

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST SECTIO CAESAREA* DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN DELIMA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIAMIS

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh:

RESSA ERMASARI

AKX. 17. 073



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

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ressa Ermasari

NIM : AKX. 17. 073

Prodi : DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana

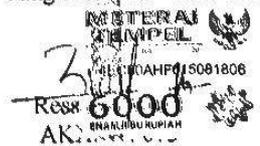
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post Sectio Caesarea* Dengan Nyeri Akut di Ruang Delima Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

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

Bandung, Juni 2020

Yang Membuat Pernyataan



KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST SECTIO*
CAESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN DELIMA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIAMIS**

OLEH

RESSA ERMASARI

AKX. 17. 073

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal 29 Juni 2020

Menyetujui

Pembimbing Utama



Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep

NIK: 02016020178

Pembimbing Pendamping



Iceu Komalanengsih, S.KM

NIK: 10218003

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



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

NIK: 02001020009

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST SECTIO CAESAREA* DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN DELIMA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIAMIS

**OLEH
RESSA ERMASARI
AKX. 17. 073**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung,
Pada Tanggal 29 Juni 2020

PANITIA PENGUJI

**Ketua: Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep
(Pembimbing Utama)**

(.....
Tuti Suprapti)

Anggota:

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

(.....
Vina Vitniawati)

2. Anggi Jamiyanti., S.Kep., Ners

(.....
Anggi Jamiyanti)

**3. Pembimbing Pendamping
Ike Komalaningsih., S.Km**

(.....
Ike Komalaningsih)

Mengetahui,

**Universitas Bhakti Kencana Bandung
Dekan Fakultas Keperawatan**



Nd. Siti Jundiah, S.Kp., M. Kep

NKK: 02007020132

ABSTRAK

Latar belakang : berdasarkan data dari rekam medis Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ciamis tahun 2019 -2020 kasus persalinan dengan tindakan *sectio caesarea* sebanyak 1.173 kasus. *Sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan cara membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. *Sectio caesarea* juga dapat didifenisikan sebagai suatu *histeretomia* melahirkan janin dari dalam rahim. Dampak yang paling sering dirasakan ibu *post sectio caesarea* adalah nyeri. Rasa nyeri jika tidak segera ditanganin akan memberikan efek membahayakan. **Tujuan:**Tujuan penulisan ini mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan nyeri akut. **Metode :** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah/fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua pasien *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan selama 3x24 jam masalah keperawatan nyeri akut teratasi. **Diskusi :** adapun hasil dari intervensi pada kedua klien yaitu klien satu dengan skala nyeri 6 (0-10) turun menjadi 2(0-10), sedangkan klien dua dengan skala nyeri 5 (0-10) turun menjadi 2 (0-10). Penulis menyarankan kepada pihak rumah sakit agar menerapkan terapi nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri pada klien secara mandiri tanpa terus menggunakan terapi farmakologi.

Keyword : Asuhan Keperawatan, Nyeri Akut, Post *sectio caesarea*
Daftar Pustaka : 10 buku (2011 -2017), 2 jurnal

ABSTRACT

Background of the study: based on data from the medical records of the Ciamis Regional General Hospital in 2019-2020, the cases of childbirth with *sectio caesarea* are 1,173 cases. *Sectio caesarea* is a way of giving birth to a fetus by making an incision in the uterine wall through the front wall of the stomach. *Sectio caesarea* can also be defined as a *hysteretomia* which giving birth to a fetus from inside the womb. The most frequent impact felt by post Caesarean mothers is pain. if it is not treated immediately will have a harmful effect. **Objective of the study:** The purpose of this study is to be able to carry out nursing care to clients of the caesarean *post sectio* with acute pain. **Method of the study:** Case study is to explore a problem / phenomenon with detailed limitations, have in-depth data retrieval and include various sources of information. This case study was conducted in two *post sectio caesarean* patients with acute pain nursing problems. **Results of the study:** After doing nursing care by giving nursing interventions for 3x24 hours the problem of acute pain nursing resolved. **Discussion:** As the results of the intervention on the two clients were namely one client with a pain scale of 6 (0-10) dropped to 2 (0-10), while client two with a pain scale of 5 (0-10) dropped to 2 (0 -10). The author recommends that the hospital apply non-pharmacological therapy to reduce pain in the client independently without continuing to use pharmacological therapy.

Keyword : Nursing care, acute pain, *post sectio caesarea*
Bibliography : 10 books (2011-2017), 2 journals

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 ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST SECTIO CAESAREA* DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN DELIMA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIAMIS ” dengan sebaik – baiknya.

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

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

1. H. Mulyana, SH, M,Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat menempuh Pendidikan Keperawatan Anestesi di Universitas Bhakti Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, M.HKes.,Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana Bandung
3. Rd.Siti Jundiah, S,Kp.,MKep, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
4. Dede Nur Aziz Muslim, S,Kep.,Ners.,M.kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana .
5. Tuti Suprapti, S. Kp., M. Kep selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Iceu Komalanegsih, S. Km selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Staf dosend an karyawan program studi DIII keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik.
8. Dedeh, S. ST. selaku CI ruangan Delima yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ciamis.

9. Ny. N dan Ny. S serta kedua keluarga yang telah bekerja sama dengan penulis selama pemberian asuhan keperawatan.
10. Orang tua tercinta Vachrizal (alm), Nasutman, dan Evy Andriyani , saudara tersayang Desliana Putri Pratiwi, Septiliana Dwi Handayani, Robby Darmawansyah, dan Ahmad Vidi Arrasyid yang selalu memberikan dukungan, doa yang tulus sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
11. Untuk teman teman seperjuangan anestesi angkatan XIII yang telah motivasi dalam penyusunan karya tulis ilmiah.
12. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah yang tidak dapat penulis sampaikan satu persatu.

Semoga amal baik bapak/ ibu/ saudara/i diterima oleh Allah SWT, dan diberikan balasan yang lebih baik oleh-Nya. Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bandung, juni 2020

Ressa Ermasari

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR SINGKATAN	xii
DAFTAR GAMBAR	xv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	5
1.4 Manfaat	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Anatomi Fisiologi Sistem reproduksi	8
2.1.1 Genitalia Internal	8
2.2 Konsep <i>Sectio Caesarea</i>	13
2.2.1 Definisi <i>Sectio Caesarea</i>	13
2.2.2 Etiologi <i>Sectio Caesarea</i>	13
2.2.3 Jenis – jenis <i>Sectio Caesarea</i>	14
2.2.4 Patofisiologi	15
2.2.5 Komplikasi <i>Sectio Caesarea</i>	17
2.2.6 Pemeriksa Penunjang	19
2.3 Konsep Masa Nifas	19
2.3.1 Definisi Masa Nifas	19
2.3.2 Tahapan Masa Nifas	20
2.3.3 Adaptasi Fisiologi Masa Nifas	21
2.3.4 Adaptasi Psikologis Masa Nifas	29
2.4 Konsep Nyeri	30
2.4.1 Definisi Nyeri	30
2.4.2 Penyebab Nyeri	31
2.4.3 Intensitas Nyeri	31
2.4.4 Klasifikasi Nyeri	35
2.4.5 Fisiologi Nyeri	36
2.4.6 Hasil Jurnal Nyeri Menggunakan Terapi Genggam Jari Pada Pasien <i>Post Sectio Caesarea</i> Diruang Delima Rumah Sakit Daerah (RSUD) Kertosono	38

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan	40
2.5.1 Pengkajian	50
2.5.2 Diagnosa Keperawatan	52
2.5.3 Intervensi Keperawatan	53
2.5.4 Implementasi Keperawatan	74
2.5.5 Evaluasi	76
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian	77
3.2 Batasan Istilah	77
3.3 Responden / Subjek Penelitian	78
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	78
3.5 Pengumpulan Data	79
3.6 Uji Keabsahan Data	79
3.7 Analisis Data	80
3.8 Etika Penelitian	82
BAB IV HASIL PEMBAHASAN	
4.1 Hasil	85
4.1.1 Gambaran Lokasi pengambilan data	85
4.1.2 Asuhan Keperawatan	86
4.1.2.1 Pengkajian	86
4.1.2.2 Analisa Data	98
4.1.2.3 Diagnosa Keperawatan	101
4.1.2.4 Intervensi Keperawatan	105
4.1.2.5 Implementasi Keperawatan	110
4.1.2.6 Evaluasi Sumatif	119
4.2 Pembahasan	120
4.2.1 Pengkajian	120
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	121
4.2.3 Intervensi	126
4.2.4 Implementasi	127
4.2.5 Evaluasi	129
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan	130
5.1.1 Pengkajian	131
5.1.2 Diagnosa	131
5.1.3 Perencanaan	131
5.1.4 tindakan	132
5.1.5 Evaluasi	132
5.2 Saran	134
5.2.1 Untuk Rumah Sakit	134
5.2.2 Untuk Institusi Pendidikan	134
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perubahan Normal Ukuran Uterus	20
Tabel 2.2 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas.....	55
Tabel 2.3 Intervensi Nyeri Akut	56
Tabel 2.4 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh	59
Tabel 2.5 Ketidakefektifan Pemberian ASI	60
Tabel 2.6 Gangguan Eliminasi Urine	62
Tabel 2.7 Intervensi Gangguan Pola Tidur	63
Tabel 2.8 Resiko Infeksi	64
Tabel 2.9 Defisit Perawatan Diri	66
Tabel 2.10 Intervensi Konstipasi	68
Tabel 2.11 Intervensi Resiko Syok	70
Tabel 2.12 Intervensi Resiko Perdarahan	72
Tabel 2.13 Intervensi Defisit Pengetahuan	74

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway <i>Sectio Caesarea</i>	14
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I : Lembar Konsultasi KTI
- Lampiran II : Lembar Observasi
- Lampiran III : Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran IV : Surat Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus
- Lampiran V : Satuan Acara Penyuluhan
- Lampiran VI : Leaflet
- Lampiran VII : Jurnal Terapi Relaksasi Genggam Jari
- Lampiran VIII : Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

APGAR	: <i>Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration</i>
ASI	: Air Susu Ibu
a/i	: Atas Indikasi
BB	: Berat Badan
°C	: Derajat Celcius
DM	: Diabetes Melitus
EKG	: Elektrokardiogram
GCS	: Glasgow Coma Scale
HIV	: <i>Human immunodeficiency virus</i>
IV	: intravena
KB	: Keluarga Berencana
Kg	: kilogram
KTI	: Karya Tulis Ilmiah
ml	: Milliliter
mm	: Millimeter
mmHg	: Milimeter Merkuri (Hydrargyrum)
NANDA	: <i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NIC	: Nurisng Intervention Classification
NOC	: Nursing Outcome Classification
Ny	: Nyonya
P ₁ A ₀	: Partus 1 kali, Abortus 0
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SC	: <i>Sectio Caesarea</i>
Tpm	: Tetes Per Menit
TT	: Tetanus Toxoid
WHO	: World Health Organization
WIB	: Waktu Indonesia Barat
WOD	: Wawancara, Observasi, Dokumen

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Genitalia Internal	6
Gambar 2.2 Visual Analog Scale	28
Gambar 2.3 Verbal Pain Intensity Scale	29
Gambar 2.4 Numeric Pain Rating Scale	30
Gambar 2.5 Wong Baker Pain Rating Scale	30

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran placenta dan selaput janin dari tubuh ibu. Proses berlangsungnya persalinan dibedakan atas persalinan spontan yaitu persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut, dan persalinan buatan yaitu persalinan dengan tenaga medis dari luar misalnya dilakukan *sectio caesarea*. *Sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut, *sectio caesarea* juga dapat didefinisikan sebagai suatu *histeretomia* untuk melahirkan janin dari dalam Rahim (Mochtar,2015).

Data *World Health Organisation* (WHO) tahun 2015 selama hampir 30 tahun tingkat persalinan dengan *sectio caesarea* menjadi 10% sampai 15% dari semua proses persalinan di Negara- negara berkembang. Berdasarkan hasil RISKESDAS tahun 2018, angka ibu melahirkan dengan *sectio caesarea* di Indonesia 17,6% dengan proporsi tertinggi di Bali 30,2% dan terendah di Papua 6,7%, Dan kelahiran metode *sectio caesarea* di Jawa Barat 15,5%. Berdasarkan data yang didapatkan dari rekam medis Rumah

Sakit Umum Daerah (RSUD) Ciamis tahun 2019 – 2020 didapatkan kasus persalinan dengan tindakan *sectio caesarea* sebanyak 1.173 kasus.

Masalah keperawatan yang sering muncul pada klien dengan *post sectio caesarea* adalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas, nyeri akut, ketidakseimbangan nutrisi, ketidakefektifan pemberian ASI, gangguan eliminasi urine, gangguan pola tidur, resiko infeksi, defisi perawatan diri, konstipasi, resiko syok (hipovolemik), resiko pendarahan, defisiensi pengetahuan (Nurarif & Kusuma,2015).

Dampak yang paling sering dirasakan ibu *post sectio caesarea* adalah nyeri. Rasa nyeri ini yang menimbulkan perasaan tidak menyenangkan atau tidak nyaman pada ibu akan berpengaruh pada penyembuhan dan jika nyeri tidak diatasi dapat mengancam jiwa. Rasa nyeri yang dirasakan oleh ibu apabila tidak diatasi akan memberi dampak seperti mobilisasi terbatas, *bounding attachment* (ikatan kasih sayang) terganggu / tidak terpenuhi, aktivitas terganggu pada ibu, gangguan tidur, penurunan nafsu makan (Maryunani, 2010; Solehati & Kosasih, 2015).

Peran perawat penting sebagai pemberian asuhan keperawatan bio- psiko-sosial-spiritual yang komperhensif. Seorang perawat dapat meredakan nyeri yang dapat diatasi dengan penatalaksanaan nyeri, hal ini bertujuan untuk meringankan atau mengurangi rasa nyeri sampai tingkat kenyamanan yang dirasakan oleh klien. Ada dua cara penatalaksanaan nyeri yaitu dengan cara farmakologi dan non farmakologis. Secara farmakologis dapat diatasi dengan menggunakan obat – obatan analgetik (Akhlagi dkk

2011; Abasi,2015). Sedangkan secara non farmakologis dapat dilakukan dengan cara teknik relaksasi, teknik pernapasan, pergerakan atau perubahan posisi, masase, akupressur, terapi panas atau dingin, *hypnobirthing*, musik, dan TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*), kompres dengan suhu panas dingin, sentuhan pijatan aromaterapi (Gondok dkk,2011). Salah satu teknik relaksasi ialah teknik relaksasi genggam jari. Teknik relaksasi genggam jari merupakan teknik relaksasi dengan jari tangan serta aliran energi didalam tubuh (Liana, 2011).

Berdasarkan data di atas, maka penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif pada klien yang mengalami *Post Sectio Caesarea* yang mengalami masalah keperawatan nyeri akut diruang Delima Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ciamis.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka diangkat rumsuan masalah. Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien yang mengalami *Post Sectio Caesarea* dengan Nyeri Akut diruang Delima RSUD Ciamis?

1.3 Tujuan penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penulis mampu melaksanakan keperawatan secara langsung dan komprehensif bio – fisiko- sosial dan spiritual pada klien *post*

sectio caesarea yang mengalami masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis.

1.3.2 Tujuan Khusus

- A. Melakukan pengkajian kepada klien yang mengalami *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis.
- B. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien yang mengalami *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis.
- C. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis.
- D. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis .
- E. Melakukan evaluasi pada klien yang mengalami *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Meningkatkan pengetahuan bagi pembaca agar mengetahui asuhan keperawatan pada klien *Post sectio caesarea*

dengan nyeri akut . Penulisan karya tulis ini juga berfungsi untuk mengetahui antara teori dan kasus nyata yang terjadi dilapangan sesuai atau tidak, karena dalam teori yang sudah ada tidak selalu sama dengan kasus yang terjadi. Sehingga disusunlah Karya Tulis Ilmiah ini.

1.4.2 Manfaat Praktis

A. Bagi Rumah Sakit

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah bagi rumah sakit adalah dapat meningkatkan mutu dan pelayanan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan bagi klien khususnya dengan klien yang *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

B. Bagi Perawat

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah bagi perawat adalah perawat dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada klien dengan *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatannya nyeri akut.

C. Bagi Institusi Akademik

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah bagi institusi akademik adalah dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan

keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

D. Bagi Klien

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah bagi klien dan keluarga adalah supaya klien dapat mengetahui gambaran umum tentang *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut beserta perawatan yang benar bagi klien agar penderita mendapat perawatan yang tepat dalam keluarga.

E. Bagi Pembaca

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah bagi pembaca adalah menjadi sumber referensi dan informasi bagi orang yang membaca karya tulis ini supaya mengetahui lebih mendalam bagaimana cara merawat klien yang mengalami *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

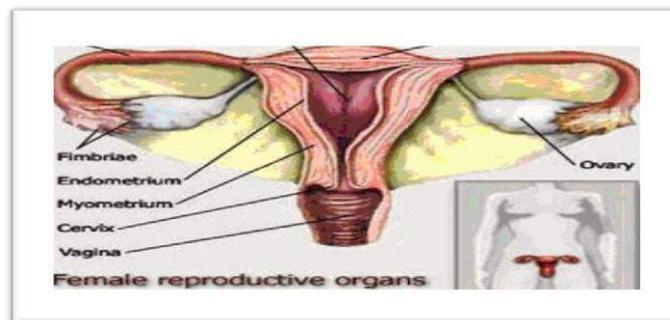
BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Anatomi Fisiologi Post Partum

2.1.1 Genitalia Internal

Gambar 2.1
Genitalia Internal



Sumber:Eniyati,2013

1. Liang Senggaman (Vagina)

Adalah liang yang menghubungkan vulva dengan rahim. Ukuran panjang dinding depan 8 cm dan dinding belakang 10 cm. Bentuk dinding dalamnya berlipat - lipat disebut rugae.

Fungsi dari vagina sebagai berikut :

- 1) Saluran keluar untuk mengalirkan darah haid dan sekrat lain dari rahim.
- 2) Alat untuk bersenggama
- 3) Jalan lahir pada waktu bersalin

2. Rahim (Uterus)

Adalah suatu struktur otot yang terlalu kuat, bagian luarnya ditutupin oleh peritoneum sedangkan rongga dalamnya dilapisi oleh mukosa rahim. Bentuk rahim seperti bola lampu pijar, mempunyai rongga yang terdiri dari tiga bagian besar, yaitu:

- 1) Badan rahim (korpus uteri) berbentuk segitiga
- 2) Leher rahim (serviks uteri) berbentuk silinder
- 3) Rongga rahim (kavum uteri)

Bentuk rahim antara kedua pangkal tuba disebut fundus uteri. Besarnya rahim berbeda- beda, tergantung pada usia dan pernah melahirkan anak atau belum.

a. Pada Nulipara

Ukurannya 5,5 – 8cm x 3,5 – 4 cm x 2 – 2,5 cm dan beratnya 40 – 50 gram.

b. Pada Multipara

Ukurannya 9 – 9,5 cm x 5,5 – 6 cm x 3 – 3,5 cm dan beratnya 60 – 70 gram.

Servik uteri terbagi menjadi 2 bagian :

- 1) Pars supra vaginal
- 2) Pars vaginal (portio)

Terdapat juga saluran yang menghubungkan orifisium uteri internal (oui) dan orifisium uteri eksternal (oue) disebut kanalis servikalis.

Dinding rahim histologik terdiri dari 3 lapisan :

- 1) Lapisan serosa (lapisan peritoneum), lapisan luar yaitu peritoneum viserale.
- 2) Lapisan otot (lapisan miometrium), lapisan tengah lapisan ini berbentuk sirkuler dan di sebelah luar berbentuk longitudinal, diantara kedua lapisan ini terdapat lapisan otot oblik, berbentuk anyaman yang berperan penting dalam persalinan.
- 3) Lapisan mukosa (endometrium), lapisan dalam endometrium terdiri atas epitel kubik, kelenjar – kelenjar dengan jaringan banyak pembuluh darah yang berkeluk – keluk. Endometrium melapisi seluruh cavum uteri dan mempunyai arti penting dalam siklus haid pada seorang wanita dalam masa reproduksi.

letak rahim fisiologis adalah anterversiofleksi. Letak –letak yang lain , yaitu:

- 1) Antefleksi (tengadah ke depan)
- 2) Retrofleksi (tengadah ke belakang)
- 3) Anteversi (terdorong ke depan)
- 4) Retroversi (terdorong ke belakang)

Uterus letaknya menggantung, dan difiksasi oleh beberapa ligament, yaitu :

- 1) Ligamentum kardinale sinistrum et dekstrum
- 2) Ligamentum sakro – uterinum sinistrum et dekstrum
- 3) Ligamentum rotundum sinistrum et dekstrum
- 4) Ligamentum latum sinistrum et dekstrum
- 5) Ligamentum infundibulo – pelvikum

Fungsi utama rahim:

- 1) Setiap bulan berfungsi dalam siklus haid
- 2) Tempat janin tumbuh dan berkembang
- 3) Berkontraksi terutama sewaktu bersalin dan sesudah bersalin.

3. Saluran Telur (Tuba Falopi)

Adalah saluran yang keluar dari kornu rahim kanan dan kiri, panjangnya 12 – 13 cm dengan diameter 3-8 cm. Saluran telur terdiri dari 4 bagian , yaitu :

- 1) Pars interstitialis (intramuralis)
- 2) Pars isthmica (bagian tengah saluran telur yang sempit)
- 3) Pars ampularis (biasanya konsepsi terjadi dibagian ini)
- 4) Infundibulum (ujung tuba yang terbuka ke rongga perut)

Fungsi utama saluran telur :

- 1) Sebagai saluran telur
- 2) Tempat terjadinya pembuahan

4. Indung Telur (Ovarium)

Terdapat dua indung telur, masing –masing dikanan dan kiri rahim. Dilapisi mesovarium dan tergantung dibelakang ligamentum latum. Bentuknya seperti almond, sebesar ibu jari.

Menurut strukturnya ovarium terdiri dari :

- 1) Kulit (korteks), terdiri dari
 - a. Tunika albuginea, yaitu epitel berbentuk kubik
 - b. Jaringan ikat
 - c. Stroma, folikel primordial dan folikel de. Graaf
 - d. Sel – sel Warthard
- 2) Inti (medula)
 - a. Stroma berisi pembuluh darah
 - b. Serabut saraf
 - c. Beberapa otot polos

Fungsi indung telur:

- 1) Menghasilkan sel telur (ovum)
- 2) Menghasilkan hormone - hormone (progesterone dan estrogen)
- 3) Ikut serta mengatur haid

2.2 Konsep *Sectio Caesarea*

2.2.1 Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea adalah sesuatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut; *sectio caesarea* juga dapat didefinisikan sebagai suatu *histekrotomia* untuk melahirkan janin dari dalam rahim. (Amrusofian 2012).

Sectio Caesarea adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus (Sarwono 2015).

2.2.2 Etiologi *Sectio Caesarea*

Terdapat 2 etiologi pada *sectio caesarea* menurut Nurarif dan Hardi (2015) adalah :

1. Etiologi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primipara tua diskerti kelainan letak ada, disproporsi pelvik (disproporsi janin / panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solutio plasenta tingkat I – II, komplikasi kehamilan yaitu preeklampsia – eklampsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai

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

2. Etiologi yang berasal dari janin

Fetal distress / gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstaksi.

2.2.3 Jenis – Jenis *Sectio Caesarea*

Terdapat 4 jenis jenis *sectio caesarea* menurut Nurarif & Hardi (2015) adalah :

1. *Sectio Caesarea* Abdomen

Sectio caesarea transperitonealis

2. *Sectio Caesarea* Vaginalis

Menurut arah sayatan pada rahim, *Sectio Caesarea* dapat dilakukan sebagai berikut:

- a) Sayatan memanjang (*longitudinal*) menurut Kronig
- b) Sayatan melintang (*transversal*) menurut Kerr
- c) Sayatan huruf T (*T – incision*)

3. *Sectio Caesarea* Klasik (corporal)

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira – kira sepanjang 10 cm. Tetapi saat ini teknik ini jarang dilakukan karena memiliki banyak

kekurangan namun pada kasus seperti operasi berulang yang memiliki banyak perlengketan organ cara ini dapat dipertimbangkan.

4. *Sectio Caesarea* Ismika (Profunda)

Dilakukan dengan cara membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim (*low cervical transfersal*) kira – kira sepanjang 10 cm.

2.2.4 patofisiologi

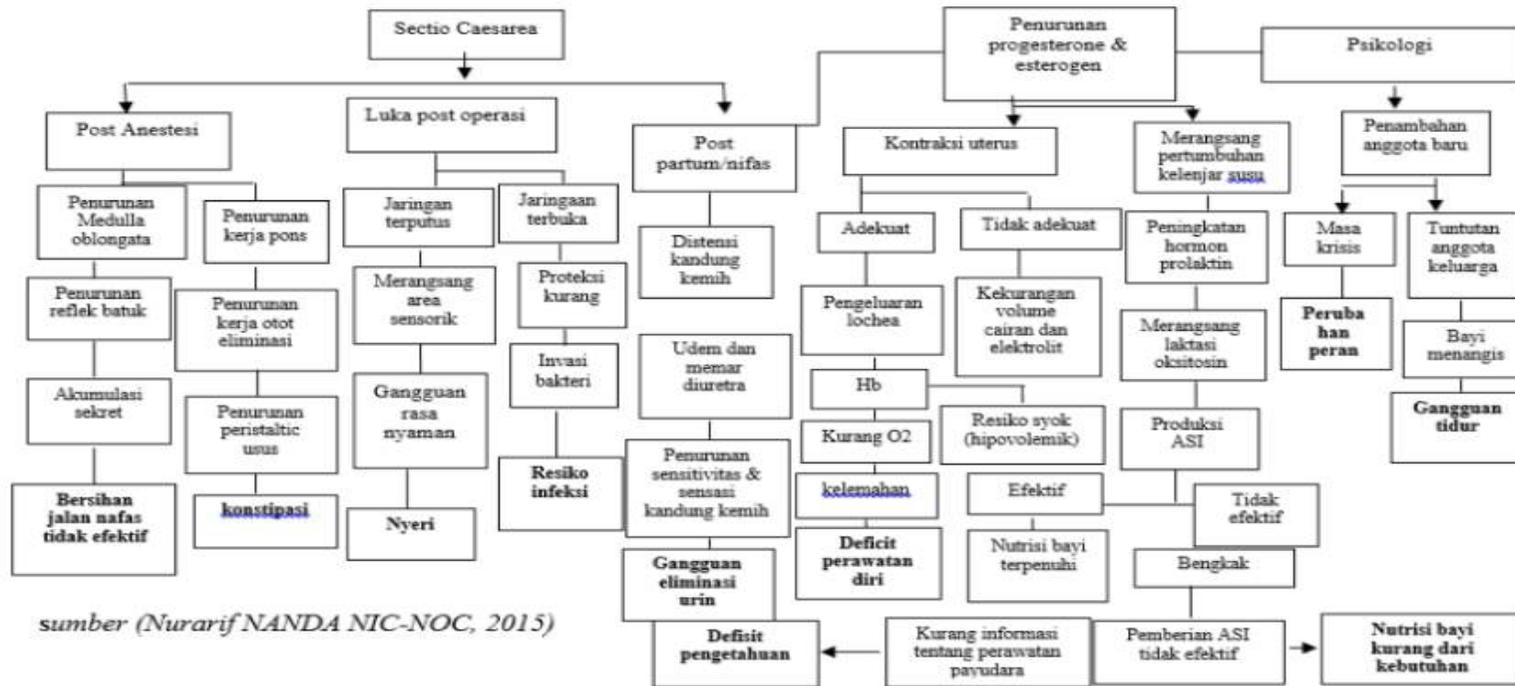
Penyebab kelainan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara spontan atau normal, Kondisi tersebut mengharuskan adanya tindakan *sectio caesarea*. Dalam operasinya dilakukan tindakan anestesi regional ataupun umum, hal ini dapat berpengaruh kepada bayi dan kepada klien terhadap jalan napas tidak efektif akibat secret yang berlebihan dan penurunan kerja otot eliminasi yang mengakibatkan penurunan peristaltik usus yaitu konstipasi.

Setelah dilakukan *sectio caesarea* klien akan mengalami adaptasi post partum dari segi kognitif yaitu kurangnya pengetahuan, akibat kurangnya pengetahuan dan dari segi fisiologi yaitu produksi oksitosin dan prolactin yang tidak maksimal dapat berakibat ketidakefektifan pemberian ASI. Luka dari insisi saat operasi pintu masuk keluarnya bakteri dapat menyebabkan resiko infeksi. Oleh karena itu perlunya diberikan perawatan luka yang

bersifat steril. Luka *post sectio caesarea* dapat menyebabkan nyeri akibat adanya terputusnya jaringan dan menyebabkan gangguan rasa nyaman. Banyak dijumpai klien dengan distensi kandung kemih yang terdapat udem dan memar di uretra bisa mengganggu eliminasi urin.

Post partum nifas dari aspek psikologi klien akan mengalami gangguan pola tidur dikarena tuntutan anggota baru yaitu seorang bayi yang biasanya menangis. Dan penurunan progesterone dan esterogen apabila involusi uterus adekuat akan mengeluarkan lochea dalam jumlah normal, dan jika involusi uterus tidak adekuat akan berakibat pada pendarahan yang mengakibatkan kelelahan dan mengalami penurunan dalam defisit perawatan diri, jika perdarahan hebat tidak segera di atasi dapat menyebabkan klien kekurangan volume cairan dan elektrolit dan menyebabkan syok hipovolemik. (Nurarif & Kusuma,2015)

Bagan 2.1
Pathway Sectio Caesarea



Sumber: Nurarif & kusuma, 2015

2.2.5 Komplikasi *sectio caesarea*

Menurut Amru Sofian (2012) ada 4 komplikasi dari *sectio caesarea*:

1. Infeksi puerperal (nifas)
 - a) Ringan; dengan kenaikan suhu beberapa hari saja,
 - b) Sedang; dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung,
 - c) Berat; dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik. Infeksi berat sering kita jumpai pada partus terlantar; sebelum timbul infeksi nifas, telah terjadi infeksi intrapartum karena ketuban yang telah pecah terlalu lama.

Penanganannya adalah dengan pemberian cairan, elektrolit dan antibiotik yang adekuat dan tepat.

2. Pendarahan karena
 - a) Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka,
 - b) Atonia uteri,
 - c) Perdarahan pada *placental bed*.
3. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi.
4. Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang

2.2.6 Pemeriksa Penunjang

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 janin sesuai indikasi
9. Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi
10. Ultrasound sesuai pesanan

(Turcker, Susan Martin,1998 dikutip dari buku NANDA NIC-NOC 2015)

2.3 Konsep Masa Nifas

2.3.1 Definisi Masa Nifas

Menurut wulandari dan Handayani (2011) menyatakan dalam bahasa latin waktu tertentu setelah melahirkan anak ini disebut *puerperium* yaitu dari kata *puer* yang artinya bayi dan *parous* melahirkan. Jadi, *puerperium* berarti masa setelah melahirkan bayi.

Masa nifas (*peuperium*) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat – alat kandungan kembali seperti pra-hamil. Lama masa nifas ini yaitu 6-8 minggu.

Batasan waktu nifas yang paling singkat (minimum) tidak ada batas waktunya, bahkan bisa jadi dalam waktu relatif pendek darah sudah keluar, sedangkan batasan maksimumnya adalah 40 hari.

2.3.2 Tahapan Masa Nifas

Menurut Wulandari dan Handayani (2011) menyatakan nifas dibagi dalam 3 periode :

1. *Puerperium* dini yaitu kepulihan dimana ibu telah dirpebolehkan berdiri dan berjalan – jalan, dalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari .
2. *Puerperium* intermedial yaitu kepulihan menyeluruh alat – alat genital yang lamanya 6 – 8 minggu.
3. Remote *puerperium* yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu – minggu, berbulan – bulan , atau tahunan.

2.3.3 Adaptasi Fisiologi Masa Nifas

Perubahan – Perubahan fisiologi dalam masa nifas menurut wulandari & handayani (2011) yaitu:

1. Perubahan Sistem Reproduksi

1. Involusi Uterus

a) Pengertian

Involusi uterus adalah kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil baik dalam bentuk maupun posisi. Selain uterus, vagina, ligament uterus dan otot dasar panggul juga kembali keadaan sebelum hamil.

Selama proses involusi, uterus menipis dan mengeluarkan lochea yang digantikan dengan endometrium baru, endometrium baru tumbuh dan terbentuk selama 10 hari *post partum* dan menjadi sempurna sekitar 6 minggu. Selama proses involusi uterus berlangsung, berat uterus mengalami penurunan dari 1000 gram menjadi 60 gram dan ukuran uterus berubah dari 15 x 11 x 7,5 cm menjadi 7,5 x 5 x 2,5 cm. Setiap minggu berat uterus turun sekitar 500 gram dan servik menutup hingga selebar 1 jari. proses involusi uterus disertai dengan penurunan tinggi fundus uteri (TFU) pada hari pertama TFU diatas symphysis pubis atau sekitar 12 cm. Terus berlangsung dengan penurunan TFU 1 cm setiap harinya, sehingga pada hari ke 7 TFU berkisaran 5 cm dan pada ke 10 TFU tidak teraba di symphysis pubis.

b) Proses involusi uterus

1) Autolisis

Autolisis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi didalam otot uterine. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula dan 5 kali lebar dari semula selama kehamilan.

2) Atrofi Jaringan

Jaringan yang berpoliferasi dengan adanya estrogen dalam jumlah besar, kemudian mengalami atrofi sebagai reaksi terhadap penghentian produksi estrogen dan serta perlepasan plasenta

3) Efek Oksitosin (Kontraksi)

Intensitas kontraksi uterus meningkat secara segera setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intrauterine yang sangat besar. Kontraksi dan retraksi otot uterin akan mengurangi suplai darah ke uterus. Proses ini akan membantu mengurangi bekas luka tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

c) Perubahan – perubahan normal pada uterus selama *post partum*

Tabel 2.1 perubahan normal ukuran uterus

Involusi uterus	Tinggi fundus uteri	Berat uterus	Diameter uterus	Palpasi cervik
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut/ lunak
7 hari (1 minggu)	Pertengahan antara pusat shympisis	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

Sumber : yanti, 2011

d) Lochea

Lochea adalah eksresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea berupa darah dan sisa jaringan desidua dari dalam uterus. Lochea mempunyai bau amis/anyir seperti darah menstruasi dan mempunyai perubahan – perubahan karena adanya proses involusi. Proses keluarnya darah nifas atau lochea dibagi menjadi 4 tahapan :

1) Lochea rubra/ merah (kruenta)

Lochea ini muncul pada hari ke 1 sampai hari ke 4 masa *post partum*. Cairan berwarna merah, mengandung darah segar, jaringan sisa – sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, rambut bayi (lanugo), dan mekonium.

2) Lochea sanguinoleta

Lochea ini berlangsung pada hari ke 4 sampai hari ke 7 *post partum*. Cairan berwarna kecoklatan dan berlendir.

3) Lochea serosa

Lochea ini berlangsung pada hari ke 7 sampai hari ke 14 *post partum*. Cairan ini berwarna kuning kecoklatan, mengandung serum leukosit dan robekan/ laserasi plasenta.

4) Lochea alba/ putih

Lochea ini berlangsung selama 2 sampai 6 minggu *post partum*. Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, sel lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

e) Cervik

Cervik mengalami involusi bersama sama- sama dengan uterus. Warna cervik sendiri merah kehitam- hitaman karena penuh dengan pembuluh darah, konsistensinya lunak . cervik tidak pernah kembali pada keadaan sebelum lahir, muara cervik yang berdilatasi 10 cm pada waktu persalinan akan menutup secara bertahap. Setelah bayi lahir tangan masih bisa masuk ke rongga rahim, setelah 2 jam dapat dimasuki 2-3 jari, dan pada minggu ke 6 *post partum* cervik menutup.

f) Ovarium dan Tuba Falopi

Setelah kelahiran plasenta, produksi estrogen dan progesterone menurun, sehingga menimbulkan mekanisme timbal balik dari siklus menstruasi. Dimana dimulainya kembali proses ovulasi sehingga wanita bisa hamil kembali.

g) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu *post partum*.

2. Perubahan Sistem Pencernaan

setelah kelahiran plasenta, maka terjadi pula penurunan produksi progesterone. Sehingga hal ini dapat menyebabkan *heartburn* dan konstipasi terutama dalam beberapa hari pertama. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diit atau makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup.

3. Perubahan Sistem Perkemihan

Diuresis dapat terjadi setelah 2-3 hari *post partum*. Hal ini salah satu pengaruh selama kehamilan dimana saluran urinaria mengalami dilatasi. Pengeluaran urine akan tertahan selama proses persalinan. Dikarenakan adanya trauma saat persalinan

berlangsung, dan ini dapat berkurang setelah 24 jam *post partum*. Kondisi ini kembali normal setelah 4 minggu *post partum*.

4. Perubahan Sistem Endokrin

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

5. Perubahan – perubahan Tanda – tanda Vital

a) Suhu Tubuh

24 jam *post partum* suhu badan akan naik sedikit (37,5 C – 38 C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan, apabila keadaan normal suhu badan akan biasa lagi. Pada hari ketiga suhu badan akan naik lagi karena ada pembentukan ASI, bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium, mastitis, traktus urogenitalis atau sistem lain.

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60 – 80 kali permenit. Biasanya sehabis melahirkan denyut nadi itu akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 adalah abnormal dan hal ini

mungkin disebabkan oleh infeksi atau pendarahan *post partum* yang tertunda.

c) Tekanan Darah

Kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena adanya pendarahan. Tekanan darah tinggi pada *post partum* dapat menandakan terjadinya preeklamsi *post partum*.

d) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Apabila suhu dan denyut nadi tidak normal pernafasan juga akan mengikutinya kecuali ada gangguan khusus pada saluran pernafasan.

6. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Cardia output meningkat selama persalinan dan berlangsung sampai kala III ketika volume darah uterus dikeluarkan. Penurunan terjadi pada beberapa hari pertama *post partum* dan akan kembali normal pada akhir minggu ke 3 *post partum*. Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300 – 400 cc, bila kelahiran melalui *sectio caesaria* kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah dan haemokonsentrasi akan naik dan pada *sectio caesaria* haemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal 4-6 minggu. Keadaan ini akan

menimbulkan beban pada jantung dan dapat menimbulkan dekomposisi kordis pada penderita vitium cordia.

7. Perubahan Sistem Hematologi

Leukositosis mungkin terjadi selama persalinan, sel darah merah bekisar 15.000 selama persalinan. Peningkatan sel darah putih berkisaran antara 25.000 – 30.000 merupakan manifestasi adanya infeksi pada persalinan lama, dapat meningkat pada awal nifas yang terjadi bersamaan dengan peningkatan tekanan darah, volume plasma dan sel darah merah.

8. Perubahan Sistem Musculokeletal

Ligament, fasia dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir berangsur-angsur menjadi cuit dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan mengalami retrofleksi karena ligament rotundum menjadi kendur. Stabilitas secara sempurna terjadi pada 6 – 8 minggu setelah persalinan. sebagai akibat putusya serat – serat elastis kulitan distensi yang berangsur lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu pemulihan dibantu dengan latihan.

2.3.4 Adaptasi Psikologis Masa Nifas

Perubahan – perubahan psikologis masa nifas menurut Yanti dan Sundawati (2011), sebagai berikut:

1. Fase *taking in*

Fase ini merupakan fase ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri.

2. Fase *taking hold*

Fase ini berlangsung antara 3 – 10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawab dalam merawat bayi, perasaan ibu sangat sensitif sehingga mudah tersinggung.

3. Fase *letting go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya.

2.4 Konsep nyeri

2.4.1 Definisi Nyeri

Menurut Arthur C. Curton (1983) dalam prasetyo (2010) mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme proteksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang rusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri.

2.4.2 Penyebab Nyeri

Nyeri terjadi karena adanya stimulasi nyeri, antara lain:

1. Fisik (Termal, Mekanik, elektrik)
2. Kimia

Apabila ada kerusakan pada jaringan akibat adanya kontinuitas jaringan yang terputus, maka histamin, bradikinin, serotonin, dan prostaglandin, akan diproduksi oleh tubuh sehingga zat – zat kimia ini menimbulkan rasa nyeri.

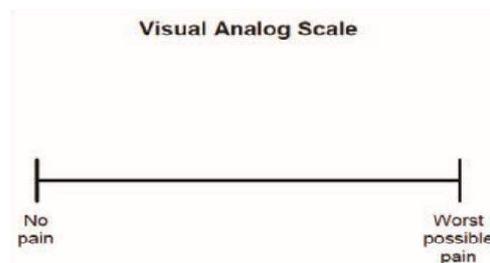
2.4.3 Intensitas Nyeri

1. *Visual Analog Scale (VAS)*

Skala analog visual (VAS) adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Skala linier ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter. Tanda pada kedua

ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala dapat dibuat vertikal atau horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya/ reda rasa nyeri. Digunakan pada pasien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaannya sangat mudah dan sederhana. Namun, untuk periode pascabedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi (Yudiyanta & Novita,2015).

Gambar 2.2
Visual Analog scale



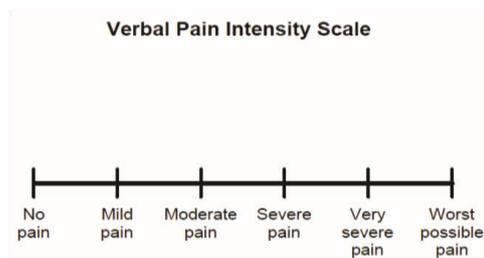
Sumber: *yudiyanta & novita 2015*

2. Verbal Rating Scale (VRS)

Skala ini menggunakan angka-angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Dua ujung ekstrem juga digunakan pada skala ini, sama seperti pada VAS atau skala reda nyeri. Skala numerik verbal ini lebih bermanfaat pada periode pascabedah, karena secara alami verbal/kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Skala verbal menggunakan kata-kata

dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/ nyeri hilang sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri.

Gambar 2.3
Verbal Pain Intensity Scale

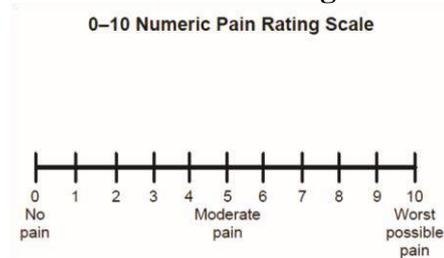


Sumber : *yudiyanta & novita 2015*

3. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesik.

Gambar 2.4
Numeric Pain Rating Scale



Sumber: *yudiyanta & novita 2015*

4. Wong Baker Pain Rating Scale

Digunakan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka.

Gambar 2.5
Wong Baker Pain Rating Scale



Sumber : *yudiyanta & novita 2015*

2.4.4 Klasifikasi Nyeri

1. Klasifikasi Nyeri berdasarkan waktu

a) 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 sampai berat), dan berlangsung untuk waktu singkat.

nyeri akut dapat dijelaskan sebagai nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan. Nyeri akut dapat berhenti dengan sendirinya (*self-limiting*) dan akhirnya menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang terjadi kerusakan. Nyeri akut berdurasi singkat (kurang dari 6 bulan), memiliki onset yang tiba – tiba, dan terlokalisasi.

Nyeri akut biasanya disebabkan trauma bedah atau inflamasi. Kebanyakan orang pernah mengalami nyeri jenis ini, seperti pada saat sakit kepala, sakit gigi, terbakar, termasuk duri, pasca persalinan, pasca pembedahan, dan lain sebagainya.

b) Nyeri Kronik

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

Nyeri kronik dibagi menjadi dua, yaitu nyeri kronik nonmalignan dan malignan (Potter & Perry, 2013). Nyeri kronis nonmalignan merupakan nyeri yang timbul akibat cedera jaringan yang tidak progresif atau yang sembuh, bisa timbul tanpa penyebab yang jelas misalnya nyeri pinggang bawah, dan nyeri yang

didasari atas kondisi kronis. Sementara nyeri kronis malignan yang disebut juga nyeri kanker memiliki penyebab nyeri yang dapat diidentifikasi, yaitu terjadi akibat perubahan pada saraf. Nyeri kronik biasanya di temukan di penderita nyeri kanker, artritis, neuralgia trigeminal.

2. Klasifikasi nyeri berdasarkan Asal

a) Nyeri Nosisseptif

Nyeri nosisseptif (*nociceptive pain*) merupakan nyeri yang diakibatkan oleh aktivitas atau sensitisasi nosisseptor perifer yang merupakan reseptor khusus yang mengantarkan stimulus *noxius*. Nyeri nosisseptif perifer dapat terjadi karena adanya stimulus yang mengenai kulit, tulang, sendi, otot, jaringan ikat, dan lain- lain. Hal ini dapat terjadi pada nyeri *post* operatif dan nyeri kanker.

Dilihat dari sifat nyerinya maka nyeri nosisseptif merupakan nyeri akut. Nyeri akut merupakan nyeri nosisseptif yang mengenai daerah periper dan letaknya lebih terlokalisasi.

b) Nyeri Neuropatik

Nyeri neuropatik merupakan hasil suatu cedera atau abnormalitas yang didapat pada struktur saraf perifer maupun sentral. Berbeda dengan nyeri nosisseptif, nyeri neuropatik bertahan lebih lama dan merupakan proses input saraf sensorik yang abnormal oleh sistem saraf perifer. Nyeri ini lebih sulit diobati. Pasien akan

mengalami nyeri rasa terbakar, *tingling*, *shooting*, *shock like*, *hypergesia*, atau *allodynia*. nyeri neuropatik dari sifat nyerinya merupakan nyeri kronis.

2.4.5 Fisiologi Nyeri

Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga nosireceptor, secara anatomis reseptor nyeri (nosireceptor) ada yang bermielien dan ada juga yang tidak bermielin dari syaraf perifer. Berdasarkan letaknya, nosireseptor dapat dikelompokkan dalam beberapa bagian tubuh yaitu pada kulit (Kutaneus), somatik dalam (deep somatic), dan pada daerah viseral, karena letaknya yang berbeda-beda inilah, nyeri yang timbul juga memiliki sensasi yang berbeda.

Nosireceptor kutaneus berasal dari kulit dan sub kutan, nyeri yang berasal dari daerah ini biasanya mudah untuk dialokasi dan didefinisikan. Reseptor jaringan kulit (kutaneus) terbagi dalam dua komponen yaitu :

1. Reseptor A delta

Merupakan serabut komponen cepat (kecepatan tranmisi 6-30 m/det) yang memungkinkan timbulnya nyeri

tajam yang akan cepat hilang apabila penyebab nyeri dihilangkan.

2. Serabut C

Merupakan serabut komponen lambat (kecepatan transmisi 0,5 m/det) yang terdapat pada daerah yang lebih dalam, nyeri biasanya bersifat tumpul dan sulit dilokalisasi. Struktur reseptor nyeri somatik dalam meliputi reseptor nyeri yang terdapat pada tulang, pembuluh darah, syaraf, otot, dan jaringan penyangga lainnya. Karena struktur reseptornya kompleks, nyeri yang timbul merupakan nyeri yang tumpul dan sulit dilokalisasi.

3. Reseptor nyeri

jenis ketiga adalah reseptor viseral, reseptor ini meliputi organ-organ viseral seperti jantung, hati, usus, ginjal dan sebagainya. Nyeri yang timbul pada reseptor ini biasanya tidak sensitif terhadap pemotongan organ, tetapi sangat sensitive terhadap penekanan, iskemia dan inflamasi.

2.4.6 Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri atau lebih dikenal dengan manajemen nyeri adalah suatu tindakan untuk mengurangi nyeri. Nyeri dibagi menjadi dua yaitu penatalaksanaan nyeri farmakologis dan non

farmakologis. Dalam dunia keperawatan manajemen nyeri dilakukan dengan tujuan mengurangi intensitas dan durasi keluhan nyeri, menurunkan kemungkinan berubahnya nyeri akut menjadi gejala nyeri kronis, mengurangi penderita ketidakberdayaan akibat nyeri, meminimalkan reaksi tak diinginkan, dan meningkatkan kualitas hidup pasien dan mengoptimalkan kemampuan pasien untuk menjalankan aktivitas sehari-harinya (Andarmoyo,2013).

1. Penatalaksanaan nyeri farmakologis

Merupakan tindakan yang dilakukan melalui kolaborasi dengan dokter. Analgesic merupakan metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri, ada tiga jenis analgesic seperti non- narkotik dan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID), analgesic narkotik atau opiate, dan obat tambahan (*adjuvant*). (Andarmoyo,2013)

2. Penatalaksanaan nyeri nonfarmakologis

Merupakan tindakan independen dari seorang perawat dalam mengatasi respons nyeri klien. manajemen nyeri nonfarmakologis sangat beragam seperti: terapi es dan panas/ kompres panas dan dingin, stimulasi saraf elektrik transkutan (TENS), distraksi (visual, audio, intelektual), relaksasi, imajinasi, hypnosis, akupuntur, *masase*.(Andarmoyo,2013)

2.4.7 Hasil Jurnal Nyeri Menggunakan Terapi Genggam Jari Pada Pasien *Post Sectio Caesarea* diruang Delima Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kertosono.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh puji dan eka tahun 2017 mengenai terapi genggam jari terhadap penurunan intensitas nyeri klien *post sectio caesarea* diruangan Delima Rumah Sakit Daerah Umum (RSU) Kertosono. Penelitian ini menggunakan metode pre eksperimen dan melakukan teknik relaksasi genggam jari selama 15 menit.

prosedur penatalaksanaan teknik relaksasi genggam jari dilakukan selama 15 menit dengan tahapan antara lain :

1. Duduk atau baring dengan tenang.
2. Genggam ibu jari tangan dengan telapak tangan sebelahnya apabila merasa khawatir yang berlebihan, genggam jari telunjuk dengan telapak tangan sebelahnya apabila merasa takut berlebihan, gengggam jari tengah dengan telapak tangan sebelahnya apabila merasa marah berlebihan, genggam jari manis dengan telapak sebelahnya apabila merasa sedih berlebihan dan genggam jari kelingking dengan telapak tangan sebelahnya apabila merasa stress berlebihan.
3. Tutup mata, fokus, dan tarik nafas perlahan dari hidung, hembuskan perlahan dengan mulut. Lakukan berkali-kali.

4. Katakan, “semakin rileks, semakin rileks, semakin rileks, semakin rileks”, dan seterusnya sampai benar-benar rileks.
5. Apabila sudah dalam keadaan rileks, lakukan hipnopuntur yang diinginkan seperti, “maafkan”, “lepaskan”, “tunjukkan yang terbaik”, “saya pasti bisa”, “saya yakin bahagia”, “saya ingin masalah cepat selesai”, “saya bisa mendapatkan yang lebih baik”, dan lain-lain sesuai dengan permasalahannya.
6. Gunakan perintah sebaliknya untuk menormalkan pikiran bawah sadar. Contohnya, “saya akan terbang dengan keadaan yang lebih baik”, “mata saya perintah untuk normal kembali dan dapat dengan mudah untuk dibuka”.
7. Lepas genggam jari dan usahakan lebih rileks.

Berdasarkan hasil penelitian, peneliti melakukan ini dengan 20 responden, diketahui dari hasil penelitian bahwa tingkat nyeri sebelum diberikan teknik relaksasi genggam jari mengalami nyeri sedang sebanyak 13 responden (65%), sedangkan setelah diberikan teknik relaksasi genggam jari mengalami nyeri ringan sebanyak 12 responden (60%). Di dapatkan hasil uji *Wilcoxon* didapatkan *p value* = $0,001 \leq 0,05$. Maka dapat disimpulkan terdapat penurunan skala nyeri sebelum dan sesudah diberikan relaksasi genggam jari.

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan

2.5.1 Pengkajian

1. Identitas Diri

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomor medical record, diagnosa medik (jitowiyono & kristiyanasari,2012)

2. Identitas penanggung jawab

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

3. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat kesehatan sekarang menurut Jitowiyono dan Kristiyanasari (2012) meliputi:

a. Keluhan Utama Masuk Rumah Sakit

Meliputi keluhan yang pertama kali dirasakan, penanganan yang pernah dilakukan sampai klien dibawa ke rumah sakit dan penanganan pertama yang dilakukan dirumah sakit.

b. Keluhan Utama Saat Dikaji

Meliputi keluhan klien atau yang berhubungan dengan gangguan penyakit saat itu dan keluhan yang dirasakan setelah klien operasi. Biasanya klien akan mengeluh nyeri pada luka operasi.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Meliputi penyakit yang lain yang dapat mempengaruhi penyakit sekarang, maksudnya apakah klien pernah mengalami penyakit yang sama (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012).

3) Riwayat Kesehatan keluarga

Meliputi penyakit yang diderita pasien dan apakah keluarga klien ada juga mempunyai riwayat persalinan yang sama (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012).

4. Riwayat Ginekologi dan Obstetri

1) Riwayat ginekologi

a) Riwayat menstruasi

Siklus haid, lamanya haid, banyaknya darah (warna, cair atau gumpalan, dan bau), *menarche disminorhae* dan HPHT, taskiran persalinan .

b) Riwayat perkawinan

Usia perkawinan, umur klien dan suaminya saat perkawinan, dan pernikahan yang keberapa dengan klien .

c) Riwayat keluarga berencana

Jenis kontasepsi yang klien gunakan sebelum klien hamil, waktu penggunaan dan lama menggunakannya, jenis alat kontasepsi yang digunakan setelah kehamilan dan apakah ada masalah selama menggunakan alat kontrasepsi ini .

2) Riwayat Obstetri

a) Riwayat Kehamilan Dahulu

Meliputi keluhan selama kehamilan sebelumnya dan masalah selama kehamilan sebelumnya .

b) Riwayat Kehamilan Sekarang

Usia kehamilan, keluhan selama hamil, masalah selama kehamilan, gerakan janin yang dirasakan klien pertamana klienya, imunisasi TT, perubahan berat badan selama kehamilan dan sebelum kehailan, keterangan tempat pemeriksaan kehamilan .

c) Riwayat Persalinan Dahulu

Pada persalinan dahulu klien meliputi: umur kehamilan, tanggal persalinan, jenis partus, tempat

melahirkan, berat badan bayi waktu melahirkan, dan keluhan persalinan .

d) Riwayat Persalinan sekarang

Merupakan jenis persalinan keberapa, tanggal persalinan, jenis persalinan, lamanya persalinan, berapa banyak pendarahan saat persalinn, jenis kelamin anak klien, berat badan bayi, panjang badan bayi, dan APGAR SCORE dalam 1 menit dan 5 menit pertama saat bayi lahir.

e) Riwayat masa nifas dahulu

Untuk masa nifas meliputi keluhan saat masa nifas .

f) Riwayat masa Nifas sekarang

Meliputi tentang berapa banyak pendarahan, kontaksi uterus, konsistensi uterus bisanya keras, dan tinggi fundus uteri setinggi pusat.

5. Pola Aktivitas Sehari – Hari

Menurut Andina (2018) pola aktivitas sehari – hari terbagi menjadi lima bagian yaitu :

1) Pola Nutrisi

Menggambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi banyaknya, jenis makanan.

2) Pola Eliminasi

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

3) Istirahat

Menggambarkan pola istirahat dan tidur klien, beberapa jam pasien tidur, kebiasaan sebelum tidur. Misalnya membaca, mendengarkan music, 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.

4) *Personal Hygiene*

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

5) 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 aktivitas berjalan, seberapa sering, apakah kesulitan, dengan bantuan atau sendiri.

6. Pemeriksaan Fisik

1) Pemeriksaan fisik ibu

a. Keadaan Umum

Pada ibu dengan *post* partum spontan biasanya kesadaran *compos mentis*, dan penampilan tampak baik

b. Tanda – tanda Vital

Mengkaji tekanan darah, pernafasan, suhu tubuh, dan denyut nadi klien. Pada tanda – tanda vital biasanya tekanan darah normal, atau ada juga menurun jika mengalami pendarahan banyak. Selain itu, nadi cenderung normal atau lebih cepat. Ada juga respirasi yang biasanya normal atau juga lebih lambat disebabkan ibu sedang dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Kemudian, suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,050 °C dari keadaan normal, dan apabila suhu meningkat hingga lebih dari 38 °C maka perlu diwaspadai adanya infeksi (Yanti,2011).

c. Antropometri

Mengkaji tinggi badan klien, berat badan klien sebelum hamil, berat badanklien ketika hamil, dan berat badan klien setelah melahirkan. Biasanya, pada ibu yang

baru melahirkan mengalami penurunan berat badan akibat keluarnya/ lahirnya bayi, plasenta, dan cairan amnion/ ketuban.

d. Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Perhatikan bentuk, distribusi rambut, bersih, warna rambut, adanya nyeri tekan dan lesi (Lowdermilk, 2013).

b) Wajah

Penampilan, ekspresi, nyeri tekan, adanya edema pada pipi atau pitting edema pada dahi, dan adanya kloasma gravidarum.

c) Mata

Warna konjungtiva, bentuk, pergerakan bola mata, reflek pupil terhadap cahaya, gangguan pada sistem penglihatan, fungsi penglihatan.

d) Telinga

Bentuk, kebersihan telinga, fungsi pendengaran, adakah gangguan pada fungsi pendengaran.

e) Hidung

Bentuk, kebersihan, pernafasan cuping hidung, ada tidak nyeri tekan, warna mukosa, dan fungsi penciuman.

f) Mulut

Keadaan mulut, mukosa bibir, keadaan gigi, jumlah gigi, pembesaran tonsil, dan nyeri pada saat menelan.

g) Leher

Ada tidak pembesaran tyroid dan limfe, nyeri saat menelan, ada tidak penikatan vena jugularis, ada tidak kaku kuduk.

h) Dada

Terdiri dari jantung, paru-paru dan payudara. Selama 24 jam pertama setelah melahirkan, terjadi sedikit perubahan di jaringan payudara. Kolostrum, cairan kuning jernih, keluar dari payudara. Payudara akan terasa hangat, keras dan agak nyeri. Beberapa ibu akan mengalami pembengkakan, kondisi ini bersifat sementara, sekitar 24 sampai 48 jam setelah melahirkan.

i) Abdomen

Pada hari pertama, tinggu fundus uteri kira-kira 1 jari dibawah pusat. Perhatikan adanya linea nigra masih terlihat, serta ada tidaknya hematoma dan infeksi sekitar luka insisi *sectio caesarea*.

j) Punggung dan bokong

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

k) Anus

Hemoroid (varises anus) umum ditemui. Hemoroid interna dapat terbuka saat ibu mengejan ketika melahirkan.

l) Genetalia

Kebersihan, ada tidaknya edema pada vulva, pengeluaran lochea rubra pada hari pertama dengan jumlah sedang dan sampai lochea sangunolenta pada hari ketiga dengan jumlah sedang berbau amis atau kadang tidak berbau.

m) Ekstremitas

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

2) Pemeriksaan fisik bayi

a. Keadaan Umum

Meliputi tampilan dan kesadaran bayi dilakukan dengan pemeriksaan APGAR score.

b. Antropometri

Meliputi pengukuran berat badan, panjang badan, lingkar kepala, lingkar dada, dan lingkar lengan atas.

7. Data Psikologi

1) Adaptasi Psikologis

Ada tiga periode adaptasi post partum yaitu :

a. *Taking in*

Fase ini merupakan fase ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri.

b. *Taking Hold*

Fase ini berlangsung antara 3 – 10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawab dalam merawat bayi, perasaan ibu sangat sensitif sehingga mudah tersinggung.

c. *Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya.

2) Konsep Diri

a. Gambaran Diri

Mengungkapkan tentang persepsi dan perasaan tentang bentuk dan ukuran penampilan dirinya. Pada umumnya klien *post partum* tidak mengeluh perubahan badannya selama kehamilan dan setelah persalinan.

b. Ideal Diri

Persepsi individu tentang bagaimana klien harus bersikap atau berperilaku berdasarkan standar, tujuan, keinginan atau nilai pribadi. Sebagian besar ibu mengatakan ingin cepat sembuh dan pulang kerumah supaya bisa beraktivitas seperti biasanya.

c. Harga Diri

persepsi klien tentang perasaannya setelah melahirkan. Sebagian umum Ibu dengan *post partum* tidak malu dengan keadaanya, melainkan ada rasa bahagia dan bangga bagi seorang ibu yang telah melahirkan anaknya.

d. Peran

Perilaku yang diharapkan secara sosial yang berhubungan dengan fungsi individu pada berbagai kelompok. Seorang ibu harus bisa merawat dan mendidik anak – anaknya .

e. Identitas Diri

Kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penilaian diri sendiri. Pada umumnya sebagian ibu mengungkapkan bahwa dirinya merupakan ibu dari anak – anaknya.

8. Data Sosial

Pada aspek ini perlu dikaji pola komunikasi dan interaksi interpersonal, gaya hidup, factor sosialkultural serta keadaan lingkungan sekitar dan rumah.

9. Data Spiritual

kaji cara klien melakukan ibadah sesuai dengan ajaran agama yang dianutnya.

10. Data penunjang

Data yang menunjang adanya kelainan atau komplikasi dari suatu penyakit yang meliputi pemeriksaan laboratorium, radiologi, dan lain –lainnya.

11. Terapi Pengobatan

Pengobatan pada ibu *post sectio caesarea* biasanya adalah antibiotik, antiipiuretik, dan analgetik jika diperlukan.

12. Analisa Data

analisa data merupakan tahap terakhir dari pengkajian untuk menentukan diagnosa keperawatan. Dalam mengumpulkan data dibedakan atas data subjektif dann data objektif.

2.5.2 Diagnosa keperawatan

Menurut Nurarif & Hardi (2015) bahwa diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu *post partum* dengan *sectio caesarea* adalah :

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas b.d obstruksi jalan napas (mokus dalam jumlah berlebih), jalan napas 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.

2.5.3 Intervensi keperawatan

Menurut Rohmah (2012) perencanaan adalah pengembangan rencana atau strategi desain untuk mencegah,

mengurangi, mengatasi masalah – masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnose keperawatan .

Menurut Nuranif & Kusuma (2015) Rencana Keperawatan pada diagnosa yang mungkin muncul dengan *sectio caesarea* adalah :

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

Tabel 2.2 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Ketidakefektifan bersihan jalan napas</p> <p>Definisi : ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan napas.</p> <p>Batasan</p> <p>Karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada batuk 2. Suara napas tambahan 3. Perubahan frekwensi napas 4. Perubahan irama napas 5. Sianosis 6. Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara 7. Penurunan bunyi napas 8. Dipsneu 9. Sputum dalam jumlah yang berlebihan 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Respiratory status : Ventilation ❖ Respiratory status : Airway patency <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih,tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) ❖ Menunjukkan jalan napas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama napas, frekuensi pernapasan dalam rentang normal, tidak ada suara napas abnormal) ❖ Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan napas 	<p>NIC</p> <p>Airway suction</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Auskultasi suara napas sebelum dan sesudah suctioning 2. Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning 3. Minta klien napas dalam sebelum suction dilakukan 4. Berikan O₂ dengan menggunakan nasal suksion nasotrakeal 5. Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan 6. Anjurkan pasien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal 7. Monitor status oksigen pasien 8. Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suksion 9. Hentikan suksion dan berikan oksigen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peninggian kepala tempat tidur memfasilitasi fungsi pernafasan dengan menggunakan gravitasi 2. Memberikan beberapa cara kepada klien untuk mengatasi dan mengendalikan dipsnea serta mengurangi udara yang terperangkap 3. Batuk dapat persistem, tetapi tidak efektif, terutama jika klien berusia lanjut mengalami sakit akut atau lemah 4. Hidrasi membatu

10. Batuk yang tidak efektif	apabila pasien menunjukkan	mengurangi viskositas
11. Orthopneu	bradikardi,	sekresi sehingga
12. Gelisah	peningkatan saturasi O ₂ , dll	memfasilitasi ekspektorasi
13. Mata terbuka lebar		
Faktor-faktor yang berhubungan :	Airway Management	
1. Lingkungan :	1. Buka jalan napas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu	
1) Perokok pasif	2. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi	
2) Mengisap asap	3. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan napas buatan	
3) Merokok	4. Pasang mayo bila perlu	
2. Obstruksi jalan napas :	5. Lakukan fisioterapi dada jika perlu	
1) Spasme jalan napas	6. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction	
2) Mokus dalam jumlah berlebihan	7. Auskultasi suara napas, catat adanya suara tambahan	
3) Eksudat dalam jalan alveoli	8. Lakukan suction pada mayo	
4) Materi asing dalam jalan napas	9. Berikan bronkodilator bila perlu	
5) Adanya jalan napas buatan	10. Berikan pelembab udara kassa basah NaCl lembab	
6) Sekresi bertahan / sisa sekresi	11. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan	
7) Sekresi dalam bronkhi	12. Monitor respirasi dan status O ₂	
3. Fisiologis :		
1) Jalan napas alergik		
2) Asma		
3) Penyakit paru obstruktif kronik		
4) Hiperplasi dinding bronkial		
5) Infeksi		
6) Disfungsi neuromuscular		

Sumber : Nurarif & Kusuma 2015 , Doengoes 2018

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

Tabel 2.3 Intervensi Nyeri Akut

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	Intervensi	Rasional
Definisi : Pengalaman sensori dan emosional	NOC	NOC	1. Nyeri merupakan subjektif. Pengkajian

yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau

digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the study of Pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dan intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan.

Batasan Karakteristik:

- Perubahan selera makan
- Perubahan tekanan darah
- Perubahan frekwensi jantung
- Perubahan frekwensi pernapasan
- Laporan isyarat
- Diaforesis
- Perilaku distraksi (mis,berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang)
- Mengekspresikan perilaku (mis, gelisah, merengek, menangis)
- Masker wajah (mis, mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus meringis)
- Sikap melindungi area nyeri
- Fokus menyempit (gangguan persepsi

1. Pain level
2. Pain control
3. Comfort level

Kriteria hasil:

- 1.Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
- 2.Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan teknik manajemen nyeri
- 3.Mampu mengenali nyeri (skal, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang

Pain management

- 1.Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi.
2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan
3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien
4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri
- 5.Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau
6. Evaluasi bersama klien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau.
7. Bantu klien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.
9. Kurangi faktor presipitasi nyeri.
10. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi.
11. Pilih dan lakukan

berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektivitas modifikasi dan kemajuan penyembuhan, perubahan karakteristik nyeri dapat mengindikasikan pembentukan abses atau peritonitis memerlukan evaluasi dan intervensi medis yang tepat dan cepat.

2. Isyarat non verbal dapat atau tidak dapat mendukung intensitas nyeri klien, tetapi mungkin merupakan satu-satunya indikator jika klien tidak dapat menyatakannya secara verbal.

3. Meningkatkan relaksasi dan dapat meningkatkan kemampuan coping klien dengan memfokuskan kembali perhatian

4. menurunkan laju metabolik dan iritasi usus dari toksin lokal dan bersirkulasi, yang membantu dalam meredakan nyeri dan meningkatkan penyembuhan, nyeri biasanya hebat dan memerlukan pengendalian nyeri opioid.

5. perubahan pada lokasi atau intensitas bukan tidak lazim terjadi, tetapi dapat mencerminkan perkembangan komplikasi. Nyeri cenderung menjadi konstan dan berdifusi ke seluruh abdomen

nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan

- Indikasi nyeri yang dapat diamati
- Perubahan posisi untuk menghindari nyeri
- Sikap tubuh melindungi
- Dilatasi pupil
- Melaporkan nyeri secara verbal
- Gangguan tidur

Faktor yang Berhubungan : Agen cedera (mis, biologis, zat kimia, fisik, psikologis)

penanganan nyeri (farmakologi dan interpersonal)

12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi

13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri

14. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri.

15. Tingkatkan istirahat.

16. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil.

17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri.

Analgesic Adminitrasi

18. Tentukan lokasi, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat.

19. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi.

20. Cek riwayat alergi

21. Tentukan pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal

22. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk mengobati nyeri secara teratur.

23. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali

24. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat

seiring percepatan proses inflamasi, nyeri dapat terlokalisasi jika abses terbentuk.

Evaluasi efektivitas
analgesik, tanda dan
gejala.

sumber : Nurarif. 2015 ; Herdman, 2018 ; Deonges 2018

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

Tabel 2.4 Intervensi ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	Intervensi	Rasional
Ketidakseimbangan kurang dari kebutuhan tubuh Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik Batasan karakteristik : <ul style="list-style-type: none"> • Kram abdomen • Nyeri abdomen • Menghindari makanan • Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal • Kerapuhan kapiler • Diare • Kehilangan rambut berlebihan • Bising usus hiperaktif • Kurang makanan • Kurang informasi • Kurang minat pada makanan • Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat • Kesalahan konsepsi • Kesalahan informasi 	NOC ❖ Nutritional Status : ❖ Nutritional Status : food and Fluid Intake ❖ Nutritional Status: nutrient Intake ❖ Weight control Kriteria Hasil: ❖ Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan ❖ Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan ❖ Mampu mengidentifikasi kasi kebutuhan nutrisi ❖ Tidak ada tanda-tanda malnutrisi	NIC Nutrition Management <ul style="list-style-type: none"> • Kaji adanya alergi makanan • Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien. • Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe • Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C 	1. Mengidentifikasi defisien dan kebutuhan untuk membantu dalam pilihan intervensi. 2. Bermanfaat dalam, mengkaji kebutuhan nutrisi klien akibat perubahan pada fungsi pencernaan dan usus, termasuk absorpsi vitamin dan mineral 3. Penyesuaian diri mungkin dibutuhkan untuk menghadapi penurunan kemampuan dalam memproses protein dan juga menurunkan nilai dan metabolisme

- Mambran mukosa pucat ❖ Menunjukkan
- Ketidakmampuan memakan makanan ❖ peningkatan fungsi pengecap dan menelan
- Tonus otot menurun ❖ Tidak terjadi
- Mengeluh gangguan sensasi rasa ❖ terjadi penurunan berat badan yang berarti
- Mengeluh asupan makanan kurang dan RDA (recommended daily allowance)
- Cepat kenyang setelah makan
- Sariawan rongga mulut
- Steatorea
- Kelemahan otot pengunyah
- Kelemahan otot untuk menelan
- Faktor Yang Berhubungan:
- Faktor biologis
- Faktor ekonomi
- Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrien
- Ketidakmampuan untuk mencerna makanan
- Ketidakmampuan menelan makanan
- Faktor psikologis
- Berikan substansi gula
- Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- dan tingkat aktivitas.
- 4. Penimbangan BB untuk memantau status nutrisi dan efektivitas intervensi.

(sumber : Nurarif. 2015 ; Herdman, 2018 ; Deonges 2018

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

Tabel 2.5 Ketidakefektifan pemberian ASI

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Intervensi	Kriteria Hasil	Rasional
Ketidakefektifan pemberian ASI	NOC NIC Breastfeeding asistence		1. Upaya peningkatan produksi ASI, nutrisi,

Definisi: ketidakpuasan atau kesulitan ibu, bayi, atau anak menjalani proses pemberian ASI

Batasan Karakteristik:

- Ketidakadekuatan suplai ASI
- Bayi melengkung menyesuaikan diri dengan payudara
- Bayi menangis pada payudara
- Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusui
- Bayi rewel dalam jam pertama setelah menyusui
- Ketidakmampuan bayi untuk latch-on pada payudara ibu secara tepat
 - Menolak latching on
 - Tidak responsive terhadap kenyamanan lain
 - Ketidakcukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui
 - Ketidakcukupan kesempatan untuk mengisap payudara
 - Kurang menambah berat badan bayi
 - Tidak tampak tanda pelepasan ositosis

❖ Breastfeeding ineffective

❖ Breathing Pattern Ineffective

❖ Breastfeeding interrupted

Kriteria Hasil:

❖ Kemandapan pemberian ASI : Bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI

❖ Kemandapan 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

❖ Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi

bayi/todler

❖ Diskontinuitas progresif pemberian ASI

❖ Pengetahuan Pemberian ASI : tingkat pemahaman yang ditunjukkan

- Evaluasi pola menghisap / menelan bayi

- Tentukan Keinginan Dan Motivasi Ibu untuk menyusui

- Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (misalnya reflex rooting, menghisap dan

terjaga)

- Kaji kemampuan bayi untuk *latch-on* dan menghisap secara efektif

- Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting

- Pantau integritas kulit puting ibu

- Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi

Breast Examination Lactation Supresion

- Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI

- Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara

peningkatan frekuensi menyusui.

2. Untuk mengetahui gambaran dan motivasi ibu menyusui.

3. Dapat mengetahui kesenjangan proses pemberian ASI.

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.

5. Untuk mengetahui kemampuan teknik menyusui yang dilakukan oleh ibu nifas.

6. identifikasi atau intervensi dini dapat mencegah/ membatasi terjadinya luka dan pecah puting, yang dapat merusak proses menyusui.

7. Dapat mengetahui kesenjangan kondisi ibu dalam intervensi.

8. Melihat berat badan dan proses eliminasi bayi apakah sudah berespon dengan baik.

9. untuk membantu mempertahankan pemberian ASI

10. Menambah wawasan di bidang promosi kesehatan untuk menggalakkan ibu menyusui dan teknik memompa ASI
11. Untuk meningkatkan informasi dalam pencairan ASI dan menghindari

<ul style="list-style-type: none"> • Tampak ketidakadekuatan asupan susu • Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui • Penurunan berat badan bayi • Tidak mengisap payudara terus-menerus 	<p>megenal laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera ibu mengindikasikan kepuasan terhadap ASI ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting mengenali tanda-tanda penurunan suplay ASI</p>	<p>mengumpulkan dan menyimpan</p> <p>ASI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan pengasuh bayi mengenai topik-topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran memberi susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang - Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula <p>Apabila penyapihan diperlukan informasikan ibu mengenai kembalinya proses ovulasi dan seputar alat kontrasepsi yang sesuai</p> <p>Lactation Counseling</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian <p>ASI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu <p>Diskusikan metode alternative pemberian makan bayi</p>	<p>pemberian susu formula. (deonges, 2018)</p>
--	---	---	--

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

5. Gangguan eliminasi urine

Tabel 2.6 Gangguan Eliminasi Urine

Daignosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	Intervensi	rasional
Diagnosa Keperawatan Gangguan Eliminasi Urine	NOC	NIC Urinary Retention Care	1. Pola berkemih mengidentifikasi karakteristik fungsi

Definisi : Disfungsi eliminasi urine	❖ Urinary elimination	- Lakukan penilaian kemih yang komprehensif	kandung kemih, termasuk efektivitas pengosongan
Batasan Karakteristik:	❖ Urinary Continence	berfokus pada inkontinensia (misalnya, output urine, pola berkemih)	kandung kemih, fungsi ginjal dan keseimbangan cairan.
• Disuria		kemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten)	2. perubahan karakteristik urine dapat mengidentifikasi ISK dan meningkatkan risiko sepsis. Daptik multistrip dapat memberikan penentuan nilai pH, nitrit, leukosit estrase secara cepat yang menunjukkan keberadaan infeksi atau penyakit perkemihan
• Sering berkemih		- Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau properti alpha agonis	3. pemindaian kandung kemih bermanfaat dalam menentukan residu pasca berkemih. Selama fase akut, kateter indwelling digunakan untuk mencegah retensi urine dan memantau keluaran urine. Kateterisasi intermitten mungkin di implementasikan untuk mengurangi komplikasi yang berhubungan dengan penggunaan kateter indwelling jangka panjang (Deonges, 2018)
• Anyang-anyangan	Kriteria Hasil:		
• Inkontinensia	❖ Kandung kemih kosong secara penuh		
• Nokturia	❖ Tidak ada residu urine > 100-200 cc		
• Retensi	❖ Intake cairan dalam rentang normal		
• Dorongan	❖ Bebas dari ISK		
Faktor Yang Berhubungan :	❖ Tidak ada spasme bladder		
F. Obstruksi anatomic	❖ Balance cairan seimbang		
G. Penyebab multiple			
H. Gangguan sensori motorik			
I. Infeksi saluran kemih			

(Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015, Deonges 2018)

6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

Tabel 2.7 Intervensi Gangguan Pola tidur

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	Intervensi	rasional
Gangguan pola tidur	NOC	NIC Sleep Enhancement	1.Mengkaji perlunya dan

<p>Definisi:Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal</p> <p>Batasan Karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan pola tidur normal • Penurunan kemampuan berfungsi • Ketidakpuasan tidur • Menyatakan sering terjaga • Meyatakan tidak mengalami kesulitan tidur • Menyatakan tidak merasa cukup istirahat <p>Faktor Yang Berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kelembaban lingkungan sekitar • Suhu lingkungan sekitar • Tanggung jawab memberi asuhan • Perubahan pejanan terhadap cahaya gelap • Gangguan(mis.,untuk tujuan terapeutik, pemantauan, pemeriksaan laboratorium) • Kurang kontrol tidur • Kurang privasi, Pencahayaan • Bising, Bau gas • Restrain fisik, Teman tidur • Tidak familier dengan prabot tidur 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Anxiety reduction ❖ Comfort level ❖ Pain level ❖ Rest : Extent and Pattern ❖ Sleep : Extent an Pattern <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari ❖ Pola tidur, kualitas dalam batas normal ❖ Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat ❖ Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur • Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat • Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca) • Ciptakan lingkungan yang nyaman • Kolaborasikan pemberian obat tidur • Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien • Instruksikan untuk memonitor tidur pasien • Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur • Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam 	<p>mengidentifikasi intervensi yang tepat.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Meningkatkan kenyamanan tidur serta dukungan fisiologis/ psikologis. 3. Bila rutinitas baru seperti membaca buku mengandung aspek sebanyak kebiasaan lama, stress dan ansietas yang berhubungan dapat berkurang. 4. Mungkin di berikan untuk membantu klien istirahat selama periode transisi dari rumah ke lingkungan baru. 5. Menurunkan kemungkinan bahwa teman sekamar yang dapat menunda klien untuk terlelap atau menyebabkan terbangun
--	--	---	--

(Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015, Deonges 2018)

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

Tabel 2.8 Resiko infeksi

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	Intervensi	rasional
----------------------	---------------------	------------	----------

<p>Risiko Infeksi Definisi : Mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik Faktor Resiko :</p>	<p>NOC ❖ Immune Status ❖ Knowledge : Infection control ❖ Risk control</p>	<p>NIC Infection Control (Kontrol infeksi) - Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain -</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menurunkan resiko kontaminasi 2. Membatasi introduksi ke dalam tubuh, deteksi dini/ pengobatan terjadinya infeksi dan dapat mencegah sepsis. 3. Menurunkan kolonisasi bakteri dan resiko ISK asenden. 4. Memastikan infeksi dan identifikasi organisme khusus, membantu pemulihan pengobatan infeksi paling efektif. 5. Demam dan peningkatan nadi dan pernapasan adalah tanda peningkytan laju metabolik dari proses inflamasi, meskipun sepsis dapat terjadi tanpa respons demam
<ul style="list-style-type: none"> • Penyakit kronis. • Diabetes melitus • Obesitas • Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pamanjanan patogen. • Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat. • Gangguan peritalsis • Kerusakan integritas kulit (pemasangan kateter intravena, prosedur invasif) <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan sekresi pH • Penurunan kerja siliaris • Pecah ketuban dini • Pecah ketuban lama • Merokok • Stasis cairan tubuh • Trauma jaringan (mis, trauma destruksi jaringan) • Ketidakadeguan pertahanan sekunder <ul style="list-style-type: none"> • Penurunan hemoglobin • Imunosupresi (mis, imunitas didapat tidak adekuat, agen farmaseutikal termasuk imunosupresan, steroid, antibodi monoklonal, imunomodulator) • Supresi respon inflamasi • Vaksinasi tidak adekuat 	<p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi ❖ Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya ❖ Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi ❖ Jumlah leukosit dalam batas normal ❖ Menunjukkan perilaku hidup sehat 	<p>- Pertahankan teknik isolasi</p> <p>- Batasi pengunjung bila perlu</p> <p>- Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan Pasien</p> <p>- Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan</p> <p>- Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</p> <p>- Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung</p> <p>- Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat</p> <p>- Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum</p>	

- Pemajanan terhadap patogen lingkungan Meningkatkan
- Wabah
- Prosedur invasif
- Malnutrisi

(Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015, Deonges 2018)

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

Tabel 2.9 Defisit perawatan diri

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	Intervensi	rasional
Defisit perawatan diri mandi Definisi : hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi / aktivitas perawatan diri untuk diri sendiri. Batasan karakteristik : <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi • Ketidakmampuan mengeringkan tubuh • Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi • Ketidakmampuan menjangkau sumber air • Ketidakmampuan mengatur air mandi • Ketidakmampuan membasuh tubuh Faktor Yang Berhubungan : <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan kognitif • Penurunan motivasi • Kendala lingkungan 	NOC ❖ Activity Intolerance ❖ Mobility: physical Impaired ❖ Self Care Deficit Hygiene ❖ Sensory perception, Auditory disturbed. Kriteria hasil : ❖ Perawatan diri ostomi : tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi ❖ Perawatan diri : Aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu ❖ Perawatan diri Mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	NIC Self-Care Assistance: Bathing / Hygiene - Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri. - Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri - Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan - Tempat handuk, sabun, deodoran, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan di samping tempat tidur atau di kamar mandi - 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. 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. 3. Memberikan keamanan ketika klien mampu bergerak mengelilingi ruangan, mengurangi risiko tersandung akibat terjatuh.

- Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh
 - Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial
 - Gangguan muskuloskeletal
 - Gangguan neuro muskular
 - Nyeri
 - Gangguan persepsi
 - Ansietas berat
- ❖ Perawatan diri hygiene : mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu
 - ❖ Perawatan diri Hygiene oral : mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu
 - ❖ Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi
 - ❖ Membersihkan dan mengeringkan tubuh
 - ❖ Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral
- Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal
 - Memfasilitasi gigi pasien menyikat
 - Memfasilitasi diri mandi pasien, sesuai
 - Memantau pembersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien
 - Memantau integritas kulit pasien
 - Menjaga kebersihan ritual
 - 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
 - Mendorong orang tua / keluarga partisipasi, dalam kebiasaan tidur biasa
 - Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri.

(Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015, Deonges 2018)

9. Konstipasi

Tabel 2.10 Intervensi Konstipasi

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	Intervensi	rasional
<p>Konstipasi</p> <p>Definisi: Penurunan pada frekuensi normal pada defekasi yang disertai oleh kesulitan atau pengeuaran tidak lengkap fekes atau pengeluaran fekes yang kering, keras dan banyak.</p> <p>Batasan</p> <p>Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri abdomen • Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot • Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resistensi otot • Anoreksia • Penampilan tidak khas pada lansia (misal: perubahan pada status mental, inkontinensia urinarius, jatuh yang tidak penyebabnya, peningkatan suhu) • Borborigmi • Darah merah pada fekes • Perubahan pada pola defekasi • Penurunan frekuensi • Penurunan volume fekes • Distensi abdomen • Rasa rektal penuh • Rasa tekanan rektal 	<p>NOC</p> <p>❖ Bowel elamination</p> <p>❖ Hidrasi</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <p>❖ Mempertahankan bentuk fekes lunak setiap 1-3 hari.</p> <p>❖ Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi</p> <p>❖ Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi</p> <p>❖ Feses lunak dan berbentuk.</p>	<p>NIC</p> <p>Constipation/impaction management</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda dan gejala konstipasi • Monitor bising usus • Monitor fekes : frekuensi, konsistensi dan volume • Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising us • Monitor tanda dan gejala ruptur usus/peritonitis • Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi • Dukung intake cairan • Pantau tanda dan gejala konstipasi • Pantau tanda dan gejala impaksi • Memantau gerakan usus, termasuk konsistensi, frekuensi, bentuk, volume, 	<p>1. Distensi abdomen dan ketiadaan bising usus mengindikasikan bahwa usus tidak berfungsi. Kemungkinan penyebab dapat berupa hilangnya inervasi parasimpatik sistem gasreointestinal secara mendadak.</p> <p>2. Makanan padat tidak dimulai hingga bising usus kembali, flatus keluar dan bahaya pembentukan ileus telah berkurang</p> <p>3. Mungkin diperlukan untuk mengurangi distensi abdomen dan meningkatkan pengembalian kebiasaan usus normal.</p>

- Keletihan umum
 - Feses keras dan berbentuk
 - Sakit kepala
 - Bising usus hiperaktif
 - Bising usus hipoaktif
 - Peningkatan tekanan abdomen
 - Tidak dapat makan, mual
 - Rembesan feses cair
 - Nyeri pada saat defekasi
 - Massa abdomen yang dapat diraba
- dan warna.
- Memantau bising usus
 - Anjurkan pasien atau keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses.
 - Anjurkan pasien atau keluarga untuk diet tinggi serat
 - Timbang pasien secara teratur
 - Timbang pasien secara teratur.
 - Ajarkan pasien dan keluarga tentang proses pencernaan yang normal.
 - Ajaran pasien/keluarga tentang kerangka waktu Untuk revolusi
 - sembelit

(Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015, Deonges 2018)

10. Resiko syok (hipovolemik)

Tabel 2.11 Intervensi Resiko Syok

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	Intervensi	rasional
Resiko syok	NOC	NIC	
Definisi : Beresiko terhadap ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Syok prevention ❖ Syok management 	<p>Syok prevention</p> <p>- Monitor status sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme, nadi perifer, dan kapiler refill.</p>	<p>1. Vasokontriksi adalah respon simpatis untuk menurunkan volume sirkulasi dan dapat terjadi sebagai efek samping pemberian vasoprepsis.</p> <p>2. Disritmia dan perubahan iskemik dapat terjadi hipotensi, hipoksia, asidosis, ketidakseimbangan elektrolit, atau pendinginan dekat jantung lavase salin dingin digunakan untuk mengontrol perdarahan.</p> <p>3. Mengidentifikasi hipoksemia dan efektivitas serta kebutuhan terapi.</p>
Faktor Resiko :	Kriteria Hasil:		
<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensi • Hipovolemi • Hipoksemia • Hipoksia • Sepsis • Sindrom respons inflamasi sistemik 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 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 normal ❖ Kalium serum dalam batas normal ❖ Klorida serum dalam batas normal ❖ Kalsium serum dalam batas normal ❖ Magnesium serum dalam batas normal ❖ PH darah serum dalam batas normal ❖ Hidrasi ❖ Indicator : ❖ Mata cekung tidak ditemukan ❖ Demam tidak ditemukan 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda inadekuat oksigenasi jaringan • Monitor suhu dan pernafasan • Monitor input dan output • Pantau nilai labor : HB, HT, AGD dan elektrolit • Monitor hemodinamik invasi yng sesuai • Monitor tanda dan gejala asites • Monitor tanda awal syok • Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat • Lihat dan pelihara kepatenan jalan • Nafas • Berikan cairan IV dan atau oral yang tepat • Berikan vasodilator yang tepat 	

- ❖ Tekanan darah dalam batas normal
 - ❖ Hematokrit dalam batas normal
- Ajarkan keluarga dan pasien tentang
 - tanda dan gejala datangnya syok
 - Ajarkan keluarga dan pasien tentang
 - langkah untuk mengatasi gejala syok
 - Syok management
 - Monitor fungsi neurologis
 - Monitor fungsi renal (e.g BUN dan Cr : Level)
 - Monitor tekanan nadi
 - Monitor status cairan, input, output
 - Catat gas darah arteri dan oksigen
 - Dijaringan
 - Monitor EKG, sesuai
 - Memanfaatkan pemantauan jalur arteri untuk meningkatkan akurasi
 - pembacaan tekanan darah, sesuai
 - Menggambar gas darah arteri dan
 - memonitor jaringan oksigenasi
 - Memantau tren dalam parameter hemodinamik (misalnya, CVP, MAP,
 - tekanan kapiler pulmonal / arteri)
 - Memantau faktor penentu pengiriman jaringan oksigen
-

- (misalnya, PaO₂ kadar hemoglobin SaO₂, CO), jika tersedia
- Memantau tingkat karbon dioksida
 - sublingual dan / atau tonometry
 - lambung, sesuai
 - Memonitor gejala gagal pernafasan
 - (misalnya, rendah PaO₂ peningkatan PaCO₂ tingkat, kelelahan otot pernafasan)
 - Monitor nilai laboratorium (misalnya, CBC dengan diferensial) koagulasi profil,ABC, tingkat laktat, budaya, dan profil kimia)
 - Masukkan dan memelihara besarnya
 - kobosanan akses IV

(Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015, Deonges 2018)

11. Resiko pendarahan

Tabel 2.12 Intervensi Resiko Perdarahan

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	intervensi	Rasional
Resiko perdarahan Definisi : Beresiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan. Faktor Resiko : • Aneurisme • Sirkumsisi • Defisiensi pengetahuan	NOC ❖ Blood lose severity ❖ Blood koagulation Kriteria Hasil:	NIC Bleeding precautions • Monitor ketat tanda-tanda perdarahan • Catat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan • Monitor nilai lab (koagulasi) yang	1. Tentukan lokasi perdarahan. 2. Perubahan TD dan denut nadi dapat digunakan untuk menentukan perkiraan kasar kehilangan darah, TD kurang dari 90 mmHg dan denyut nadi lebih dari 10

- Koagulopati intravaskuler diseminata
 - Riwayat jatuh
 - Gangguan gastrointestinal (mis., penyakit ulkus lambung, polip, varises)
 - Gangguan fungsi hati (mis, sirosis, hepatitis)
 - Koagulopati inheren (mis, trombositopenia)
 - Komplikasi pascapartum (mis, atoni uteri, retensi plasenta)
 - Komplikasi terkait kehamilan (mis, plasenta previa, kehamilan mola, solusio plasenta)
 - Trauma
 - Efek samping terkait terapi (mis, pembedahan, pemberian obat, pemberian produk darah defisiensi trombosit, kemoterapi)
- ❖ Tidak ada hematuria dan hematemesis
 - ❖ Kehilangan darah yang terlihat
 - ❖ Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastole
 - ❖ Tidak ada perdarahan pervagina
 - ❖ Tidak ada distensi abdominal
 - ❖ Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal
 - ❖ Plasma, PT, PTT dalam batas normal
- meliputi PT, PTT, trombosit
 - Monitor TTV ortostatik
 - Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif
 - Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresh frozen plasma)
 - Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan
 - Hindari mengukur suhu lewat rectal
 - Hindari pemberian aspirin dan anticoagulant
 - Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K
 - Hindari terjadinya konstipasi dengan
 - menganjurkan untuk mempertahankan intake cairan yang adekuat dan pelembut feses
 - Bleeding reduction
 - Identifikasi penyebab perdarahan
 - Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonary capillary / artery wedge pressure)
 - Monitor status cairan yang meliputi intake dan output
 - Monitor penentu pengiriman oksigen ke jaringan (PaO₂, SaO₂ dan level Hb dan cardiac output)
 - Pertahankan patensi IV line
 - Bleeding reduction: wound/luka
- menandakan penurunan volume 15-30%, atau kira kira 1.000 mL hipotensial postural mencerminkan penurunan volume sirkulasi.
3. Membantu menentukan kebutuhan penggantian darah dan memantau efektivitas terapi.
 4. Aktivitas muntah dapat menyebabkan tekanan intra abdomen dan dapat memicu perdarahan lebih lanjut.
 5. Penggantian cairan dengan larutan kristaloid isotonik bergantung pada derajat hipovolemik dan durasi perdarahan.
-

- Lakukan manual pressure (tekanan) pada area perdarahan
- Gunakan ice pack pada area perdarahan

(Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015, Deonges 2018)

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

Tabel 2.13 Intervensi defisit pengetahuan

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	Intervensi	rasional
<p>Definisi : Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perilaku hiperbola • Ketidakakuratan mengikuti perintah • Ketidakakuratan mengikutites(mis., hysteria, bermusuhan, agitasi, apatis) • Pengukuran masalah Faktor yang berhubungan: • Keterbatasan kognitif • Salah intepretasi informasi • Kurang pajanan • Kurang minat dalam belajar • Kurang dapat mengingat • Tidak familiar dengan sumber informasi 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Knowledge : disease proses ❖ Knowledge : healt beavior <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tetang penyakit, kondisi, prognosis, program pegobatan. ❖ Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secar benar. ❖ Pasien dan keluarga mamu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya. 	<p>NIC</p> <p>Treching : disease proses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik • Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat. • Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat • Identifikasi kemampuan penyebab dengan cara yang tepat • Sediakan informasi padapatient tentang kondisi dengan cara yang tepat • Hindari jaminan yang kosong • Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. sediakan pengetahuan dasar dimana klien dapat membuat pilihan. 2. Meningkatkan kompetensi perawatan diri dan meningkatkan kemandirian. 3. Mengurangi potensial infeksi yang diperoleh. 4. Meningkatkan dukungan untuk klien selama periode penyembuhan dan memberikan evaluasi tambahan pada kebutuhan yang sdang berjalan atau berikan perhatian.

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

(Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015, Deonges 2018)

2.5.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi atau pelaksanaan menggambarkan kegiatan yang dibuat sesuai dengan kondisi, kebutuhan, dan permasalahan agar dapat diatasi dengan tujuan yang ingin dicapai, Tindakan ini berdasarkan tingkat ketergantungan klien post operasi seksio sesraea, (Maryunani , 2015)

2.5.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan hasil akhir yang diharapkan pada ibu *post partum* spontan dengan pervaginam adalah mampu mempertahankan kebutuhan perawatan diri, mampu mengatasi defisit perawatan diri, dan dapat meningkatkan kemandirian. Masalah kektidaknyamanan fisik akibat persalinan dapat teratasi (Maryunani, 2015).