

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST
SECTIO CAESAREA DENGAN NYERI AKUT
DI RUANG DELIMA RSUD CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya

Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi DIII Keperawatan

Universitas Bhakti Kencana Bandung



Oleh:

REZA MARRIER TRYSSIATAMY

NIM: AKX.17.075

PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA BANDUNG

2020

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Reza Marrier Tryssiatamy
NPM : AKX.17.075
Program Studi : DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan pada Klien Post *Sectio Caesarea* dengan Nyeri Akut di RSUD Ciamis

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa:

1. Karya tulis ilmiah ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (diploma ataupun sarjana), baik di Universitas Bhakti Kencana maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing dan Masukan Tim Penelaah/Penguji.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dalam daftar pustaka.

Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh dalam karya ini, serta sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di perguruan tinggi ini

Bandung, 18 Agustus 2020

Yang Membuat Pernyataan



Reza Marrier Tryssiatamy

AKX.17.075

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST *SECTIO CAESAREA*
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG DELIMA
RSUD CIAMIS**

Oleh:

**REZA MARRIER TRYSSIATAMY
AKX. 17. 075**

Proposal Penelitian ini telah disetujui oleh Panitia penguji pada tanggal 6
September 2020

Menyetujui

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

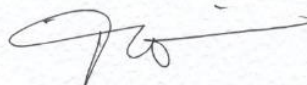


Tuti Suprapti, S.Kp, M. Kep
NIK: 02016020178



Anggi Jamiyanti, S. Kep, Ners
NIK: 9904201658

Mengetahui
Ketua Prodi DIII Keperawatan



Dede Nur Aziz Muslim, S. Kep., Ners., M. Kep
NIK: 02001020009

LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST *SECTIO CAESAREA*
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG DELIMA
RSUD CIAMIS

Oleh:
REZA MARRIER TRYSSIATAMY
AKX. 17. 075

PANITIA PENGUJI

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

- Anggota:
1. Sri Mulyati R, M.Kes (.....)
(Penguji I)
 2. A. Aep Indarna, M.Pd (.....)
(Penguji II)
 3. Anggi Jamiyanti, S. Kep, Ners (.....)
(Pembimbing Pendamping)

Mengetahui,
Fakultas Keperawatan
Ketua


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

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Reza Marrier Tryssiatamy

NPM : AKX 17.075

Fakultas : Keperawatan

Prodi : DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul: **Asuhan Keperawatan pada Klien Post Sectio Caesarea dengan Nyeri Akut Di Ruang Delima RSUD CIAMIS.**

Bebas dari plagiarisme dan bukan hasil dari karya orang lain .

Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau bagian dari penelitian dan karya ilmiah tersebut terdapat indikasi plagiarisme, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari siapapun juga dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung, 25 September 2020



Reza Marrier Tryssiatamy

Pembimbing 1

Tuti Suprapti, S.Kp, M. Kep

Pembimbing II

Anggi Jamiyanti, S. Kep, Ners

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 Delima RSUD Ciamis” dengan sebaik-baiknya.

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

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

1. H. Mulyana, SH, M.Pd, MH. Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, MH. Kes., Apt, selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana.
3. Rd. Siti Jundiah, S. Kp., M. Kep, selaku Dekan Fakultas Keperawatan
4. Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep., Ners., M.Kep, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana
5. Tuti Suprapti, S.Kp, M. Kep, selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Anggi Jamiyanti, S. Kep, Ners, selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Staff dosen dan karyawan Program Studi DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik.

8. Dr. H. Rizali Sofiyani, MM. Selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
9. Dedeh, S. ST. Selaku CI ruangan Delima yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis
10. Untuk kedua orang tua tercinta yaitu ayahanda Maryadi, ibunda Irma Tryssiawatty Agustina, adik saya Rafi Marriar Muslim serta seluruh keluarga besar yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus selalu mendoakan demi keberhasilan penulis
11. Teman seperjuangan Anestesi angkatan XIII, khususnya kelas B yang telah memberikan dorongan serta dukungan semangat dengan tulus sehingga ini dapat terselesaikan tepat waktu.
12. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

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.

Bandung, 18 Agustus 2020

Penulis

ABSTRAK

Latar Belakang: *Sectio caesarea* adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus persalinan buatan, sehingga janin dilahirkan melalui perut, dinding perut dan dinding rahim agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat. Menurut data rekam medik RSUD Ciamis terdapat 1.173 kasus persalinan dengan *Sectio caesarea* sepanjang tahun 2019. Masalah yang paling sering terjadi pada post *Sectio caesarea* adalah nyeri. Apabila hal ini tidak segera diatasi maka akan menimbulkan efek membahayakan yang akan mengganggu proses penyembuhan. **Tujuan:** untuk memperoleh pengalaman dan pengetahuan dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien post *Sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Metode:** Studi kasus merupakan penelitian mendalam tentang masalah penelitian tertentu, bukan survei statistik atau pertanyaan komparatif. Studi kasus adalah studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada ibu post *Sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut pada luka post *Sectio caesarea*. **Hasil:** setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, masalah keperawatan nyeri pada luka post *Sectio caesarea* pada kedua klien dapat teratasi sebagian dikarenakan belum mencapai kriteria hasil yang diinginkan. **Diskusi:** Adapun perbedaan hasil dari intervensi bantu dengan memberikan teknik relaksasi pada kedua klien yaitu pada hari ketiga, dengan hasil pada klien pertama yaitu menurunkan skala nyeri menjadi 1 dari 3 (0-10) sedangkan pada klien kedua menjadi 2 dari 4 (0-10). Penulis menyarankan kepada pihak rumah sakit disarankan pada pihak Rumah Sakit agar bisa menerapkan teknik non-farmakologi: teknik relaksasi genggam jari, khususnya pada pasien dengan masalah nyeri akut akibat post *Sectio caesarea*.

Kata kunci: Asuhan Keperawatan, Nyeri Akut, Post *Sectio caesarea*
Daftar pustaka: 9 buku (2010-2019), 2 jurnal (2017-2018), 2 website

ABSTRAC

Background: *Sectio caesarea* is an operation to give birth to a fetus through an incision in the abdominal wall and uterus of artificial labor, so that the fetus is born through the stomach, abdominal wall and uterine wall so that the child is born intact and healthy. According to the medical record data of Ciamis Hospital, there were 1,173 cases of delivery with cesarean section throughout 2019. The most common problem in post-*sectio caesarea* is pain. If this is not resolved immediately, it will have harmful effects that will disrupt the healing process. **Objective:** to gain experience and knowledge in performing nursing care for clients with post *sectio caesarea* with acute pain nursing problems. **Method:** A case study is an in-depth study of a specific research problem, not a statistical survey or a comparative question. A case study is a study to explore the problem of nursing care in post-cesarean mothers with acute pain nursing problems in post-cesarean wounds. **Results:** after nursing care by providing nursing interventions for 3x24 hours, the problem of post *sectio caesarea* pain in both clients was partially resolved because they had not reached the desired outcome criteria. **Discussion:** The differences in the results of the assistive intervention by providing relaxation techniques to the two clients, namely on the third day, with the results of the first client reducing the pain scale to 1 from 3 (0-10) while the second client became 2 from 4 (0-10). The author suggests that the hospital should apply non-pharmacological techniques: finger grip relaxation techniques, especially in patients with acute pain problems due to post *sectio caesarea*.

Keywords: Nursing Care, Acute Pain, Post *Sectio Caesarea*
Bibliography: 9 books (2010-2019), 2 journal (2017-2018), 2 website

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan.....	iv
Kata Pengantar.....	v
Abstract.....	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Gambar.....	x
Daftar Tabel.....	xi
Daftar Bagan.....	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
Daftar Lambang, Singkatan, dan Istilah.....	xv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	4
1.3. Tujuan.....	4
1.3.1. Tujuan Umum.....	4
1.3.2. Tujuan Khusus.....	4
1.4. Manfaat.....	5
1.4.1. Teoritis.....	5
1.4.2. Praktis.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Konsep Penyakit.....	7
2.1.1. Konsep <i>Sectio Caesarea</i>	7
2.1.2. Konsep Masa Nifas.....	19
2.1.3. Konsep Nyeri.....	26
2.2. Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas.....	34
2.2.1. Pengkajian.....	34
2.2.2. Diagnosa Keperawatan.....	47
2.2.3. Intervensi.....	48
2.2.4. Implementasi.....	68
2.2.5. Evaluasi.....	69
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1. Desain Penelitian.....	70
3.2. Batasan Istilah.....	70
3.3. Partisipan/Respon/Subyek Penelitian.....	71
3.4. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	71
3.5. Pengumpulan Data.....	71
3.6. Uji Keabsahan Data.....	72

3.7. Analisa Data.....	72
3.8. Etik Penulisan KTI.....	74
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1. Hasil.....	77
4.1.1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	77
4.1.2. Pengkajian.....	78
4.1.2.1. Pengumpulan Data.....	78
4.1.2.2. Diagnosis.....	92
4.1.2.3. Perencanaan.....	95
4.1.2.4. Implementasi.....	98
4.1.2.5. Evaluasi.....	107
4.2. Pembahasan.....	107
4.2.1. Pengkajian.....	108
4.2.2. Diagnosa Keperawatan.....	109
4.2.3. Intervensi Keperawatan.....	114
4.2.4. Implementasi Keperawatan.....	117
4.2.5. Evaluasi Keperawatan.....	119
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1. Kesimpulan.....	121
5.2. Saran.....	124
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Insisi Kulit sampai Otot dan Fascia.....	9
Gambar 2.2. Insisi Peritoneum.....	10
Gambar 2.3. Types Classic.....	11
Gambar 2.4. <i>Types Low Cervical</i>	11
Gambar 2.5. <i>Low Transverse Incision</i>	11

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Table Involusi Uterus pada Masa Post Partum.....	21
Tabel 2.2. Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas.....	48
Tabel 2.3. Intervensi Nyeri Akut.....	50
Tabel 2.4. Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan	52
Tabel 2.5. Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI.....	53
Tabel 2.6. Intervensi Gangguan Eliminasi Urine.....	55
Tabel 2.7. Intervensi Gangguan Pola Tidur.....	56
Tabel 2.8. Intervensi Resiko Infeksi.....	57
Tabel 2.9. Intervensi Defisit Perawatan Diri.....	59
Tabel 2.10. Intervensi Konstipasi.....	60
Tabel 2.11. Intervensi Resiko Syok (Hipovolemik).....	63
Tabel 2.12. Intervensi Resiko Perdarahan.....	65
Tabel 2.13. Intervensi Defisiensi Pengetahuan.....	67
Tabel 4.1. Identitas Klien.....	78
Tabel 4.2. Identitas Penanggung Jawab.....	78
Tabel 4.3. Riwayat Kesehatan.....	79
Tabel 4.4. Riwayat Obstetrik dan Ginekologi.....	80
Tabel 4.5. Pola Aktivitas Sehari-hari.....	82
Tabel 4.6. Pemeriksaan Fisik Ibu.....	83
Tabel 4.7. Pemeriksaan Fisik Bayi.....	86
Tabel 4.8. Data Psikologis.....	86
Tabel 4.9. Data Sosial.....	87
Tabel 4.10. Kebutuhan <i>Bounding Attachment</i>	88
Tabel 4.11. Kebutuhan Pemenuhan Seksual	88
Tabel 4.12. Data Spiritual.....	88

Tabel 4.13. Pengetahuan tentang Perawatan Diri.....	89
Tabel 4.14. Data Penunjang.....	89
Tabel 4.15. Program dan Rencana Pengobatan.....	89
Tabel 4.16. Analisa Data.....	90
Tabel 4.17. Diagnosa Keperawatan.....	92
Tabel 4.18. Perencanaan.....	95
Tabel 4.19. Implementasi.....	98
Tabel 4.20. Evaluasi Sumatif.....	107

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1. Pathway <i>Sectio Caesarea</i>	15
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Lembar Konsultasi KTI

Lampiran II Lembar Persetujuan menjadi Responden

Lampiran III Lembar Observasi

Lampiran IV Lembar Justifikasi

Lampiran V Jurnal

Lampiran VI Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran VII Leaflet

Lampiran VIII Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

ASI	: Air Susu Ibu
CPD	: Cephalopelvic Disporpotion
DKI	: Daerah Khusus Ibukota
DO	: Data Obyektif
DS	: Data Subjektif
E	: Evaluasi
I	: Intervensi
IV	: Intra Vena
Jln	: Jalan
KTI	: Karya Tulis Ilmiah
m ²	: Meter persegi
mg	: Miligram
mmHg	: Miligram Hydragyrum
No	: Nomor
Ny	: Nyonya
O	: Objektif
P	: Palatif
P	: Planning
PEB	: Preeklamsi Berat
Pemfis	: Pemeriksaan Fisik
P ₂ A ₀	: Partus 3 kali, Abortus 0
P ₃ A ₀	: Partus 3 kali, Arbotus 0
Q	: Quantity/Quality
R	: Region/Radiasi
R	: Rasional

Riskesdas	: Riset Kesehatan Daerah
RS	: Rumah Sakit
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
S	: Server/ Skala
S	: Subyektif
SOP	: Standar Operasional Prosedur
T	: Timing
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
Tpm	: Tetes per menit
TT	: Tetanus Toxoid
TTD	: Tertanda
TTV	: Tanda-tanda Vital
WIB	: Waktu Indonesia Barat
WOD	: Wawancara, Observasi, Dokumentasi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Sofian, 2012). Persalinan *Sectio caesarea* memiliki risiko kematian 25 kali lebih besar dibandingkan dengan persalinan pervaginam. Meskipun demikian, *Sectio caesarea* merupakan alternatif terbaik bagi ibu hamil yang mengalami risiko tinggi dalam proses persalinan untuk menyelamatkan nyawa ibu ataupun janinnya. Menurut Kasdu (2003), pada awalnya salah satu metode modern di bidang kedokteran khususnya kebidanan, *Sectio caesarea* dikembangkan sebagai salah satu metode untuk membantu menurunkan angka kematian ibu akibat proses melahirkan.

Data *World Health Organization* (WHO) tahun 2015 selama hampir 30 tahun tingkat persalinan dengan *Sectio caesarea* (SC) menjadi 10% sampai 15% dari semua proses persalinan di negara-negara berkembang. Berdasarkan data Riskesdas tahun 2018, menunjukkan angka kelahiran dengan metode *Sectio caesarea* sebesar 17,6% dari total 78.736 kelahiran sepanjang tahun 2018, dengan provinsi tertinggi di Bali yaitu 30,2% dan provinsi terendah di Papua yaitu 6,7%, sedangkan di provinsi Jawa Barat kejadian *Sectio caesarea* yaitu 15,5% dengan urutan ke 20. Berdasarkan data rekam medik RSUD

Ciamis sendiri terdapat 1.173 kasus persalinan dengan *Sectio caesarea* sepanjang tahun 2019 dengan rata-rata 99,75% kasus persalinan.

Setiap prosedur pembedahan termasuk tindakan *Sectio caesarea* akan mengakibatkan terputusnya jaringan (luka). Dengan adanya luka tersebut, akan merangsang nyeri yang disebabkan jaringan luka mengeluarkan prostaglandin dan leukotriens yang merangsang susunan saraf pusat, serta adanya plasma darah yang akan mengeluarkan plasma extravasation sehingga terjadi edema dan mengeluarkan bradidikin yang merangsang susunan saraf pusat, kemudian diteruskan ke spinal cord untuk mengeluarkan impuls nyeri. Nyeri akan menimbulkan berbagai masalah, baik masalah fisik maupun psikologis. Masalah-masalah tersebut saling berkaitan. Apabila masalah-masalah tersebut tidak segera diatasi akan menimbulkan masalah yang kompleks (Solehati dan Kosasih, 2015).

Setelah dilakukan operasi, masalah yang lazim adalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi); nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi); ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum; ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui; Gangguan eliminasi urine; Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan; resiko infeksi berhubungan dengan faktor risiko: episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan

pertolongan persalinan; defisit perawatan diri: mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan post partum; konstipasi; resiko syok (hipovolemik); resiko perdarahan; defisiensi pengetahuan: perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post partum sehingga perlu dilakukan asuhan keperawatan (Nurarif dan Kusuma, 2015).

Akibatnya klien dengan masalah nyeri post *Sectio caesarea* akan mengalami penurunan kemandirian dan angka ketergantungan lebih tinggi dibandingkan klien dengan post partum spontan. Oleh karena itu, peran perawat sangat penting sebagai pemberi asuhan keperawatan secara komprehensif yang meliputi pengkajian, analisa data, intervensi, implementasi, dan evaluasi untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia melalui asuhan keperawatan baik dengan farmakologi yaitu dengan kolaborasi analgetik, maupun non-farmakologi yaitu dengan cara teknik relaksasi nafas dalam, distraksi, aroma terapi, imajinasi terbimbing, teknik genggam jari, akupunktur, dan lain-lain.

Salah satu pengobatan non-farmakologis yang dapat dilakukan adalah teknik relaksasi genggam jari. Teknik relaksasi genggam jari merupakan cara yang mudah untuk mengelola emosi dan mengembangkan kecerdasan emosional. Di sepanjang jari-jari tangan kita terdapat saluran atau meridian energy yang berhubungan dengan berbagai organ dan emosi (Puwahang, 2011).

Melihat keadaan diatas sehingga penulis tertarik untuk membuat dan menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan mengangkat judul “Asuhan Keperawatan pada Klien Post *Sectio Caesarea* dengan Nyeri Akut di Ruang Delima RSUD Ciamis”.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan alasan mengangkat judul di atas, maka perumusan masalah dalam studi kasus adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Klien Post *Sectio caesarea* dengan Nyeri Akut di Ruang Delima RSUD Ciamis?”.

1.3. Tujuan

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah melakukan asuhan keperawatan pada klien Post *Sectio caesarea* dengan Nyeri Akut di Ruang Delima RSUD Ciamis secara langsung dan komprehensif dalam bentuk karya tulis ilmiah.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien post *Sectio caesarea* dengan Nyeri Akut di Ruang Delima RSUD Ciamis.
2. Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien post *Sectio caesarea* dengan Nyeri Akut di Ruang Delima RSUD Ciamis.
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien post *Sectio caesarea* dengan Nyeri Akut di Ruang Delima RSUD Ciamis.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien post *Sectio caesarea* dengan Nyeri Akut di Ruang Delima RSUD Ciamis.

5. Melakukan evaluasi pada klien post *Sectio caesarea* dengan Nyeri Akut di Ruang Delima RSUD Ciamis.

1.4. Manfaat

1.4.1. Teoritis

Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan dapat menjadi dasar dalam mengembangkan ilmu keperawatan tentang asuhan keperawatan secara komprehensif pada klien post *Sectio caesarea* dengan nyeri akut.

1.4.2. Praktis

1. Bagi Perawat

Diharapkan penelitian ini dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan perawat tentang pengaruh terapi non-farmakologi terhadap klien Post *Sectio caesarea* dengan masalah keperawatan Nyeri Akut.

2. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi acuan dalam pengelolaan masalah yang berhubungan dengan Nyeri di Rumah Sakit.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi sumber referensi dalam menambah ilmu pengetahuan serta dapat digunakan sebagai acuan dalam pembuatan asuhan keperawatan pada ibu post *Sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

4. Bagi Penulis Selanjutnya

Dapat dijadikan sebagai data dasar sebagai penulis selanjutnya yang memiliki minat dan perhatian yang sama serta fokus pada penulis tentang asuhan keperawatan yang komprehensif pada klien post *Sectio caesarea* dengan nyeri akut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Penyakit

2.1.1. Konsep *Sectio Caesarea*

2.1.1.1. Definisi

Menurut Ladewig et. al (2000), *Sectio cesarea* atau *Caesarean section* berarti memotong. Kata *Caesarean section* diambil dari kata *Cesarean* yang berasal dari bahasa Latin. Wiknjosastro (2005 dalam Solehati dan Kosasih, 2015) mengatakan, bahwa *Sectio caesarea* merupakan suatu persalinan buatan, yaitu janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta bobot janin diatas 500 gram. *Sectio caesarea* adalah cara melahirkan bayi melalui insisi transabdominal uterus.

2.1.1.2. Anatomi *Sectio Caesarea*

1. Dinding Abdomen

Tersusun dari superfisial ke profunda: Kulit, jaringan subkutan, otot dan fascia, peritoneum.

a. Kulit

Garis Langer menunjukkan arah serat-serat dermis dalam kulit. Pada dinding abdomen depan, serat-serat tersebut tersusun secara transversal. Sehingga, insisi kulit vertikal menyebabkan peningkatan

tegangan lateral dan akibatnya, meninggalkan jaringan parut yang lebih lebar (Cunningham, 2014).

b. Jaringan Subkutan

Lapisan ini dibagi menjadi superfisial, terutama lapisan lemak-Fasia Comper, dan yang lebih dalam, lebih banyak lapisan membranosa-Fasia Scarpa. Lapisan-lapisan tersebut tidak terpisah, melainkan suatu lapisan jaringan subkutan yang kontinu (Cunningham, 2014).

c. Otot dan Fascia

1. Otot-otot dinding ventral abdomen

a. M. Rektus abdominalis

b. M. Piramidalis

2. Otot-otot dinding lateral abdomen

a. M. Obliquus abdominis eksternus

b. M. Transversum abdominis

c. M. Obliquus abdominis internus

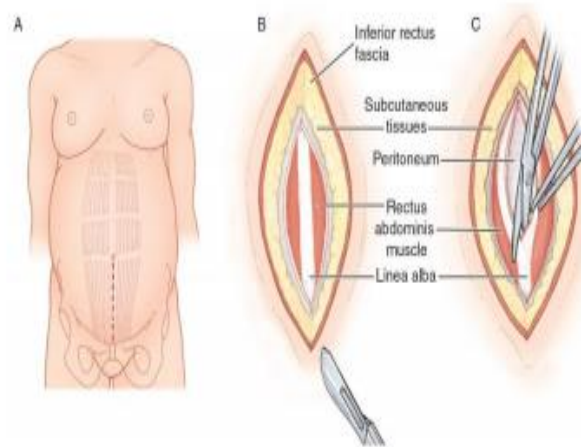
d. Peritoneum

Dibuka sedekat mungkin dengan umbilikus supaya tidak mengenai vesica urinaria yang kadang-kadang terletak tinggi, misalnya pada partus lama. Untuk mencegah perlukaan di bawah peritoneum, peritoneum dijepit dengan klem pada dua tempat oleh operator dan asisten, kemudian bergantian melepaskan dan menjepit peritoneum. Setelah peritoneum diiris, jari operator dan jari asisten atau jari operator diletakkan di bawah peritoneum melalui lubang sayatan

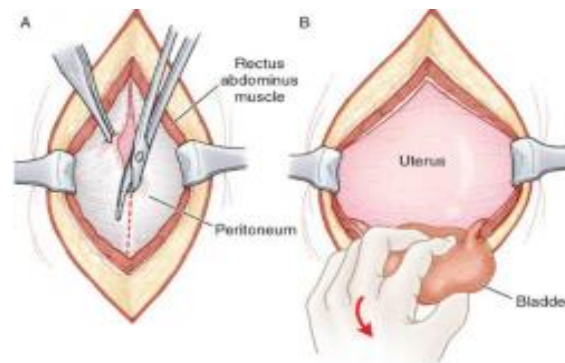
diantara jari, ke atas dan ke bawah. Karena jaringan luka dinding abdomen sangat sensitif terhadap perlukaan mekanik dan infeksi dibanding dengan peritoneum maka hendaknya peritoneum parietale diklem dengan kain penutup lapangan operasi

2. Insisi Abdomen

Insisi vertikal lineal mediana infraumbilikal adalah insisi yang paling cepat dilakukan. Insisi harus cukup panjang supaya bayi dapat dilahirkan dengan mudah. Panjang insisi harus sesuai dengan perkiraan ukuran janin. Diseksi tajam dilakukan setinggi selubung rektus anterior, yang dibebaskan dari lemak subkutan untuk memperlihatkan fascia selebar 2 cm di linea mediana. Fascia transversialis dan lemak praperitoneal diseksi dengan hati-hati, baik secara tumpul atau mengelevasi dengan dua hemostat yang berjarak sekitar 2 cm. Lipatan peritoneum yang merengang diantara klien kemudian diperiksa dan dipalpasi untuk memastikan omentum, usus, dan kandung kemih yang diletakan tidak melekat.



Gambar 2.1 Insisi Kulit sampai otot dan fascia (Reichman & Simon, 2013)



Gambar 2.2 Insisi Peritoneum (Reichman & Simon, 2013)

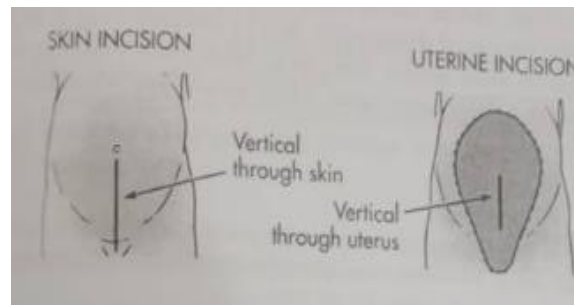
3. Insisi Uterus

Insisi uterus vertikal dimulai dengan skapel yang diletakan serendah mungkin, tergantung pada seberapa baik penipisan segmen bawah uterus. Bila perlekatan paparan tidak cukup, adanya tumor, atau plasenta perkreta menyulitkan tindakan bladder flap maka insisi dibuat lebih tinggi dari kandung kemih. Setelah skapel memasuki uterus, insisi diperluas kearah sefal dengan gunting kassa hingga panjangnya cukup untuk kelahiran janin. Insisi ini disebut insisi klasik yaitu insisi vertikal ke dalam korpus uteri di atas segmen bawah uterus mencapai fundus uteri. Untuk sebagian besar kelahiran caesar, insisi transversal lebih mudah dijahit, terletak pada lokasi yang tidak mudah ruptur selama kehamilan berikutnya, dan tidak menyebabkan perlekatan usus atau omentum pada garis insisional (Cunningham, 2014).

1. Tipe Insisi Uterus

a. Types Classic

Pada tipe ini, insisi dibuat secara vertikal, baik pada kulit abdomen maupun uterus.

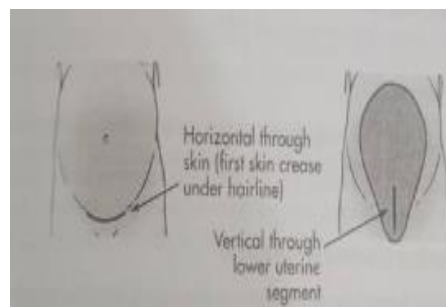


Gambar 2.3 Types Classic (Solehati & Kosasih 2015).

b. Lower-Segmen Cesarean Birth

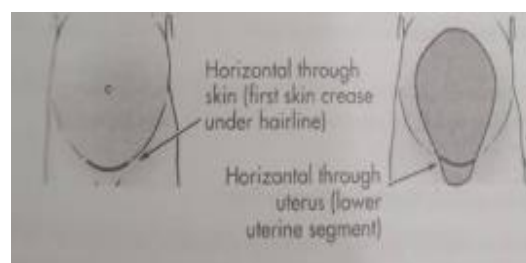
Tipe ini dilakukan dengan dua cara:

1. Insisi dilakukan pada *lower cervical* dan dibuat secara horizontal pada kulit abdomen, sedangkan pada uterus dibuat secara vertikal.



Gambar 2.4 Types low cervical (Solehati & Kosasih, 2015)

2. Insisi dilakukan pada *lower cervical* dan dibuat secara horizontal, baik pada kulit abdomen maupun uterus.



Gambar 2.5 Low Transverse Incision (Solehati & Kosasih, 2015)

4. Penjahitan Uterus

Setelah kelahiran plasenta, uterus dapat diangkat melalui lubang insisi ke atas dinding abdomen yang tertutup kain, dan fundus ditutupi dengan kassa laparotomi yang lembab. Meskipun beberapa ahli lebih senang untuk tidak melakukan tindakan tersebut, eksteriorisasi uterus sering memberikan keuntungan yang lebih besar daripada kerugiannya. Sebagai contoh, uterus yang relaksasi dan atonik dapat segera diketahui dan diberikan pijatan. Luka insisi dan perdarahan lebih mudah terlihat dan diperbaiki, terutama jika terdapat perluasan ke lateral. Adneksa lebih terlihat, sehingga sterilisasi tuba lebih mudah dilakukan. Akibat traksi pada kelahiran caesar yang dilakukan dalam pengaruh analgesia regional. Mordibitas demam maupun kehilangan darah tidak meningkat pada eksteriorisasi uterus sebelum dijahit (Cunningham, 2014).

5. Penutupan Abdomen

Semua kassa dibuang, *sulci paracolici* dan *cul-de-sac* dikosongkan dari darah dan cairan amnion dengan suction secara perlahan. Setelah perhitungan spons dan instrumen bedah benar, insisi abdomen ditutup. Namun, bila terjadi distensi usus pada tempat insisi, penutupan peritoneum dapat membantu melindungi usus saat penjahitan fascia. Seiring dengan ditutupnya setiap lapisan, lokasi perdarahan dicari, diklem, dan diligasi atau dikoagulasi dengan pisau elektrobedah. M.rectus dikembalikan ke posisi asal, dan rongga subfascia diperiksa dengan hati-hati untuk hemostatis. Dengan diastatis yang baik, M. rectus dapat ditutupi dengan

satu atau dua jahitan *figure-of-eight* benang kromik gut 0 atau #1. Fascia rektus diatasnya ditutupi dengan jahitan interuptus benang ukuran 0 yang diabsorpsi lambat pada lateral dari tepi fascia dan berjarak tidak lebih dari 1 cm, atau dengan teknik kontinu non-locking menggunakan benang yang diabsorpsi lambat (Cunningham, 2014).

2.1.1.3. Etiologi

1. Etiologi yang berasal dari Ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, *Disproporsi cefalo pelvik* (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsia-eklamsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (Jantung, Diabetes Melitus), gangguan perjalanan persalinan (Kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya) (Nurarif, 2015).

2. Etiologi yang berasal dari Janin

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

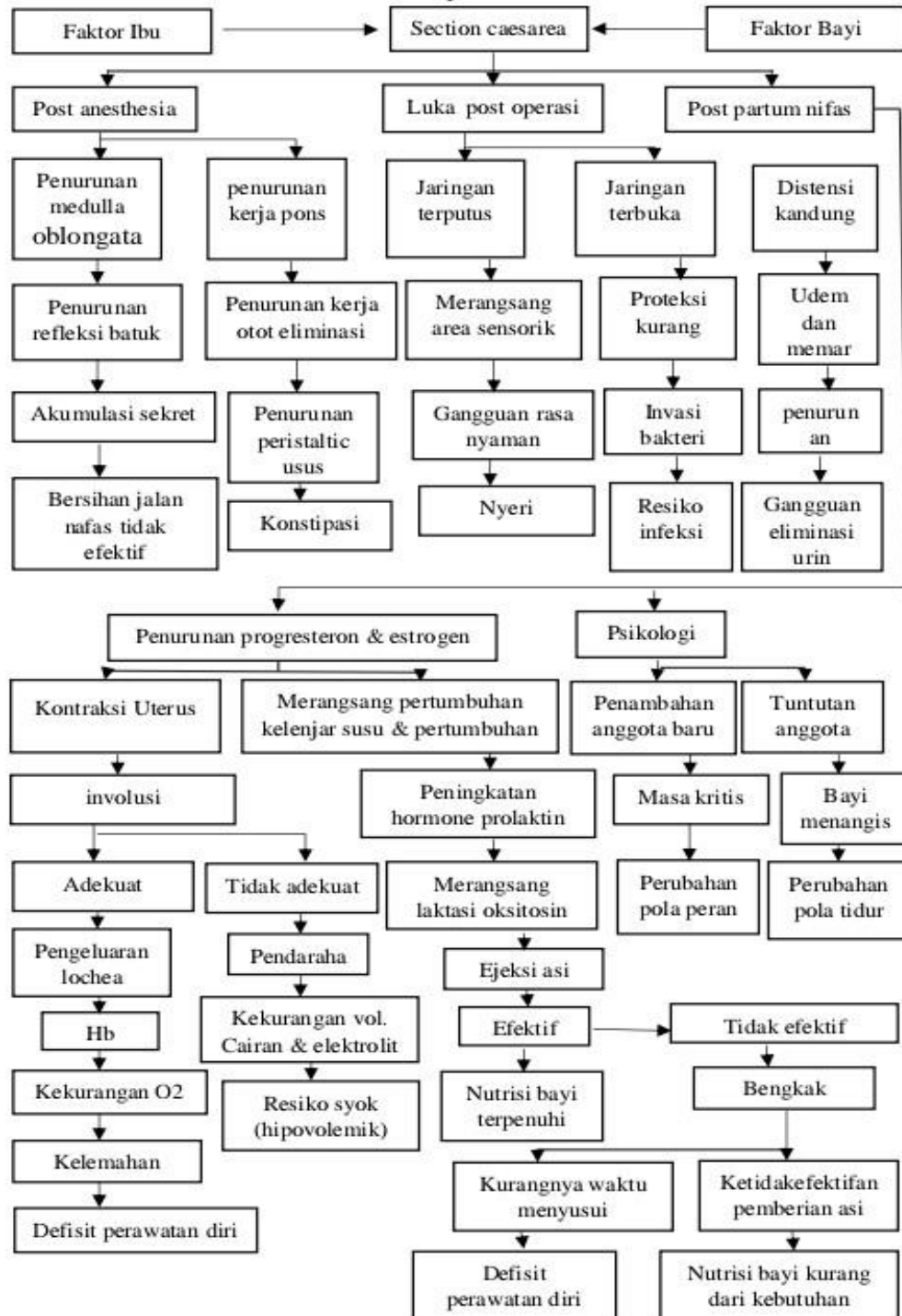
2.1.1.4. Pathofisiologi

Tindakan *Sectio caesarea* dapat menimbulkan masalah yang kompleks bagi klien, dampak fisiologis yang sering muncul pada pasien pasca *Sectio caesarea* yaitu adanya nyeri. Rasanya nyeri yang sering

timbul setelah dilakukan tindakan *Sectio caesarea* terjadi akibat adanya torehan jaringan yang mengakibatkan kontinuitas jaringan terputus, nyeri juga terjadi akibat adanya stimulasi ujung saraf oleh bahan kimia yang dilepas pada saat operasi atau karena iskemia jaringan akibat gangguan aliran darah ke salah satu bagian jaringan. Setelah proses pembedahan berakhir, daerah insisi ditutup dan dapat menimbulkan masalah risiko infeksi.

Pengaruh terhadap nafas yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif akibat sekret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup. Anestesi juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus. Seperti yang telah diketahui setelah makanan masuk ke lambung akan terjadi proses penghancuran dengan bantuan peristaltik usus. Kemudian diserap untuk metabolisme sehingga tubuh memperoleh energi. Akibat mortalitas yang menurun maka berakibat juga pada perubahan pola eliminasi yaitu konspirasi (Nurarif, 2015).

Bagan 2.1 Pathofisiologi *Sectio Caesarea*



Sumber: Nurarif dan Kusuma (2015)

2.1.1.5. Klasifikasi *Sectio Caesarea*

Jenis-jenis operasi *Sectio caesarea*:

1. *Sectio caesarea* abdomen

Sectio caesarea transperitonealis (Nurarif, 2015).

2. *Sectio caesarea* vaginalis

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

- a. Sayatan Memanjang (*Longitudinal*) menurut Kronig
- b. Sayatan Melintang (*Transversal*) menurut Kerr
- c. Sayatan huruf T (*T-Incision*) (Nurarif, 2015).

3. *Sectio caesarea* Klasik (Corporal)

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm. Tetapi saat ini, teknik corporal jarang dilakukan karena memiliki banyak kekurangan namun pada kasus seperti operasi berulang yang memiliki banyak perlengketan organ cara ini dapat dipertimbangkan (Nurarif, 2015).

4. *Sectio Caesarea* Ismika (Profunda)

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

2.1.1.6. Komplikasi

1. Infeksi Puerperal (Nifas) (Sofian, 2013)

- a. Ringan; dengan kenaikan suhu beberapa hari saja
- b. Sedang; dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung,
- c. Berat; dengan peritonitis, sepsis, dan ileus paralitik.

Infeksi berat sering kita jumpai pada partus terlantar; sebelum timbul infeksi nifas, telah infeksi intrapartum karena ketuban yang telah pecah terlalu lama.

Penanganannya dengan pemberian cairan, elektrolit dan antibiotik yang adekuat dan cepat.

2. Perdarahan karena (Sofian, 2013)

- a. Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka,
- b. Atonia uteri
- c. Perdarahan pada *Placental bed*.

3. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung

kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi (Sofian, 2013)

4. Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang (Sofian, 2013)

2.1.1.7. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
2. Pemantauan EKG
3. JDL dengan *Diferensial*
4. Elektrolit
5. Hemoglobin/hematokrit
6. Golongan darah
7. Urinalisis
8. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
9. Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi
10. Ultrasound sesuai pesanan (Nurarif, 2015).

2.1.1.8. Penatalaksanaan

1. Dianjurkan jangan hamil selama kurang lebih satu tahun.
2. Kehamilan selanjutnya hendaknya diawasi dengan pemeriksaan antenatal yang baik
3. Dianjurkan untuk bersalin di Rumah Sakit yang besar
4. Lakukan perawatan post operasi sesuai arahan tenaga medis selama di Rumah
5. Jaga kebersihan diri
6. Konsumsi makanan yang bergizi dan istirahat yang cukup (Nurarif, 2015)

2.1.2. Konsep Masa Nifas (Post Partum)

2.1.2.1. Definisi

Menurut Mochtar (2002 dalam Solehati dan Kosasih, 2015), post partum merupakan masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum kehamilan. Lama post partum ini antara 6-8 minggu.

2.1.2.2. Periode Post Partum

Menurut Mochtar (2002 dalam Solehati dan Kosasih, 2015), periode post partum dibagi menjadi tiga periode, yaitu sebagai berikut:

1. Periode pertama dinamakan puerperium dini, yaitu periode pemulihan dimana ibu telah diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan.
2. Periode kedua dinamakan puerperium intermedial, yaitu pemulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya antara 6-8 minggu.
3. Periode ketiga dinamakan remote puerperium, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk menjadi sehat sempurna biasanya memakan waktu berminggu-minggu, berbulan-bulan, bahkan bertahun-tahun.

2.1.2.3. Perubahan Psikologis selama Post Partum

Menurut Rubin (1977 dalam Solehati dan Kosasih, 2015), perubahan psikologis yang dialami ibu selama post partum terdiri atas:

1. Fase *Taking In* (Periode Tingkah Laku Ketergantungan)

Ibu masih merasa kecapekan setelah melahirkan, masih fokus pada keadaan dirinya, belum berminat untuk merawat bayinya.

2. Fase *Taking Hold* (Periode antara Tingkah Laku Mandiri dan Ketergantungan)

Ibu mulai tertarik untuk merawat bayinya.

3. Fase *Letting Go* (Periode Kemandirian dalam Peran Baru)

Ibu dapat membagi peran sebagai ibu bagi anak-anaknya, sebagai seorang istri dan sebagai pekerja jika mereka bekerja di luar rumah.

2.1.2.4. Perubahan Fisiologis Ibu Post Partum

Menurut Reeder (2011 dalam Solehati dan Kosasih, 2015) adalah sebagai berikut:

1. Sistem Reproduksi

a. Uterus

Proses kembalinya uterus pada keadaan sebelum hamil setelah melahirkan disebut involusi (Reeder, 2011).

Uterus berinvolusi dengan cepat setelah ibu melahirkan. Uterus kembali ke ukuran normal dalam

waktu 6-8 minggu. Setelah kala III selesai, uterus berada pada pertengahan abdomen dan sekitar 1 cm di bawah umbilikus. Dua belas jam setelah melahirkan, tinggi fundus kira-kira 2 cm di bawah umbilikus. Ukuran uterus pada minggu pertama post partum adalah 500 gram, minggu kedua 350 gram, dan minggu keenam post partum adalah 50-60 gram.

Tabel 2.1
Tabel Involusi Uterus pada Masa Post Partum

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

Sumber: Solehati & Kosasih (2015)

b. Lokhea

Solehati dan Kosasih (2015) mengemukakan Lokhea Terbagi menjadi tiga tahap, yaitu:

1. Lokhea Rubra

Merupakan lokhea yang keluar pada hari pertama sampai dengan hari ketiga. Lokhea rubra berwarna merah terang yang terdiri atas darah dengan sejumlah kecil lendir, desidua, debris tropoblast, dan sisa sel dari tempat plasenta.

2. Lokhea Serosa

Keluar setelah 3-4 hari dan berwarna pucat/merah muda.

3. Lokhea Alba

Pada hari kesepuluh, lokhea menjadi cairan putih kekuningan/cokelat keputih-putihan yang lebih encer dan lebih transparan. Lokhea ini terdiri atas leukosit, desidua, sel-sel epitel, serum, dan mukus.

c. Serviks

Perry dan Lowdermilk (2004 dalam Solehati dan Kosasih, 2015) mengemukakan kondisi serviks akan kembali lunak setelah melahirkan, yaitu antara 2-3 hari setelah melahirkan. Serviks akan kembali pada bentuk semula sebelum melahirkan setelah dua minggu melahirkan.

d. Vagina dan Perineum

Mengalami perubahan setelah post partum, yaitu akan kembali seperti semula pada 6-8 minggu setelah melahirkan. Rugae akan kembali setelah empat minggu melahirkan meskipun tidak sejelas rugae pada nulipara (Solehati dan Kosasih, 2015).

2. Endokrin

Penurunan kadar hormon yang cepat setelah plasenta dikeluarkan menimbulkan berbagai perubahan fisiologis dan anatomi pada masa post partum. *Human placental lactogen* (hPL) dan kortisol mengalami penurunan. Estrogen turun sampai dengan 10%, progesteron juga mengalami penurunan, sedangkan prolaktin dan oksitosin mengalami

peningkatan yang dipengaruhi oleh proses menyusui (Solehati dan Kosasih, 2015).

3. Urinarius

Pada persalinan *Sectio caesarea* akan terjadi penurunan persepsi terhadap penuhnya kandung kemih sehingga ibu harus terpasang kateter untuk mengeluarkan urin tersebut. Menurut Cuningham (1993 dalam Reeder, 2011) menyatakan, bahwa penurunan persepsi terhadap penuhnya kandung kemih yang disebabkan oleh penurunan tekanan intra abdomen, edema pada daerah trigonal di dasar kandung kemih yang disebabkan oleh trauma dan rusaknya transmisi impuls saraf aferen akibat anestesi regional (Solehati dan Kosasih, 2015).

4. Sistem Pencernaan

a. Nafsu Makan

Menurut Reeder (2011 dalam Solehati dan Kosasih, 2015), setelah pulih dari rasa letih setelah melahirkan dari pengaruh analgesia dan anestesi, banyak ibu pasca operasi yang meningkat nafsu makannya dengan pesat dan akan mengonsumsi makanan dengan porsi besar. Perubahan metabolisme karbohidrat dan pengeluaran energi selama persalinan dapat meningkatkan nafsu makan.

b. Eliminasi Feses (Pengeluaran Feses)

Konstipasi merupakan hal yang sering terjadi pada masa post partum. Hal ini terjadi karena penurunan tonus usus dan motilitas usus akibat relaksasi otot-otot abdomen dan akibat pengaruh

progesteron pada otot polos. Kurangnya asupan makanan dan dehidrasi selama persalinan dan melahirkan berperan dalam terjadinya konstipasi (Solehati dan Kosasih, 2015).

5. Kardiovaskuler

Pada persalinan pervagina akan mengalami kehilangan darah sebanyak 300-400 cc, sedangkan persalinan dengan *Sectio caesarea* akan mengalami dua kali lipatnya. Selain itu, ibu akan kehilangan volume plasma pada 72 jam pertama post partum, peningkatan hematokrit pada hari ketujuh yang akan kembali pada 4-5 minggu post partum, trombotosis mengalami peningkatan, jumlah leukosit mengalami peningkatan sampai dengan 12.000/mm², begitu juga cardiac output sehingga sering terjadi bradikardi (Solehati dan Kosasih, 2015).

6. Neurologi

Adanya periode mati rasa dan gatal pada jari-jari terjadi pada 5% ibu post partum. Ibu post partum sering mengalami nyeri kepala yang disebabkan oleh berbagai faktor, seperti *Pregnancy-induced hypertension* (PIH), stress, dan akibat pemberian anestesi (Solehati dan Kosasih, 2015).

7. Sistem Imun

Perry dan Lowdermilk (2004 dalam Solehati dan Kosasih, 2015) mengemukakan tidak ada perubahan yang berarti pada sistem imun ibu selama kehamilan ataupun setelah persalinan.

8. Tingkat Energi

Ibu post partum dianjurkan untuk istirahat yang cukup. Pada 8 jam post partum, ibu dianjurkan tidur terlentang untuk mencegah terjadinya perdarahan (Solehati dan Kosasih, 2015).

9. Muskuloskeletal

Otot-otot abdomen teregang secara bertahap selama kehamilan, mengakibatkan hilangnya kekenyalan otot, terlihat pada masa post partum (Solehati dan Kosasih, 2015).

2.1.2.5. Dampak Fisik pada Pasien Pasca *Sectio Caesarea*

Duffet dan Smith (1992 dalam Solehati dan Kosasih, 2015) mengemukakan dampak fisik atau dampak fisiologis yang sering muncul pada pasien pasca *Sectio caesarea*, seperti: adanya rasa nyeri, kelemahan, gangguan integritas kulit, nutrisi kurang dari kebutuhan, ketidaknyaman akibat perdarahan, risiko infeksi dan sulit tidur. Dampak fisiologis yang sering muncul dirasakan oleh klien pasca *Sectio caesarea* ini terutama rasa nyeri akibat dari efek pembedahan tersebut.

Nyeri merupakan masalah yang sering ditemui pada klien pasca *Sectio caesarea*. Nyeri ini disebabkan oleh adanya peregangan otot uterus dan adanya insisional pada jaringan abdomen setelah efek anestesi hilang (Solehati dan Kosasih, 2015).

2.1.3. Konsep Nyeri

2.1.3.1. Definisi

Definisi nyeri menurut Azis (2009 dalam Solehati dan Kosasih, 2015) bahwa nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif. Perasaan nyeri pada setiap orang berbeda dalam hal skala maupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya.

2.1.3.2. Etiologi Nyeri

Nyeri terjadi karena adanya stimulus nyeri, antara lain:

1. Fisik (termal, mekanik, elektrik)
2. Kimia

Apabila ada kerusakan pada jaringan akibat adanya kontinuitas jaringan yang terputus, maka histamin, bradikinin, serotonin, dan prostaglandin akan diproduksi oleh tubuh. Zat-zat kimia ini akan menimbulkan rasa nyeri. Rasa nyeri ini diteruskan ke *Central Nerve System* (CNS) untuk kemudian ditransmisikan pada serabut tipe C yang menghasilkan sensasi seperti terbakar pada serabut tipe A yang menghasilkan nyeri, seperti tertusuk (Solehati dan Kosasih, 2015).

2.1.3.3. Fisiologi

Guyton dan Hall (1997 dalam Solehati dan Kosasih, 2015) mengemukakan hampir semua jaringan tubuh terdapat ujung-ujung saraf nyeri. Ujung-ujung saraf ini merupakan ujung saraf yang bebas dari reseptornya adalah

nociceptor. Nociceptor ini akan aktif bila dirangsang oleh rangsangan kimia, mekanik, dan suhu. Zat-zat kimia yang merangsang rasa nyeri antara lain: bradikinin, serotonin, histamin, ion kalium, dan asam asetat, sedangkan enzim proteolitik dan substansi P akan meningkatkan sensitivitas dari ujung saraf nyeri. Semua zat kimia ini berasal dari dalam sel. Bila sel-sel tersebut mengalami kerusakan maka zat-zat tersebut akan keluar merangsang reseptor nyeri, sedangkan pada mekanik umumnya karena spasme otot dan kontraksi otot. Spasme otot akan menyebabkan penekanan pada pembuluh darah sehingga terjadi iskemia pada jaringan, sedangkan kontraksi otot terjadi ketidakseimbangan antara kebutuhan nutrisi dan suplai nutrisi sehingga jaringan kekurangan nutrisi dan oksitosin yang mengakibatkan terjadinya mekanisme anaerob dan menghasilkan zat besi sisa, yaitu asam laktat yang berlebihan. Kemudian, asam laktat tersebut akan merangsang serabut rasa nyeri.

2.1.3.4. Klasifikasi

Nyeri diklasifikasi menjadi:

1. Nyeri Akut

Didefinisikan sebagai suatu nyeri yang dapat dikenali penyebabnya, waktunya pendek, dan diikuti oleh peningkatan tegangan otot dan kecemasan tersebut dapat meningkatkan persepsi nyeri. Contohnya, adanya luka karena cedera atau operasi (Solehati dan Kosasih, 2015).

2. 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 dan Kosasih, 2015).

2.1.3.5. Intensitas Nyeri

Pasero dan Mc Caffery (2005 dalam Solehati dan Kosasih, 2015) mengemukakan umumnya untuk mengukur intensitas nyeri digunakan skala rentang 0-10, dimana: 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.

2.1.3.6. Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Azis, A. et. al (2009 dalam Solehati dan Kosasih, 2015) menyatakan banyak faktor yang mempengaruhi persepsi dan reaksi nyeri, diantaranya:

1. Lingkungan

Erb dan Oliveri (1996 dalam Solehati dan Kosasih, 2015) mengemukakan akan mempengaruhi persepsi nyeri. Lingkungan yang ribut dan terang akan meningkatkan intensitas nyeri

2. Keadaan Umum

Menurut Terri (2000 dalam Solehati dan Kosasih, 2015), kondisi umum yang menurun, misalnya kelelahan dan kurangnya asupan nutrisi dapat meningkatkan intensitas nyeri yang dirasakan klien. Begitu juga rasa haus, dehidrasi, dan lapar akan meningkatkan persepsi nyeri.

3. Endorfin

Martin dan Griffin (1997 dalam Solehati dan Kosasih, 2015) mengemukakan tingkatan endorfin berbeda-beda antara satu orang dan yang lainnya. Hal inilah yang sering menyebabkan rasa nyeri yang dirasakan oleh seseorang berbeda dengan yang lainnya

4. Faktor Situasional

Sikorsi dan Barker (2005 dalam Solehati dan Kosasih, 2015) mengemukakan pengalaman nyeri klien pada situasi formal akan terasa lebih besar daripada pada saat sendirian. Persepsi nyeri juga dipengaruhi oleh taruma jaringan.

5. Jenis Kelamin

Merupakan faktor penting dalam merespons adanya nyeri. Dalam suatu studi dilaporkan, bahwa laki-laki kurang merasakan nyeri dibandingkan dengan wanita berdasarkan etnis tertentu (Solehati dan Kosasih, 2015).

6. Status Emosi

Status emosional sangat memegang peranan penting dalam persepsi dan membuat impuls rasa nyeri lebih cepat disampaikan. Benson dan Proctor (2000 dalam Solehati dan Kosasih, 2015) mengemukakan adapun status emosi yang sangat mempengaruhi persepsi rasa nyeri pada individu antara lain; kecemasan, ketakutan, dan kekhawatiran.

7. Pengalaman yang Lalu

Perry dan Bobak (2000 dalam Solehati dan Kosasih, 2015) mengemukakan adanya pengalaman nyeri sebelumnya akan

mempengaruhi respons nyeri pada klien. Contohnya, pada wanita yang mengalami kesulitan, kecemasan, dan nyeri pada persalinan sebelumnya akan meningkatkan respons nyeri.

8. Reaksi terhadap Nyeri

Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respons seseorang terhadap nyeri, seperti rasa ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan menjerit (Solehati dan Kosasih, 2015). Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respons seseorang terhadap nyeri, seperti rasa ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan menjerit (Solehati dan Kosasih, 2015).

9. Ansietas dan Kepribadian

Menurut Niven (2002 dalam Solehati dan Kosasih, 2015), ketakutan akan nyeri atau antisipasi terhadap tingkat nyeri yang tinggi akan meningkatkan ansietas, yang sebaliknya akan menyebabkan lingkaran yang terus berputar. Dengan meningkatnya ansietas akan mengakibatkan peningkatan sensitivitas nyeri

10. Budaya dan Sosial

Hasil penelitian Hinchliff et al. (1996 dalam Solehati dan Kosasih, 2015) menyatakan bahwa persepsi nyeri juga dipengaruhi oleh fungsi non-fisiologis, seperti kebudayaan seseorang.

11. Usia

Menurut Niven (2002 dalam Solehati dan Kosasih, 2015), persepsi nyeri dipengaruhi oleh usia maka semakin mentoleransi rasa nyeri yang timbul.

Kemampuan untuk memahami dan mengontrol nyeri kerap kali berkembang dengan bertambahnya usia.

12. Arti Nyeri

Marek dan Green (2007 dalam Solehati dan Kosasih, 2015) mengemukakan nyeri memiliki arti yang berbeda bagi setiap orang. Nyeri memiliki fungsi proteksi yang penting dengan memberikan peringatan, bahwa ada kerusakan yang sedang terjadi. Arti nyeri meliputi: kerusakan, komplikasi, penyakit baru, berulangnya penyakit, penyakit fatal, meningkatnya ketidakmampuan, dan kehilangan mobilitas.

13. Fungsi Kognitif

Pada penelitian yang dilakukan oleh Lander (1992) ditemukan, bahwa ingatan akan nyeri tidak selalu akurat. Setiap klien mempunyai strategi koping (Penyelesaian masalah) yang berbeda-beda untuk mengatasi pengalaman yang menyakitkan (Solehati dan Kosasih, 2015).

14. Kepercayaan

Menurut Hazinski (1992 dalam Solehati dan Kosasih, 2015), kepercayaan terhadap agama dapat mempengaruhi individu dalam mengatasi nyeri yang timbul. Kemungkinan, individu mempercayai bahwa nyeri sebagai hukuman dan dapat mengurangi kesalahan yang dilakukannya.

2.1.3.7. Manifestasi Klinis

Brunner dan Suddarth (2002 dalam Solehati dan Kosasih, 2015) mengemukakan setiap nyeri akan menimbulkan perasaan yang tidak nyaman pada klien, selain itu tanpa melihat pola, sifat, atau penyebab nyeri. Apabila nyeri tidak segera diatasi secara adekuat akan memberikan efek yang membahayakan, seperti mempengaruhi sistem pulmoner, kardiovaskuler, gastrointestinal, endokrin, dan immunologic.

2.1.3.8. Penatalaksanaan

Strategi ini dibagi menjadi dua, yaitu:

1. Pendekatan Farmakologis

Pendekatan ini merupakan tindakan yang dilakukan melalui kolaborasi dengan dokter. Intervensi farmakologis yang sering diberikan berupa pemberian obat analgetik, antara lain:

- a. Obat sedatif
- b. Narkotika
- c. Hipnotik yang diberikan secara sistemik
- d. Tranquilizer
- e. Short acting barbiturate
- f. Skopolamin
- g. Nitrous oxide (Solehati dan Kosasih, 2015).

2. Pendekatan Non-farmakologis

BBC Parenting et. al, (2008 dalam Solehati dan Kosasih, 2015) menyatakan yang biasa dilakukan oleh perawat meliputi:

- a. Pendekatan dengan modulasi psikologis nyeri, seperti relaksasi, hipnoterapi, imajinasi, umpan balik biologis, psikopropilaksis, dan distraksi (Solehati dan Kosasih, 2015).
- b. Modulasi sensorik nyeri, seperti masage, akupuntur, akupresur, *Transcutaneous electrical nerve stimulations* (tens), musik, hidroterapi zet, homeopati, modifikasi lingkungan persalinan, pengaturan posisi dan postur, serta ambulasi, teknik genggam jari (Solehati dan Kosasih, 2015).

Astutik dan Kurlinawati (2017) mengatakan dalam penelitiannya yang berjudul “Pengaruh Relaksasi Genggam Jari terhadap Penurunan Nyeri pada Pasien Post *Sectio caesarea* di Ruang Delima RSUD Kertosono” bahwa tujuan teknik genggam jari yaitu memberikan rasa damai, fokus, dan nyaman, memperbaiki aspek emosi, menurunkan kecemasan, dan depresi, menurunkan nyeri. Astutik dan Kurlinawati (2017) juga menjelaskan bahwa pelaksanaan di Ruang Delima RSUD Kertosono pada tanggal 12 Januari-12 Februari 2017. Dari populasi tersebut peneliti mendapat 20 responden. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik sampel accidental sampling.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar dari responden mengalami nyeri sedang sebelum diberikan relaksasi genggam jari yaitu sebanyak 13 responden (65%). Sedangkan setelah diberikan relaksasi genggam jari berubah menjadi sebagian besar responden mengalami nyeri ringan yaitu sebanyak 12 responden (60%).

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas

2.2.1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal proses keperawatan yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pemeriksaan fisik termasuk dalam tahap ini, tetapi bisa dimasukkan dalam tahapan diagnosis (Evania, 2013).

2.2.1.1. Pengumpulan Data

1. Identitas Klien

Terdiri dari nama, umur, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat, dan identitas suami (Ratnawati, 2017).

2. Identitas Penanggung Jawab

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

2.2.1.2. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Merupakan kronologis dari penyakit yang diderita saat ini (Evania, 2013).

1. Keluhan Utama masuk Rumah Sakit

Menguraikan keluhan pertama kali dirasakan, penanganan yang pernah dilakukan sampai klien dibawa ke Rumah Sakit dan penanganan pertama yang dilakukan saat di Rumah Sakit.

2. Keluhan Utama saat Dikaji

Meliputi keluhan yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah klien operasi. Umumnya klien mengeluh nyeri pada luka operasi. Keluhan yang diungkapkan saat dilakukan pengkajian, biasanya mengeluh nyeri pada daerah luka operasi. Keluhan ini diuraikan dengan metode PQRST (Evania, 2013):

P: *Paliatif/Propokatif*

Yaitu segala sesuatu yang memperberat dan memperingan keluhan. Pada post partum dengan *Sectio caesarea* biasanya klien mengeluh nyeri dirasakan bertambah apabila pasien banyak gerak dan dirasakan berkurang apabila klien beristirahat.

Q: *Quality/Quantity*

Yaitu dengan memperhatikan bagaimana rasanya dan kelihatan. Pada post partum dengan *Sectio caesarea* biasanya klien mengeluh nyeri pada luka jahitan yang sangat perih seperti diiris-iris.

R: *Region/Radiasi*

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

S: *Severity*/Skala

Yaitu menunjukkan dampak dari keluhan nyeri yang dirasakan klien dan seberapa besar gangguan yang diukur dengan skala nyeri 0-10.

T: *Timing*

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

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

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

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi penyakit yang diderita klien dan keluarga apakah memiliki riwayat persalinan *Sectio caesarea*.

2.2.1.3. Riwayat Ginekologi dan Obstetrik

1. Riwayat Ginekologi

Data ini penting untuk diketahui oleh tenaga kesehatan sebagai data acuan jika klien mengalami kesulitan post partum. Riwayat ginekologi pada klien *Sectio caesarea* meliputi:

a. Riwayat Menstruasi

Yang harus dikaji adalah menarche atau usia pertama kali menstruasi.

Pada wanita Indonesia usia pertama kali menstruasi umumnya 12-16 tahun. Selain itu, jarak antara menstruasi atau siklus yang biasanya

sekitar 23-32 hari dengan lama menstruasi sekitar 7-14 hari. Dikaji pula keluhan saat mengalami menstruasi, dan hari pertama haid terakhir (HPHT) untuk menghitung usia kehamilan ibu dan tanggal taksiran partus.

b. Riwayat Perkawinan

Usia perkawinan, umur klien dan suami saat kawin, pernikahan yang keberapa 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, jenis kontrasepsi yang akan digunakan setelah persalinan.

2. Riwayat Obstetrik

Pada klien *Sectio caesarea* meliputi:

a. Riwayat Kehamilan

1. Riwayat Kehamilan Dahulu

Mengidentifikasi riwayat kehamilan yang pernah dialami klien, apakah kehamilan dengan penyulit, kontrol teratur, usia kehamilan saat melahirkan, keluhan selama hamil, imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam pemeriksaan kehamilannya.

2. Riwayat Kehamilan Sekarang

Yang perlu dikaji yaitu pemeriksaan kehamilan setiap bulan, riwayat imunisasi, riwayat pemeriksaan kehamilan dan tempat klien memeriksakan kehamilannya, riwayat pemakaian obat selama hamil dan keluhan selama hamil.

b. Riwayat Persalinan

1. Riwayat Persalinan Dahulu

Kaji riwayat kehamilan sebelumnya, persalinan dan nifas yang lalu, tahun persalinan, umur kehamilan, jenis kehamilan anak, Berat Badan anak, keluhan saat hamil dan keadaan anak sekarang, pernah *Sectio caesarea* atau tidak sebelumnya.

2. Riwayat Persalinan Sekarang

Menjelaskan indikasi yang dilakukan pada pasien *Sectio caesarea*, kaji jam, tanggal, jenis kelamin bayi, Berat Badan, Tinggi Badan, Lingkar Kepala, Lingkar Badan, dan APGAR score dalam 1 dan 5 menit pertama.

c. Riwayat Nifas

1. Riwayat Nifas Dahulu

Mengidentifikasi riwayat nifas sebelumnya.

2. Riwayat Nifas Sekarang

Meliputi tentang berapa banyak perdarahan, kontraksi uterus, konsistensi uterus biasanya keras, dan tinggi fundus uteri setinggi pusat.

2.2.1.4. Pola Aktivitas Sehari-hari

Pengkajian pada pola aktivitas sehari-hari klien menurut Evania (2013) meliputi:

1. Pola Nutrisi

Mengkaji jenis, jumlah, dan waktu makan selama di rumah maupun di Rumah Sakit.

a. Makan

Menjelaskan dan membandingkan pola makan klien selama hamil dan ketika setelah melahirkan di Rumah Sakit. Perlu dikaji menu, frekuensi, dan keluhan dalam makanan. Pada menu makanan dikaitkan dengan pola diet seimbang dengan klien. Jika pengaturan menu makanan yang dilakukan oleh klien kurang seimbang sehingga kemungkinan ada beberapa komponen gizi tidak akan terpenuhi. Tenaga kesehatan dapat menanyakan pada klien tentang apa saja yang ia makan dalam sehari (nasi, sayur, lauk pauk, buah-buahan, makanan selingan dan lain-lain), serta keluhan atau kesulitan klien dalam mengonsumsi makanan. Pada klien post *Sectio caesarea* akan terjadi penurunan dalam pola makan dan akan terasa mual karena efek dari 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

Mencakup kebiasaan Buang Air Besar (BAB) dengan menjelaskan frekuensi, warna, konsistensi, dan keluhan. Pola eliminasi Buang Air Kecil (BAK) menjelaskan frekuensi, jumlah, warna, dan keluhan saat Buang Air Kecil. Biasanya terjadi penurunan karena faktor psikologis dari klien yang masih trauma, dan otot-otot masih berelaksasi.

3. Istirahat tidur

Membandingkan istirahat tidur klien meliputi tidur siang dan malam beserta keluhannya ketika hamil dan setelah melahirkan di Rumah Sakit. Menggali informasi mengenai kebiasaan istirahat pada klien supaya mengetahui hambatan yang mungkin muncul. Dapat menanyakan tentang berapa lama klien tidur di siang dan malam hari. Untuk istirahat malam, rata-rata waktu yang diperlukan adalah 6-8 jam. Pola istirahat tidur menurun karena klien 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 berapa kali klien mandi dan ganti pakaian dalam sehari, frekuensi dan kapan ia keramas,

gunting kuku. Kemudian membandingkan polanya ketika hamil dan setelah melahirkan di Rumah Sakit.

5. Aktivitas

Menjelaskan perbandingan aktivitas klien selama hamil dan setelah melahirkan di Rumah Sakit. Data ini memberikan gambaran kepada tenaga kesehatan tentang berapa aktivitas yang biasa dilakukan klien.

2.2.1.5. Pemeriksaan Fisik

Yang dilakukan pada klien meliputi:

1. Keadaan Umum

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui keadaan umum ibu, seperti kesadaran, postur tubuh, cara berjalan, raut wajah, dan tanda-tanda vitalnya seperti tensi, nadi, respirasi serta suhu (Ratnawati, 2017).

2. Tanda-tanda Vital

Mengkaji suhu badan, nadi, tekanan darah, dan pernafasan. Pada suhu badan, apabila 24 jam post partum suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan, apabila dalam keadaan normal suhu badan akan biasa lagi. Pada nadi, denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali permenit. Pada tekanan darah, biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Pada pernafasan, keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi (Kulsum dan Andriani, 2018).

3. Antropometri

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

4. Pemeriksaan Fisik *Head to Toe*

Ini dilakukan mulai dari kepala, secara berurutan sampai ke kaki (*head to toe*). Mulai dari keadaan umum, tanda-tanda vital, kepala wajah, mata, telinga, hidung, mulut dan tenggorokan, leher, dada, paru-paru, jantung, abdomen, ginjal, punggung, genitalia, rektum, serta ekstremitas (Evania, 2013).

a. Mata

Kaji warna konjungtiva, kebersihan, kelainan dan fungsi penglihatan. Pada pasien post partum terkadang adanya pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva, dan kadang-kadang keadaan selaput mata pucat (anemia) karena proses persalinan yang mengalami perdarahan, sklera kuning.

b. Telinga

Biasanya bentuk telinga simetris atau tidak, bagaimana kebersihan telinga adakah cairan yang keluar dari telinga dan fungsi telinga.

c. Hidung

Inspeksi bentuk, kebersihan, pernafasan cuping hidung, palpasi ada tidaknya nyeri tekan dan fungsi penciuman. Pada pasien post partum kadang-kadang ditemukan pernafasan cuping hidung.

d. Mulut

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

e. Leher

Ada tidaknya pembesaran tiroid dan pembesaran limfe, nyeri saat menelan, ada tidaknya peningkatan vena jugularis, dan ada tidaknya kaku kuduk

f. Dada

Terdiri dari jantung, paru-paru, dan payudara. Selama 24 jam pertama setelah melahirkan, terjadi sedikit perubahan di jaringan payudara. Kolostrum, cairan kuning jernih, keluar dari payudara. Payudara akan terasa hangat, keras, dan agak nyeri. Beberapa ibu akan mengalami pembengkakan, kondisi ini bersifat sementara, biasanya 24 jam sampai 48 jam setelah melahirkan (Lowdermilk, 2013).

g. Abdomen

Kaji bentuk abdomen, striae, bunyi bising usus, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, dan keadaan luka operasi. Lembek atau lunak dan kendur, terdapat luka post *Sectio caesarea* tertutup perban, fundus uteri setinggi pusat pada hari pertama dan 1-2 cm dibawah pusat setelah 3 hari, teraba keras.

h. Punggung

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

i. Bokong dan Genetalia

Kaji kebersihan bokong. Umumnya pada klien post *Sectio caesarea* dipasang dower kateter. Kaji kebersihan vagina dan lokhea.

j. Anus

Haemoroid (varises anus) umumnya ditemui. Haemoroid interna dapat membuka saat klien mengejan ketika melahirkan.

k. Ekstremitas

Adaptasi sistem muskuloskeletal klien yang terjadi saat hamil akan kembali pada masa nifas. Adaptasi ini termasuk relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat gravida klien sebagai respon terhadap uterus yang membesar, serta adanya perubahan pada kaki.

2.2.1.6. Data Psikologis

1. Perubahan Psikologis selama Post Partum

Solehati dan Kosasih, 2015 mengemukakan perubahan psikologis yang dialami ibu selama post partum menurut Rubin (1977) terdiri atas:

a. Fase *Taking In* (Periode Tingkah Laku Ketergantungan)

Pada fase ini, ibu masih merasa kecapekan setelah melahirkan, masih fokus pada keadaan dirinya, belum berminat untuk merawat bayinya.

b. Fase *Taking Hold* (Periode antara Tingkah Laku Mandiri dan Ketergantungan)

Pada fase ini, ibu mulai tertarik untuk merawat bayinya.

c. Fase *Letting Go* (Periode Kemandirian dalam Peran Baru)

Pada fase ini, ibu dapat membagi peran sebagai ibu bagi anak-anaknya, sebagai seorang istri dan sebagai pekerja jika mereka bekerja di luar rumah.

2. Konsep Diri

a. Gambaran Diri

Mengungkapkan tentang persepsi dan perasaan tentang bentuk penampilan. Pada umumnya, pada klien post partum mengeluh perubahan badannya selama kehamilan dan setelah persalinan.

b. Ideal Diri

Persepsi individu tentang bagaimana klien bersikap atau berperilaku berdasarkan standar, tujuan, keinginan atau nilai kepribadian. Sebagian besar ibu mengatakan ingin cepat sembuh dan pulang ke rumah agar bisa beraktivitas seperti biasanya.

c. Harga Diri

Persepsi dari klien tentang perasaannya setelah melahirkan. Klien dengan post partum normalnya tidak malu dengan keadaan, ada rasa bahagia dan bangga bagi seorang ibu yang melahirkan.

d. Peran

Seperti perilaku yang diharapkan secara sosial yang berhubungan dengan fungsi individu pada berbagai kelompok. Seorang ibu harus bisa merawat dan mendidik bagi anak-anak.

e. Identitas Diri

Kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penelitian. Umumnya sebagian klien mengungkapkan bahwa dirinya merupakan ibu dari anak-anak.

2.2.1.7. Data Sosial

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

2.2.1.8. Kebutuhan *Bounding Attachment*

Mengidentifikasi kontak dengan bayi sesering mungkin (Kulsum dan Andriani, 2018).

2.2.1.9. Kebutuhan Pemenuhan Seksual

Kaji pemenuhan kebutuhan seksual klien pada masa *Sectio caesarea*.

2.2.1.10. Data Spiritual

Mengidentifikasi keyakinan spiritual klien, ada tidaknya gangguan dalam melaksanakan ibadah.

2.2.1.11. Pengetahuan tentang Perawatan Diri

Mengkaji pengetahuan klien tentang perawatan payudara, cara merawat payudara, dan cara merawat luka operasi.

2.2.1.12. Data Penunjang

Pengetahuan tentang tujuan, prosedur, hasil dari pemeriksaan laboratorium dan tes diagnostik diperlukan untuk keberhasilan pemeriksaan yang merupakan sekumpulan informasi yang berguna untuk

menetapkan masalah keperawatan, serta meningkatkan intervensi keperawatan yang tepat waktu dan sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan (Evania, 2013).

2.2.1.13. Terapi

Merupakan data obat yang dikonsumsi atau diberikan kepada klien.

2.2.1.14. Analisa Data

Dalam melakukan analisis data, diperlukan kemampuan menghubungkan data dengan penyebab berdasarkan konsep, teori, dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah keperawatan klien (Evania, 2013).

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Pernyataan tentang masalah klien dan penyebab. Selain itu, harus spesifik berfokus pada kebutuhan klien yang mengutamakan prioritas dan diagnosa yang muncul harus dapat diatasi dengan tindakan keperawatan. Menurut Nurarif (2015), diagnosa yang mungkin muncul dengan *Sectio caesarea* adalah:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi)
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan post partum

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

2.2.3. Rencana Keperawatan

Adapun rencana keperawatan menurut Nurarif (2015), rencana keperawatan pada diagnosa yang muncul dengan *Sectio caesarea* adalah:

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

Tabel 2.2
Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Ketidakefektifan bersihan jalan napas Definisi: Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi	NOC: 1. Respiratory status: Ventilation 2. Respiratory status: Airway patency	NIC: Airway suction 1. Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning.

atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan jalan napas.	Kriteria Hasil:	2. Informasikan kepada klien dan keluarga tentang suctioning
Batasan Karakteristik:	1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dispneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips).	3. Minta klien napas dalam sebelum suctioning
1. Tidak ada batuk	2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal).	4. Berikan oksigen dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suction nasotracheal
2. Suara napas tambahan	3. Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas	5. Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan
3. Perubahan frekuensi napas.		6. Anjurkan klien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotracheal
4. Perubahan irama napas		7. Monitor status oksigen klien
5. Sianosis		8. Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suction
6. Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara		9. Hentikan suction dan berikan oksigen apabila klien menunjukkan bradikardi, penurunan saturasi oksigen dan lain-lain.
7. Penurunan bunyi napas		Airway Manajemen
8. Dispneu		1. Buka jalan nafas, menggunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu
9. Sputum dalam jumlah yang berlebihan		2. Posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi
10. Batuk yang tidak efektif		3. Identifikasi klien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan
11. Orthopneu		4. Pasang mayo bila perlu
12. Gelisah		5. Lakukan fisioterapi dada jika perlu
13. Mata terbuka lebar		6. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction
Faktor-faktor yang berhubungan:		7. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan
1. Lingkungan:		8. Lakukan suction pada mayo
a) Perokok pasif		9. Berikan bronkhodilator bila perlu
b) Mengisap rokok		10. Berikan pelembab udara kassa basah NaCl lembab
c) Merokok		11. Atur intake untuk cairan
2. Obstruksi jalan nafas:		
a) Spasme jalan nafas		
b) Mokus dalam jumlah berlebihan		
c) Eksudat dalam jumlah alveoli		
d) Materi asing dalam jalan nafas		
e) Adanya jalan nafas buatan		
f) Sekresi bertahan/sisa sekresi		
g) Sekresi dalam bronkii		
3. Fisiologis		
a) Jalan nafas alergik		
b) Asma		
c) Penyakit paru obstruktif kronik		
d) Hiperplasi dinding bronkial		

e) Infeksi	mengoptimalkan
f) Disfungsi neuromuskular	keseimbangan
	12. Monitor respirasi dan status O ₂

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

Tabel 2.3
Intervensi Nyeri Akut

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Nyeri akut</p> <p>Definisi: Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (international Association for the study of pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan.</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan selera makan 2. Perubahan tekanan darah 3. Perubahan frekuensi jantung 4. Perubahan frekuensi pernafasan 5. Laporan syarat 6. Diaforesis 7. Perilaku distraksi (misal berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan aktivitas lain, aktivitas yang berulang) 8. Mengekspresikan perilaku (misal gelisah, merengek, menangis) 9. Masker wajah (misal mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus meringis) 	<p>NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pain level 2. Pain control 3. Comfort level <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri (penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. Mengatakan rasa nyaman setelah berkurang 	<p>NIC</p> <p>Pain Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau 6. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau 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, non farmakologi dan interpersonal) 11. Kaji tipe dan sumber nyeri

<p>10. Sikap melindungi area nyeri</p> <p>11. Fokus menyempit (misal gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berpikir, penurunan interaksi dengan orang lain dan lingkungan)</p> <p>12. Indikasi nyeri yang dapat diamati</p> <p>13. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri</p> <p>14. Sikap tubuh melindungi</p> <p>15. Dilatasi pupil</p> <p>16. Melaporkan nyeri secara verbal</p> <p>17. Gangguan tidur</p> <p>Faktor yang berhubungan:</p> <p>1. Agen cedera fisik (misal biologis, fisik, psikologis)</p>	<p>untuk menentukan intervensi</p> <p>12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi</p> <p>13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</p> <p>14. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</p> <p>15. Tingkatkan istirahat</p> <p>16. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</p> <p>17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri</p> <p>Analgetic Administration</p> <p>1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan obat derajat nyeri sebelum pemberian obat</p> <p>2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi</p> <p>3. Cek riwayat alergi</p> <p>4. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu</p> <p>5. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri</p> <p>6. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal</p> <p>7. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur</p> <p>8. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</p> <p>9. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat</p> <p>10. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda, dan gejala</p>
---	--

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

Tabel 2.4
Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Definisi: Asupan nutrisi tidak cukup memenuhi kebutuhan metabolik. Batasan karakteristik: <ol style="list-style-type: none"> 1. Kram abdomen 2. Nyeri abdomen 3. Menghindari makanan 4. Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal 5. Kerapuhan kapiler 6. Diare 7. Kehilangan rambut berlebihan 8. Bising usus hiperaktif 9. Kurang makanan 10. Kurang informasi 11. Kurang minat pada makanan 12. Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat 13. Kesalahan konsepsi 14. Kesalahan informasi 15. Membran mukosa pucat 16. Ketidakmampuan memakan makanan 17. Tonus otot menurun 18. Mengeluh gangguan sensasi rasa 19. Mengeluh gangguan sensasi rasa 20. Mengeluh asupan makanan kurang dari RDA (Recommended Daily Allowance) 21. Cepat kenyang setelah makan 22. Sariawan rongga mulut 23. Steatorea 24. Kelemahan otot 	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 malnutrisi 5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dari menelan 6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	NIC: Nutrition 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 yang 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 bisa dilakukan 4. Monitor interaksi anak atau orang tua selama makan 5. Monitor lingkungan selama makan 6. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan 7. Monitor kulit kering dan pigmentasi 8. Monitor turgor kulit 9. Monitor kekeringan rambut kusan dan mudah

<p>pengunyah</p> <p>25. Kelemahan otot untuk menelan</p> <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Faktor biologis 2. Faktor ekonomi 3. Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrisi 4. Ketidakmampuan untuk mencerna makanan 5. Ketidakmampuan menelan makanan 6. Faktor psikologis 	<p>patah</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Monitor mual muntah 11. Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht. 12. Monitor pertumbuhan dan perkembangan 13. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva 14. Monitor kalori dan intake nutrisi. 15. Catat adanya edema, hiperemik, hipertoni papila lidah dan cavitas oral 16. Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet
--	--

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

Tabel 2.5
Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Ketidakefektifan pemberian ASI Definisi: Ketidakpuasan atau kesulitan ibu, bayi atau anak menjalani proses pemberian ASI Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakefektifan suplai ASI 2. Bayi melengkung menyesuaikan diri dengan payudara 3. Bayi menangis pada payudara 4. Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusui 5. Ketidakmampuan bayi untuk latch on pada payudara ibu secara tepat 6. Menolak latching on 7. Tidak responsif terhadap kenyamanan lain 	<p>NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Breastfeeding ineffective 2. Breathing pattern ineffective 3. Breastfeeding interrupted <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemantapan pemberian ASI: 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 	<p>NIC: Breastfeeding Assistance</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 (misal reflek rooting, menghisap dan terjaga) 4. Kaji kemampuan bayi untuk latch on dan menghisap secara efektif 5. Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting 6. Pantau integritas kulit puting ibu 7. Evaluasi pemahaman tetantang sumbatan kelenjar susu dan

8. Ketidakcukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui	menyusui dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI	8. mastitis 8. Pantau kemampuan untuk mengurangi kongesti payudara dengan benar
9. Ketidakcukupan kesempatan untuk mengisap payudara	3. Pemeliharaan pemberian ASI: keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/todler	9. Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi
10. Kurang menambah berat badan bayi	4. Penyapihan pemberian ASI	Brest examination
11. Tampak ketidakadekuatan asupan susu	5. Diskontinuitas progresif pemberian ASI	Laktation supresion
12. Tidak tampak tanda pelepasan oksitosin	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 puting, mengenali tanda-tanda penurunan suplay ASI.	1. Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI
13. Kurang menambah berat badan bayi		2. Sediakan informasi tentang laktasi dan tehnik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI
14. Tidak mengisap payudara terus menerus		3. Ajarkan pengasuhan bayi mengenai topik-topik, seperti penyimpanan 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. Defisit pengetahuan		5. Apabila penyapihan diperlukan informasikan ibu mengenai kembalinya proses ovulasi dan seputar alat kontrasepsi yang sesuai.
2. Anomaly bayi		Laktation konseling
3. Bayi menerima makanan tambahan dengan puting buatan		1. Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI
4. Diskontinuitas pemberian ASI		2. Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu
5. Ambivalen ibu		3. Diskusikan metode alternatif pemberian makanan bayi
6. Ansietas ibu		
7. Anomaly payudara ibu		
8. Keluarga tidak mendukung		
9. Pasangan tidak mendukung		
10. Reflex menghisap buruk		
11. Prematuritas		
12. Pembedahan payudara sebelumnya		
13. Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya		

5. Gangguan eliminasi urine

Tabel 2.6
Intervensi Gangguan Eliminasi Urine

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Gangguan eliminasi urine Definisi: Disfungsi pada eliminasi urine Batasan Karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disuria 2. Sering berkemih 3. Anyang-anyangan 4. Inkontinensia 5. Nokturia 6. Retensi 7. Dorongan <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Obstruksi anatomi 2. Penyebab multiple 3. Gangguan sensori motorik 4. Infeksi saluran kemih 	<p>NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Urinary elimination 2. Urinaru continuence <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kandung kemih kosong secara penuh 2. Tidak ada residu urine >100-200 cc 3. Intake cairan dalam rentan normal 4. Bebas dari ISK 5. Tidak ada spasme bleder 6. Balance cairan seimbang 	<p>NIC: Urinary retention care</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan penilaian kemih yang komperhensif terfokus pada inkontenensia (misal, output urine, pola berkemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing pra eksisten) 2. Memantau penggunaan obat dengan sifat kolinergik atau properti alfa agonis 3. Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium channel blockers dan antikolinergik 4. Menyediakan penghapusan prifasi 5. Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiram toilet 6. Merangsang refleks kandung kemih dengan menrapkan dingin untuk perut 7. Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit) 8. Gunakan spirit winter green di pispot atau urinal 9. Menyediakan manuver crede, yang diperlukan 10. Gunakan double void teknik 11. Masukkan kateter kemih 12. Anjurkan pasien/keluarga untuk merekam output urin, sesuai 13. Instruksikan cara-cara untuk menghindari konstipasi atau impaksi tinja 14. Memantau asupan dan keluaran

	15. Gunakan kateter kemih
	16. Anjurkan keluarga untuk mencatat output urine
	17. Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi
	18. Membantu toileting secara berkala
	19. Menerapkan katerisasi intermiten
	20. Merujuk ke spesialis kontinensia kemih, sesuai

6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

Tabel 2.7
Intervensi Gangguan Pola Tidur

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
Gangguan pola tidur Definisi: Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal Batasan Karakteristik: 1. Perubahan pola tidur normal 2. Penurunan kemampuan berfungsi 3. Ketidakpuasan tidur 4. Menyatakan sering terjaga 5. Menyatakan tidak mengalami kesulitan tidur 6. Menyatakan tidak merasa cukup istirahat Faktor yang berhubungan: 1. Kelembaban lingkungan sekitar 2. Suhu lingkungan sekitar 3. Tanggung jawab member asuhan 4. Gangguan (misal untuk tujuan terapeutik, pemantauan,	NOC: 1. Anxiety reduction 2. Comfort level 3. Pain level 4. Rest: extent and pattern 5. Sleep: extent and pattern Kriteria Hasil: 1. Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam perhari 2. Pola tidur, kualitas dalam batas normal 3. Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat 4. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur	NIC: Sleep Enhancement 1. Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur 2. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat 3. Fasilitasi 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 waktu makan dan minum dengan waktu tidur 9. Monitor/catat kebutuhan waktu tidur pasien setiap hari dan jam

	pemeriksaan laboratorium)
5.	Kurang kontrol tidur
6.	Kurang privasi, pencahayaan
7.	Bising, bau gas
8.	Restrain fisik, teman tidur
9.	Perubahan pajanan terhadap cahaya gelap
10.	Tidak familier dengan prabot tidur

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

Tabel 2.8
Intervensi Resiko Infeksi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Resiko Infeksi Definisi: Mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik Faktor-faktor resiko: 1. Penyakit kronis 1) Diabetes Melitus 2) Obesitas 2. Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemajanan patogen 3. Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat: 1) Gangguan peristaltis 2) Kerusakan integritas kulit (pemasangan kateter intravena, prosedur invasif) 3) Perubahan sekresi pH 4) Penurunan kerja siliaris	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, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya 3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi 4. Jumlah leukosit dalam batas normal 5. Menunjukkan perilaku hidup sehat	NIC: Infection control (kontrol infeksi) 1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain 2. Pertahankan teknik isolasi 3. Batasi pengunjung bila perlu 4. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien 5. Gunakan sabun anti mikroba untuk cuci tangan 6. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 7. Gunakan baju, sarung tangan sesuai alat pelindung 8. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat 9. Ganti letak IV perifer dan line central dan

5) Pecah ketuban dini	dressings sesuai dengan petunjuk umum.
6) Pecah ketuban lama	10. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing
7) Merokok	11. Tingkatkan intake nutrisi
8) Statis cairan tubuh	12. Berikan terapi antibiotik bila perlu
9) Trauma jaringan (misal trauma destruksi jaringan)	Infection Protection (Proteksi terhadap Infeksi)
4. Ketidakadekuatan pertahanan sekunder	1. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal
1) Penurunan Haemoglobin	2. Monitor hitung granulosit, WBC
2) Imunosupresi (misal imunitas didapat tidak adekuat, agen farmaseutikal termasuk imunosupresan, steroid, anti bodi monoklonal, imunomodulator)	3. Monitor kerentanan terhadap infeksi
3) Supresi respon inflamasi	4. Sering pengunjung terhadap penyakit menular
5. Vaksinasi tidak adekuat	5. Pertahankan tehnik aseptik pada klien yang beresiko
6. Pemajanan terhadap patogen	6. Pertahankan tehnik isolasi
7. Lingkungan meningkat	7. Berikan perawatan kulit pada area epidema
1) Wabah	8. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase
8. Prosedur infasif	9. Inspeksi kondisi luka/insisi bedah
9. Malnutrisi	10. Dorong masukan nutrisi yang cukup
	11. Dorong masukan cairan
	12. Dorong istirahat
	13. Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep
	14. Ajarkan pasien dan keluarga mengenali tanda infeksi
	15. Ajarkan cara menghindari infeksi
	16. Laporkan kecurigaan infeksi
	17. Laporkan kultur positif

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

Tabel 2.9
Intervensi Defisit Perawatan Diri

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Defisit perawatan diri: mandi</p> <p>Definisi: Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi/aktivitas perawatan diri untuk diri sendiri.</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi 2. Ketidakmampuan mengeringkan tubuh 3. Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi 4. Ketidakmampuan menjangkau sumber air 5. Ketidakmampuan mengatur air mandi 6. Ketidakmampuan membasuh tubuh <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan kokitif 2. Penurunan motivasi 3. Kendala lingkungan 4. Gangguan muskuloskeletal 5. Gangguan neuromuskular 6. Nyeri 7. Gangguan persepsi 8. Ansietas berat 9. Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh 10. Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial 	<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:</p> <p>Self care assistance: Bathing/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 artikel pribadi yang diinginkan (misal deodoran, sikat gigi, sabun mandi, sampo, lotion, dan produk aromaterapi) 6. Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal. 7. Memfasilitasi sikat gigi yang sesuai 8. Memfasilitasi mandi pasien 9. Membantu kebersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien 10. Memantau kebersihan kulit pasien 11. Menjaga ritual kebersihan diri 12. Memfasilitasi pemeliharaan rutin yang biasa pasien tidur, isyarat sebelum tidur/alat peraga, dan benda-benda asing (misalnya untuk anak-

	diperlukan untuk kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi	anak, cerita selimut/mainan, goyang, dot, atau favorit, untuk orang dewasa, sebuah buku untuk membaca atau bantal dari rumah
7.	Membersihkan dan mengeringkan tubuh	13. Mendorong orang tua/keluarga partisipasi dalam kebiasaan tidur biasa
8.	Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral	14. Memberikan bantuan sampai pasien dapat melakukan perawatan diri sepenuhnya.

9. Konstipasi

Tabel 2.10
Intervensi Konstipasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Konstipasi Definisi: Penurunan pada frekuensi normal pada defeksi yang disertai oleh kesulitan atau pengeluaran tidak lengkap feses atau pengeluaran feses yang kering, keras dan banyak Batasan karakteristik: <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 (misal perubahan pada status mental, inkontinensia urinarius, jatuh yang tidak penyebabnya, peningkatan suhu tubuh) 5. Borborigmi 6. Darah merah pada feses 7. Perubahan pada pola defeksi 8. Penurunan frekuensi 9. Penurunan volume 	NOC: <ol style="list-style-type: none"> 1. Bowel Elamination 2. Hidration Kriteria Hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari 2. Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi 3. Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi 4. Feses lunak dan berbentuk 	NIC: Constipation/impaction management <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 ruptur usus/peritonitis 6. Jelaskan etiologi dan rasionalisasi tindakan terhadap pasien 7. Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi 8. Dukung intake cairan 9. Kolaborasi pemberian laksatif 10. Pantau tanda-tanda dan gejala konstipasi 11. Pantau tanda-tanda dan gejala impaksi 12. Memantau gerakan usus, termasuk konsistensi, frekuensi,

	feses	bentuk, volume dan warna
10.	Distensi abdomen	
11.	Rasa tekanan rektal	13. Memantau bising usus
12.	Keletihan umum	14. Konsultasikan dengan dokter tentang penurunan/kenaikan frekuensi bising usus
13.	Feses keras dan berbentuk	15. Pantau tanda-tanda dan gejala pecahnya usus dan peritonitis
14.	Sakit kepala	16. Jelaskan etiologi masalah dan pemikiran untuk tindakan untuk pasien
15.	Bising usus hiperaktif	17. Menyusun jadwal ke toilet
16.	Bising usus hipoaktif	18. Mendorong meningkatkan asupan cairan, kecuali di kontra indikasikan
17.	Peningkatan tekanan abdomen	19. Evaluasi profil obat untuk efek samping gastrointestinal
18.	Tidak dapat makan, mual	20. Anjurkan pasien/keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja
19.	Rembesan feses cair	21. Ajarkan pasien/keluarga bagaimana untuk menjaga buku harian makanan
20.	Nyeri pada saat defekasi	22. Anjurkan pasien/keluarga untuk diet tinggi serat
21.	Massa abdomen yang dapat diraba	23. Anjurkan pasien/keluarga pada penggunaan yang tepat dari obat pencahar
22.	Adanya feses lunak. Seperti pasta dalam rektum	24. Anjurkan pasien/keluarga pada hubungan asupan diet, olahraga, dan cairan sembelit/impaksi
23.	Perkusi abdomen pekak	25. Menyarankan pasien untuk berkonsultasi dengan dokter jika sembelit atau impaksi terus ada
24.	Sering flatus	26. Menginformasikan prosedur penghapusan manual dari tinja, jika perlu
25.	Mengejan pada saat defekasi	27. Lepaskan impaksi tinja secara manual, jika
26.	Tidak dapat mengeluarkan feses	
27.	Muntah	
	Faktor yang berbubungan:	
1.	Fungsional	
	1) Kelemahan otot abdomen	
	2) Kebiasaan mengabaikan dorongan defekasi	
	3) Ketidakadegan toileting (misal batasan waktu, posisi untuk defekasi, privasi)	
	4) Kurang aktivitas fisik	
	5) Kebiasaan defekasi tidak teratur	
	6) Perubahan lingkungan saat ini	

<p>2. Psikologis</p> <p>1) Depresi, stress emosi</p> <p>2) Konfusi mental</p> <p>3. Farmakologis</p> <p>1) Antikolinergik, anti konvulsan</p> <p>2) Antasida mengandung aluminium</p> <p>3) Anti depresan</p> <p>4) Agens anti lipemik</p> <p>5) Garam bismuth</p> <p>6) Kalsium karbonat</p> <p>7) Penyekat saluran kalsium</p> <p>8) Diuretik, garam besi</p> <p>9) Penyalahgunaan laksatif</p> <p>10) Agens anti inflamasi non steroid</p> <p>11) Opiate, fenotiazid, sedatif</p> <p>12) Simpatomimetik</p> <p>4. Mekanis</p> <p>1) Ketidakseimbangan elektrolit</p> <p>2) Kemoroid</p> <p>3) Penyakit hisprung</p> <p>4) Gangguan neurologi</p> <p>5) Obesitas</p> <p>6) Obstruksi pasca bedah</p> <p>7) Kehamilan</p> <p>8) Pembesaran prostat</p> <p>9) Abses rektal</p> <p>10) Fisura anak rektal</p> <p>11) Striktur anak rektal</p> <p>12) Prolaps rektal, ulkus rektal</p>	<p>perlu</p> <p>28. Timbang pasien secara teratur</p> <p>29. Ajarkan pasien dan keluarga tentang proses pencernaan yang normal.</p> <p>30. Ajarkan pasien/keluarga tentang kerangka waktu untuk resolusi sembelit</p>
--	---

13)	Rektokel, tumor
5.	Fisiologis
1)	Perubahan pola makan
2)	Perubahan makanan
3)	Penurunan motilitas traktus gastrointestina l
4)	Dehidrasi
5)	Ketidakadekua tan gigi geligi
6)	Ketidakadekua tan hygiene oral
7)	Asupan serat tidak cukup
8)	Asupan cairan tidak cukup
9)	Kebiasaan makan buruk

10. Resiko syok (hipovolemik)

Tabel 2.11
Intervensi Resiko Syok (Hipovolemik)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Resiko (hipovolemik) Definisi: Beresiko terhadap ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa Faktor resiko: 1. Hipotensi 2. Hipovolemi 3. Hipoksemia 4. Hipoksia 5. Infeksi 6. Sepsis 7. Sindrom inflamasi sistemik (systemic inflammatory response syndrome (SIRS))	Syok NOC: 1. Syok prevention 2. Syok 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 dbn 6. kalium serum dbn 7. Kalsium serum dbn, 8. Magnesium serum dbn	NIC Syok prevention 1. Monitor status sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme, nadi perifer, dan kapiler refill 2. Monitor tanda inadekuat oksigenisasi jaringan 3. Monitor suhu dan pernafasan 4. Monitor input dan output 5. Pantau nilai labor: HB, HT, AGD, dan eektrolit 6. Monitor hemodinamik invasi yang sesuai 7. Monitor tanda dan gejala asites 8. Monitor tanda awal syok 9. Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi

-
- | | |
|--|---|
| <p>9. pH darah dalam batas normal.</p> <p>Hidrasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Indicator 2. Mata cekung tidak ditemukan 3. Demam tidak ditemukan 4. Tekanan darah dalam batas normal 5. Hematokrit DBN | <p>untuk peningkatan preload dengan tepat</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Lihat dan pelihara kepatenan jalan nafas 11. Berikan cairan iv dan oral yang tepat 12. Berikan vasodilator yang tepat 13. Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok 14. Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok |
|--|---|

Syok management

1. Monitor fungsi neurologis
 2. Monitor fungsi renal (e.g BUN dan Cr Level)
 3. Monitor tekanan nadi
 4. Monitor status cairan, input output
 5. Catat gas darah arteri dan oksigen di jaringan
 6. Monitor EKG, sesuai
 7. Memanfaatkan pemantauan jalur arteri untuk meningkatkan akurasi pembacaan tekanan darah, sesuai
 8. Menggambar gas darah arteri dan memonitor jaringan oksigenasi
 9. Memantau tren dalam parameter hemodinamik (misal CVP, MAP, tekanan kapiler pulmonal/arteri)
 10. Memantau faktor penentu pengiriman jaringan oksigen (misal PaO₂ kadar hemoglobin SaO₂, CO), jika tersedia
 11. Memantau tingkat karbon dioksida sublingual dan tonometry lambung, sesuai
 12. Memonitor gejala gagal pernafasan (misal rendah PaO₂, peningkatan PaCO₂, kelelahan otot pernafasan)
 13. Monitor nilai laboratorium (misal CBC dengan diferensial)
-

koagulasi profil ABC, tingkat laktat, budaya, dan profil kimia

14. Masukkan dan memelihara besarnya kebosonan akses IV

11. Resiko perdarahan

Tabel 2.12
Intervensi Resiko Perdarahan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Resiko perdarahan Definisi: Beresiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan. Faktor resiko:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aneurisma 2. Sirkumsisi 3. Defisiensi pengetahuan 4. Koagulasi intravaskuler diseminata 5. Riwayat jatuh 6. Gangguan gastrointestinal (misal, penyakit ulkus lambung polip, varises) 7. Gangguan fungsi hati (misal, sirosis, hepatitis) 8. Koagulopati inheren (misal, trombositopenia) 9. Komplikasi pasca partum (misalnya, antonia uteri, retensi plasenta) 10. Komplikasi terkait kehanilan (misalnya, plasenta previa, kehamilan mola, solusio plasenta) 11. Trauma 12. Efek samping terkait terapi (misal, pembedahan, pemberian obat, 	<p>NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Blood lose severity 2. Blood koagulation <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada hematuria dan hematemesis 2. Kehilangan darah yang terlihat 3. Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastol 4. Tidak ada perdarahan pervagina 5. Tidak ada distensi abdominal 6. Haemoglobin dan hematokrit dalam batas normal 7. Plasma, PT, PTT dalam batas normal 	<p>NIC: Bleding precaution</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan 2. Catat nilai HB dan HT sebelum dan sesudah perdarahan 3. Monitor nilai laboratorium (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit 4. Monitor TTV ortostatik 5. Pertahankan bedrest selama perdarahan aktif 6. Kolaborasi dalam pemberian prosuk darah (platelet atau fresfrozen plasma) 7. Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan 8. Hindari mengukur suhu lewat rektal 9. Hindari pemberian aspirin dan antikoagulan 10. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K 11. Hindari terjadinya konstipasi dengan menganjurkan untuk mempertahankan intake cairan yang adekuat dan pelembut feces 12. Identifikasi penyebab perarahan 13. Monitor trend tekanan darah dan parameter

pemberian produk darah defisiensi trombosit, kemoterapi)

hemodinamik (CVP, Pulmonari kapiler, atau arteri wedge pressure)

14. Monitor status cairan yang meliputi intake dan output
15. Monitor penentu pengiriman oksigen ke jaringan (PaO₂, SaO₂, level hemoglobin dan cardiac output)
16. Pertahankan potensi IV line

**Bleeding reducing:
wound/luka**

1. Lakukan pressure dressing (perban yang menekan area luka)
2. Lakukan manual pressure (tekanan) pada luka perdarahan
3. Gunakan ice pack pada area perdarahan
4. Tinggikan ekstremitas yang perdarahan
5. Monitor ukuran dan karakteristik hematoma
6. Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan
7. Instruksikan pasien untuk menekan area luka pada saat bersin dan batuk
8. Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas

**Bleeding reduction:
gastrointestinal**

1. Observasi adanya darah dalam 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 vasopressin
 4. Lakukan pemasangan NGT untuk memonitor sekresi dan perdarahan lambung
 5. Lakukan bias lambung dengan NaCl dingin
 6. Dokumentasikan warna,
-

	jumlah dan karakteristik fekes
	7. Hindari pH lambung yang ekstrim dengan kolaborasi pemberian antasid atau histamin blocking agent
	8. Kurangi faktor stress
	9. Pertahankan jalan nafas
	10. Hindari penggunaan anti koagulant
	11. Monitor status nutrisi pasien
	12. berikan cairan intra vena
	13. Hindari penggunaan aspirin dan ibuprofen.

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

Tabel 2.13
Intervensi Defisiensi Pengetahuan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Defisiensi pengetahuan Definisi: Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu Batasan karakteristik: 1. Perilaku hiperbola 2. Ketidakakuratan mengikuti perintah 3. Ketidakakuratan melakukan tes 4. Perilaku tidak tepat (misal hysteria, bermusuhan, agitasi, apatis) 5. Pengukuran masalah Faktor yang berhubungan: 1. Keterbatasan kognitif 2. Salah interpretasi informasi 3. Kurang pajakan 4. Kurang minat dalam belajar 5. Kurang dapat mengingat	NOC: 1. Knowledge: disease proses 2. Knowledge: healt beavior Kriteria Hasil: 1. Pasien dan keluarga menyatakan oemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, program dan pengobatan 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar 3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya.	NIC: Treaching: diases proces 1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik 2. Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat 3. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada poenyakit, dengan cara yang tepat 4. Gambrkan proses penyakit dengan cara yang tepat 5. Identifikasi kemungkinan penyebab dengan cara yang tepat 6. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat 7. Hindari jaminan yang kosong

6. Tidak familiar dengan sumber informasi	8. Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat
	9. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit
	10. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan
	11. Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan
	12. Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal, dengan cara yang tepat
	13. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatam kesehatan dengan cara yang tepat.

2.3.4. Implementasi Keperawatan

Adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik dan menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Evania, 2013). Komponen tahap implementasi terdiri dari:

1. Tindakan keperawatan mandiri dilakukan tanpa advis dokter
2. Tindakan keperawatan kolaboratif diimplementasikan bila perawat bekerja dengan anggota lain dalam membuat keputusan bersama yang bertujuan untuk mengatasi masalah-masalah klien

3. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan
4. Frekuensi dokumentasi tergantung kondisi klien dan terapi yang diberikan.

2.3.5. Evaluasi

Menurut Craven dan Hirnle (2000 dalam Evania, 2013), evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektivitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku klien yang tampil. Setelah dilakukan tindakan selama sehari, lihat respon klien sesuaikan dengan diagnosa dan perencanaan yang ada, gunakan teknik SOAPIER apabila klien keadaannya membaik atau sudah hilang masalah keperawatan yang ada hentikan intervensi.