

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

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh :

Cahya Sari Murti

AKX.17.016



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

2020

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Cahya Sari Murti
NPM : AKX.17.016
Program Studi : D III Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD dr Slamet Garut

Menyatakan

1. Menyatakan bahwa tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah di ajukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di Program Studi D III keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung maupun perguruan tinggi lainnya.
2. Tugas Akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat / jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku diperguruan tinggi

Prabumulih, 24 Juni 2020
yang membuat pernyataan



Cahya Sari Murti
AKX.17.016

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

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

**OLEH :
CAHYA SARI MURTI
AKX.17.016**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh panitia penguji pada tanggal seperti tertera di bawah ini :

Bandung, 25 Agustus 2020

Menyetujui

Pembimbing utama



Ingrid Dirgarahayu, S.Kp., M.KM

NIK: 10104019

Pembimbing kedua



Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners

NIK : 10114149

Mengetahui

Prodi D III Keperawatan



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

NIK : 02001020009


**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI APENDEKTOMI
DENGAN MASALAH NYERI AKUT DI RUANGAN MELATI LANTAI IV
RSUD DR SOEKARDJO TASIKMALAYA**

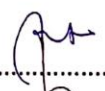
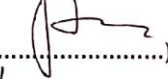
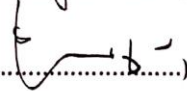
**OLEH
WINDA AMALIA SARI
AKX.17.088**

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 20 Juni 2020

PANITIA PENGUJI

Ketua : Vina Vitniawati, S.Kep., Ners., M.Kep (.....)
(Pembimbing Utama)

Anggota :

- 1. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep** (.....)
(Penguji I)
- 2. Drs. H. Rachwan H, BscAn., M.Kes** (.....)
(Penguji II)
- 3. Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep** (.....)
(Pembimbing Pendamping)

Mengetahui,

Dekan Fakultas Keperawatan


Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep
NIK : 02007020132

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 Ruang Kalimaya Bawah RSUD dr Slamet Garut” 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 terimakasih 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 Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, MH.Kes,. Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana Bandung.
3. Rd. Siti Jundiah, S,Kp.,M.Kep, selaku Dekan Fakultas Keperawatan
4. Dede Nur Aziz Muslim, S,Kep.,Ners.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
5. Ingrid Dirgahayu, S.Kp.,M.KM selaku pembimbing utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners., selaku pembimbing kedua yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Staf dosen dan karyawan program studi DII Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik.
8. Dr. H. Husodo Dewo Adi Sp.OT selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum dr.Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.

9. Deti Fuji Adiati, S.Kep.,Ners., selaku CI Ruangan Kalimaya Bawah yang telah memberikan bimbingan selama praktek keperawatan di RSUD Dr.Slamet Garut.
10. Ny.D dan Ny.T selaku Responden serta Keluarga Responden yang telah bekerja sama dengan penulis dan menerima penulis dengan baik selama pemberian asuhan keperawatan.
11. Untuk kedua Orang Tua yaitu Ayahanda Rebo dan Ibunda Yatini, serta kakak saya yaitu Endang Retno Wahyuni, yang telah memberikan dorongan serta dukungan dengan tulus, selalu menemani demi keberhasilan bagi penulis.
12. Sahabat-sahabatku Dian, Illafin, Mardiana, Nada, Ryla, dan Winda yang selalu saling memberikan motivasi dan berjuang bersama selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.
13. Seluruh teman Anestesi Angkatan XIII yang telah berjuang bersama selama tiga tahun menjalani perkuliahan dan memberikan dukungan motivasi dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
14. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu

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

Prabumulih, Juni 2020

Penulis

ABSTRAK

Latar belakang : Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2014 bahwa *section caesarea* (SC) terus meningkat diseluruh dunia, khusus nya negara-negara berpenghasilan menengah dan tinggi di antaranya adalah Australia (32%), Brazil (54%), dan Colombia (43%). Masalah keperawatan yang paling sering terjadi pada *post sectio caesarea* adalah nyeri. Berdasarkan data Rekam Medik RSUD dr. Slamet Garut periode Januari 2019 sampai Desember 2019 di dapatkan data sebanyak 933 kasus persalinan dengan *section caesarea* dari 2565 kasus persalinan di ruang Kalimaya Bawah. **Tujuan :** Untuk mendapatkan pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Metode :** Studi kasus yang digunakan yaitu cara pengumpulan data, observasi, wawancara, pemeriksaan fisik. Masalah keperawatan yang muncul pada klien I didapatkan diagnosa keperawatan nyeri akut, hambatan mobilitas fisik, ketidak efektifan pemberian ASI, dan resiko infeksi. Pada klien II didapatkan diagnosa nyeri akut, hambatan mobilitas fisik, defisit perawatan diri, ketidak efektifan pemberian ASI, dan resiko infeksi. Terdapat satu perbedaan diagnosa antara kedua klien yaitu defisit perawatan diri yang terjadi pada klien II. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam, masalah keperawatan nyeri akut pada klien 1 mengalami penurunan skala nyeri dari 5 menjadi 2 sedangkan pada klien kedua terjadi penurunan skala nyeri dari 6 menjadi 3. Kedua kasus ini teratasi pada hari kedua. **Diskusi :** klien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap klien *post sectio caesarea* hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya. Sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Nyeri Akut, *sectio caesarea*

Daftar pustaka : 17 Buku, 5 jurnal, 1 website

ABSTRACT

Background : According to the *World Health Organization* (WHO) in 2014, the caesarean section (SC) continues to increase worldwide, especially middle and high income countries including Australia (32%), Brazil (54%), and Colombia (43%) . The nursing problem that most often occurs in *post sectio caesarea* is pain. Based on data from the medical records of RSUD dr. Slamet Garut from January 2019 to December 2019 data were obtained as many as 933 cases of labor by caesarean section from 2565 cases of delivery in the Kalimaya bawah room. **Objective :** To gain experience in performing nursing care for *post sectio caesarea* clients with acute pain nursing problem. **Method :** The case studies used are data collection, observation, interviews, physical examination. Nursing problems that appeared in client I obtained a nursing diagnosis of acute pain, physical mobility impediments, ineffective breastfeeding, and the risk of infection. In client II, there was a diagnosis of acute pain, impaired physical mobility, deficit in self-care, ineffective breastfeeding, and risk of infection. There is one difference in diagnosis between the two clients, namely the self-care deficit that occurs in client II. **Results :** After 2x24 hours of nursing care, acute pain nursing problems in client 1 decreased in pain scale from 5 to 2 while in the second client there was a decrease in pain scale from 6 to 3. Both cases were resolved on the second day. **Discussion :** clients with acute pain nursing problems, not always have the same response for each client after a cesarean section, this is affected by the client's previous health condition. so nurses must carry out comprehensive care to deal with nursing problems for each client.

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

Bibliograph : 17 books, 5 journals, 1 websites

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan	iv
Abstrak	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi.....	vii
Daftar Tabel	viii
Daftar Gambar.....	ix
Daftar Lambang, Singatan, Dan Istilah.....	x
Daftar Bagan	xi
Daftar Lampiran	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat.....	6
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	6
1.4.2 Manfaat Praktis	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Kosep Penyakit.....	8
2.1.1 Konsep SC	8
2.1.2 Konsep Post Partum.....	8
2.1.3 Konsep Nyeri	9
2.2 Konsep Asuhan keperawatan	34
2.2.1 Pengkajian.....	34
2.2.2 Analisa Data.....	44
2.2.3 Diagnosa Keperawatan	45
2.2.4 Intervensi Keperawatan	46
2.2.5 Implementasi Keperawatan.....	60
2.2.6 Evaluasi Keperawatan	61
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	62
3.1 Desain Penelitian	62
3.2 Batasan Istilah	62
3.3 Partisipan/Responden/Subyek Penelitian.....	63
3.4 Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	63
3.5 Pengumpulan Data	63
3.6 Uji Keabsahan Data.....	65
3.7 Analisa Data	65
3.8 Etika Penelitian	66
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	70
4.1 Hasil	70
4.1.1 Gambaran lokasi pengambilan data.....	71

4.1.2	Data Asuhan Keperawatan	71
4.1.2.1	Pengkajian	83
4.1.2.2	Analisa Data	87
4.1.2.3	Diagnosa Keperawatan	91
4.1.2.4	Intervensi	96
4.1.2.5	Implementasi	102
4.1.2.6	Evaluasi	102
4.2	Pembahasan	103
4.2.1	Pengkajian.....	103
4.2.2	Diagnosa Keperawatan	104
4.2.3	Intervensi	117
4.2.4	Implementasi.....	112
4.2.5	Evaluasi.....	114
BAB V	PENUTUP.....	116
5.1	Kesimpulan.....	116
5.1.1	Pengkajian.....	116
5.1.2	Diagnosa Keperawatan	117
5.1.3	Intervensi	117
5.1.4	Implementasi.....	118
5.1.5	Evaluasi.....	118
5.2	Saran.....	119
5.2.1	Bagi Rumah Sakit	119
5.2.2	Bagi Institusi Pendidikan	119
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 SC Klasik	8
Gambar 2.2 SC <i>Low Vertical Transversal</i>	9
Gambar 2.3 AC <i>Transverse Incisions</i>	9
Gambar 2.4 Regio Abdomen	10
Gambar 2.5 Kuadran Abdomen	11
Gambar 2.6 Skala Analog Visual.....	32
Gambae 2.7 Skala Intensitas Nyeri Numerik.....	32
Gambar 2.8 Skala <i>Faces Pain Rating Scale</i>	33

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Perubahan-Perubahan Uterus Selama Post Partum.....	20
Tabel 2.2 Perubahan Lochea	20
Tabel 2.3 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas	46
Tabel 2.4 Intervensi Nyeri Akut.....	47
Tabel 2.5 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan	49
Tabel 2.6 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian Asi	50
Tabel 2.7 Intervensi Gangguan Eliminasi Urine.....	57
Tabel 2.8 Intervensi Gangguan Pola Tidur	53
Tabel 2.9 Intervensi Resiko Infeksi	53
Tabel 2.10 Intervensi Defisit Perawatan Diri.....	55
Tabel 2.11 Intervensi Konstipasi	56
Tabel 2.12 Intervensi Resiko Syok (Hipovolemik)	57
Tabel 2.13 Intervensi Resiko Pendarahan	58
Tabel 2.14 Intervensi Defisiensi Pengetahuan	59
Tabel 4.1 Identitas Klien	71
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan.....	71
Tabel 4.3 Riwayat Obstetrik Dan Ginekologi.....	73
Tabel 4.4 Pola Aktivitas Sehari-Hari	75
Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik	78
Tabel 4.6 Data Psikologi	80
Tabel 4.7 Data Sosial	81
Tabel 4.8 Data Spiritual	81
Tabel 4.9 Kebutuhan <i>Bouding Attachment</i>	81
Tabel 4.10 Pengetahuan Tentang Pemenuhan Seksual	81
Tabel 4.11 Pengetahuan Tentang Perawatan Diri.....	82
Tabel 4.12 Pemeriksaan Diagnostik.....	82
Tabel 4.13 Program Pengobatan	83
Tabel 4.14 Analisa Data.....	83

Tabel 4.15 Diagnosa	87
Tabel 4.16 Intervensi.....	91
Tabel 4.17 Implementasi.....	95
Tabel 4.18 Evaluasi.....	102

DAFTAR BAGAN

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

DAFTAR LAMPIRAN

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

DAFTAR LAMBANG, SINGKATAN, ISTILAH

ADL	: <i>Activity Daily Life</i>
AGD	: Analisa Gas Darah
APGAR	: <i>Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
°C	: Derajat <i>Celsius</i>
CM	: Centimeter
CRT	: <i>Caillary Refill Time</i>
DM	: Diabetes Militus
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
DKK	: Dan Kawan Kawan
EKG	: <i>Elektrokardiogram</i>
FSH	: <i>Follicle Stimulating Hormone</i>
FPRS	: <i>Faces Painrating Scale</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
HB	: Hemoglobin
HCG	: <i>Human Chorionic Gonandotropin</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
HT	: Hematokrit
ICS	: Intecostal
IM	: Intra Muskular
IMD	: Insisi Menyusui Dini
IRT	: Ibu Rumah Tangga
ISK	: Infeksi Saluran Kemih

IUD	: <i>Intra Uterine Device</i>
IV	: Intra Vena
JDL	: Jumlah Darah Lengkap
LH	: <i>Lateinizing Hormone</i>
LLQ	: <i>Left Lower Quadrant</i>
LUQ	: <i>Left Upper Quadrant</i>
N	: Nadi
NAKES	: tenaga kesehatan
NIC	: <i>Nursing Intervemions Clasification</i>
NOC	: <i>Nursing Outcomes Clasification</i>
NRS	: <i>Numeric Rating Scale</i>
O2	: Oksigen
P	: <i>Paliatif/Profokatif</i>
PB	: Panjang Badan
POD	: Periode
Q	: <i>Quality/Quantinty</i>
R	: <i>Region/Radiasi</i>
R	: Respirasi
RDA	: <i>Recommended daily allow</i>
RL	: <i>Ringer Lactate</i>
RLQ	: <i>Right Lower Quadrant</i>
ROM	: <i>Range Of Motion</i>
RUQ	: <i>Right Upper Quadrant</i>
RS	: Rumah sakit
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
S	: <i>Scale/Severity</i>
S	: Suhu
SC	: <i>Sectio Caesarea</i>
SIRS	: <i>Sytemic Inflammatory Response Syndrome</i>
TBC	: <i>Tuberculosis</i>
TTV	: Tanda Tanda Vital

TENS	: <i>Transcutaneous Eletrical Nerve Stimulation</i>
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TT	: Tetanus
UGD	: Unit Gawat Darurat
USG	: <i>Ultrasonografi</i>
VAS	: <i>Visual Analog Scale</i>
VK	: <i>Verlos Kamer</i>
WBC	: <i>White Blood Cell</i>
WOC	: Wawancara, Observasi, Dokumentasi
WHO	: <i>World Health Organinizatio</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Sectio caesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus persalinan buatan, sehingga janin di lahirkan melalui perut dan dinding perut dan dinding rahim agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012). Indikasi dilakukannya tindakan *Sectio caesarea* yaitu plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, disporsi sefalopelvik, rupture uteri, partus lama, partus tak maju, distosia serviks, pre-eklamsi dan hipertensi, malpresentasi janin, letak lintang, letak bokong, presentasi dahi dan muka, presentasi rangkap jika reposisi tidak berhasil, dan gemeli (Nurarif, 2015).

World Health Organization (WHO) tahun 2014 Dikutip dari Bijalmiah (2018) bahwa *section caesarea* (SC) terus meningkat diseluruh dunia, khusus nya negara-negara berpenghasilan menengah dan tinggi di antaranya adalah Australia (32%), Brazil (54%), dan Colombia (43%). Hasil RISKESDAS tahun 2018, menyatakan terdapat 17,6% persalinan dengan SC di Indonesia dengan proporsi tertinggi di Bali 30,2 % dan terendah di Papua 6.7% dan kelahiran metode SC di Jawa Barat 15,5 %. Berdasarkan data Rekam Medik RSUD dr. Slamet Garut periode Januari 2019 sampai Desember 2019 di dapatkan data sebanyak 933 kasus persalinan dengan *section caesarea* dari 2565 kasus persalinan di ruang Kalimaya Bawah.

Operasi *sectio caesarea* dilakukan jika persalinaan pervaginaan tidak memungkinkan dan dapat menyebabkan resiko yang membahayakan ibu ataupun janin (Nurjanah dkk, 2013). Secara psikologis tindakan *sectio caesarea* berdampak terhadap rasa takut dan cemas terhadap nyeri yang dirasakan setelah analgetik hilang (Pratiwi dkk, 2012) dalam (Utami, 2016). Masalah keperawatan yang muncul pada pasien post *sectio caesarea* diantaranya, ketidakefektifan bersihan jalan nafas, nyeri akut, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan, ketidakefektifan pemberian air susu ibu (ASI), gangguan pola tidur, resiko infeksi, defisit perawatan diri, resiko syok, resiko perdarahan dan defisiensi pengetahuan (Nurarif, 2015).

Masalah keperawatan yang paling sering terjadi pada *post sectio caesarea* adalah nyeri. Persalinaan *sectio caesarea* memiliki nyeri lebih tinggi sekitar 27,3% dibandingkan dengan persalinaan normal yang hanya sekitar 9% (Pratiwi dkk, 2012). Nyeri adalah suatu perasaan yang tidak menyenangkan dan disebabkan oleh stimulasi spesifik mekanis, kimia, elektrik pada ujung-ujung syaraf serta tidak dapat diserahkan kepada orang lain. Pada pasien pasca operasi *section caesarea* akan terdapat bekas luka pembedahan dan luka pembedahan tersebut akan menimbulkan rasa nyeri, nyeri *pasca operasi section caesarea* merupakan hal yang wajar ketika efek pembiusan telah habis, dengan demikian nyeri sangat membuat pasien tidak nyaman, cemas dan rasa takut untuk mobilisasi. Jika seseorang menderita nyeri maka akan mempengaruhi fisiologi dan psikologi dari orang

tersebut. Seseorang akan lebih mudah marah, denyut nadi cepat, cemas dan gangguan pada pola tidur bahkan aktifitas sehari-hari dapat terganggu.

Nyeri akan menimbulkan perasaan yang tidak nyaman, apabila nyeri tidak segera diatasi secara adekuat akan memberikan efek yang membahayakan pada sistem kardiovaskular. Nyeri juga berpengaruh dalam kemampuan klien untuk bernafas dalam dan juga bergerak. Keadaan nyeri post *sectio caesarea* dapat berdampak pada ibu yang mengakibatkan terjadinya mobilisasi ibu menjadi terbatas, *activity of daily living* (ADL) terganggu, *bounding attachment* (ikatan kasih sayang) dan inisiasi menyusui dini (IMD) tidak terpenuhi karena adanya peningkatan intensitas nyeri apabila ibu bergerak. Hal ini akan menyebabkan respon ibu terhadap bayi kurang, sehingga air susu ibu (ASI) sebagai makanan terbaik bagi bayi dan mempunyai banyak manfaat bagi bayi maupun ibunya tidak dapat diberikan secara optimal.

Peran perawat perlu melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif, meliputi pengkajian, analisa data, intervensi, implementasi dan evaluasi untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia. Nyeri dapat diatasi dengan penatalaksanaan nyeri yang bertujuan untuk meringankan atau mengurangi rasa nyeri sampai tingkat kenyamanan yang dirasakan oleh klien. Ada dua cara penatalaksanaan nyeri yaitu farmakologis dan non-farmakologis (Gondo, 2011) dalam (Wahyu, 2018). Pemberian terapi secara farmakologis, yaitu dengan menggunakan obat-obatan dalam praktik penanganannya sedangkan pemberian obat secara nonfarmakologis

merupakan tindakan menurunkan respon nyeri tanpa menggunakan agen farmakologi (Sulistyo dkk, 2013). Berdasarkan data-data tersebut penulis tertarik untuk mengangkat masalah tersebut dalam sebuah karya tulis ilmiah yang berjudul “asuhan keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD dr Slamet Garut ”.

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimanakah “asuhan keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan nyeri akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD dr Slamet Garut”?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif baik bio, psiko, sosial, kultural, dan spiritual pada ibu *post section caesarea* dengan nyeri akut di ruang Kalimaya Bawah RSUD dr Slamet Garut.

1.3.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, penulis berharap dapat melaksanakan hal sebagai berikut :

1.3.2.1 Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan nyeri akut di ruang Kalimaya Bawah RSUD dr Slamet Garut.

- 1.3.2.2 Penulis mampu menetapkan diagnosa keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan nyeri akut di ruang Kalimaya Bawah RSUD dr Slamet Garut.
- 1.3.2.3 Penulis mampu menyusun perencanaan keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan nyeri akut di ruang Kalimaya Bawah RSUD dr Slamet Garut.
- 1.3.2.4 Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan nyeri akut di ruang Kalimaya Bawah RSUD dr Slamet Garut.
- 1.3.2.5 Penulis mampu melakukan evaluasi pada klien *post sectio caesarea* dengan nyeri akut di ruang Kalimaya Bawah RSUD dr Slamet Garut.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Meningkatkan pengetahuan bagi para pembaca agar mengetahui asuhan keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan nyeri akut di ruang Kalimaya Bawah RSUD dr Slamet Garut.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Bagi Rumah Sakit

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan khususnya pada klien *post sectio caesarea* dengan nyeri akut.

1.4.2.2 Bagi Perawat

Manfaat penulisan karya tulis ilmiah bagi perawat yaitu agar penulisan ini dapat berguna sebagai penambahan informasi tentang asuhan keperawatan secara komprehensif pada klien *post sectio caesarea* dengan nyeri akut, sehingga dapat memberikan informasi pendidikan kesehatan sesuai dengan hasil penulisan

1.4.2.3 Bagi Institusi Akademik

Manfaat praktis bagi institusi akademik yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan khususnya pada klien *post section caesarea* dengan nyeri akut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Konsep SC

2.1.1.1 Defenisi SC

Istilah caesar dalam bahasa inggris adalah gabungan dari kata “*caesarean section*” yang asal katanya “*caesar (caedere)*” berarti membedah. Di dalam kamus besar bahasa indonesia caesar adalah pembedahan yang dilakukan dengan pengirisan dinding perut dan peranakan untuk melahirkan atau mengeluarkan janin (Sudirman, 2018). *Section caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina. (Nurjanah dkk, 2013).

2.1.1.2 Anatomi SC



Gambar 2.1 SC klasik (Nurarif, 2015)

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm.



Gambar 2.2 SC *low vertical transversal* (Nurarif, 2015)

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim (*low vertical transversal*) kira-kira 10 cm



Gambar 2.3 SC *transverse incisions* (Nurarif, 2015)

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang (*transversal*) kira-kira 10 cm.

2.1.1.3 Regio Abdomen

Regio abdomen adalah sebuah daerah atau regio atau region dalam bahasa inggris yang berada di daerah perut (*abdomen*) dan panggul (*pelvis*). Penandaan regio-regio ini digunakan sebagai patokan atau rujukan tempat organ-organ dalam tubuh berada. Region abdomen terdiri atas sebilan daerah (Gama, 2019), yaitu :

1. Region umbilicus/umbilical region

Daerah tengah tepat pusar (tempat melekatnya tali pusar/*umbilical cord*) berada.

2. *Regio epigastrium/epigastric region*

Berada disisi superior dari regio umbilikus. Bagian tengah atas, tempat organ hati dan sedikit bagian dari organ lambung.

3. *Regio hypogastrium/hypogastric region*

Berada disisi inferior dari regio umbilikus. Bagian tengah bawah, tempat bagian akhir usus besar berada dan organ rektum pencernaan.

4. *Regio lumbar kanan dan kiri/right and left lumbar region*

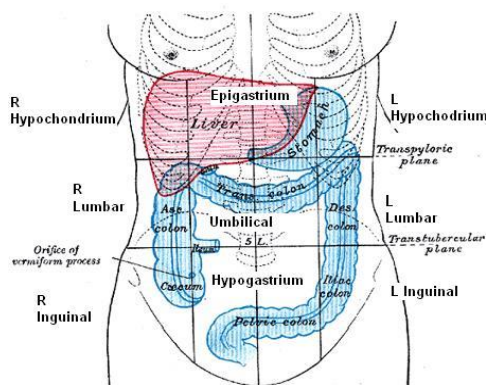
Berada disisi lateral dari regio umbilikus. Sisi kanan dan kiri dari regio umbilikus, tempat usus besar berada dan juga usus kecil.

5. *Regio hypochondrium kanan dan kiri/right and left hypochondriac*

Berada disisi lateral dari regio epigastrium. Bagian kanan dan kiri dari regio epigastrium, regio hypochondrium kiri berisi organ pencernaan lambung.

6. *Regio inguinalis kanan dan kiri/right and left inguinal / iliac*

Berada disisi lateral dari regio hypogastrium. Berada disisi kanan dan kiri dari regio hypogastrium yang berisi organ sekum di kanan dan organ usus besar disisi kiri.

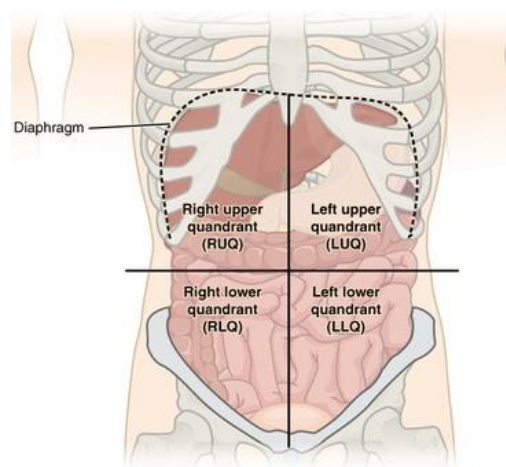


Gambar 2.4 Regio Abdomen (Gama, 2019)

2.1.1.4 Kuadran Abdomen

Kuadran abdomen terdiri atas 4 kuadran besar, (Gama, 2019) yaitu :

1. *Right Upper Quadrant* (RUQ), kuadran kanan atas abdomen, berisi organ hati dan usus besar.
2. *Right Lower Quadrant* (RLQ), kuadran kanan bawah atas abdomen, berisi organ usus besar, usus kecil, sekum dan umbai cacing.
3. *Left Upper Quadrant* (LUQ), kuadran kiri atas abdomen, berisi lambung dan usus besar.
4. *Left Lower Quadrant* (LLQ), kuadran kiri bawah abdomen, berisi organ usus besar dan usus kecil.



Gambar 2.5 Kuadran Abdomen (Gama, 2019)

2.1.1.5 Etiologi

Secara etiologi operasi *sectio caesarea* dilakukan jika kelahiran pervaginaan mungkin akan menyebabkan resiko pada ibu maupun janin.

1. Etiologi yang berasal dari ibu yaitu primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primagravida, 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 berasal dari janin fetus distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi.

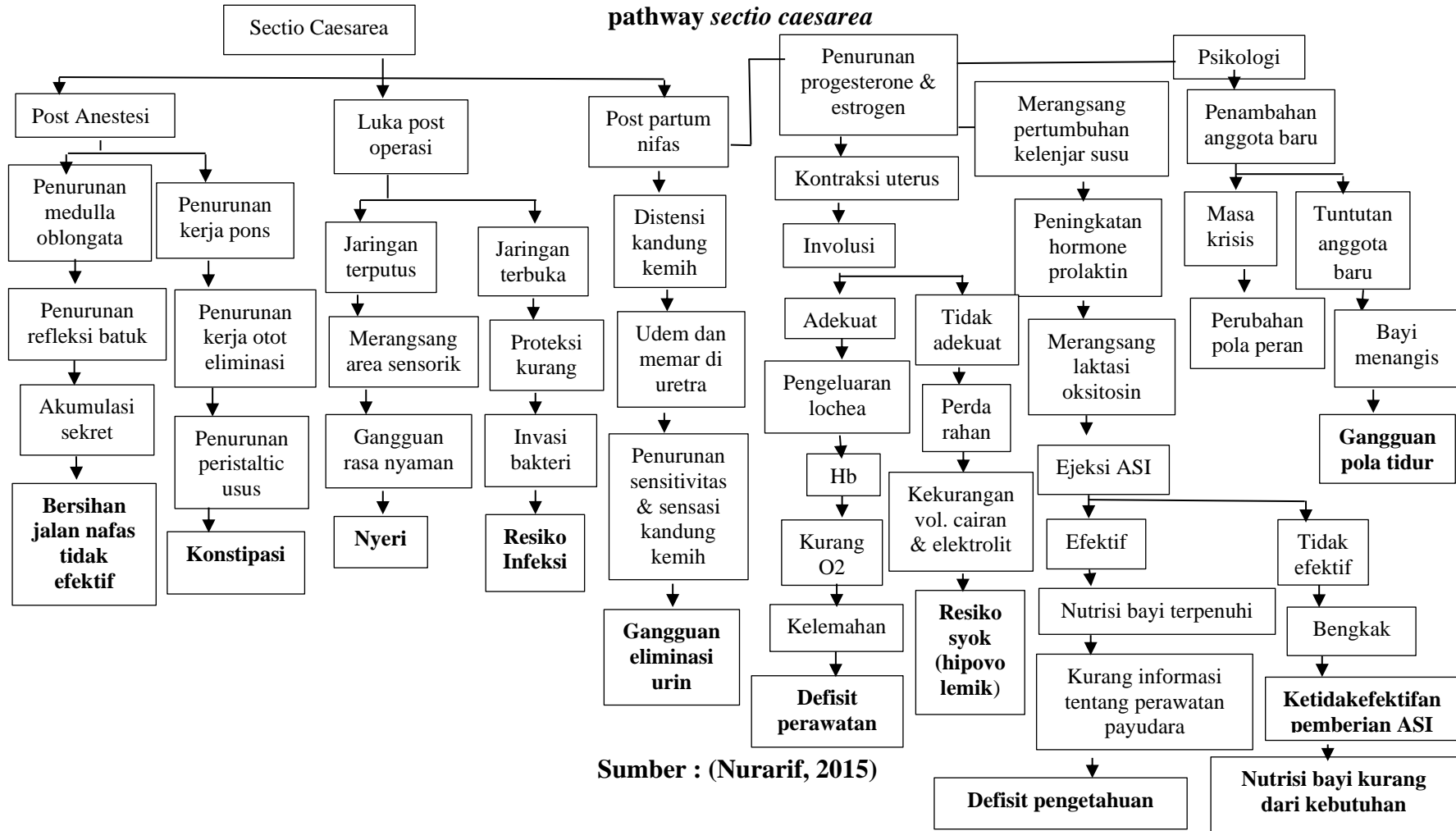
2.1.1.6 Patofisiologi

Ada beberapa kelainan atau hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak lahir normal ataupun spontan, misalnya disebabkan oleh plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior), panggul sempit, disproporsi sefalopelvik : yaitu ketidak seimbangan antara ukuran kepala dan ukuran panggul, rupture uteri mengancam, partus lama (*prolonged labor*), partus tak maju (*obstructed labor*), preeklamsia dan hipertensi, malpresentasi janin (letak lintang, letak bokong, presentasi dahi dan muka, presentasi rangkap jiwa repososio tidak berhasil dan gemeli). Dalam proses operasinya dilakukan tindakan anestesi yang akan menyebabkan pasien mengalami imobilisasi, efek anestesi menyebabkan konstipasi. Dalam proses pembedahan akan dilakukan insisi pada dinding abdomen sehingga

menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan merangsang area sensorik yang menyebabkan gangguan rasa aman nyaman yaitu nyeri.

Setelah proses pembedahan berakhir daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka *post sectio caesarea*, yang bila tidak di rawat dengan baik akan menyebabkan resiko infeksi. pada saat post partum mengalami penurunan hormon progesteron dan esterogen akan terjadi konteraksi uterus dan invulsi tidak adekuat sehingga terjadi pendarahan dan bisa menyebabkan resiko syok, Hb menurun dan kekurangan O2 mengakibatkan kelemahan dan menyebabkan defisit perawatan diri (Nurarif, 2015)

Bagan 2.1
pathway *sectio caesarea*



2.1.1.7 Klasifikasi *sectio caesarea*

1. Seksio sesarea abdomen

Yaitu *sectio sesarea transperitonealis*.

2. Seksio sesarea vaginalis

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

- a. Sayatan memanjang (*longitudinal*) menurut kronig
- b. Sayatan melintang (*transversal*) menurut kerr
- c. Sayatan huruf T (*T-incision*)

3. Seksio sesarea 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 benyuk perlekatan organ cara ini dapat dipertimbangkan.

4. Seksio sesarea ismika (*profunda*)

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim (*low cervical transversal*) kira-kira sepanjang 10 cm (Nurarif, 2015).

2.1.1.8 Indikasi

1. Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior)
2. Panggul sempit
3. Dispori sefalopelvik : yaitu ketidak seimbangan antara ukuran kepala dan ukuran panggul

4. Rupture uteri mengancam
5. Partus lama (*prolonged labor*)
6. Partus tak maju (*obstructed labor*)
7. Distorsia serviks
8. Malpresentasi janin
 - a. Letak lintang
 - b. Letak bokong
 - c. Presentasi dahi dan muka (letak defleksi)
 - d. Presentasi rangkap jika reposisi tidak berhasil
 - e. Gemeli (Nurarif, 2015)

2.1.1.9 Komplikasi

1. Pada ibu
 - a. Infeksi peurperal

Komplikasi ini bisa bersifat ringan, seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas, bersifat berat seperti peritonitis, sepsis dan sebagainya.
 - b. Pendarahan

Pendarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arteri ikut terbuka, atau karena atonia uteri.
 - c. Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kencing, embolisme paru-paru, dan sebagainya sangat jarang terjadi.
 - d. Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak, ialah kurang kuatnya parut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa

terjadi ruptur uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah *sectio caesarea* klasik.

2. Pada anak

Seperti halnya pada ibunya, nasib anak yang dilahirkan dengan *sectio caesarea* banyak tergantung dari keadaan yang menjadi alasan untuk melakukan *sectio caesarea*. Menurut statistik di negara-negara dengan pengawasan antenatal dan intra natal yang baik, kematian perinatal pasca *sectio caesarea* berkisar antara 4 dan 7% (Jitowiyanto & Kristiyanasari, 2012).

2.1.10 Pemeriksaan penunjang

1. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
2. Pemantauan EKG
3. JDL dengan diferensial
4. Elektrolit
5. Hemoglobin/Hematokrit
6. Golongan darah
7. Urinalis
8. Amniosintesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
9. Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi
10. Ultrasound sesuai pesanan (Nurarif , 2015)

2.1.11 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis pada pasien yang sudah menjalani operasi *sectio caesarea* adalah sebagai berikut :

1. Analgetik

2. Tanda-tanda vital
3. Terapi cairan dan diet
4. Vesika urinarius dan usus
5. Ambulansi
6. Perawatan diri
7. Laboratorium
8. Perawatan payudara
9. Memulangkan pasien dari rumah sakit (Jitowiyono & kristiyanasari, 2012)

2.1.2 Konsep Post Partum

2.1.2.1 Defenisi Masa Nifas

Masa nifas (*postpartum /peurperium*) berasal dari bahasa latin yaitu dari kata “*peur*” yang artinya bayi dan “*parous*” yang berarti melahirkan. Masa nifas di mulai setelah 2 jam postpartum dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan baik secara fisiologis maupun psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan (Nurjanah dkk, 2013).

2.1.2.2 Tahapan Masa Nifas

1. Peurperium dini (*immediate peurperium*), yaitu pemulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (waktu 0-24 jam postpartum). Dalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja selama setelah 40 hari.

2. *Peurperium intermedial (early peurperium)*, waktu yang diperlukan suatu masa dimana pemulihan dari organ-organ reproduksi secara menyeluruh selama kurang lebih 6-8 minggu.
3. *Remote peurperium (later peurperium)*, waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan yang sempurna secara bertahap terutama jika selama masa kehamilan dan persalinan ibu mengalami komplikasi, waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, bulan bahkan tahun.

(Nurjanah dkk, 2013)

2.1.2.3 Perubahan fisiologi masa nifas (post partum)

1. Perubahan fisiologis pada masa nifas pada sistem reproduksi

- a. Uterus

Invulsi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke dalam kondisi sebelum hamil. Proses invulsi adalah sebagai berikut :

- 1) Iskemia miometrium

Disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.

- 2) Atrofi jaringan

Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon esterogen saat pelepasan plasenta.

3) Autolysis

Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang di dalam otot uterus.

4) Efek oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga menekan pembuluh darah yang menyebabkan berkurangnya suplai darah ke uterus.

Tabel 2.1
Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum

Involusi uteri	Tinggi fundus uteri	Berat uterus	Diameter uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari (minggu 1)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

(Pitriani dkk, 2012)

b. Lochea

Lochea mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita.

Perbedaan masing-masing lochea dapat di lihat sebagai berikut :

Tabel 2.2
Perubahan lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel-sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, dida mekonium dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir

Serosa	7-14 hari	Kekuningan kecoklatan	/	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta.
Alba	>14 hari	Putih		Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut yang mati

(Pitriani dkk, 2012)

c. Payudara

Perubahan pada payudara dapat meliputi :

- 1) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah melahirkan.
- 2) Kolostrum sudah ada saat persalinan, produksi ASI terjadi pada hari ke-2 dan ke-3 setelah persalinan.
- 3) Payudara menjadi lebih besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.

2. Perubahan fisiologis masa nifas pada sistem pencernaan

Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain : nafsu makan, motilitas dan pengosongan usus.

3. Perubahan fisiologis masa nifas pada sistem perkemihan

Pada masa hamil perubahan hormonal yaitu kadar steroid tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Pada pasca melahirkan steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Hal yang berkaitan dengan

fungsi sistem perkemihan yaitu : hemostatis internal, keseimbangan asam basa tubuh, pengeluaran sisa metabolisme, racun dan zat toksin ginjal. Pasca melahirkan ibu akan sulit buang air kecil. Hal yang menyebabkan ibu sulit buang air kecil adalah:

- a. Adanya odema trigonum yang menimbulkan obstruksi sehingga terjadi retensi urine
- b. Diaphoresis yaitu mekanisme tubuh untuk mengurangi cairan yang teretensi dalam tubuh, terjadi selama 2 hari setelah melahirkan
- c. Depresi dari sfingter uretra oleh karena penekanan kepala janin dan spasme oleh iritasi mukulus sfingter ani selama persalinan, sehingga menyebabkan miksi.

Setelah plasenta lahir, kadar hormon estrogen akan menurun, hilangnya peningkatan tekanan vena pada tingkat bawah, dan hilangnya peningkatan volume darah akibat kehamilan. Uretra yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu.

4. Perubahan fisiologis masa nifas pada sistem muskuloskeletal

- a. Dinding perut dan peritoneum.

Dinding perut akan longgar pasca persalinan. Keadaan ini akan pulih kembali dalam 6 minggu.

- b. Kulit abdomen

Selama masa kehamilan, kulit abdomen akan melebar, melonggar dan mengandur hingga berbulan-bulan. Otot-otot dari dinding abdomen dapat kembali normal kembali dalam beberapa minggu pasca melahirkan dengan latihan post natal.

c. Striase

Striase pada dinding abdomen tidak dapat menghilang sempurna melainkan membentuk garis lurus yang samar. Ibu postpartum memiliki tingkat diastasis sehingga terjadinya pemisahan muskulus rektus abdominalis tersebut dapat dilihat dari pengkajian keadaan umum, aktivitas, paritas, jarak kehamilan yang dapat menentukan berapa lama tonus otot kembali normal.

5. Perubahan fisiologis masa nifas pada sistem endokrin

Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin. Hormon-hormon yang berperan pada proses tersebut antara lain :

a. Hormon plasenta

Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan hormon yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta menurun dengan cepat pasca persalinan. Penurunan hormon plasenta (*Human placental Lactogen*) menyebabkan kadar gula darah menurun pada masa nifas. *Human chorionic gonadotropin* (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai onset pemenuhan *mamae* pada hari ke-3 post partum.

b. Hormon pituitary

Hormon pituitary terdiri dari: prolactin, *follicle stimulating hormone* (FSH), dan *luteinizing hormone* (LH). Hormon prolactin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui

pembesaran dalam waktu 2 minggu. Hormon prolactin berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. follicle stimulating hormone (FSH) dan *luteinizing hormone* (LH) meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke-3 dan *luteinizing hormone* (LH) tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c. Hipotalamik pituitary ovarium

Hipotalamik pituitary ovarium akan mempengaruhi lamanya mendapatkan menstruasi pada wanita yang menyusui maupun yang tidak menyusui. Pada wanita menyusui mendapatkan menstruasi pada 6 minggu pasca melahirkan berkisar 16% dan 45% setelah 12 minggu pasca melahirkan.

d. Hormon oksitosin

Disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang, bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ketiga persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi air susu ibu (ASI) dan sekresi oksitosin, sehingga dapat membantu involusi uteri.

e. Hormon estrogen dan progesterone

Volume darah normal selama kehamilan, akan meningkat. Hormon esterogen yang tinggi memperbesar hormon anti diuretic yang dapat meningkatkan volume darah. Sedangkan hormon progesterone mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah.

6. Perubahan fisiologis masa nifas pada tanda-tanda vital

a. Suhu badan

Satu hari (24 jam) postpartum suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan (dehidrasi) dan kelelahan karena adanya bendungan vaskuler dan limfatik. Pada hari ke-3 suhu badan akan naik lagi karena adanya pembentukan air susu ibu (ASI).

b. Nadi

Pasca melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat.

c. Tekanan darah

Tekanan darah meningkat pada persalinan 15 mmHg sistole dan 10 mmHg diastole. Biasanya setelah melahirkan tekanan darah tidak berubah (normal), kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah melahirkan karena adanya pendarahan. tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan preeklamsia pada masa postpartum.

d. Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali bila ada gangguan khusus pada saluran pernafasan contohnya penyakit asma. Bila pernafasan pada masa postpartum menjadi lebih cepat, kemungkinan adanya tanda-tanda syok.

7. Perubahan fisiologis masa nifas pada sistem kardiovaskuler

Volume darah normal yang diperlukan plasenta dan pembuluh darah uterin, meningkat selama kehamilan. Diuresis terjadi akibat penurunan hormon estrogen yang dengan cepat mengurangi volume plasma menjadi normal kembali. Kehilangan darah pada persalinan per vaginam sekitar 300-400 cc sedangkan kehilangan darah dengan persalinan section caesarea menjadi dua kali lipat. Perubahan yang terjadi terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi. Pada persalinan per vaginam, hemokonsentrasi akan naik dan pada persalinan section caesarea hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu. Pasca melahirkan volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan dekompensasi kardis pada penderita vitum cordia. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Hal ini biasa terjadi pada hari ke-3 sampai ke-5 post partum. (Nurjanah dkk, 2013)

8. Perubahan fisiologis masa nifas pada sistem hematologi

- a. Pada minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta factor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama post partum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan factor pembekuan darah.
- b. Leukosit meningkat, dapat mencapai $15000/\text{mm}^3$ selama persalinan dan tetap tinggi dalam beberapa hari postpartum normalnya sel darah putih pada wanita hamil $12000/\text{mm}^3$.

- c. Faktor pembekuan darah terjadi setelah persalinan, bersamaan dengan tidak adanya pergerakan, trauma atau sepsis yang mendorong terjadi tromboemoli.
- d. Trombosis, kaki ibu di periksa setiap harinya untuk mengetahui adanya tanda-tanda trombosis (nyeri ketika di sentuh).

2.1.2.4 Adaptasi psikologi ibu dalam masa nifas

Fase-fase yang akan di alami oleh ibu dalam masa nifas antara lain :

1. Masa *taking in* (fokus pada diri sendiri)

masa ini terjadi 1-3 hari pasca persalinan, ibu yang baru akan melahirkan bersikap pasif dan sangat tergantung pada dirinya (trauma), segala energinya di fokuskan pada kekhawatiran tentang badanya. Dia akan bercerita tentang persalinannya secara berulang-ulang. Kelelahannya membuat ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Oleh karena itu, kondisi seperti ini perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik. pada fase ini, perlu diperhatikan pemberian ekstra makanan untuk proses pemulihannya, di samping nafsu makan ibu memang sedang meningkat.

2. Masa *taking on* (fokus pada bayi)

Masa ini terjadi 3-10 hari pasca persalinan, ibu menjadi khawatir akan kemampuan merawat bayi dan menerima tanggung jawabnya sebagai ibu dalam merawat bayi semakin besar. Ibu berupaya untuk menguasai keterampilan perawatan bayinya. Selain itu, perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati.

Oleh karena itu, ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri.

3. Masa *letting go* (mengambil alih tugas sebagai ibu tanpa bantuan tenaga kesehatan (NAKES))

masa ini biasanya terjadi bila ibu sudah pulang dari rumah sakit dan melibatkan keluarga. Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu mengambil langsung tanggung jawab dalam merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan tuntutan ketergantungan bayinya da terhadap interaksi sosial. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini. (Nurjanah dkk, 2013)

2.1.3 Konsep Nyeri

2.1.3.1 Defenisi

The international association for the study of pain mendefenisikan sebagai “suatu ketidaknyamanan, bersifat subjektif, sensori, dan pengalaman emosional yang dihubungkan dengan aktual dan potensial untuk merusak jaringan atau digambarkan sebagai sesuatu yang merugikan” (Solehati dkk, 2015).

2.1.3.2 Klasifikasi nyeri

1. Nyeri akut

Nyeri akut didefenisikan sebagai suatu nyeri yang dapat dikenali penyebabnya, waktunya pendek, dan diikuti oleh peningkatan tegangan

otot, serta kecemasan. Ketegangan otot dan kecemasan tersebut dapat meningkatkan persepsi nyeri. Contohnya : adanya luka karena cedera atau operasi.

2. Nyeri kronis

Nyeri kronis didefinisikan sebagai suatu nyeri yang tidak dapat dikenali dengan jelas penyebabnya. Nyeri ini kerap kali berpengaruh pada gaya hidup klien. Nyeri kronis biasanya terjadi pada rentang waktu 3-6 bulan (Solehati dkk, 2015).

2.1.3.3 Intensitas nyeri

1. *Visual analog scale* (VAS)

Skala ini berbentuk garis horizontal sepanjang 10 cm. Skala ini dapat dipelepsi sebagai berikut

0 = tidak ada nyeri

1-2 = nyeri ringan

3-4 = nyeri sedang

5-6 = nyeri berat

7-8 = nyeri sangat berat

9-10 = nyeri buruk sampai tidak tertahankan



Gambar 2.6 Skala analog visual (VAS) (Solehati dkk, 2015)

2. Skala intensitas nyeri numerik / *numeric rating scale* (NRS)

Skala ini berbentuk garis horizontal yang menunjukkan angka-angka dari 0-10, angka 0 menunjukkan tidak ada nyeri dan angka 10

menunjukkan nyeri yang paling hebat. Skala ini dapat di persepsikan sebagai beriku :

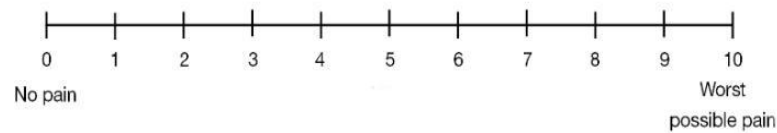
0= tidak nyeri

1-3 = sedikit nyeri

3-7 = nyeri sedang

7-9 = nyeri berat

10 = nyeri yang paling hebat



Gambar 2.7 Skala intensitas nyeri numerik (Solehati dkk, 2015)

3. Skala *faces pain rating scale* (FPRS)

Merupakan skala nyeri dengan model gambar kartun dengan enam tingkatan nyeri dan di lengkapi dengan angka 0 sampai dengan 5. Skala ini bisanya digunakan pada anak. Adapun pendeskripsian skla tersebut adalah sebagai berikut :

0= tidak menyakitkan

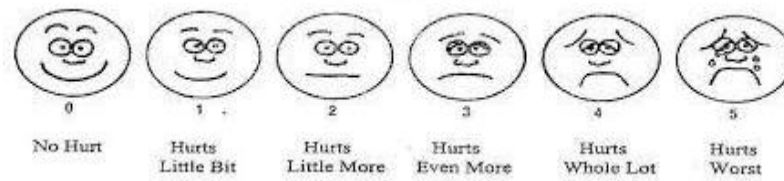
1 = sedikit sakit

2 = lebih menyakitkan lagi

3= lebih menyakitkan lagi

4 = jauh lebih menyakitkan lagi

5 = benar-benar menyakitkan



Gambar 2.8 Skala *faces pain rating scale* (FPRS) (Solehati dkk, 2015)

2.1.3.4 Strategi penatalaksanaan nyeri

Strategi penatalaksanaan nyeri dibagai menjadi dua yaitu penatalaksanaan nyeri dengan pendekatan farmakologi dan nonfarmakologis.

1. Pendekatan farmakologis

merupakan tindakan yang dilakukan melalui kolaborasi dengan dokter, intervensi farmakologis yang sering diberikan berupa pemberian obat analgetik.

2. Pendekatan non farmakologis

Pendekatan non farmakologis yang biasa dilakukan oleh perawat meliputi :

- a. Pendekatan dengan modulasi psikologi nyeri, seperti relaksasi, hipnoterapi, imajinasi, umpan balik biologis, psikopropilaksis, dan distraksi.
- b. modulasi sensorik nyeri seperti message, terapeutik, akupuntur, akupresur, *transcutaneous electrical nerve stimulations* (TENS), musik, hidroterapi, homeopati, modifikasi lingkungan persalinan, pengaturan posisi dan postur serta ambulansi (Solehati dkk, 2015).
- c. Aromatherapi merupakan salah satu terapi non farmakologis untuk mengurangi nyeri persalinan. Aromaterapi dapat digunakan sebagai salah satu solusi untuk mengurangi nyeri post SC

d. Manajemen nyeri menggunakan teknik relaksai pernafasan aroma terapi lavender (Mutia, 2018). Dengan cara aroma terapi lavender diteteskan dengan menggunakan media tissu, kemudian di hirup wanginya selama 15 menit, setelah itu dinilai skala nyerinya. Teknik relaksai pernafasan aroma terapi lavender memberikan reaksi yang membuat perubahan fisiologis pada tubuh, pikiran, jiwa, dan menghasilkan efek menenangkan pada tubuh sehingga dapat mengurangi nyeri.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Pelaksanaan asuhan keperawatan masa nifas pada post sectio caesarea melalui pendekatan proses keperawatan dengan melaksanakan :

2.2.1 Pengkajian

Merupakan pengumpulan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi ibu (Astuti dkk, 2015).

2.2.1.1 Identitas pasien

Meliputi nama, umur pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomor medical record, diagnosa medik, yang mengirim, cara masuk, alasan masuk, keadaan umum dan tanda vital (Jitowiyono & kristiyanasari, 2012).

2.2.1.2 Riwayat kesehatan

1. Keluhan utama saat masuk rumah sakit

Alasan ibu datang ke tempat fasilitas pelayanan kesehatan. Pada kasus ibu post partum *sectio caesarea* keluhan utama yang biasa di rasakan adalah nyeri pada bekas jahitan post SC (Megasari dkk, 2014).

2. Keluhan utama saat di kaji

Keluhan yang diungkapkan saat dilakukan pengkajian, biasanya pada klien post operasi seksio sesarea mengeluh nyeri pada bagian luka operasi (Maryunani, 2015), keluhan ini diuraikan dengan metode PQRST:

a. Provokatif dan paliatif

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

b. *Quality* /kuantitas

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

c. *Region* / radiasi

Region/Radiasi, yaitu menunjukkan lokasi nyeri, penyebarannya. Pada pasien post partum dengan SC biasanya nyeri dirasakan didaerah abdomen dan biasanya tidak ada penyebaran kedaerah lain.

d. *Severity / scale* : intensitasnya (skala) pengaruh terhadap aktivitas.

Skala/*severity*, yaitu menunjukkan dampak dari keluhan nyeri yang dirasakan klien, dan seberapa besar gangguannya yang diukur dengan skala nyeri 0 – 10.

e. *Timing*

yaitu menunjukkan waktu terjadinya dan frekuensi kejadian keluhan tersebut

2.2.1.3 Riwayat Kesehatan Dahulu

Meliputi penyakit waktu kecil dan imunisasi, pernah masuk rumah sakit: tanggal, penyebab masuk, alergi obat, kebiasaan merokok/alkohol, penyakit spesifik: penyakit jantung, TB, asma, hepatitis, gastrointestinal, hipertensi, dll (Chapman & Cathy Charles, 2013).

2.2.1.4 Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi penyakit yang diderita dan apakah keluarga memiliki penyakit yang sama dengan pasien atau keluarga memiliki riwayat penyakit keturunan seperti Diabetes, Hipertensi, Penyakit Jantung, dan sebagainya, sehingga klien dilakukan operasi SC (Chapman & Cathy Charles, 2013).

2.2.1.5 Riwayat genekologi dan obstetrik

1. Riwayat Ginekologi

a. Riwayat menstruasi

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

Riwayat menstruasi yang lengkap diperlukan untuk menentukan

taksiran persalinan. Taksiran persalinan ditentukan berdasarkan hari pertama haid terakhir (HPHT).

b. Riwayat perkawinan (suami istri)

Usia perkawinan, umur klien dan suami saat kawin, pernikahan yang seberapa bagi klien dan suami.

c. Riwayat Keluarga Berencana

Jenis kontrasepsi yang digunakan klien sebelum hamil, waktu dan lamanya penggunaan kontrasepsi, apakah ada masalah dengan kontrasepsi yang digunakan, dan jenis kontrasepsi yang akan digunakan setelah persalinan.

2. Riwayat Obstetri

a. Riwayat kehamilan dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada kehamilan sebelumnya

b. Riwayat kehamilan sekarang

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

c. Riwayat nifas dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya

d. Riwayat Nifas Sekarang

Meliputi tentang adanya perdarahan, jumlah darah biasanya banyak, kontraksi uterus, konsistensi uterus biasanya keras seperti papan, tinggi fundus uteri setinggi pusat. (Maryunani,2015)

2.2.1.6 Pola aktivitas sehari-hari

Pengkajian pola aktivitas sehari-hari klien menurut (Nurjannah dkk, 2013), meliputi :

1. Pola Nutrisi

a. Makan

Menjelaskan dan membandingkan pola makan klien selama hamil dan ketika setelah melahirkan di rumah sakit. Perlu dikaji menu, frekuensi dan keluhan dalam makan. Pada menu makanan dikaitkan dengan pola diet berimbang bagi ibu. Jika pengaturan menu makan yang dilakukan oleh klien kurang seimbang sehingga ada kemungkinan beberapa komponen gizi tidak akan terpenuhi. Tenaga kesehatan dapat menanyakan pada klien tentang apa saja yang ia makan dalam sehari (nasi, sayur, lauk, buah, makanan selingan dan lain-lain), serta keluhan atau kesulitan klien dalam mengkonsumsi makanan. Pada ibu post *sectio caesarea* akan terjadi penurunan dalam pola makan dan akan merasa mual karena efek anestesi yang masih ada dan bisa juga dari faktor nyeri akibat *sectio caesarea*.

b. Minum

Menanyakan kepada klien tentang pola minum, antara lain frekuensi ia minum dalam sehari, jumlah perhari, jenis minuman dan keluhan saat minum.

2. Pola Eliminasi

Membandingkan pola eliminasi klien mampu meliputi BAB dan BAK selama hamil dan ketika setelah melahirkan di rumah sakit. Pola

eliminasi BAB menjelaskan frekuensi, wana, bau dan keluhan saat BAB. Pola eliminasi BAK menjelaskan frekuensi, jumlah, warna, dan keluhan saat BAK. Biasanya terjadi penurunan karena faktor psikologis dari ibu yang masih merasa trauma, dan otot-otot masih berelaksasi. Pada pasien post SC biasanya terpasang *dower kateter*, kateter dapat dilepaskan setelah 12 jam post operasi atau pada keesokan paginya setelah operasi. Defekasi spontan mungkin baru terjadi setelah 2-3 hari post partum. Pergerakan usus yang biasa dan teratur kembali setelah tonus usus kembali. Dibutuhkan 2-8 minggu sampai 42 hipotonus dan dilatasi uterus dan pelvis ginjal yang terjadi karena kehamilan kembali seperti sebelum hamil.

3. Istirahat Tidur

Membandingkan istirahat tidur klien meliputi tidur siang dan malam klien beserta keluhannya ketika hamil dan setelah melahirkan di rumah sakit. Menggali informasi mengenai kebiasaan istirahat pada ibu tidur disiang dan malam hari. Untuk istirahat malam, rata-rata waktu yang diperlukan adalah 6-8 jam. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasa kesakitan dan lemas akibat dari tindakan pembedahan *sectio caesarea*.

4. *Personal Hygiene*

Mengidentifikasi pola *personal hygiene* klien berupa mandi, gosok gigi, keramas, gunting kuku, dan ganti pakaian. Perlu dikaji beberapa kali klein mandi dan mengganti baju salam sehari, frekuensi dan kapan ia keramas dan gunting kuku. Kemudian membandingkan polanya ketika hamil dan setelah melahirkan di rumah sakit. Biasanya kondisi pada ibu

setelah melahirkan dengan *sectio caesarea* yaitu dalam keadaan lemah dan nyeri akibat tindakan operasi, sehingga dalam melakukan perawatan diri masih dibantu.

5. Aktivitas

Menjelaskan perbandingan aktivitas klien selama hamil dan setelah melahirkan di rumah sakit. Data ini memberikan gambaran kepada tenaga kesehatan tentang beberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan klien. Pada pasien post SC biasanya dalam keadaan lemah dan nyeri akibat tindakan operasi, sehingga pada hari pertama setelah pembedahan, aktivitas pasien masih dibantu oleh perawat dan keluarga, pasien dengan bantuan perawatan dapat bangun dari tempat tidur sebentar, sekurang-kurangnya 2 kali pada hari kedua pasien dapat berjalan dengan pertolongan. Aktivitas pada klien post SC juga tergantung dari jenis anestesi yang digunakan apabila pasien dengan anestesi umum biasanya pasien boleh bergerak, duduk pada hari pertama post operasi dan pasien bisa berjalan ke kamar mandi apabila sudah mampu, dan untuk pasien dengan anestesi *regional* (spinal) biasanya terdapat hambatan mobilitas fisik terutama pada ekstremitas bawah karena regional anestesi memblokir rasa sakit di sebagian anggota tubuh seperti pinggul, perut, dan kaki, dan pada regional anestesi terutama spinal pasien tidak boleh duduk selama 24 jam di haruskan tirah baring 24 jam, sehingga aktivitasnya masih memerlukan bantuan dari perawat dan keluarga.

2.2.1.7 Pemeriksaan fisik head to toe

1. Pengukuran tanda-tanda vital

Pengukuran tanda-tanda vital meliputi tekanan darah, nadi, respirasi, suhu, tinggi badan, serta berat badan. Biasanya setelah persalinan tekanan darah akan rendah karena adanya pendarahan. Jika tekanan darah tinggi setelah melahirkan dapat menandakan terjadinya preeklamsi pada post partum. Setelah melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat, jika denyut nadi yang melebihi 100 x/menit, harus diwaspadai adanya infeksi atau pendarahan post partum. Suhu badan post partum satu hari (24 jam) akan naik sedikit (37,5-38°C). Respirasi berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi, jika suhu dan nadi tidak normal maka respirasi juga akan mengikutinya (Nurjanah dkk, 2013).

2. Pemeriksaan umum

Pemeriksaan umum meliputi kesesuaian penampakan usia, status gizi umum, tingkat emosi, kegagalan sistem dan postur tubuh.

3. Kepala

Kebersihan kepala, apakah ada pembesaran kepala, nyeri tekan dan lesi. Perhatikan warna rambut, rambut mudah rontok atau tidak.

4. Wajah

Penampilan, ekspresi, nyeri tekan, adakah edema atau tidak pada pipi, *Chloasma Gravidarum* atau pitting udem pada dahi.

5. Mata

Warna konjungtiva dan sklera, bentuk mata, kebersihan, pergerakan bola mata, reflek pupil terhadap cahaya, fungsi penglihatan, kelainan dan gangguan penglihatan (rabun jauh/dekat).

5. Telinga

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

6. Hidung

Bentuk, kebersihan, pernafasan cuping hidung, ada tidak nyeri tekan, polip, alergi debu dan gangguan pada fungsi penciuman.

7. Mulut

Keadaan mulut, mukosa bibir, kebersihan mulut, gigi, lidah. keadaan gigi, jumlah gigi, pembesaran tonsil dan adakah nyeri pada saat meneloh.

8. Leher

Ada tidak pembesaran tyroid dan kelenjar limfe, peritonitis, nyeri saat menelan, adakah peningkatan vena jugularis dan kaku kuduk.

9. Dada

a. Pemeriksaan dada meliputi jantung, paru-paru dan payudara. Kaji bentuk dan kesimetrisan dada, Kaji bunyi jantung dan bunyi nafas. Jantung : Bunyi jantung regular S1 lebih terdengar pada ICS 5 dan S2 lebih terdengar di ICS 2 dan 3, tidak ada bunyi jantung tambahan seperti *gallop dan murmur*.

b. Payudara

Kaji bentuk bentuk payudara, tekstur, warna aerola, ada tidak pembengkakan dan palpasi adanya nyeri tekan, dan ada tidaknya benjolan. Pada hari pertama konsistensi payudara lunak, adanya kolostrum, puting menonjol dan mengalami hiperpigmentasi, sedangkan pada hari ketiga payudara mengeras, membesar, hangat, puting dapat mengalami luka yang memerah, ASI keluar pada hari kedua sampai hari keempat.

10. Abdomen

TFU pada saat bayi lahir setinggi pusat, 2 hari setelah melahirkan TFU 2 jari di bawah pusat, 1 minggu setelah melahirkan TFU pertengahan symphysis, 6 minggu setelah melahirkan bertambah kecil dan setelah 8 minggu TFU kembali dalam keadaan normal dengan berat 30 gram, kontraksi uterus kerasa seperti papan, bising usus biasanya mengalami pertambahan akibat efek samping obat anestesi ketika post *sectio caesarea*.

11. Punggung dan bokong

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

12. Genetalia

Perhatikan kebersihan, pengeluaran pervagina dan tanda-tanda infeksi vagina. Pasien post SC biasa terpasang dower kateter karena klien tidak boleh bergerak 24 jam. Kaji lochea yang meliputi jumlah, warna bekuan darah yang keluar dan baunya.

13. Anus

Perhatikan ada atau tidak haemoroid dan kebersihan.

14. Ekstremitas

Pada ekstremitas dikaji gangguan/kelainan dan bentuk. Pada ekstremitas bawah kaji bentuk, odem, varises dan hofmen, kekuatan otot (Hani ummi, 2010).

2.2.1.8 Data psikologis

Pada masa ini, ibu nifas menjadi lebih sensitif, sehingga diperlukan pengertian dari keluarga-keluarga terdekat. Ada kala ibu mengalami perasaan sedih yang berkaitan dengan bayinya keadaan ini disebut *baby blues* (Nurjanah, 2013)

2.2.1.9 Kebutuhan *Bounding Attachment*

Mengidentifikasi kebutuhan klien terhadap interaksi dengan bayi secara nyata baik fisik, emosi maupun sensori (Nurjanah, 2013).

2.2.1.10 Kebutuhan pemenuhan seksual

Mengidentifikasi tentang kebutuhan klien terhadap pemenuhan seksual pada masa post partum/nifas (Nurjanah, 2013).

2.2.2 Analisa Data

Setelah melakukan pengkajian keperawatan, perawat melanjutkan dengan menganalisis data sehingga dapat ditentukan masalah keperawatannya. Disamping mengkaji juga harus memperhatikan kekuatan atau kemampuan ibu postpartum seksio sesarea untuk melakukan perawatan mandiri secara bertahap dan mengatasi rasa ketidaknyamanan (Maryunani, 2015).

2.2.3 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap proses kehidupan/masalah kesehatan. Aktual atau potensial dan kemungkinan menimbulkan tindakan keperawatan untuk memecahkan masalah tersebut. Menurut (Nurarif, 2015) diagnosa yang muncul pada ibu post seksio sesarea, yaitu :

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan napas alergik (respon obat anestesi).
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan)
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum.
4. Ketidakefektifan pemberian air susu ibu (ASI) berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.
5. Gangguan eliminasi urine.
6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan
7. Resiko infeksi
8. Defisit perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan post partum
9. Resiko syok (hipovolemik)
10. Resiko perdarahan
11. Defisiensi pengetahuan : perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post partum.

2.2.4 Intervensi keperawatan

Setelah merumuskan diagnosa keperawatan, maka intervensi dan aktivitas keperawatan erlu diterapkan untuk mengurangi, menghilangkan, dan mencegah masalah keperawatan klien. Adapun rencana keperawatan menurut (Nurarif, 2015) rencana keperawatan pada diagnosa yang mungkin muncul dengan seksio sesarea adalah :

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

Tabel 2.3
Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil	Intervensi
Ketidakefektifan bersihan jalan nafas Definisi : ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi obstruksi dari saluran pernapasan untuk mempertahankan jalan nafas Batasan karakteristik: 1. tidak ada batuk 2. suara Nafas tambahan 3. perubahan frekuensi nafas 4. sianosis 5. kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara 6. penurunan bunyi nafas 7. dispneu 8. sputum dalam jumlah yang berlebih 9. batuk yang tidak efektif 10. orhtopneu 11. gelisah 12. mata terbuka lebar	NOC: 1. Respiratory status ventilation 2. Respiratory status : airway patency Kriteria Hasil: 1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang beersih, tidak ada sianosis dan dipsneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips). 2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal). 3. Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan	NIC: Airway suction 1. Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning 2. Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning 3. Informasikan kepada klien dan keluarga tentang suctioning 4. Minta klien napas dalam sebelum suctioning 5. Berikan oksigen dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suction nasotracheal 6. Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan 7. Anjurkan klien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotracheal 8. Monitor status oksigen klien 9. Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suction 10. Hentikan suction dan berikan oksigen apabila klien menunjukkan bradikardi, penurunan

nafas.	saturasi oksigen dan lain-lain.
	Airway Manajemen <ol style="list-style-type: none"> 1. Buka jalan nafas, menggunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu 2. Pastikan klien untuk memaksimalkan ventilasi 3. Identifikasi klien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan 4. Pasang mayo bila perlu 5. Lakukan fisioterapi dada jika perlu 6. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction 7. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan 8. Lakukan suction pada mayo 9. Berikan bronchodilator bila perlu 10. Berikan pelembab udara kassa basah NaCl lembab 11. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan 12. Monitor respirasi dan status oksigen.

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

Tabel 2.4
Intervensi nyeri Akut

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil	Intervensi
Nyeri akut Definisi : pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau potensial, atau digambarkan sebagai kerusakan (international Association for the study of pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat, dengan berakhirnya dapat diantisipasi atau diprediksi, dan dengan durasi kurang dari 3 bulan. Batasan karakteristik: <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan selera makan 2. Perubahan pada parameter 	NOC: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pain level 2. Pain control 3. Comfort level Kriteria Hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri (penyebab, teknik nonfarmakologi, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi 	NIC: Pain Management <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan 3. Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 5. Evaluasi pengalaman nyeri masalalu 6. Evaluasi bersama pasien

<p>fisiologi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Diaforesis 4. Perilaku distraksi 5. Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri atau pasien yang tidak dapat mengungkapkannya 6. Perilaku ekspresif 7. Ekspresi wajah nyeri 8. Sikap tubuh melindungi 9. Putus asa 10. Fokus menyempit 11. Sikap melindungi area nyeri 12. Perilaku protektif 13. Laporan tentang perilaku nyeri/perubahan aktivitas 14. Dilatasi pupil 15. Fokus pada diri sendiri 16. Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri 17. Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrument nyeri. <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agen cedera biologis 2. Agen cedera kimiawi 3. Agen cedera fisik 	<p>dan tanda nyeri)</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Menyatakan rasa nyama setelah berkurang 	<p>dan Kesehatan lain tentang ketidakefektifan control nyeri masa lampau</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Bantu pasien 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. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi dan interpersonal) 11. Kaji dan tipe sumber nyeri untuk menentukan intervensi 12. Ajarkan tentang tehnik nonfarmakologi 13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri 14. Evaluasi ketidakefektifan kontrol nyeri 15. Tingkatkan istirahat 16. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil 17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri. <p>Analgetic administration</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan lokasi karakteristik, kualitas dan derajat nyeri sebelum pemberian obat 2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi 3. Cek Riwayat alergi 4. Pilih analgesic yang diperlukan atau kombinasi dari analgetik Ketika pemberian lebih dari Satu 5. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri 6. Pilih rute pemberian secara IV, IM, untuk pengobatan nyeri secara teratur 7. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian an 8. algetik pertama kali 9. Berikan analgetik tepat waktu terutama saat nyeri hebat 10. Evaluasi efektifitas analgetik, tanda dan gejala.
---	--	---

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

Tabel 2.5
Intervensi ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil	Intervensi
ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik Batasan karakteristik: <ol style="list-style-type: none"> 1. Kram abdomen 2. Nyeri abdomen 3. Gangguan sensasi rasa 4. Berat badan 20% atau lebih dibawah rentang berat badan ideal 5. Kerapuhan kapiler 6. Diare 7. Kehilangan rambut berlebih 8. Enggan makan 9. Asupan makanan kurang dari <i>Recommended daily allowance (RDA)</i> 10. Bising usus hiperaktif 11. Kurang informasi 12. Kurang minat pada makanan 13. Tonus otot menurun 14. Kesalahan informasi 15. Kesalahan persepsi 16. Membrane mukosa pucat 17. Ketidakmampuan memakan makanan 18. Cepat kenyang setelah makan 19. Sariawan rongga mulut 20. Kelemahan otot mengunyah 21. Kelemahan otot untuk menelan 22. Penurunan berat badan dengan asupa makan adekuat. Faktor yang berhubungan: <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan diet kurang Populasi beresiko : <ol style="list-style-type: none"> 1. Faktor biologis 2. Kesulitan ekonomi 	NOC: <ol style="list-style-type: none"> 1. Nutrient status 2. Nutritional status : food and fluid 3. Intake 4. Nutritional status : nutrient intake 5. Weight control Kriteria Hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. Tidak ada tanda mal nutrisi 5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan 6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	NIC: Nutrient Management <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe 4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C 5. Berikan substansi gula 6. Yakinkan diet dimakan klien mengandung serat tinggi untuk mencegah konstipasi 7. Berikan makanan yang terpilih (berdasarkan konsultasi ahli gizi) 8. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori 9. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi 10. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan. Nutrition Monitoring <ol style="list-style-type: none"> 1. BB pasien dalam batas normal 2. Monitor adanya penurunan berat badan 3. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan 4. Monitor lingkungan selama makan 5. Monitor kulit kering dan pigmentasi 6. Monitor turgor kulit 7. Monitor kekeringan rambut kusam dan mudah patah 8. Monitor mual muntah 9. Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar

Kondisi terkait :	Ht.
1. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient	10. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva
2. Ketidakmampuan mencerna makanan	11. Monitor kalori dan intake nutrisi
3. Ketidakmampuan makan	
4. Gangguan psikososial.	

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

Tabel 2.6
Intervensi ketidakefektifan pemberian ASI

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil	Intervensi
<p>ketidakefektifan pemberian ASI</p> <p>Definisi : Kesulitan memberikan susu pada bayi atau anak secara langsung dari payudara yang dapat memengaruhi status nutrisi bayi/anak.</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakadekuatan defekasi bayi 2. Bayi mendekat ke arah payudara 3. Bayi menangis pada payudara 4. Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusui 5. Bayi rewel dalam satu jam setelah menyusui 6. Bayi tidak mampu <i>latch-on</i> pada payudara secara tepat 7. Bayi menolak <i>latching on</i> 8. Bayi tidak responsive terhadap tindakan kenyamanan lain 9. Ketidakcukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui 10. Kurang penambahan berat badan bayi 11. Tidak tampak tanda pelepasan oksitosin 12. Tampak ketidakadekuatan asupan susu 13. Luka <i>putting</i> yang menetap setelah minggu pertama menyusui 	<p>NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Breastfeding ineffective 2. Breathing pattern ineffective 3. Breasfeeding interrupted <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemantapan pemberian ASI : bayi: perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI 2. Kemantapan pemberian ASI: ibu: kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI 3. Pemeliharaan pemberian ASI: keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/toddler 4. Penyapihan pemberian ASI 5. Diskontinuitas progresif pemberian 	<p>NIC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi pola menghisap/menelan bayi 2. Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui 3. Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (reflek rooting, menghisap secara dan terjaga) 4. Kaji kemampuan bayi untuk <i>latch on</i> dan menghisap secara efektif 5. Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke <i>putting</i> 6. pantau integritas kulit <i>putting</i> ibu 7. evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar susu dan mastitis 8. pantau kemampuan untuk mengurangi kongeti payudara dengan benar 9. pantau berat badan dan pola eliminasi bayi <p>Brest examination lactation suppression</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI 2. sediakan informasi tentang laktasi dan tehnik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara

14. Penurunan berat badan bayi terus-menerus	ASI	mengumpulkan dan menyimpan ASI
15. Tidak mengisap payudara terus-menerus.	6. Pengetahuan pemberian ASI tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makanan bayi melalui proses pemberian ASI, ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera, ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI, ibu tidak mengalami nyeri penekanan pada putting, mengenali tanda-tanda penurunan suplay ASI.	3. Ajarkan pengasuhan bayi mengenai topik-topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran pemberian susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang
Faktor yang berhubungan :		4. Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan, dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula
1. Keterlambatan lactogen II		5. Apabila penyapihan diperlukan informasikan ibu mengenai kembalinya proses ovulasi dan seputar alat kontrasepsi yang sesuai
2. Suplai ASI tidak cukup		Lactation konseling
3. Keluarga tidak mendukung		1. Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI
4. Tidak cukup waktu untuk menyusui ASI		2. Demonstrasikan Latihan menghisap, jika perlu
5. Kurang pengetahuan orang tua tentang teknik menyusui		3. Diskusikan metode alternative pemberian makanan bayi
6. Kurang pengetahuan orang tua tentang pentingnya pemberian ASI		
7. Diskontinuitas pemberian ASI		
8. Ambivalensi ibu		
9. Ansietas ibu		
10. Anomali payudara ibu		
11. Keletihan ibu		
12. Obesitas ibu		
13. Nyeri ibu		
14. Penggunaan dot		
15. Reflex isap bayi buruk		
16. Penambahan makanan dengan putting artifisial.		
Populasi beresiko :		
1. Bayi premature		
2. Pembedahan payudara sebelumnya		
3. Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya		
4. Masa cuti melahirkan yang pendek		

5. Gangguan eliminasi urine

Tabel 2.7
Intervensi Gangguan Eliminasi Urine

Diagnose keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
Gangguan eliminasi urine Defisi: Disfungsi eliminasi urine Batasan karakteristik:	NOC: 1. Urinary elimination 2. Urinary continuence Kriteria Hasil:	NIC: Urinary retention care 1. Lakukan penilaian kenih yang komprehensif terfokus pada inkontenensia (misalnya, output urine, pola berkemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing pra exsisten)
1. Disuria	1. Kandung kemih kosong secara penuh	
2. Sering berkemih	2. Tidak ada residu urine >100-200 cc	
3. Anyang-anyangan		
4. Nokturia		
5. Inkontinensia urine		

6. Retensi	3. Intake cairan dalam	2. Memantau penggunaan obat
7. Dorongan berkemih	rentan normal	dengan sifat kolinergik atau
Faktor yang berhubungan:	4. Bebas dari ISK	property alfa agonis
1. Penyebab multiple	5. Tidak ada spasme	3. Monitor efek dari obat-
Kondisi terkait :	bleder	obatan yang diresepkan,
1. Obstruksi anatomik	6. Balance cairan	seperti calcium channel
2. Gangguan sensori motorik	seimbang	blockers dan antikolinergik
3. Infeksi saluran kemih		4. Menyediakan penghapusan
		prifasi
		5. Gunakan kekuatan sugesti
		dengan menjalankan air atau
		disiram toilet
		6. Merangsang reflex kandung
		kemih dengan menerapkan
		dingin untuk perut
		7. Sediakan waktu yang cukup
		untuk pengosongan kandung
		kemih (10 menit)
		8. Instruksikan cara-cara untuk
		menghindari konstipasi atau
		inspaksi tinja
		9. Memantau asupan dan
		keluaran
		10. Gunakan kateter kemih
		11. Anjurkan keluarga untuk
		mencatat output urine
		12. Memantau tingkat distensi
		kandung kemih dengan
		palpasi dan perkusi
		13. Membantu toileting secara
		berkala
		14. Menerapkan kateringasi
		intermiten

6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

Tabel 2.8
Intervensi Gangguan pola tidur

Diagnose keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil	Intervensi
Gangguan pola tidur Definisi: Interupsi jumlah waktu dan kualitas tidur akibat faktor eksternal Batasan karakteristik: 1. Kesulitan berfungsi sehari-hari 2. Kesulitan memulai tidur 3. Kesulitan mempertahankan tetap tidur 4. Ketidakpuasan tidur 5. Tidak merasa cukup istirahat 6. Terjaga tanpa jelas penyebabnya Faktor yang berhubungan: 1. Gangguan karena cara tidur pasangan 2. Kendala lingkungan 3. Kurang privasi 4. Pola tidur tidak menyehatkan Kondisi terkait : 1. Imobilisasi	NOC: 1. Anxiety reduction 2. Comfort level 3. Pain level 4. Rest : extent and patren 5. Sleep: extent and patren Kriteria Hasil: 1. Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam perhari 2. Pola tidru, kualitas dalam batas normal 3. Perasaan segar sesudah tidur/ 4. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur	NOC: Sleep enchancement 1. Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur 2. Jelaskan pentingnya tidru yang adekuat 3. Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca ciptakan lingkungan yang nyaman) 4. Ciptakan lingkungan yang nyaman 5. Kolaborasi pemberian obat tidur 6. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang tehnik tidur pasien 7. Instruksikan untuk memonitoring tidur pasien 8. Monitor/catat kebutuhan waktu tidur pasien setiap hari dan jam

7. Resiko infeksi berhubungan dengan factor resiko : episiotomy, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.

Tabel 2.9
Intervensi Resiko Infeksi

Diagnose keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil	Intervensi
Resiko infeksi Definisi: Rentan mengalami invasi dan multiplikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan. Faktor-faktor resiko: 1. Gangguan peristaltis 2. Gangguan integritas kulit 3. Vaksinasi tidak adekuat 4. Kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan patogen 5. Malnutrisi 6. Obesitas 7. Merokok	NOC: 1. Immune status 2. Knowledge: infection control 3. Risk control Kriteria Hasil: 1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya.	NIC: 1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai klien 2. Petahankan tehnik isolasi 3. Batasi pengunjung bila perlu 4. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung 5. Gunakan antiseptic untuk cuci tangan 6. Cuci tangan setiap sebelum dan setelah tindakan keperawatan

8. Statis cairan tubuh Populasi beresiko : 1. Terpajan pada wabah Kondisi terkait : 1. Perubahan pH sekresi 2. Penyakit kronis 3. Penurunan kerja siliaris 4. Penurunan hemoglobin 5. Imunosupresi 6. Prosedur invasif 7. Leukopenia 8. Pecah ketuban dini 9. Pecah ketuban lambat 10. Supresi respons inflamasi	3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi 4. Jumlah leukosit dalam batas normal. 5. Menunjukkan perilaku hidup sehat.	7. Gunakan baju, sarung tangan sesuai alat pelindung 8. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat 9. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum 10. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing 11. Tingkatkan intake nutrisi 12. Berikan terapi antibiotic bila perlu Infection protection (proteksi terhadap infeksi) 1. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local 2. Monitor hitung granulosit, WBC 3. Saring pengunjung terhadap penyakit menular 4. Pertahankan tehnik aseptik pada klien yang beresiko 5. Pertahankan tehnik isolasi 6. Berikan perawatan kulit pada area epidema 7. Inspeksi kulit dan membrane mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase 8. Inspeksi kondisi luka/insisi bedah 9. Dorong masukan nutrisi yang cukup 10. Dorong masukan cairan 11. Dorong istirahat 12. Instruksikan pasien untuk minum antibiotic sesuai resep 13. Ajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda infeksi 14. Ajarkan cara memnghindari infeksi 15. Laporkan kecurigaan infeksi 16. Laporkan kultur positif.
---	---	--

8. Defisit perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, toileting
berhubungan dengan kelelahan post partum

Tabel 2.10
Intervensi Defisit perawatan diri

Diagnose keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil	Intervensi
<p>Defisit perawatan diri: mandi Definisi: Ketidakmampuan melakukan pembersihan diri saksama secara mandiri Batasan Karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi 2. Ketidakmampuan menjangkau sumber air 3. Ketidakmampuan mengeringkan tubuh 4. Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi 5. Ketidakmampuan mengatur air mandi 6. Ketidakmampuan membasuh tubuh <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ansietas 2. Penurunan motivasi 3. Kendala lingkungan 4. Nyeri 5. Kelemahan <p>Kondisi terkait :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan fungsi kognitif 2. Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh 3. Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial 4. Gangguan musculoskeletal 5. Gangguan neuromuskular 6. Gangguan persepsi. 	<p>NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Activity intolerance 2. Mobility: physical impaired 3. Self care deficit hygiene 4. Sensory perception, auditory disturbed <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawatan diri ostomi: tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi 2. Perawatan diri: aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu 3. Perawatan diri mandi: mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu 4. Perawatan diri hygiene: mampu mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu 5. Perawatan diri hygiene oral: mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu 6. Mampu mempertahankan mobilitas yang 	<p>NIC Self care assistance barthing/Hygiene</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertimbangkan budaya pasien Ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri 2. Pertimbangkan usia pasien Ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri 3. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan 4. Tempat handuk, sabun, deodorant, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan disamping tempat tidur atau kamar mandi 5. Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal 6. Memfasilitasi sikat gigi yang sesuai 7. Memfasilitasi mandi pasien 8. Membantu kebersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien 9. Memantau kebersihan kulit pasien 10. Menjaga ritual kebersihan diri 11. Memberikan bantuan sampai pasien dapat melakukan perawatan diri sepenuhnya.

- diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi
7. Membersihkan dan mengeringkan tubuh
 8. Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral.

9. Konstipasi

Tabel 2.11
Intervensi Konstipasi

Diagnose keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil	Intervensi
<p>Konstipasi Definisi: Penurunan frekuensi normal pada defekasi yang disertai kesulitan atau pengeluaran feses tidak tuntas dan/atau feses yang keras, kering, dan banyak. Batasan Karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri abdomen 2. Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot 3. Anoreksia 4. Penampilan tidak khas pada lansia 5. Borborigma 6. Darah merah pada feses 7. Perubahan pada pola defekasi 8. Penurunan frekuensi defekasi 9. Penurunan volume feses 10. Distensi abdomen 11. Keletihan 12. Feses keras dan berbentuk 13. Sakit kepala 14. Bising usus hiperaktif 15. Bising usus hipoaktif 16. Tidak ada defekasi 17. Peningkatan tekanan intraabdomen 18. Tidak dapat makan 19. Feses cair 20. Nyeri pada saat defekasi 21. Massa abdomen yang dapat diraba 22. Massa rektal yang dapat diraba 23. Perkusi abdomen pekak 	<p>NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bowel elimination 2. Hidration <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan bentuk feses lunak 1-3 hari 2. Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi 3. Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi 4. Feses lunak dan berbentuk. 	<p>NIC Constipation/impaction managemen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala konstipasi 2. Monitor bising usus 3. Monitor feses: frekuensi, konsistensi dan volume 4. Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus 5. Monitor tanda dan gejala rupture usus/peritonitis 6. Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi 7. Dukung intake cairan 8. Pantau tanda-tanda dan gejala konstipasi 9. Pantau tanda-tanda dan gejala impaksi 10. Memantau gerakan usus, termasuk konsistensi, frekuensi, bentuk, volume dan warna 11. Memantau bising usus 12. Anjurkan pasien atau keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses 13. Anjurkan pasien atau keluarga untuk diet tinggi serat 14. Timbang pasien secara teratur 15. Ajarkan pasien dan keluarga tentang proses pencernaan yang normal.

-
24. Rasa penuh rektal
 25. Rasa tekanan rektal
 26. Sering flatus
 27. Adanya feses lunak, seperti pasta dalam rectum
 28. Mengejan pada saat defekasi
 29. muntah

Faktor yang berhubungan:

1. Kelemahan otot abdomen
 2. Rata-rata aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan menurut gender dan usia
 3. Konfusi
 4. Penurunan motilitas traktus
 5. Gastrointestinal
 6. Dehidrasi
 7. Depresi
 8. Perubahan kebiasaan makan
 9. Gangguan emosi
 10. Kebiasaa menekan dorongan defekasi
 11. Kebiasaan makan buruk
 12. Hygiene oral tidak adekuat
 13. Kebiasaan *toileting* tidak adekuat
 14. Asupan serat kurang
 15. Asupan cairan kurang
 16. Kebiasaan defekasi tidak teratur
 17. Penyalahgunaan laksatif
 18. Obesitas
 19. Perubahan lingkungan baru.
-

10. Resiko syok (hipovolemik)

Tabel 2.12
Intervensi Resiko Syok (Hipovolemik)

Diagnose keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil	Intervensi
<p>Resiko Syok Definisi: Rentan mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan, tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa, yang dapat mengganggu Kesehatan. Faktor resiko: 1. Akan dikembangkan Kondisi terkait : 1. Hipotensi 2. Hipovolemia 3. Hipoksemia 4. Hipoksia 5. Infeksi 6. Sepsis</p>	<p>NOC: 1. Syock prevention 2. Syock management Kriteria Hasil: 1. Nadi dalam batas yang diharapkan 2. Irama jantung dalam batas yang diharapkan 3. Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan 4. Irama napas dalam batas yang diharapkan 5. Natrium serum, kalium klorida, kalsium, magnesium, PH darah dalam batas</p>	<p>NIC Syock prevention 1. Monitor sirkulasi blood preasur, wrna kulit, suhu kulit, denyut jantung, heart rate, ritme dan kapiler refil time 2. Monitor tanda inadkuat oksigenasi jaringan 3. Monitor suhu dan pernafasan 4. Monitor input dan output 5. Pantau nilali labor: HB, HT. AGD, dan Elektrolit. 6. Monitor hemodinamik invasi yang sesuai</p>

7. Sindrom respons inflamasi sistemik (<i>Systemic inflammatory response syndrome [SIRS]</i>)	normal. Hidrasi: 1. Indikator : 2. Mata cekung tidak ditemukan 3. Demam tidak ditemukan 4. Tekanan darah dalam batas normal 5. Hematokrit DBN	7. Monitor tanda dan gejala asites 8. Monitor tanda gejala syok 9. Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat 10. Lihat dan pelihara kepatenan jalan nafas 11. Berikan cairan iv atau oral yang tepat 12. Berikan vasodilator yang tepat 13. Ajarkan keluarga dan pasiententang tanda dan gejala datangnya syok 14. Ajarkan keluarga dan pasien tentang Langkah untuk mengatasi gejala syok
---	--	--

11. Resiko perdarahan

Tabel 2.13
Intervensi Resiko Perdarahan

Diagnose keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil	Intervensi
Resiko perdarahan Definisi: Rentan mengalami penurunan volume darah, yang dapat mengganggu kesehatan. Faktor resiko: 1. Kurang pengetahuan kewaspadaan perdarahan Potensi beresiko : 1. Riwayat jatuh Kondisi terkait : 1. Aneurisme 2. Sirkumsisi 3. Koagulopati intravaskular diseminata 4. Gangguan gastrointestinal 5. Gangguan fungsi hati 6. Koagulapati inheren 7. Komplikasi pascapartum 8. Komplikasi kehamilan 9. Trauma 10. Program pengobatan	NOC: 1. Blood lose severity 2. Blood koagulation Kriteria Hasil: 1. Tidak ada hematuria dan hematemesis 2. Kehilangan darah yang terlihat 3. Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastole 4. Tidak ada perdarahan 5. Tidak ada distensi abdomen 6. Haemoglobin dan hetmatokrit dalam batas normal	NIC Bleding precaution 1. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan 2. Catat nilai HB dan HT sebelum dan sesudah perdarahan 3. Monitor TTV ortostatik 4. Perdarahan bedrest selama perdarahan aktif 5. Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresfrozen plasma) 6. Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan 7. Hindari mengukur suhu lewat rectal 8. Hindari pemberian aspirin dan antikoagulan 9. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K 10. Identifikasi penyebab perdarahan 11. Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, Pulmonari kapiler,

-
- atau arteri wedge pressure)
12. Monitor status cairan yang meliputi intake dan output)
 13. Pertahankan potensi UV line
 14. Lakukan pressure dressing (perban yang menekan area luka)
 15. Timggikan ekstremitas perdarahan
 16. Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan
 17. Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas

Bledding reduction: gastrointestinal

1. Observasi adanya darah salam sekresi cairan tubuh: emesis, feses, urine, residu lambung dan drainase luka
 2. Monitor komplit blood count dan leukosit
 3. Kolaborasi dalam pemberian terapi : lactulose dan vasopression
 4. Hindari penggunaan anticoagulant
 5. Perhatikan jalan napas, berikan cairan intravena
 6. Hindari penggunaan aspirin dan ibuprofen.
-

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

Tabel 2.14
Intervensi Defisiensi Pengetahuan

Diagnose keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil	Intervensi
<p>Defisiensi pengetahuan Definisi: Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu, atau kemahiran. Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakakuratan mengikuti perintah 2. Ketidakakuratan mengikuti tes 3. Perilaku tidak tepat 4. Kurang pengetahuan <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurang informasi 2. Kurang minat untuk belajar 3. Kurang sumber pengetahuan 	<p>NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Knowledge: disease process 2. Knowledge: health beavior <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, program dan pengobatan 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara 	<p>NIC: Treeching: diases process</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik 2. Gunakan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit dengan cara yang tepat 3. Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat 4. Identifikasi kemampuan penyebab dengan cara yang tepat 5. Sediakan informasi pada

4. Keterangan yang salah dari orang lain	benar	pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat
Kondisi terkait : 1. Gangguan fungsi kognitif 2. Gangguan memori	3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim Kesehatan lainnya.	6. Hindari jaminan yang kosong 7. Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat
		8. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang atau proses pengontrolan penyakit
		9. Diskusikan pilihan terapi atau penanganannya
		10. Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan
		11. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan Kesehatan dengan cara yang tepat.

2.2.5 Implementasi Keperawatan

Dalam melaksanakan implementasi seorang tenaga kesehatan harus mempunyai kemampuan kognitif dalam proses implementasi yaitu mencakup melakukan pengkajian ulang kondisi klien, memvalidasi menentukan kebutuhan yang tepat untuk memberikan bantuan, melaksanakan strategi keperawatan dan mengomunikasikan kegiatan baik dalam bentuk lisan maupun tulisan. Diharapkan juga tenaga kesehatan mampu bekerja sama dengan klien, keluarga serta anggota tim kesehatan yang terkait, sehingga asuhan keperawatan yang diberikan dapat optimal dan komprehensif (Sri wahyuningsih, 2019).

2.2.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang merupakan tahap akhir dari proses keperawatan bertujuan untuk menilai hasil akhir dari seluruh tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi pada ibu post partum meliputi : dimulainya ikatan keluarga, berkurangnya nyeri, terpenuhi kebutuhan psikologi, mengekspresikan harapan diri yang positif, komplikasi tercegah / teratasi, bebas dari infeksi, pola eliminasi optimal, mengungkapkan pemahaman tentang perubahan fisiologi dan kebutuhan ibu post partum (Sri wahyuningsih, 2019)