visceral (Padila, 2017).

5. Partus lama (prolonged labor)

Partus lama adalah suatu keadaan dari suatu persalinan yang mengalami kemacetan dan berlangsung lama sehingga timbul komplikasi ibu maupun janin (anak).

6. Partus tak maju (obstructed labor)

Persalinan dengan his adekuat tidak menunjukkan kemajuan pembukaan serviks, penurunan kepala, dan putar paksi selama 2 jam terakhir (Mochtar & Sofian, 2015).

7. Distosia serviks

Merupakan kondisi ketika leher rahim tidak membesar saat proses persalinan berjalan.

## 8. Pre eklampsia

Menurut Mochtar dan Sofian (2015) Pre eklampsia adalah sekumpulan gejala yang timbul pada wanita hamil, bersalin, dan nifas yang terdiri dari hipertensi, edema, dan protein uria tetapi tidak menunjukkan tanda-tanda kelainan vaskuler atau hipertensi sebelumnya. Sedangkan gejalanya biasanya muncul setelah kehamilan berumur 28 minggu atau lebih. Pre eklampsia diklasifikasikan menjadi dua, yaitu pre eklampsia ringan (PER) dan pre eklampsia berat (PEB) yang memiliki tanda dan gejala yang berbeda.

### a. Pre eklampsia ringan (PER)

Ditandai dengan tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg atau terjadi kenaikan tekanan darah diastolik sebesar  $\geq 15$  mmHg dan tekanan darah sistolik sebesar  $\geq 30$  mmHg, terdapat edema pada kaki, jari tangan, dan wajah, kenaikan berat  $\geq 1$ kg per minggu, ditemukan adanya proteinuria dalam kuantitatif  $\geq 0,3$ gr/liter atau kualitatif 1+ atau 2+.

### b. Pre eklampsia berat (PEB)

Ditandai dengan tekanan darah  $\geq 160/110$  mmHg, proteinuria  $\geq 5$  gr/liter, oliguria, adanya gangguan

serebral, gangguan visus, dan rasa nyeri pada epigastrium, edema paru, dan sianosis.

#### 9. Malpresentasi janin

Kondisi yang termasuk malpresentasi janin diantaranya adalah letak lintang, letak bokong, presentasi dahi dan muka, presentasi rangkap jika reposisi tidak berhasil (Mochtar & Sofian, 2015).

#### **2.1.1.8 Komplikasi**

Komplikasi yang kemungkinan muncul pada klien post operasi seksio sesarea diantaranya, yaitu :

##### 1. Infeksi puerperal (nifas)

Infeksi ringan ditandai dengan kenaikan suhu selama beberapa hari, infeksi sedang ditandai dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi disertai dengan dehidrasi dan perut kembung, sedangkan infeksi berat ditandai dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik. Pada umumnya infeksi berat ditemukan pada klien partus terlantar karena sebelum terjadi infeksi nifas, telah lebih dulu terjadi infeksi intra-partum akibat ketuban yang telah pecah terlalu lama (Mochtar & Sofian, 2015).

##### 2. Perdarahan banyak bias timbul pada waktu pembedahan jika cabang – cabang arteri ikut terbuka atau dikarenakan atonia uteri (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012).

3. Luka kandung kemih, emboli paru, dan keluhan kandung kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi (Mochtar & Sofian, 2015).
4. Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak adalah kurang kuatnya parut pada dinding uterus sehingga pada kehamilan selanjutnya beresiko terjadi ruptur uteri (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012).

#### **2.1.1.9 Pemeriksaan Diagnostik**

Amin dan Huda (2015) mengemukakan bahwa pemeriksaan diagnostik pada klien post operasi seksio sesaria meliputi :

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

#### 2.1.1.10 Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis pada klien pre operasi seksio sesarea dan klien post operasi seksio sesarea berbeda. Penatalaksanaan medis yang diberikan disesuaikan dengan kebutuhan klien (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012).

1. Penatalaksanaan medis pada klien pre operasi seksio sesarea meliputi persiapan alat, obat, dan pasien (*informed consent*, puasa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang).

2. Penatalaksanaan medis post operasi seksio sesarea, diantaranya yaitu :

a. Analgesia

Wanita dengan ukuran tubuh rata-rata dapat disuntik 75 mg Meperidin (intra Muskuler) setiap 3 jam sekali, bila diperlukan untuk mengatasi rasa sakit atau dapat disuntikan dengan cara serupa 10 mg Morfin.

1) Wanita dengan ukuran tubuh kecil, dosis Meperidin yang diberikan adalah 20 mg.

2) Wanita dengan ukuran besar, dosis yang lebih tepat adalah 100 mg Meperidin.

3) Obat-obatan antiemetik, misalnya protasin 25 mg biasanya diberikan bersama-sama dengan pemberian prepaarat narkotik.

b. Tanda-tanda vital

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

c. Terapi cairan dan diet

Untuk pedoman umum, pemberian 3 liter larutan RL, terbukti sudah cukup selama pembedahan dan dalam 24 jam pertama berikutnya, meskipun demikian, jika output urine jauh di bawah 30 ml/jam, pasien harus segera di evaluasi kembali paling lambat pada hari kedua.

d. Vesika urinarius dan usus

Kateter dapat dilepaskan setelah 12 jam, post operasi atau pada keesokan paginya setelah operasi. Biasanya bising usus belum terdengar pada hari pertama setelah pembedahan, pada hari kedua bising usus masih lemah, dan usus baru aktif kembali pada hari ketiga.

e. Ambulansi

Pada hari pertama setelah pembedahan, pasien dengan bantuan perawat dapat bangun dari tempat tidur sebentar, sekurang-kurangnya 2 kali pada hari ke dua pasien dapat berjalan dengan pertolongan.

f. Perawatan luka

Luka insisi di inspeksi setiap hari, sehingga pembalut luka yang alternatif ringan tanpa banyak plester sangat menguntungkan, secara normal jahitan kulit dapat diangkat setelah hari ke empat setelah pembedahan. Paling lambat hari ketiga post partum, pasien dapat mandi tanpa membahayakan luka insisi.

g. Laboratorium

Secara rutin hematokrit diukur pada pagi setelah operasi hematokrit tersebut harus segera di cek kembali bila terdapat kehilangan darah yang tidak biasa atau keadaan lain yang menunjukkan hipovolemia.

h. Perawatan payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu memustuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi rasa nyeri.

- i. Memulangkan pasien dari rumah sakit

Seorang pasien yang baru melahirkan mungkin lebih aman bila diperbolehkan pulang dari rumah sakit pada hari keempat dan kelima post operasi, aktivitas ibu seminggunya harus dibatasi hanya untuk perawatan bayinya dengan bantuan orang lain.

## **2.1.2 Masa Nifas**

### **2.1.2.1 Definisi Masa Nifas**

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandung kembali seperti semula seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau  $\pm 40$  hari (Fitri, 2017). Menurut Sutanto (2018) *puerperium* adalah masa setelah melahirkan bayi dan biasa disebut juga dengan masa pulih kembali, dengan maksud keadaan pulihnya alat reproduksi seperti sebelum hamil.

### **2.1.2.2 Tahapan Masa Nifas**

Sutanto (2018) memaparkan bahwa masa nifas terdiri dari beberapa tahapan, yaitu :

1. *Puerperium* dini, yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan – jalan.
2. *Puerperium* intermedial, yaitu kepulihan menyeluruh alat – alat genetalia yang lamanya 6 – 8 minggu.

3. *Remote puerperium*, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih kembali dan sehat sempurna baik selama hamil atau sempurna berminggu – minggu, berbulan, atau bahkan tahunan.

### **2.1.2.3 Perubahan Fisiologis Masa Nifas**

Menurut Sutanto (2018) perubahan fisiologis masa nifas dibedakan menjadi beberapa golongan, yaitu :

1. Perubahan fisiologi pada sistem reproduksi

Perubahan alat genital yang berangsur pulih ke keadaan semula ini disebut dengan involusi.

- a. Involusi uterus

Setelah plasenta lahir uterus merupakan alat yang keras karena kontraksi dan retraksi otot – ototnya, sehingga dapat menutup pembuluh darah besar yang bermuara pada bekas implantasi plasenta. Fundus uteri akan terus mengecil ukurannya sampai pada minggu ke-6 tercapai lagi ukurannya yang normal.

Proses dalam involusi uterus terdiri dari 3 tahapan, yaitu autolisis yang merupakan proses penghancuran diri sendiri terjadi di dalam otot uterine, terdapat *polymorph phagolitik* dan *macrophages* di dalam sistem vaskuler dan limfistik,

serta efek oksitosin yang menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan mengompres pembuluh darah yang menyebabkan berkurangnya suplai darah ke uterus dan mengurangi resiko perdarahan.

**Tabel 2.1 Perbandingan Tinggi Fundus Uteri dan Berat Uteri di Masa**

**Involusi (Sutanto, 2018)**

<b>Involusi</b>	<b>Tinggi Fundus Uteri</b>	<b>Berat Uteri</b>
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	750 gram
2 minggu	Tidak teraba diatas simfisis	500 gram
6 minggu	Normal	50 gram
8 minggu	Normal seperti sebelum hamil	30 gram



**Gambar 2.6 Perubahan Tinggi Fundus Uteri Selama Masa Nifas (Sutanto, 2018)**

b. Involusi tempat plasenta

Setelah persalinan tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata, dan kira – kira besarnya setelapak tangan. Pada pemulihan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh

*thrombus*. Pada luka bekas plasenta, endometrium tumbuh dari pinggir luka dan juga dari sisa – sisa kelenjar pada dasar luka sehingga bekas luka plasenta tidak meninggalkan luka parut.

c. Lokhea

Lokhea berasal dari luka dalam rahim terutama luka plasenta. Jadi, sifat lokhea berubah seperti sekret luka dan berubah menurut tingkat penyembuhan luka.

Macam – macam lokhea diantaranya, yaitu :

1) Lokhea rubra

Berwarna merah kehitaman, terdiri dari darah segar, jaringan sisa – sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, *lanugo* (rambut bayi), dan sisa meconium. Lokhea rubra ditemukan pada hari ke 1 – 3.

2) Lokhea sanguinolenta

Berwarna merah kecoklatan dan berlendir, terdiri dari sisa darah yang bercampur lender serta ditemukan pada hari ke 4 – 7.

3) Lokhea serosa

Berwarna kuning kecoklatan. Lokhea jenis ini terdiri dari sedikit darah dan lebih banyak serum,

juga terdiri dari leukosit dan robekan atau laserasi plasenta. Biasanya ditemukan pada hari ke 7 – 14.

4) Lokhea alba

Berwarna putih dan mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks, serta serabut jaringan yang mati. Umumnya lokhea alba ditemukan pada minggu ke 2 – 6 post partum.

5) Lokhea purulenta

Merupakan kondisi dimana terjadi infeksi sehingga keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

d. Serviks dan vagina

Berkurangnya sirkulasi progesteron mempengaruhi otot – otot pada panggul, perineum, vagina, dan vulva. Proses ini membantu pemulihan dari ligamentum otot rahim.

2. Perubahan fisiologi pada sistem pencernaan

Menurunnya kadar progesterone akan memulihkan sistem pencernaan yang semula mengalami beberapa perubahan ketika masa kehamilan.

3. Perubahan fisiologi pada sistem perkemihan

Pelvis, ginjal, dan ureter yang meregang dan berdilatasi selama kehamilan kembali normal pada akhir minggu ke 4 setelah melahirkan. Pada beberapa hari pertama setelah melahirkan jumlah urin yang keluar dapat melebihi 3000 ml per harinya disertai keluarnya banyak keringat.

4. Perubahan fisiologi pada sistem muskuloskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan akan mengecil dan pulih kembali secara perlahan dalam jangka waktu 6 minggu setelah bayi lahir.

5. Perubahan fisiologi pada sistem endokrin

Selama masa nifas terjadi penurunan hormon *Human Placental Lactagen (HPL)*, estrogen, dan progesterone serta *plasental enzyme insulinase* yang menyebabkan kadar gula darah menurun, terjadi peningkatan hormon prolaktin, *Follicle Stimulating Hormone (FSH)*, *Luteinizing Hormone (LH)* tetap rendah hingga ovulasi terjadi serta hormon oksitosin dikeluarkan dari kelenjar bawah otak bagian belakang (posterior) yang bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Hormon oksitosin bertindak atas otot yang menahan kontraksi dan mencegah perdarahan.

6. Perubahan tanda – tanda vital

a. Suhu

Dalam 24 jam post partum suhu akan naik yaitu dikisaran  $37,5 - 38^{\circ}\text{C}$  yang merupakan pengaruh dari proses persalinan dimana ibu kehilangan banyak cairan dan kelelahan namun apabila terjadi selama  $>10$  hari merupakan indikasi terjadinya infeksi.

b. Nadi

Setelah persalinan denyut nadi menjadi cepat. Denyut nadi yang cepat ( $>100\times/\text{menit}$ ) biasanya disebabkan karena adanya infeksi atau perdarahan post partum yang tertunda.

c. Pernafasan

Umumnya pernafasan ibu pada masa nifas cenderung lambat atau normal karena ibu dalam kondisi pemulihan. Apabila frekuensi pernafasan  $>30\times/\text{menit}$  mungkin diikuti oleh tanda – tanda syok.

d. Tekanan darah

Tekanan darah relatif rendah karena ada proses kehilangan darah karena persalinan. Tekanan darah yang tinggi mengindikasikan adanya pre eklampsi post partum. Sebagian besar wanita mengalami peningkatan tekanan darah yang akan kembali normal dalam beberapa hari. Tekanan darah yang

rendah menunjukkan adanya perdarahan post partum.

#### 7. Perubahan fisiologi pada sistem kardiovaskuler

Segera setelah bayi lahir, kerja jantung mengalami peningkatan 80% lebih tinggi dibandingkan sebelum persalinan karena auto transfusi dari uteroplaster dan akan kembali normal setelah 3 minggu.

#### 8. Perubahan fisiologi pada sistem hematologi

Jumlah kehilangan darah yang normal pada persalinan, yaitu :

- a. Persalinan pervaginal, yaitu sebanyak 300 – 400 ml
- b. Persalinan seksio sesarea, yaitu sebanyak 1000 ml
- c. Histerektomi sesarea, yaitu sebanyak 1500 ml

Total volume darah kembali normal dalam waktu 3 minggu post partum. Jumlah sel darah putih akan meningkat terutama pada kondisi persalinan lama berkisar 25.000 – 30.000. Hal tersebut dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi dari ibu.

### **2.1.2.4 Perubahan Psikologis Masa Nifas**

#### 1. Adaptasi psikologis masa nifas

Menurut Dewi dan Sunarsih (2011) perubahan fisiologis ibu pada masa nifas dibagi menjadi 3 tahapan, yaitu :

- a. Fase taking in

Fase taking in yaitu periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan berulang kali diceritakannya. Hal ini membuat ibu menjadi cenderung pasif terhadap lingkungannya.

b. Fase taking hold

Fase taking hold adalah fase yang berlangsung antara 3 – 10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu memiliki perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah.

c. Fase letting go

Fase letting go merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya, serta kepercayaan dirinya yang sudah meningkat.

2. Post partum blues

Merupakan keadaan yang timbul pada sebagian besar ibu nifas yaitu sekitar 50-80% ibu nifas, hal ini

merupakan hal normal pada 3-4 hari, namun dapat juga berlangsung seminggu atau lebih. Etiologi dari post partum blues masih belum jelas, kemungkinan besar karena hormon; perubahan kadar estrogen, progesteron, prolaktin, peningkatan emosi terlihat bersamaan dengan produksi ASI.

Gambaran post partum blues bersifat ringan dan sementara, ibu mengalami emosi yang labil; mudah menangis. Euforia dan tertawa. Ibu merasa sedih dan menangis karena hal yang tidak jelas, mudah tersinggung, karena kurang percaya diri, menjadi sensitif dengan komentar sekelilingnya. Asuhan yang dapat diberikan pada ibu postpartum yaitu dengan memberikan informasi yang dibutuhkan sehingga dapat meningkatkan kepercayaan dirinya. (Sutanto, 2018).

### **2.1.3 Konsep Nyeri**

#### **2.1.3.1 Definisi Nyeri**

Nyeri merupakan suatu mekanisme proteksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang rusak dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri (Andarmoyo, 2013). Menurut Sternbach dalam Andarmoyo (2013) sensasi terhadap nyeri yang dirasakan individu

bersifat pribadi (subjektif), artinya antara individu satu dengan yang lainnya mengalami sensasi yang berbeda.

### **2.1.3.2 Intensitas Nyeri**

Tamsuri dalam Andarmoyo (2013) Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individualis serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang akan dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Skala pengukuran nyeri diantaranya, yaitu :

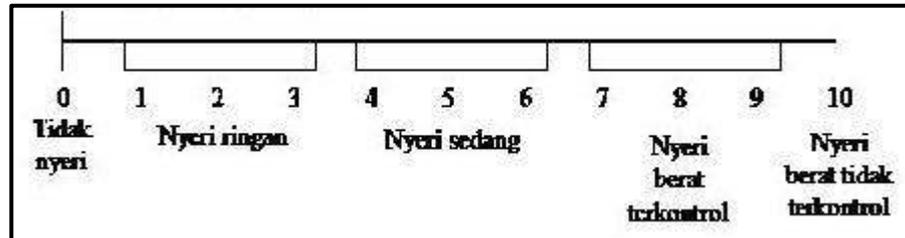
#### **1. Skala Numerik**

Skala numerik (*Numerical Rating Scale/NRS*) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0 – 10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik (Andarmoyo, 2013).

#### **2. Wong Baker Pain Rating Scale**

Skala ini menggunakan ekspresi wajah untuk mengkaji nyeri. Skala tersebut terdiri dari enam wajah dengan profil kartun yang menggambarkan wajah dari wajah yang sedang tersenyum (tidak merasa nyeri) yang berubah menjadi wajah kurang bahagia, wajah yang

sangat sedih, sampai wajah yang sangat ketakutan/nyeri yang sangat (Andarmoyo, 2013).



**Gambar 2.7 Skala Nyeri Numerik (Andarmoyo, 2013)**



**Gambar 2.8 Skala Nyeri Wong Baker (Andarmoyo, 2013)**

### 2.1.3.3 Klasifikasi Nyeri

Menurut Andarmoyo (2013) klasifikasi nyeri, dibedakan menjadi :

#### 1. Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan – berat) serta berlangsung selama beberapa detik hingga enam bulan, memiliki onset yang tiba – tiba, dan terokalisasi. Nyeri ini biasanya disebabkan trauma bedah atau inflamasi.

#### 2. Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronik berlangsung lama yaitu selama >6 bulan, intensitas yang bervariasi. Nyeri kronik dapat tidak mempunyai awitan yang ditetapkan dengan tepat dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya.

#### **2.1.3.4 Penatalaksanaan Nyeri**

Penatalaksanaan nyeri atau yang biasa disebut dengan manajemen nyeri adalah suatu tindakan untuk mengurangi nyeri yang dibagi menjadi manajemen nyeri farmakologis dan manajemen nyeri non farmakologis (Andarmoyo, 2013).

##### **1. Manajemen nyeri farmakologi**

Manajemen nyeri farmakologi merupakan metode yang menggunakan obat-obatan dalam praktik penanganannya. Cara dan metode ini memerlukan instruksi dan medis. Ada beberapa strategi menggunakan pendekatan farmakologis dengan manajemen nyeri persalinan dengan penggunaan analgesia maupun anestesi (Sulistyo, 2013).

##### **2. Manajemen nyeri non farmakologi**

Menurut Andarmoyo (2013) manajemen nyeri non farmakologi merupakan tindakan menurunkan respons nyeri tanpa menggunakan agen farmakologi. Manajemen nyeri non farmakologi sangat beragam, yaitu bimbingan antisipasi, terapi es dan panas atau kompres panas dan dingin, stimulasi saraf elektrik transkutan, distraksi, distraksi intelektual, relaksasi, imajinasi terbimbing, hipnosis, akupunktur, umpan balik biologis, serta masase.

#### **2.1.3.5 Pengaruh *Hand and Foot Massage* terhadap Penurunan Intensitas Nyeri**

Salah satu intervensi manajemen nyeri non farmakologi yang dapat dilakukan yaitu *hand and foot massage*. Menurut Irani *et al* (2015) *hand and foot massage* terbukti efektif dalam menurunkan intensitas nyeri pada klien post operasi seksio sesarea. Hal tersebut diperkuat oleh pernyataan Yuniwati (2019) yang memaparkan bahwa teknik *hand and foot massage* lebih efektif dibandingkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi intensitas nyeri pada klien post operasi seksio sesarea. Wang dan Keck dalam Yuniwati (2019) menjelaskan tentang keuntungan teknik *hand and foot massage* diantaranya adalah lebih cepat dan efektif dalam penurunan intensitas nyeri, selain itu juga murah, berisiko rendah, dan mudah diterapkan.

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas**

### **2.2.1 Pengkajian**

Merupakan proses pertama dalam proses keperawatan. Tahap pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis untuk menentukan status kesehatan dan fungsional kerja serta respons klien pada saat ini dan sebelumnya yang bertujuan untuk menyusun data dasar mengenai kebutuhan, masalah kesehatan, dan respons klien terhadap masalah (Induniasih & Hendarsih, 2018).

Pada pengkajian klien dengan seksio sesarea, data yang dapat ditemukan meliputi distress janin, kegagalan untuk melanjutkan persalinan, malposisi janin, prolapse tali pusar, abruopsi plasenta, dan plasenta previa. (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012).

#### **1. Identitas Klien**

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomor medical record, diagnose medic, yang mengirim, cara masuk, alasan masuk, keadaan umum, tanda vital.

#### **2. Identitas Penanggung Jawab**

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, alamat dan hubungan dengan klien.

#### **3. Alasan Datang**

Alasan wanita datang ke tempat Bidan/Klinik, yang diungkapkan dengan kata-kata sendiri (Chapman & Cathy, 2013).

#### 4. Riwayat Kesehatan

Jitowiyono dan Kristiyanasari (2012) menjelaskan bahwa riwayat kesehatan meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah klien operasi, diantaranya yaitu :

##### a. Keluhan Utama saat Masuk Rumah Sakit

Mengenai keluhan yang pertama kali dirasakan, penanganan yang pernah dilakukan sampai klien dibawa ke rumah sakit dan penanganan pertama yang dilakukan saat di rumah sakit.

##### b. Keluhan Utama saat Dikaji

Keluhan utama saat dikaji uraikan dalam bentuk PQRST :

##### 1) P : Paliatif/Propokatif

Yaitu segala sesuatu yang memperberat dan memperingan keluhan. Pada post partum dengan SC biasanya klien mengeluh nyeri dirasakan bertambah apabila pasien banyak bergerak dan dirasakan berkurang apabila klien istirahat.

##### 2) Q : Quality/Quantity

Yaitu dengan memperhatikan bagaimana rasanya dan kelihatannya. Pada post partum dengan SC biasanya klien mengeluh nyeri pada luka jahitan yang sangat perih seperti di iris-iris.

##### 3) R : Region/Radiasi

Yaitu menunjukkan lokasi nyeri, dan penyebarannya. Pada post partum dengan SC biasanya klien mengeluh nyeri pada daerah luka jahitan pada daerah abdomen biasanya tidak ada penyebaran ke daerah lain.

4) S : Severity, Scale

Yaitu menunjukkan dampak dari keluhan nyeri yang dirasakan klien, dan seberapa besar gangguannya yang diukur dengan skala nyeri 0 – 10.

5) T : Timing

Yaitu menunjukkan waktu terjadinya dan frekuensi kejadian keluhan tersebut. Pada post partum dengan SC biasanya nyeri dirasakan hilang timbul dengan frekuensi tidak menentu tergantung aktifitas yang dilakukan.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Meliputi penyakit yang lain yang dapat mempengaruhi penyakit sekarang, maksudnya apakah klien pernah mengalami penyakit yang sama.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi penyakit yang diderita klien dan apakah keluarga klien ada juga yang mempunyai riwayat persalinan.

5. Riwayat Ginekologi dan Obstetri

a. Riwayat Ginekologi

1) Riwayat menstruasi

Umur menarche, frekuensi jarak atau siklus, jumlah darah keluar, karakteristik darah, HPHT, dismenorea penggunaan produk sanitari (misal celana dalam dan pembalut) (Chapman & Cathy, 2013).

2) Riwayat perkawinan

Hal yang perlu dikaji adalah berapa kali menikah, status menikah sah atau tidak, karena bila melahirkan tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologisnya, sehingga akan mempengaruhi proses nifas (Sutanto, 2018).

3) Riwayat keluarga berencana

Mengetahui apakah klien pernah ikut program keluarga berencana dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi, serta rencana keluarga berencana setelah masa nifas ini dan beralih ke kontrasepsi apa (Sutanto, 2018).

b. Riwayat Obstetri

1) Riwayat kehamilan dahulu

Adakah gangguan selama kehamilan sebelumnya, seperti pendarahan, hipertensi gravidarum, toxemia gravidarum, dan lain – lain (Pitriani & Andriyani, 2014).

2) Riwayat kehamilan sekarang

Meliputi HPHT, perkiraan waktu kelahiran, usia kehamilan, gerak janin pertama kali dirasakan, , keluhan yang dirasakan selama kehamilan saat memeriksakan kehamilannya, penggunaan obat – obatan selama kehamilan (Fauziah & Sutejo, 2012)

3) Riwayat persalinan dahulu

Adakah spontan atau buatan, aterm, premature, atau post mature, perdarahan, penolong, dan lama persalinan (Pitriani & Andriyani, 2014).

4) Riwayat persalinan sekarang

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi PB, BB, penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada masa nifas saat ini (Sutanto, 2018).

5) Riwayat nifas dahulu

Bagaimana proses laktasi dan adakah gangguan selama masa nifas (Pitriani & Andriyani, 2014).

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 (Maryunani, 2013).

## 6. Pola Aktivitas Sehari – Hari

### a. Pola Nutrisi

Menggambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi banyaknya, jenis makanan, dan makanan pantangan (Sutanto, 2018).

### b. Pola Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar (frekuensi, jumlah, konsistensi, dan bau), serta kebiasaan buang air kecil (frekuensi, warna, dan jumlah) (Sutanto, 2018).

### c. Pola Istirahat Tidur

Menggambarkan pola istirahat dan tidur klien, berapa jam klien tidur, kebiasaan sebelum tidur (misalnya membaca, mendengarkan musik), kebiasaan mengkonsumsi obat tidur, kebiasaan tidur siang, penggunaan waktu luang. Istirahat sangat penting bagi ibu masa nifas karena dengan istirahat yang cukup dapat mempercepat penyembuhan (Sutanto, 2018).

### d. Personal Hygiene

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah genitalia, karena pada masa nifas masih mengeluarkan lochea (Sutanto, 2018).

e. **Aktivitas**

Menggambarkan pola aktivitas pasien sehari – hari. Pada pola ini perlu dikaji pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya. Mobilisasi sedini mungkin dapat mempercepat proses pengembalian alat – alat reproduksi. Apakah ibu melakukan ambulasi, seberapa sering, apakah kesulitan, dengan bantuan atau sendiri, apakah ibu pusing ketika melakukan ambulasi (Sutanto, 2018).

7. **Pemeriksaan Fisik**

Pemeriksaan fisik adalah investigasi terhadap tubuh untuk menentukan status kesehatan. Pemeriksaan fisik melibatkan penggunaan teknik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi, serta penciuman. Pemeriksaan lengkap meliputi tinggi dan berat badan, tanda vital, dan pemeriksaan lengkap dari kepala sampai kaki (Pitriani & Andriyani, 2014).

a. **Pemeriksaan Fisik Ibu**

1) **Keadaan umum**

Mengetahui keadaan ibu secara keseluruhan. Keadaan umum baik jika pasien memperlihatkan respon baik terhadap lingkungan dan orang lain. Keadaan umum yang lemah jika pasien kurang atau tidak memberikan respon terhadap lingkungan dan orang lain (Widiastini, 2018).

## 2) Tanda – tanda vital

Menurut Sutanto (2018) tanda – tanda vital ditujukan untuk mengetahui keadaan ibu berkaitan dengan kondisi yang dialaminya, meliputi :

### a) Temperatur atau suhu

Peningkatan suhu badan mencapai 37,5 - 38°C pada 24 jam pertama masa nifas pada umumnya disebabkan oleh keluarnya cairan pada waktu melahirkan, selain itu bias juga disebabkan karena istirahat tidur yang diperpanjang selama awal persalinan. Tapi pada umumnya setelah 12 jam post partum suhu tubuh kembali normal. Kenaikan suhu yang mencapai >38°C adalah mengarah ke tanda – tanda infeksi.

### b) Nadi dan pernafasan

(1) Nadi berkisar antara 60 – 80×/menit pada masa nifas adalah mengindikasikan adanya suatu infeksi, hal ini salah satunya bisa diakibatkan oleh proses persalinan sulit atau kehilangan darah berlebihan.

(2) Jika takikardi tidak disertai panas kemungkinan disebabkan karena adanya vitium kordis. Beberapa ibu post partum kadang – kadang

mengalami bradikardi puerperal, yang denyut nadinya mencapai serendah – rendahnya 40 – 50×/menit. Beberapa alasan telah diberikan sebagai penyebab yang mungkin, tapi belum ada penelitian yang membuktikan bahwa hal itu adalah suatu kelainan.

(3) Pernafasan harus berada pada rentang yang normal yaitu 20 – 30×/menit.

c) Tekanan darah

Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi post partum, tapi keadaan ini akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak ada penyakit lain yang menyertainya dalam 2 bulan pengobatan.

3) Antropometri

Meliputi tinggi badan, BB sebelum hamil, BB sesudah hamil, dan BB setelah melahirkan.

4) Pemeriksaan fisik ibu (*Head to Toe*)

a) Kepala

Perhatikan bentuk, distribusi rambut, bersih, warna rambut, adanya nyeri tekan dan lesi.

b) Wajah

Perhatikan wajah ibu, adakah oedema atau tidak, Chloasma Gravidarum, kelainan dan apakah ibu terlihat pucat atau tidak (Widiastini, 2018).

c) Mata

Mengetahui klien anemis atau tidak yang dilihat dari warna konjungtiva yang normal berwarna merah muda dan mengetahui pasien ikterus dilihat dari warna skleranya yang normal adalah putih (Widiastini, 2018).

d) Telinga

Ketajaman pendengaran secara umum, luka, dan pengeluaran dari saluran luar telinga (bentuk dan warna).

e) Hidung

Bentuk, pernapasan cuping hidung, kebersihan, ada tidak nyeri tekan, gangguan pada fungsi penciuman.

f) Mulut

Mengetahui keadaan mulut ibu bersih atau tidak, Mukosa lembab atau kering, pucat atau biru, ada karies atau tidak (Widiastini, 2018).

g) Leher

Kaji adanya pembengkakan kelenjar tiroid dan limfe  
(Pitriani & Andriyani, 2014)

h) Dada

(1) Paru-paru : Amati pola nafas apakah ada suara tambahan seperti Wheezing, Ronchi, dan kaji respirasi dalam satu menit.

(2) Jantung : Bunyi jantung regular S1 lebih terdengar pada ICS 5 dan S2 lebih terdengar di ICS 2, tidak ada bunyi jantung tambahan seperti gallop dan murmur.

(3) Payudara : Kaji bentuk payudara simetris atau tidak, bagaimana konsistensinya, ada pembengkakan atau tidak pada payudara, bagaimana keadaan puting susu, puting susu menonjol atau tidak, puting susu lecet atau tidak, pengeluaran colostrum (Sutanto, 2018. Pitriani & Andriyani, 2014).

i) Abdomen

Kaji keadaan uterus, normalnya konsistensi uterus kokoh dan tidak lembek, berkontraksi baik, dan tinggi fundus uterus sesuai masa nifas, periksa kandung kemih penuh atau kosong (Sutanto, 2018. Pitriani & Andriyani, 2014).

j) Punggung dan bokong

Bentuk, apakah ada tidaknya lesi, apakah ada tidaknya kelainan tulang belakang (Pitriani & Andriyani, 2014).

k) Genetalia

Kaji lokhea, normalnya lokhea berwarna merah hitam (lokhea rubra), bau biasa, tidak ada bekuan darah atau butir – butir darah beku (ukuran jeruk kecil), kaji keadaan perineum bersih atau tidak dan apakah ada oedema, hematoma, bekas luka *episiotomy*, *hecting* (Sutanto, 2018. Pitriani & Andriyani, 2014).

l) Anus

Kaji ada tidaknya hemoroid (Sutanto, 2018)

m) Ekstremitas

Kaji ada tidaknya oedema dan kemerahan, adanya kekakuan otot dan sendi, adanya varises, dan reflek patella (Pitriani & Andriyani, 2014).

b. Pemeriksaan Fisik Bayi

1) Keadaan umum

Meliputi tampilan, kesadaran bayi dengan pemeriksaan APGAR Score pada menit pertama dan kelima (Nurwiandani, 2018).

**Tabel 2.2 APGAR Skor (Nurwiandani, 2018).**

Nilai	0	1	2
<i>Appreance</i>	Biru, pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Semuanya merah muda
<i>Pulse</i>	Tidak teraba	<100×/menit	>100×/menit
<i>Grimace</i>	Tidak ada	Lambat	Menangis kuat
<i>Activity</i>	Lemas/lumpuh	Gerak fleksi dan ekstensi sedikit	Gerak fleksi dan ekstensi aktif
<i>Respiratory</i>	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Baik, menangis kuat

## 2) Antropometri

- a) Berat badan normal BBL : 2500 – 3000 gram
- b) Panjang badan normal BBL : 48 – 50 cm
- c) Lingkar kepala normal BBL : 32 – 37 cm
- d) Lingkar dada normal BBL : 32 – 35 cm

(Nurwiandani, 2018)

## 3) Pemeriksaan Fisik Bayi (*Head to Toe*)

Menurut Nurwiandani (2018) pemeriksaan fisik *Head to Toe* pada bayi baru lahir (BBL), meliputi :

### a) Kepala

Periksa adanya *cephalhematoma* atau tidak, adanya *caput succedaneum*, adanya fraktur pada tulang tengkorak.

### b) Wajah

Kaji bentuk wajah simetris atau tidak, adakah kelainan khas seperti *Down Syndrom*.

## c) Mata

Kaji gerak bola mata simetris atau tidak dan sclera tampak perdarahan atau tidak.

## d) Hidung

Periksa adanya gangguan pernafasan dan jalan nafas bersih atau tidak.

## e) Telinga

Periksa kebersihan telinga, adanya serumen, posisi telinga dan hubungannya dengan mata dan kepala.

## f) Mulut

Periksa kelembaban bibir, bentuk bibir simetris atau tidak, adanya *labioskizis* dan *labiopalatoskizis*.

## g) Leher

Periksa adanya pembesaran kelenjar, hambatan pergerakan leher, adanya nyeri leher ketika bayi menggerakkan kepala.

## h) Dada

Periksa kesimetrisan dada saat bernafas, adanya retraksi dada, dan rintihan saat tarikan nafas.

## i) Abdomen

Periksa adanya benjolan yang abnormal, hernia, dan perdarahan tali pusat.

j) Genetalia rektum

Periksa apakah ada lubang anus atau tidak, pada bayi laki – laki adakah lubang kencing dan kelengkapan skrotum, pada bayi wanita adakah lubang vagina serta bagaimana posisi labia mayora terhadap labia minora.

k) Ekstremitas

Periksa kesimetrisan bentuk, ukuran, dan jumlah jari.

8. Data Psikologis

Perubahan fisik yang biasanya terjadi pada ibu post partum adalah klien biasanya dalam keadaan labil, klien biasanya cemas akan keadaan seksualitasnya, dan harga diri klien terganggu (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012).

9. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Nurarif (2015) pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada klien post seksio sesarea, yaitu :

- a. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- b. Pemantauan EKG
- c. Pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, elektrolit
- d. Golongan darah
- e. Urinalisis
- f. Ultrasonografi

## 10. Analisa Data

Setelah perawat mengumpulkan data dan informasi mengenai klien, langkah selanjutnya adalah menganalisa data yang diperoleh. Analisa data dilakukan dengan mengumpulkan data ke dalam kelompok yang memiliki arti dan manfaat. Analisa data memerlukan pengenalan pola atau kecenderungan yang ada pada kelompok data dan membandingkannya dengan nilai normal, dan kemudian dibuat kesimpulan mengenai respon klien terhadap masalah kesehatannya (Induniasih & Hendarsih, 2018).

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis tentang respons seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan adalah dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan (Induniasih & Hendarsih, 2018).

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

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mokus dalam jumlah berlebihan) jalan nafas alergik (respon obat anestesi)
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi ibu postpartum.
4. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui
5. Gangguan eliminasi urine
6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan
7. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko: Episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan
8. Defisit perawatan diri : mandi atau kebersihan diri, makan toileting berhubungan dengan kelelahan postpartum.
9. Konstipasi
10. Resiko syok (hipovolemik)
11. Resiko pendarahan
12. Defisit pengetahuan : perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.

### **2.2.3 Intervensi**

Intervensi atau perencanaan keperawatan merupakan bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah, atau untuk memenuhi kebutuhan klien (Induniasih & Hendarsih, 2018).

Rencana keperawatan pada diagnosa yang mungkin muncul dengan seksio sesarea menurut Nurarif dan Kusuma (2015), diantaranya yaitu :

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

**Tabel 2.3 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan bersihan jalan nafas  Definisi : Ketidakmampuan membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan bersihan jalan nafas  Batasan Karakteristik: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada batuk</li> <li>• Suara napas tambahan</li> <li>• Perubahan pola nafas</li> <li>• Perubahan frekuensi napas</li> <li>• Sianosis</li> <li>• Kesulitan verbalisasi</li> <li>• Penurunan bunyi napas</li> <li>• Dispnea</li> <li>• Sputum dalam jumlah yang berlebihan</li> </ul>	NOC ❖ Respiratory status: Ventilation ❖ Respiratory status: Airway patency Kriteria Hasil: ❖ Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips). ❖ Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang	NIC ❖ Airway suction <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning</li> <li>2. Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning</li> <li>3. Informasikan pada klien dan keluarga tentang <i>suctioning</i></li> <li>4. Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan</li> <li>5. Berikan O2 dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suksion nasotrakeal</li> <li>6. Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan</li> <li>7. Anjurkan pasien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dan nasotrakeal</li> <li>8. Monitor status oksigen pasien</li> <li>9. Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suksion</li> <li>10. Hentikan suksion dan berikan oksigen apabila pasien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi O2, dll.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu tindakan suction yang tepat membantu melapangkan jalan nafas pasien.</li> <li>2. Mengetahui adanya suara nafas tambahan dan keefektifan jalan nafas untuk memenuhi O2 klien.</li> <li>3. Memberikan pemahaman kepada keluarga mengenai indikasi kenapa dilakukan tindakan <i>suction</i>.</li> <li>4. Nafas dalam memudahkan ekspansi maksimum paru-paru atau jalan nafas kecil.</li> <li>5. Menurunkan resiko muntah/regurgitasi dan aspirasi.</li> <li>6. Mencegah infeksi nosokomial.</li> <li>7. Memberikan ekspansi pada paru-paru setelah tindakan.</li> <li>8. Mengetahui adanya perubahan nilai SaO2 dan status hemodinamik, jika terjadi perburukan <i>suction</i> bisa dihentikan.</li> <li>9. Memberi pemahaman keluarga bagaimana tindakan yang akan dilakukan.</li> <li>10. Mempertahankan jalan nafas dengan tidak mengganggu saluran nafas jika terjadi perubahan.</li> </ol>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Batuk yang tidak efektif</li> <li>• Orthopnea</li> <li>• Gelisah</li> <li>• Mata terbuka lebar</li> </ul>	<p>normal, tidak ada suara nafas abnormal)</p> <p>❖ Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas</p>	<p>❖ Airway Management</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu</li> <li>12. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</li> <li>13. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan</li> <li>14. Pasang mayo bila perlu</li> <li>15. Lakukan fisioterapi dada jika perlu</li> <li>16. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction</li> <li>17. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan</li> <li>18. Lakukan suction pada mayo</li> <li>19. Berikan bronkodilator bila perlu</li> <li>20. Berikan pelembab udara kassa basah NaCl lembab</li> <li>21. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan</li> <li>22. Monitor respirasi dan status O<sub>2</sub></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Menjamin jalan masuknya udara ke paru secara normal.</li> <li>12. Meningkatkan drainase sekresi, kerja pernafasan, dan ekspansi paru.</li> <li>13. Menentukan indikasi pemasangan dan tindakan.</li> <li>14. Menjaga kepatenan jalan nafas.</li> <li>15. Meningkatkan efisiensi pola pernafasan dan membersihkan jalan nafas.</li> <li>16. Batuk dapat memudahkan pengeluaran sekret.</li> <li>17. Adanya mengi/ronkhi menunjukkan sekret tertahan, mengindikasikan kebutuhan intervensi lebih agresif.</li> <li>18. <i>Suction</i> pada mayo tidak mengganggu jalan nafas dan dapat memberi kenyamanan pasien.</li> <li>19. Menurunkan kekentalan sekret.</li> <li>20. Mencegah pengeringan membran mukosa.</li> <li>21. Pengenceran sekret mulut/pernafasan untuk meningkatkan pengeluaran.</li> <li>22. Mengetahui adanya perubahan nilai SaO<sub>2</sub> dan status hemodinamik, jika terjadi perburukan suction bias dihentikan.</li> </ol>
<p>Faktor yang Berhubungan :</p> <p>❖ Lingkungan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perokok pasif</li> <li>- Mengisap asap</li> <li>- Perokok</li> </ul> <p>❖ Obstruksi jalan nafas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spasme jalan nafas</li> <li>- Mukus dalam jumlah berlebihan</li> <li>- Eksudat dalam jalan alveoli</li> <li>- Maten asing dalam jalan napas</li> <li>- Adanya jalan napas buatan</li> <li>- Sekresi bertahan/sisa sekresi</li> <li>- Sekresi dalam bronkus</li> </ul> <p>❖ Fisiologis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jalan napas alergik</li> <li>- Asma</li> <li>- Penyakit paru obstruktif kronik</li> <li>- Hiperplasi dinding bronkial</li> <li>- Infeksi</li> <li>- Disfungsi neuromuscular</li> </ul>			

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015. Doenges, 2018.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, insisi pembedahan luka operasi SC, episiotomi).

**Tabel 2.4 Intervensi Nyeri Akut**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Nyeri akut</p> <p>Definisi: Pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau yang digambarkan sebagai kerusakan (International Association for Study of Pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat dengan berakhirnya dapat diantisipasi atau diprediksi, dan dengan durasi kurang dari 3 bulan.</p> <p>Batasan Karakteristik :</p>	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Pain Level</li> <li>❖ Pain Control</li> <li>❖ Comfort Level</li> </ul> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</li> <li>❖ Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>❖ Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</li> </ul>	<p>NIC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Pain Management</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</li> <li>2. Observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan</li> <li>3. Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien</li> <li>4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</li> <li>5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau</li> <li>6. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau</li> <li>7. Bantu klien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu mengevaluasi tingkat kenyamanan dan keefektifan analgesia atau dapat menunjukkan terjadinya komplikasi.</li> <li>2. Indikator nyeri akut yang dapat menguatkan laporan verbal atau dapat merupakan indikator tunggal terkait ketidakmampuan atau ketidakmauan klien untuk menyatakan nyeri yang dialaminya. Meningkatkan relaksasi dan dapat meningkatkan kemampuan koping klien dengan memfokuskan kembali perhatian.</li> <li>3. Untuk mengalihkan perhatian pasien dari rasa nyeri</li> <li>4. Membantu mengurangi nyeri.</li> <li>5. Untuk mengurangi faktor yang dapat memperburuk rasa nyeri.</li> <li>6. Untuk mengetahui adakah terjadi pengurangan rasa nyeri yang dirasakan klien bertambah.</li> </ol>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perubahan selera makan</li> <li>• Perubahan parameter fisiologis</li> <li>• Diaforesis</li> <li>• Perilaku distraksi</li> <li>• Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya</li> <li>• Perilaku ekspresif</li> <li>• Ekspresi wajah nyeri</li> <li>• Sikap tubuh melindungi</li> <li>• Putus asa</li> <li>• Fokus menyempit</li> <li>• Sikap melindungi area nyeri</li> <li>• Perilaku protektif</li> <li>• Laporan tentang perilaku nyeri / perubahan aktivitas</li> <li>• Dilatasi pupil</li> <li>• Fokus pada diri sendiri</li> <li>• Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri</li> <li>• Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</li> <li>9. Kurangi faktor presipitasi nyeri</li> <li>10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)</li> <li>11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</li> <li>12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi</li> <li>13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</li> <li>14. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</li> <li>15. Tingkatkan istirahat</li> <li>16. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</li> <li>17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri</li> <li>❖ Analgesic Administration</li> <li>18. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat</li> <li>19. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi</li> <li>20. Cek riwayat alergi</li> <li>21. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu</li> <li>22. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri</li> <li>23. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal</li> <li>24. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur</li> <li>25. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Pemberian “<i>health education</i>” dapat mengurangi tingkat kecemasan dan membantu klien dalam membentuk mekanisme coping terhadap rasa nyeri.</li> <li>8. Mendukung istirahat dan meningkatkan kemampuan coping.</li> <li>9. Agar nyeri yang dirasakan klien tidak bertambah.</li> <li>10. Untuk menangani nyeri yang dirasakan.</li> <li>11. Untuk mengetahui apa yang memperberat terjadinya nyeri.</li> <li>12. Agar klien mampu menggunakan teknik non farmakologi dalam manajemen nyeri yang dirasakan.</li> <li>13. Pemberian analgetik dapat mengurangi rasa nyeri.</li> <li>14. Rasa nyeri lebih dapat teratasi.</li> <li>15. Agar dapat mengurangi nyeri.</li> <li>16. Apabila keluhan nyeri belum berkurang.</li> <li>17. Untuk mengurangi efek samping lanjut dari rasa nyeri.</li> <li>18. Untuk mengetahui intervensi apa yang harus dilakukan.</li> <li>19. Selanjutnya untuk menjaga keselamatan pasien dalam pemberian obat</li> <li>20. Supaya tidak memperburuk keadaan pasien.</li> <li>21. Untuk penatalaksanaan terapi yang lebih baik.</li> <li>22. Untuk mempercepat kurangnya rasa nyeri.</li> <li>23. Supaya memilih analgetik yang benar.</li> <li>24. Untuk memberikan pengobatan nyeri secara teratur.</li> <li>25. Mengetahui adanya perubahan sesudah dan sebelum diberikan analgetik.</li> </ol>
--	--	--	---

standar instrument nyeri	26. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat	26. Menangani nyeri yang sesuai.
Faktor yang Berhubungan :	27. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala	27. Mengetahui efektivitas yang akurat tentang analgetik yang sudah diberikan.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agen cedera biologis</li> <li>• Agen cedera kimiawi</li> <li>• Agen cedera fisik</li> </ul>		

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015. Doenges, 2018.

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

**Tabel 2.5 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh  Definisi: Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik  Batasan Karakteristik: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kram abdomen</li> <li>• Nyeri abdomen</li> <li>• Menghindari makanan</li> </ul>	NOC ❖ Nutritional status : ❖ Nutritional status : food and fluid intake ❖ Nutritional status : Nutrient Intake ❖ Weight control  Kriteria Hasil : ❖ Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan	NIC ❖ Nutritional Management 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe 4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C 5. Berikan substansi gula 6. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi	1. Untuk menghindari rasa mual dan muntah 2. Pengawasan kehilangan dan alat kebutuhan nutrisi. 3. Membantu pembentukan sel darah merah dalam absorpsi makanan. 4. Mempertahankan kelembaban kulit dan cairan tubuh. 5. Dapat meningkatkan energi pasien. 6. Untuk mencegah konstipasi. 7. Untuk membantu dalam proses pemenuhan nutrisi klien. 8. Mengerti membuat catatan makanan harian dapat meningkatkan pola makan klien

• Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal	❖ Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan	7. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)	9. Pemantauan jumlah nutrisi dan kalori dapat meningkatkan jumlah yang dibutuhkan leh tubuh.
• Kerapuhan kapiler	❖ Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi	8. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian	10. Untuk mengetahui kebutuhan nutrisi klien.
• Diare	❖ Tidak ada tanda-tanda malnutrisi	9. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori	11. Mengetahui status nutrisi yang dibutuhkan
• Kehilangan rambut berlebihan	❖ Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan	10. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi	12. Penimbangan BB untuk memantau status nutrisi dan efektivitas intervensi.
• Enggan makan	❖ Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	11. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan	13. Penimbangan BB untuk memantau status nutrisi dan efektivitas intervensi.
• Asupan makan kurang dari recommended daily allowance (RDA)		❖ Nutrition Monitoring	14. Aktivitas mempengaruhi respon klien terhadap kondisi fisik.
• Bising usus hiperaktif		12. BB pasien dalam batas normal	15. Untuk sebagian orang makan merupakan kegiatan sosial. Kesendirian saat makan dapat mengurangi motivasi untuk mempersiapkan makanan bergizi.
• Kurang informasi		13. Monitor adanya penurunan berat badan	16. Lingkungan yang tidak nyaman dapat mempengaruhi selera makan.
• Kurang minat pada makanan		14. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan	17. Klien merasa masih ada orang yang memperhatikannya.
• Tonus otot menurun		15. Monitor interaksi anak atau orangtua selama makan	18. Mencegah atau menurunkan insiden komplikasi.
• Kesalahan informasi		16. Monitor lingkungan selama makan	19. Turgor kulit jelek dapat menggambarkan keadaan klien.
• Kesalahan persepsi		17. Jadwalkan pengobatan dan perubahan pigmentasi	20. Tindakan ini membantu klien dalam perawatan personal hygiene klien.
• Membran mukosa pucat		18. Monitor turgor kulit	21. Mual dan muntah mempengaruhi penurunan nutrisi.
• Ketidakmampuan memakan makanan		19. Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah	22. Memonitor status nutrisi.
• Cepat kenyang setelah makan		20. Monitor mual dan muntah	23. Mengetahui status pertumbuhan klien.
• Sariawan rongga mulut		21. Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht	24. Pantau asupan kalori atau insufisiensi kualitas makanan yang dikonsumsi.
• Kelemahan otot pengunyah		22. Monitor pertumbuhan dan perkembangan	25. Menentukan keadaan cairan dan nutrisi per oral.
• Kelemahan otot untuk menelan		23. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva	26. Mengetahui masalah kesehatan pasien.
• Penurunan berat badan dengan asupan makan adekuat		24. Monitor kalori dan intake nutrisi	
		25. Catat adanya edema, hiperemik, hipertoni papila lidah dan cavitas oral	
		26. Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet	

---

Faktor yang Berhubungan:

- Asupan diet kurang

Populasi Beresiko :

- Faktor biologis
- Kesulitan ekonomi

Kondisi Terkait :

- Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient
  - Ketidakmampuan mencerna makanan
  - Ketidakmampuan makan
  - Gangguan psikososial
- 

*Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015. Doenges, 2018.*

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

**Tabel 2.6 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan pemberian ASI	NOC ❖ Breastfeeding Ineffective	NIC ❖ Breastfeeding Assistance	1. Upaya peningkatan produksi ASI, nutrisi, peningkatan frekuensi menyusui.
Definisi: Kesulitan memberi susu pada bayi atau anak secara langsung dari payudara, yang dapat	❖ Breathing Pattern Ineffective ❖ Breastfeeding Interrupted	1. Evaluasi pola menghisap / menelan bayi 2. Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui	2. Untuk mengetahui gambaran dan motivasi ibu menyusui. 3. Dapat mengetahui kesenjangan proses pemberian ASI.

mempengaruhi status gizi bayi/anak.	Kriteria Hasil:	3. Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (misalnya reflex rooting, menghisap dan terjaga)	4. Monitor apakah bayi dapat menghisap dengan baik, monitor apakah posisi bayi pada dada ibu dan apakah mulut bayi sudah berada tepat pada puting ibu.
<p>Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketidakadekuatan defekasi bayi</li> <li>• Bayi mendekat kearah payudara</li> <li>• Bayi menangis pada payudara</li> <li>• Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusu</li> <li>• Bayi rewel dalam satu jam setelah menyusu</li> <li>• Bayi tidak mampu latch on pada payudara secara tepat</li> <li>• Bayi menolak latching on</li> <li>• Bayi tidak responsif terhadap tindakan kenyamanan lain</li> <li>• Ketidak cukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui</li> <li>• Kurang menambah berat badan bayi</li> <li>• Tidak tampak tanda pelepasan ositosis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Kementapan 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>❖ Kemantapan Pemberian ASI : Ibu : kemandapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dan payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI</li> <li>❖ Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/toddler</li> <li>❖ Penyapihan Pembinaan ASI: Diskontinuitas progresif pemberian ASI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>4. Kaji kemampuan bayi untuk latch-on dan menghisap secara efektif</li> <li>5. Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting</li> <li>6. Pantau integritas kulit puting ibu</li> <li>7. Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar susu dan mastitis</li> <li>8. Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi</li> <li>❖ Breast Examination</li> <li>❖ Lactation Supresion</li> <li>9. Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI</li> <li>10. Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI</li> <li>11. Ajarkan pengasuh bayi mengenai topik-topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran memberi susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang</li> <li>12. Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula</li> <li>13. Apabila penyapihan diperlukan, informasikan ibu mengenai kembalinya proses ovulasi dan seputar alat kontrasepsi yang sesuai</li> <li>❖ Lactation Counseling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>5. Untuk mengetahui kemampuan teknik menyusui yang dilakukan oleh ibu nifas.</li> <li>6. Identifikasi atau intervensi dini dapat mencegah/ membatasi terjadinya luka dan pecah puting, yang dapat merusak proses menyusui.</li> <li>7. Dapat mengetahui kesenjangan kondisi ibu dalam intervensi.</li> <li>8. Melihat berat badan dan proses eliminasi bayi apakah sudah berespon dengan baik.</li> <li>9. Untuk membantu mempertahankan pemberian ASI.</li> <li>10. Menambah wawasan di bidang promosi kesehatan untuk menggalakkan ibu menyusui dan teknik memompa ASI.</li> <li>11. Untuk meningkatkan informasi dalam pencairan ASI dan menghindari pemberian susu formula.</li> <li>12. Meningkatkan kemandirian dan pengalaman pemberian makan yang optimal.</li> <li>13. Meningkatkan kemandirian tentang informasi kembalinya ovulasi dan alat kontrasepsi yang sesuai.</li> <li>14. Meningkatkan kemampuan tentang lebih bagus diberikan ASI.</li> <li>15. Membantu orang tua dalam penguasaan tugas - tugas baru.</li> </ul>

---

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak ketidakadekuatan asupan susu</li> <li>• Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui</li> <li>• Penurunan berat badan bayi terus menerus</li> <li>• Tidak mengisap payudara terus-menerus</li> </ul> <p>Faktor yang Berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keterlambatan laktogen II</li> <li>• Suplai ASI tidak cukup</li> <li>• Keluarga tidak mendukung</li> <li>• Tidak cukup waktu untuk menyusui ASI</li> <li>• Kurang pengetahuan orang tua tentang pentingnya pemberian ASI</li> <li>• Diskontinuitas pemberian ASI</li> <li>• Ambivalen ibu</li> <li>• Ansietas ibu</li> <li>• Anomali payudara ibu</li> <li>• Kelelahan ibu</li> <li>• Obesitas ibu</li> <li>• Nyeri ibu</li> </ul>	<p>❖ Pengetahuan Pemberian ASI : Tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenal laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI.</p>	<p>14. Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI</p> <p>15. Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu</p>
---	--	---

---

- Penggunaan dot
- Refleks isap bayi buruk
- Penambahan makanan dengan putting artifisial

Populasi Beresiko:

- Bayi premature
- Pembedahan payudara sebelumnya
- Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya
- Masa cuti melahirkan yang pendek

*Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015. Doenges, 2018.*

## 5. Gangguan eliminasi urin

**Tabel 2.7 Intervensi Gangguan Eliminasi Urin**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan Eliminasi Urine	NOC	NIC	
Definisi: Disfungsi eliminasi urine	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Urinary Elimination</li> <li>❖ Urinary Continuence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Urinary Retention Care</li> </ul>	1. Pola berkemih mengidentifikasi karakteristik fungsi kandung kemih, termasuk efektivitas pengosongan kandung kemih, fungsi ginjal dan keseimbangan cairan.
Batasan karakteristik:	Kriteria Hasil :	1. Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia (misalnya, output urine, pola berkemih kemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten)	2. Mengetahui pemberian obat yang tepat.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disuria</li> <li>• Sering berkemih</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Kandung kemih kosong secara penuh</li> </ul>		3. Menghindari efek samping dari obat-obat yang sudah diresepkan.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anyang-anyangan</li> <li>• Nokturia</li> <li>• Inkontinensia urine</li> <li>• Retensi urine</li> <li>• Dorongan berkemih</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Tidak ada residu urine &gt; 100-200 cc</li> <li>❖ Intake cairan dalam rentang normal</li> <li>❖ Bebas dari ISK</li> <li>❖ Tidak ada spasme bladder</li> <li>❖ Balance cairan seimbang</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau properti alpha agonis</li> <li>3. Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium channel blockers dan antikolinergik</li> <li>4. Menyediakan penghapusan privasi</li> <li>5. Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiram toilet</li> <li>6. Merangsang refleks kandung kemih dengan menerapkan dingin untuk perut, membelai tinggi batin, atau air</li> <li>7. Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit)</li> <li>8. Gunakan spirit wintergreen di pispot atau urinal</li> <li>9. Menyediakan manuver Crede, yang diperlukan</li> <li>10. Gunakan double-void teknik</li> <li>11. Masukkan kateter kemih, sesuai</li> <li>12. Anjurkan pasien / keluarga untuk merekam output urine, sesuai</li> <li>13. Instruksikan cara-cara untuk menghindari konstipasi atau impaksi tinja</li> <li>14. Memantau asupan dan keluaran</li> <li>15. Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi</li> <li>16. Membantu dengan toilet secara berkala</li> <li>17. Memasukkan pipa ke dalam lubang tubuh untuk sisa</li> <li>18. Menerapkan kateterisasi intermiten</li> <li>19. Merujuk ke spesialis kontinensia kemih</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Melanjutkan intervensi selanjutnya.</li> <li>5. Membantu dengan cara toilet berkala.</li> <li>6. Mengurangi terjadinya resiko infeksi saluran kemih.</li> <li>7. Mengevaluasi kandung kemih.</li> <li>8. Memudahkan untuk berkemih.</li> <li>9. Memungkinkan klien membuat keputusan berdasarkan informasi.</li> <li>10. Untuk melatih mengontrol pasien teknik berkemih.</li> <li>11. Pemindaian kandung kemih bermanfaat dalam menentukan residu pasca berkemih. Selama fase akut, kateter indwelling digunakan untuk mencegah retensi urine dan memantau keluaran urine.</li> <li>12. Mengurangi terjadinya kekurangan cairan.</li> <li>13. Memberikan informasi untuk lebih banyak mengkonsumsi serat.</li> <li>14. Mengetahui apa yang telah diasup oleh tubuh.</li> <li>15. Mengetahui bila terjadi distensi kandung kemih dan melakukan penanganan yang tepat.</li> <li>16. Membantu untuk melatih pasien.</li> <li>17. Untuk melakukan penanganan tepat.</li> <li>18. Kateterisasi intermiten mungkin di implementasikan untuk mengurangi komplikasi yang berhubungan dengan penggunaan kateter indwelling jangka panjang.</li> <li>19. Bila terjadi perburukan kondisi klien.</li> </ol>
<p>Faktor yang Berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyebab multiple</li> </ul>			
<p>Konsisi Terkait:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstruksi anatomic</li> <li>• Gangguan sensori motorik</li> <li>• Infeksi saluran kemih</li> </ul>			

*Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015. Doenges, 2018.*

## 6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

**Tabel 2.8 Intervensi Gangguan Pola Tidur**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
Gangguan pola tidur Definisi : Interupsi jumlah waktu dan kualitas tidur akibat faktor eksternal. Batasan karakteristik : ❖ Kesulitan berfungsi sehari -hari ❖ Kesulitan memulai tertidur ❖ Kesulitan mempertahankan tetap tidur ❖ Ketidakpuasan tidur ❖ Tidak merasa cukup istirahat ❖ Terjaga tanpa jelas penyebabnya  Faktor yang Berhubungan : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan karena cara pasangan tidur</li> <li>• Kendala lingkungan</li> <li>• Kurang privasi</li> </ul>	NOC ❖ Anxiety reduction ❖ Comfort level ❖ Rest : Extent & pattern ❖ Sleep : Extent & pattern  Kriteria Hasil: ❖ Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari ❖ Pola tidur, kualitas dalam batas normal ❖ Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat	NIC ❖ Sleep Enhancement 1. Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur 2. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat 3. Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca) 4. Ciptakan lingkungan yang nyaman 5. Kolaborasikan pemberian obat tidur 6. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien 7. Instruksikan untuk memonitor tidur pasien 8. Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur 9. Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam	1. Mengetahui pengaruh obat dengan pola tidur pasien. 2. Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga pasien. 3. Meningkatkan efek relaksasi yang membantu pasien tertidur dan tidur lebih lama. 4. Memberikan situasi kondusif untuk tidur. 5. Mungkin diberikan untuk membantu klien istirahat selama periode transisi dari rumah ke lingkungan baru. 6. Mengkaji perlunya dan mengidentifikasi intervensi yang tepat. 7. Mengetahui perkembangan pola tidur pasien. 8. Mengetahui pengaruh makan dan minum terhadap pola tidur pasien. 9. Mengetahui perkembangan pola tidur pasien.

- Pola tidur tidak menyehatkan

Kondisi Terkait:

- Imobilisasi

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015. Doenges, 2018.

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

**Tabel 2.9 Intervensi Resiko Infeksi**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Risiko Infeksi  Definisi : Rentan mengalami invasi dan multiplikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan  Faktor Resiko : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan peristalsis</li> <li>• Gangguan integritas kulit</li> <li>• Vaksinasi tidak adekuat</li> <li>• Kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan pathogen</li> </ul>	NOC <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Immune status</li> <li>❖ Knowledge Infection control</li> <li>❖ Risk control</li> </ul> Kriteria Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi</li> <li>❖ Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya</li> </ul>	NIC <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Infection control (control infeksi)</li> </ul> 1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain 2. Pertahankan teknik isolasi 3. Batasi pengunjung bila perlu 4. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien 5. Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan 6. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 7. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung 8. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat	1. Menurunkan resiko kontaminasi. 2. Membatasi pajanan terhadap agen infeksius. 3. Membantu menurunkan rangsangan simpatis. 4. Mencegah terjadinya infeksi nosokomial. 5. Dapat membersihkan tangan dan mengurangi mikroba. 6. Mencegah kontaminasi silang atau kolonasi bakteri. 7. Sebagai alat proteksi dan mencegah penyebaran kuman. 8. Mencegah kontaminasi silang atau kolonisasi bakteri. 9. Mengurangi resiko kerusakan dan infeksi kulit atau jaringan.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malnutrisi</li> <li>• Obesitas</li> <li>• Merkok</li> <li>• Status cairan tubuh</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</li> <li>❖ Jumlah leukosit dalam batas normal</li> <li>❖ Menunjukkan perilaku hidup sehat</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum</li> <li>10. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing</li> <li>11. Tingkatkan intake nutrisi</li> <li>12. Berikan terapi antibiotik bila perlu</li> <li>13. Infection Protection (proteksi terhadap infeksi)</li> <li>14. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local</li> <li>15. Monitor hitung granulosit, WBC</li> <li>16. Monitor kerentangan terhadap infeksi</li> <li>17. Batasi pengunjung</li> <li>18. Saring pengunjung terhadap penyakit menular</li> <li>19. Pertahankan teknik aseptik pada pasien yang beresiko</li> <li>20. Pertahankan teknik isolasi k/p</li> <li>21. Berikan perawatan kulit pada area epidema</li> <li>22. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase</li> <li>23. Inspeksi kondisi luka / insisi bedah</li> <li>24. Dorong masukkan nutrisi yang cukup</li> <li>25. Dorong masukan cairan</li> <li>26. Dorong istirahat</li> <li>27. Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep</li> <li>28. Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi</li> <li>29. Ajarkan cara menghindari infeksi</li> <li>30. Laporkan kecurigaan infeksi</li> <li>31. Laporkan kultur positif</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Penggunaan kateter jangka pendek untuk mencegah terjadinya infeksi.</li> <li>11. Memenuhi kebutuhan nutrisi.</li> <li>12. Dapat digunakan secara profilaksis guna mengurangi kolonisasi atau digunakan untuk mengatasi proses infeksius.</li> <li>13. Agar bakteri dan penyakit tidak menyebar dari lingkungan ke orang lain.</li> <li>14. Menggambarkan proses inflamasi atau infeksi, yang memerlukan evaluasi dan terapi.</li> <li>15. Untuk melakukan intervensi kembali.</li> <li>16. Mengurangi patogen pada sistem imun dan mengurangi kemungkinan pasien terjadi infeksi.</li> <li>17. Mencegah terjadinya infeksi nosokomial.</li> <li>18. Untuk mengurangi terinfeksi teradap penyakit menular.</li> <li>19. Mengurangi resiko infeksi dan kolonisasi bakteri.</li> <li>20. Observasi turgor kulit untuk mempertahankan teknik isolasi.</li> <li>21. Mengurangi resiko kerusakan dan infeksi kulit atau jaringan.</li> <li>22. Indikator infeksi luka.</li> <li>23. Dapat mengetahui perkembangan luka.</li> <li>24. Status nutrisi yang cukup dapat membantu penyembuhan luka.</li> <li>25. Supaya tidak terjadi kekurangan cairan.</li> <li>26. Istirahat yang cukup dapat membantu penyembuhan luka.</li> <li>27. Konsumsi antibiotik sesuai program dapat mengurangi retensi kuman.</li> </ol>
<p>Populasi Berisiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terpajan pada wabah</li> </ul>			
<p>Kondisi Terkait:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perubahan pH sekresi</li> <li>• Penyakit kronis</li> <li>• Penurunan kerja siliaris</li> <li>• Penurunan hemoglobin</li> <li>• Imunosupresi</li> <li>• Prosedur invasif</li> <li>• Leukopenia</li> <li>• Pecah ketuban dini</li> <li>• Pecah ketuban lambat</li> <li>• Supresi respons inflamasi</li> </ul>			

- 
28. Agar pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi.
  29. Supaya pasien dan keluarga bisa terhindar dari infeksi.
  30. Untuk melakukan penanganan yang tepat tentang infeksi.
  31. Hasil kultur positif menunjukkan telah terjadi infeksi.
- 

*Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015. Doenges, 2018.*

#### 8. Defisit perawatan diri: mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan postpartum

**Tabel 2.10 Intervensi Defisit Perawatan Diri**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Defisit perawatan diri mandi  Definisi: Ketidakmampuan melakukan pembersihan diri saksama secara mandiri.  Batasan Karakteristik : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketidakmampuan mengakses kamar mandi</li> <li>• Ketidakmampuan menjangkau sumber air</li> <li>• Ketidakmampuan mengeringkan tubuh</li> </ul>	NOC ❖ Activity intolerance ❖ Mobility : physical impaired ❖ Self care deficit hygiene ❖ Sensory perceptions, auditory disturbed  Kriteria Hasil: ❖ Perawatan diri ostomi : tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi ❖ Perawatan diri : Aktivitas kehidupan	NIC ❖ Self-Care Assistance: Bathing/Hygiene 1. Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri 2. Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri 3. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan 4. Tempat handuk, sabun, deodoran, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan di samping tempat tidur atau di kamar mandi 5. Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya, deodoran, sekat gigi, sabun mandi, sampo, lotion, dan produk aromaterapi)	1. Membantu mengantisipasi dan merencanakan untuk memenuhi kebutuhan individual. 2. Perubahan fisik karena faktor usia membuat seseorang tidak peduli akan kebersihan tubuhnya. 3. Klien ini mungkin merasakan ketakutan dan bergantung, serta meskipun bantuan bermanfaat dalam mencegah frustrasi, klien harus melakukan tindakan sebanyak mungkin untuk dirinya sendiri guna mempertahankan diri dan meningkatkan pemulihan. 4. Memperbaiki harga diri dan meningkatkan perasaan kesejahteraan. 5. Menyediakan informasi yang tepat untuk pasien.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi</li> <li>• Ketidakmampuan mengatur air mandi</li> <li>• Ketidakmampuan membasuh tubuh</li> </ul>	<p>sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu</p>	<p>6. Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal</p> <p>7. Memfasilitasi gigi pasien menyikat</p> <p>8. Memfasilitasi diri mandi pasien, sesuai</p> <p>9. Memantau pembersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien</p> <p>10. Memantau integritas kulit pasien</p> <p>11. Menjaga kebersihan ritual</p> <p>12. Memfasilitasi pemeliharaan rutin yang biasa pasien tidur, isyarat sebelum tidur, alat peraga, dan benda-benda asing (misalnya, untuk anak-anak, cerita, selimut / mainan, goyang, dot, atau favorit, untuk orang dewasa, sebuah buku untuk membaca atau bantal dari rumah), sebagaimana sesuai</p> <p>13. Mendorong orang tua / keluarga partisipasi, dalam kebiasaan tidur biasa</p> <p>14. Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri</p>	<p>6. Memberikan keamanan ketika klien mampu bergerak mengelilingi ruangan, mengurangi resiko tersandung akibat terjatuh.</p> <p>7. Kebersihan gigi penting untuk meningkatkan kenyamanan, selera makan klien.</p> <p>8. Memfasilitasi pasien mandi dan mempertahankan kemandirian.</p> <p>9. Pantau pembersihan kuku sesuai dengan kemampuan perawatan diri.</p> <p>10. Kerusakan kulit mungkin terjadi karena imobilisasi tubuh yang terlalu lama.</p> <p>11. Mempertahankan rutinitas perawatan diri klien.</p> <p>12. Memudahkan rutinitas yang biasa dilakukan pasien sebelum tidur.</p> <p>13. Meningkatkan perasaan harga diri, mendorong kemandirian dan partisipasi dalam terapi.</p> <p>14. Agar pasien dapat secara mandiri memberi perawatan diri kepada dirinya sendiri.</p>
<p>Faktor yang Berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansietas</li> <li>• Penurunan motivasi</li> <li>• Kendala lingkungan</li> <li>• Nyeri</li> <li>• Kelemahan</li> </ul>	<p>❖ Perawatan diri Mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</p> <p>❖ Perawatan diri hygiene : mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</p>		
<p>Kondisi Terkait:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan fungsi kognitif</li> <li>• Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh</li> <li>• Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial</li> <li>• Gangguan musculoskeletal</li> <li>• Gangguan neuromuscular</li> <li>• Gangguan persepsi</li> </ul>	<p>❖ Perawatan diri Hygiene oral : mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</p> <p>❖ Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan</p>		

- menyediakan perlengkapan mandi
- ❖ Membersihkan dan mengeringkan tubuh
  - ❖ Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015. Doenges, 2018.

## 9. Konstipasi

**Tabel 2.11 Intervensi Konstipasi**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Konstipasi  Definisi: Penurunan frekuensi normal defeksi yang disertai kesulitan atau pengeuaran feces tidak tuntas dan/atau feces yang keras, kering dan banyak.  Batasan Karakteristik : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nyeri abdomen</li> </ul>	NOC <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Bowel Elimination</li> <li>❖ Hidration</li> </ul> Kriteria Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Mempertahankan bentuk feces lunak setiap 1-3 hari</li> <li>❖ Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi</li> <li>❖ Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi</li> </ul>	NIC <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Constipation /Impaction management</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala konstipasi</li> <li>2. Monitor bising usus</li> <li>3. Monitor feces : frekuensi, konsistensi dan volume</li> <li>4. Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus</li> <li>5. Monitor tanda dan gejala ruptur usus/peritonitis</li> <li>6. Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi</li> <li>7. Dukung intake cairan</li> <li>8. Pantau tanda dan gejala konstipasi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan pola eliminasi seperti biasanya.</li> <li>2. Distensi abdomen dan ketiadaan bising usus mengindikasikan bahwa usus tidak berfungsi. Kemungkinan penyebab dapat berupa hilangnya inervasi parasimpatik sistem gastrointestinal secara mendadak.</li> <li>3. Membantu mengidentifikasi penyebab dan faktor pemberat dan intervensi yang tepat.</li> <li>4. Untuk memberikan intervensi selanjutnya/pengobatan yang lebih tepat.</li> <li>5. Untuk memonitor tanda-tanda awal ruptur usus/peritonitis.</li> <li>6. Untuk mengetahui penyebab terjadinya kontribusi konstipasi.</li> </ol>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot</li> <li>• Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resistensi otot</li> <li>• Anoreksia</li> <li>• Penampilan tidak khas pada lansia</li> <li>• Borborigmi</li> <li>• Darah merah pada feses</li> <li>• Perubahan pada pola defekasi</li> <li>• Penurunan frekuensi defekasi</li> <li>• Penurunan volume feses</li> <li>• Distensi abdomen</li> <li>• Keletihan</li> <li>• Feses keras dan berbentuk</li> <li>• Sakit kepala</li> <li>• Bising usus hiperaktif</li> <li>• Bising usus hipoaktif</li> <li>• Tidak ada defekasi</li> <li>• Peningkatan tekanan intra abdomen</li> <li>• Tidak dapat makan</li> <li>• Feses cair</li> <li>• Nyeri pada saat defekasi</li> </ul>	<p>❖ Feses lunak dan berbentuk</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Pantau tanda dan gejala impaksi</li> <li>10. Memantau gerakan usus, termasuk konsistensi, frekuensi, bentuk, volume, dan warna</li> <li>11. Memantau bising usus</li> <li>12. Anjurkan pasien atau keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses</li> <li>13. Anjurkan pasien atau keluarga untuk diet tinggi serat</li> <li>14. Timbang pasien secara teratur</li> <li>15. Ajarkan pasien dan keluarga tentang proses pencernaan yang normal</li> <li>16. Ajarkan pasien/keluarga tentang kerangka waktu untuk revolusi sembelit</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Cairan merupakan faktor penting dalam menentukan konsistensi feses.</li> <li>8. Meningkatkan pembentukan/proses pelunakan feses.</li> <li>9. Untuk mengetahui tanda-tanda yang menekan atau infaksi feses.</li> <li>10. Konsistensi, frekuensi, bentuk, volume dan warna normal bagian tinja berkisar dua kali sehari ke tiga atau keempat.</li> <li>11. Hilangnya peristaltik usus merupakan tanda bahwa fungsi defekasi hilang yang kemungkinan berhubungan dengan kehilangan persarafan parasimpatik usus besar dengan tiba – tiba.</li> <li>12. Bila peristaltik mulai, pemasukan makanan dan minuman meningkat kembalinya eliminasi usus normal.</li> <li>13. Supaya fesanya menjadi lebih lembek/lunak.</li> <li>14. Supaya tidak terjadi penurunan berat badan yang drastis.</li> <li>15. Menambah pengetahuan keluarga dan pasien.</li> <li>16. Supaya pasien mengetahui tanda dan cara mengatasi sembelit.</li> </ol>
--	------------------------------------	--	--

- 
- Massa abdomen yang dapat diraba
  - Massa rektal yang dapat diraba
  - Perkusi abdomen pekak
  - Rasa penuh rektal
  - Rasa tekan rektal
  - Sering flatus
  - Adanya feses lunak, seperti pasta didalam rectum
  - Mengejan pada saat defekasi
  - Muntah

Faktor yang Berhubungan:

- Kelemahan otot abdomen
  - Rata-rata aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan menurut gender dan usia
  - Konfusi
  - Penurunan motilitas traktus gastrointestinal
  - Dehidrasi
  - Depresi
  - Perubahan kebiasaan makan
  - Gangguan emosi
  - Kebiasaan menekan dorongan defekasi
-

- 
- Kebiasaan makan buruk
  - Hygiene oral tidak adekat
  - Kebiasaan toileting tidak adekuat
  - Asupan serat kurang
  - Asupan cairan kurang
  - Kebiasaan defekasi tidak teratur
  - Penyalahgunaan laksatif
  - Obesitas
  - Perubahan lingkungan baru

Kondisi Terkait:

- Ketidakseimbangan elektrolit
  - Hemoroid
  - Penyakit hirschsprung
  - Ketidakadekuatan gigi geligi
  - Garam besi
  - Gangguan neurologis
  - Obstruksi usus pasca-bedah
  - Kehamilan
  - Pembesaran prostat
  - Abses rektal
  - Fisura anal rektal
  - Striktur anal rektal
  - Prolapse rektal
-

- Ulkus rektal
- Rektokel
- Tumor

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015. Doenges, 2018.

## 10. Resiko Syok (Hipovolemik)

**Tabel 2.12 Intervensi Resiko Syok**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko syok  Definisi: Rentan mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan difungsi seluler yang mengancam jiwa, yang dapat mengganggu kesehatan.  Faktor Resiko: • Akan dikembangkan  Kondisi Terkait: • Hipotensi • Hipovolemia • Hipoksemia • Hipoksia	NOC ❖ Syok prevention ❖ Syok management  Kriteria Hasil : ❖ Nadi dalam batas yang diharapkan ❖ Irama jantung dalam batas yang diharapkan ❖ Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan ❖ Irama pernapasan dalam batas yang diharapkan ❖ Natrium serum dalam batas norma ❖ Kalium serum dalam batas normal	NIC ❖ Shock Prevention 1. Monitor status sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme, nadi perifer, dan kapiler refill 2. Monitor tanda inadekuat oksigenasi jaringan 3. Monitor suhu dan pernafasan 4. Monitor input dan output 5. Pantau nilai labor : HB, HT, AGD dan elektrolit 6. Monitor hemodinamik invasi yang sesuai 7. Monitor tanda dan gejala asites 8. Monitor tanda awal syok 9. Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat 10. Lihat dan pelihara kepatenan jalan nafas 11. Berikan cairan IV dan atau oral yang tepat 12. Berikan vasodilator yang tepat	1. Vasokontriksi adalah respon simpatis untuk menurunkan volume sirkulasi dan dapat terjadi sebagai efek samping pemberian vasoprepsis. 2. Mengidentifikasi hipoksemia dan efektivitas serta kebutuhan terapi. 3. Untuk mengetahui pola demam dan nafas pasien. 4. Menentukan keadaan nutrisi. 5. Mengidentifikasi hipoksemia dan efektivitas serta kebutuhan terapi. 6. Untuk mengetahui sistem peredaran darah yang sesuai. 7. Untuk mengetahui resistensi cairan dalam intravaskuler. 8. Untuk menentukan intervensi yang tepat. 9. Memperlancar dan mempercepat aliran darah ke jantung. 10. Mempertahankan kepatenan jalan nafas.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infeksi</li> <li>• Sepsis</li> <li>• Sindrom inflamasi sistemik (systemic inflammatory response syndrome [SIRS])</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Klorida serum dalam batas normal</li> <li>❖ Kalsium serum dalam batas normal</li> <li>❖ Magnesium serum dalam batas normal</li> <li>❖ pH darah serum dalam batas normal</li> </ul> <p>Hidrasi</p> <p>Indikator :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Mata cekung tidak ditemukan</li> <li>❖ Demam tidak ditemukan</li> <li>❖ Tekanan darah dalam batas normal</li> <li>❖ Hematokrit dalam batas normal</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>13. Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok</li> <li>14. Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok</li> <li>❖ Shock Management</li> <li>15. Monitor fungsi neurologis</li> <li>16. Monitor fungsi renal (e.g BUN dan Cr: Lavel)</li> <li>17. Monitor tekanan nadi</li> <li>18. Monitor status cairan, input, output</li> <li>19. Catat gas darah arteri dan oksigen di jaringan</li> <li>20. Monitor EKG, sesuai</li> <li>21. Memanfaatkan pemantauan jalur arteri untuk meningkatkan akurasi pembacaan tekanan darah, sesuai</li> <li>22. Menggambar gas darah arteri dan memonitor jaringan oksigenasi</li> <li>23. Memantau tren dalam parameter hemodinamik (misalnya, CVP, MAP, tekanan kapiler pulmonal / arteri)</li> <li>24. Memantau faktor penentu pengiriman jaringan oksigen (misalnya, PaO<sub>2</sub> kadar hemoglobin SaO<sub>2</sub>, CO), jika tersedia</li> <li>25. Memantau tingkat karbon dioksida sublingual dan atau tonometry lambung, sesuai</li> <li>26. Memonitor gejala gagal pernafasan (misalnya, rendah PaO<sub>2</sub> peningkatan PaCO<sub>2</sub> tingkat, kelelahan otot pernafasan)</li> <li>27. Monitor nilai laboratorium (misalnya, CBC dengan diferensial) koagulasi profil,ABC, tingkat laktat, budaya, dan profil kimia)</li> <li>28. Masukkan dan memelihara besarnya kobosanan akses IV</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Untuk memenuhi kebutuhan cairan klien.</li> <li>12. Vasodilator dapat melebarkan pembuluh darah sehingga darah mengalir lancar/</li> <li>13. Agar dapat melakukan penanganan yang tepat.</li> <li>14. Mengetahui penanganan syok yang tepat sehingga tidak terjadi perburukan kondisi pasien.</li> <li>15. Perubahan dapat mencerminkan perfusi serebral tidak adekuat dan terdapat penurunan darah arteri.</li> <li>16. Mengetahui kandungan cairan (darah dan urin) dalam tubuh.</li> <li>17. Disritmia dan perubahan iskemik dapat terjadi akibat hipotensia</li> <li>18. Menganalisi data pasien untuk mengatur keseimbangan cairan.</li> <li>19. Mengidentifikasi hipoksemia dan efektivitas serta kebutuhan terapi.</li> <li>20. Disritmia dan perubahan iskemik dapat terjadi hipotensi, hipoksia, asidosis, ketidakseimbangan elektrolit, atau pendinginan dekat jantung lavase salin dingin digunakan untuk mengontrol perdarahan.</li> <li>21. Dengan melihat jalur arteri dapat mengetahui tekanan darah dengan akurat.</li> <li>22. Menjaga perfusi oksigen tetap membaik.</li> <li>23. Mengetahui tingkat kebocoran pembuluh darah dan mempertahankan fungsi renal.</li> <li>24. Mengetahui kondisi medis dan keadaan perfusi.</li> <li>25. Memantau karbondioksida yang tersimpan untuk mengontrol ventilasi.</li> </ol>
--	---	--	---

- 
26. Mempertahankan oksigenasi dan mencegah resiko kematian.
  27. Menganalisis perubahan fungsi tubuh dan menentukan nilai rujukan.
  28. Mempertahankan dan memelihara kebutuhan cairan secara parenteral.
- 

*Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015. Doenges, 2018.*

## 11. Resiko perdarahan

**Tabel 2.13 Intervensi Resiko Perdarahan**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko perdarahan  Definisi: Rentan mengalami penurunan volume darah, yang dapat mengganggu kesehatan.  Faktor Resiko : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurang pengetahuan tentang kewaspadaan pendarahan</li> </ul> Populasi Berisiko <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riwayat jatuh</li> </ul>	NOC <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Blood lose severity</li> <li>❖ Blood coagulation</li> </ul> Kriteria Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Tidak ada hematuria dan hematemesis</li> <li>❖ Kehilangan darah yang terlihat</li> <li>❖ Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastole</li> <li>❖ Tidak ada pendarahan per vaginam</li> <li>❖ Tidak ada distensi abdominal</li> </ul>	NIC <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Bleeding Precautions</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan</li> <li>2. Catat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan</li> <li>3. Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit</li> <li>4. Monitor TTV ortostatik</li> <li>5. Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif</li> <li>6. Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresh frozen plasma)</li> <li>7. Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan</li> <li>8. Hindari mengukur suhu lewat rektal</li> <li>9. Hindari pemberian aspirin dan <i>anti coagulant</i></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tentukan lokasi perdarahan.</li> <li>2. Bermanfaat dalam mengevaluasi kehilangan darah dan kebutuhan penggantian darah.</li> <li>3. Dapat mengindikasikan terjadinya komplikasi yang dapat meningkatkan perdarahan atau pembekuan.</li> <li>4. Hipovolemia memerlukan intervensi yang cepat untuk mencegah syok yang akan datang.</li> <li>5. Aktivitas meningkatkan tekanan intra abdomen dan dapat memicu perdarahan lebih lanjut.</li> <li>6. Mempertahankan kebutuhan darah cair memiliki faktor pembekuan tinggi dalam tubuh.</li> </ol>

Kondisi Terkait :	❖ Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal	10. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K	7. Aktivitas pasien yang tidak terkontrol dapat menyebabkan terjadinya pendarahan.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aneurisme</li> <li>• Sirkumsisi</li> <li>• Koagulopati intravascular diseminata</li> </ul>	❖ Plasma, PT, PTT dalam batas normal	11. Hindari terjadinya konstipasi dengan menganjurkan untuk mempertahankan intake cairan yang adekuat dan pelembut feses	8. Pendarahan yang banyak memungkinkan pada rektal.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan gastrointestinal</li> <li>• Gangguan fungsi hati</li> <li>• Koagulopati inheren</li> <li>• Komplikasi pascapartum</li> <li>• Komplikasi kehamilan</li> <li>• Trauma</li> <li>• Program pengobatan</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Bleeding Reduction</li> <li>12. Identifikasi penyebab perdarahan</li> <li>13. Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonary capillary / artery wedge pressure</li> <li>14. Monitor status cairan yang meliputi intake dan output</li> <li>15. Monitor penentu pengiriman oksigen ke jaringan (PaO<sub>2</sub>, SaO<sub>2</sub> dan level Hb dan cardiac output)</li> <li>16. Pertahankan patensi IV line</li> <li>❖ Bleeding Reduction: wount/luka</li> <li>17. Lakukan manual pressure (tekanan) pada area perdarahan</li> <li>18. Gunakan ice pack pada area perdarahan</li> <li>19. Lakukan pressure dressing (perban yang menekan) pada area luka</li> <li>20. Tinggikan ekstremitas yang perdarahan</li> <li>21. Monitor ukuran dan karakteristik hematoma</li> <li>22. Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan</li> <li>23. Instruksikan pasien untuk menekan area luka pada saat bersin atau batuk</li> <li>24. Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas</li> <li>❖ Bleeding reduction: gastrointestinal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>9. Merupakan obat yang memiliki kemampuan mengencerkan darah sehingga harus dihindari pada pasien pendarahan.</li> <li>10. Memenuhi kebutuhan nutrisi klien dan vitamin K dapat membantu dalam pembekuan darah.</li> <li>11. Konstipasi menyebabkan resiko pendarahan pada daerah rektal.</li> <li>12. Menentukan intervensi yang akan dilakukan.</li> <li>13. Mengetahui tingkat kebocoran pembuluh darah.</li> <li>14. Indikator keseimbangan cairan dan kebutuhan penggantian.</li> <li>15. Mengetahui kondisi medis dan keadaan perfusi.</li> <li>16. Memenuhi kebutuhan cairan secara parenteral.</li> <li>17. Menekan pembuluh darah dapat meminimalisasi aliran darah yang dikeluarkan.</li> <li>18. Membantu pembekuan darah pada area pendarahan.</li> <li>19. Menekan pembuluh darah dapat meminimalisasi aliran darah yang dikeluarkan.</li> <li>20. Membantu mengalirkan darah menuju otak untuk memenuhi kehilangan darah.</li> </ul>

- 
- |  |   |
|--|---|
| 25. Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh: emesis, feces, urine, residu lambung, dan drainase luka | 21. Tanda perdarahan persisten dapat tampak jelas atau tersembunyi dalam jaringan perineum.   |
| 26. Monitor complete blood count dan leukosit  | 22. Menentukan intervensi yang akan dilakukan.  |
| 27. Kolaborasi dalam pemberian terapi : lactulose atau vasopresson   | 23. Ketika batuk kemungkinan darah akan mengalir keluar karena adanya tekanan sehingga daerah luka harus ditekan.                                   |
| 28. Lakukan pemasangan NGT untuk memonitor sekresi dan perdarahan lambung                                      | 24. Aktivitas meningkatkan tekanan intra abdomen dan dapat memicu perdarahan lebih lanjut.  |
| 29. Lakukan bilas lambung dengan NaCl dingin   | 25. Untuk memantau pendarahan yang pasien alami.  |
| 30. Dokumentasikan warna, jumlah dan karakteristik feses   | 26. Mengetahui darah secara keseluruhan dalam tubuh.  |
| 31. Hindari pH lambung yang ekstrem dengan kolaborasi pemberian antacids atau histamine blocking agent         | 27. Untuk melanjutkan intervensi selanjutnya.   |
| 32. Kurangi faktor stress  | 28. Menghindari timbulnya nyeri dan pendarahan, dan aspirasi, observasi sekresi lambung dan kepatenan NGT.  |
| 33. Pertahankan jalan nafas  | 29. Menghentikan pendarahan.  |
| 34. Hindari penggunaan anticoagulant   | 30. Mengetahui apakah ada pendarahan di saluran pencernaan.   |
| 35. Monitor status nutrisi pasien  | 31. Menghindari kehilangan darah yang ekstrim, antasida secara langsung akan menetralkan keasaman, peningkatan pH dan mengurangi keasaman di perut. |
| 36. Berikan cairan intravena   | 32. Mengurangi ketegangan dan membuat perasaan lebih nyaman.  |
| 37. Hindari penggunaan aspirin dan ibuprofen   | 33. Supaya jalan nafas tetap adekuat.   |
|  | 34. Karena obat ini adalah obat untuk mengencerkan darah sehingga harus dihindari untuk pasien pendarahan.  |
|  | 35. Mengetahui apakah status nutrisi pasien terpenuhi.  |
-

- 
36. Dapat memerlukan cairan tambahan, jika asupan oral tidak adekuat.
  37. Obat - obat ini tidak hanya menurunkan agregasi trombosit normal tetapi juga mengurangi integritas mukosa lambung melalui penghambatan inhibitor siklooksigenase (COX) -1 dan karenanya meningkatkan resiko pendarahan gastrointestinal.
- 

*Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015. Doenges, 2018.*

12. Defisit pengetahuan : perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post partum

**Tabel 2.14 Intervensi Defisiensi Pengetahuan**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
Defisit Pengetahuan  Definisi : Keadaan atau defisien informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu, atau kemahiran.  Batasan Karakteristik: ❖ Ketidakakuratan mengikuti perintah ❖ Ketidakakuratan melakukan tes ❖ Perilaku tidak tepat	NOC ❖ Knowledge: Disease process ❖ Knowledge : Health behavior  Kriteria Hasil : ❖ Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, program pengobatan	NIC ❖ Treching: Disease process 1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik 2. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat 3. Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat 4. Identifikasi kemampuan penyebab dengan cara yang tepat 5. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat	1. Mengetahui tingkat pengetahuan keluarga dan pasien. 2. Memberikan dasar pengetahuan bagi klien sehingga klien dapat membuat pilihan yang berbasis informasi. 3. Sediakan pengetahuan dasar dimana klien dapat membuat pilihan. 4. Meningkatkan kemampuan untuk melakukan penanganan yang tepat. 5. Memberikan pengetahuan mengenai peningkatan kemampuan yang tepat. 6. Mencegah komplikasi di masa yang akan datang.

<p>❖ Kurang pengetahuan</p> <p>Faktor yang Berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurang informasi</li> <li>• Kurang minat untuk belajar</li> <li>• Kurang sumber pengetahuan</li> <li>• Keterangan yang salah dari orang lain</li> </ul> <p>Kondisi Terkait :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan fungsi kognitif</li> <li>• Gangguan memori</li> </ul>	<p>❖ Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar</p> <p>❖ Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Hindari jaminan yang kosong</li> <li>7. Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat</li> <li>8. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit</li> <li>9. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan</li> <li>10. Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan <i>second opinion</i> dengan cara yang tepat atau diindikasikan</li> <li>11. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan dengan cara yang tepat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Mengajarkan kepada keluarga cara sediakan informasi tentang kemajuan yang tepat.</li> <li>8. Meningkatkan kualitas hidup atau proses pengontrolan penyakit.</li> <li>9. Penggunaan medikasi nyeri dan obat antiplatelet secara tepat dapat mengurangi resiko komplikasi.</li> <li>10. Meningkatkan dukungan untuk klien selama periode penyembuhan dan memberikan evaluasi tambahan pada kebutuhan yang sedang berjalan atau berikan perhatian.</li> <li>11. Mengenal tanda dan gejala dan rencanakan periode istirahat mengurangi aktivitas yang berlebihan.</li> </ol>
---	---	---	--

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015. Doenges, 2018.

#### **2.2.4 Implementasi**

Implementasi merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik dan merupakan realisasi dari perencanaan keperawatan yang mencakup perawatan langsung dan tidak langsung. Perawatan langsung adalah penanganan yang dilaksanakan setelah berinteraksi dengan klien sedangkan perawatan tidak langsung adalah penanganan yang dilakukan tanpa adanya klien namun tetap bersifat representative untuk klien (Induniasih & Hendarsih, 2018).

#### **2.2.5 Evaluasi**

Induniasih dan Hendarsih (2018) memaparkan bahwa evaluasi adalah langkah terakhir dalam proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak yang dilakukan dengan cara membandingkan hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dibedakan menjadi dua macam, yaitu :

##### **1. Evaluasi Formatif**

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan yang disebut dengan evaluasi proses. Jenis evaluasi ini dilakukan segera setelah perawat melaksanakan tindakan keperawatan.

## 2. Evaluasi Sumatif

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah perawat melakukan serangkaian tindakan keperawatan dengan tujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Metode yang dapat digunakan pada evaluasi jenis ini adalah melakukan wawancara, menanyakan respon klien dan keluarga terkait layanan keperawatan, observasi, dan pemeriksaan fisik.