

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST* SEKSIO
SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANG KALIMAYA
BAWAH RSUD dr SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Universitas Bhakti Kencana Bandung

Oleh

SITI SOVAMARWAH

NIM : AKX .17.081



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

2020

SURAT PERTANYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Siti Sovamarwah

NPM : AKX. 17 .081

Program Studi : Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana
Bandung

Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea
Dengan nyeri akut di ruang Kalimaya Bawah RSUD dr
SLAMET GARUT

Menyatakan dengan sebenarnya bawah karya tulis ilmiah ini yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan dari pengambilan alih tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti dapat dibuktikan karya tulis ilmiah ini Hasil plagiat atau menjiplak, maka saya bersedia akan menerima sanksi atas perbuatan tersebut

Bandun, 17 juni 2020

Yang membuat pernyataan



Siti sovamarawah

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA *POST* SEKSIO SESAREA
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG KALIMAYA BAWAH
RSUD dr SLAMET GARUT**

Oleh :

SITI SOVAMARWAH

AKX.17.081

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan panitia penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada program studi diploma III keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.

PANITIA PENGUJI

Ketua : Ingrid Dirgahayu, S.Kp., M.KM

()

(Pembimbing Utama)

Anggota :

1. Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners

()

2. Yati Nurhayati, S.Kep

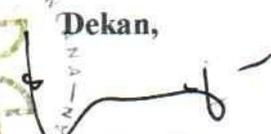
()

3. Iceu Komalanengsi, SKM

()

(Pembimbing Pendamping)

Menyetujui

Universita Bhakti Kencana Bandung
Dekan,

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

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST* SEKSIO SESAREA
DENGAN NYERI AKUT DIRUANG KALIMAYA BAWAH
RUMAH SAKIT dr SLAMET GARUT

OLEH

SITI SOVAMARWAH

AKX.17.081

Karya tulis ini telah di setujui oleh panitia penguji pada tanggal yang tertera

Dibawah ini

Menyetujui,

Pembimbing Utama



Inggrid dirgahayu, S.Kp, M.KM

NIP:10104019

Pembimbing Pendamping



Iceu Komalanengsih, SKM

NIP:10218003

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan



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

NIK:02001020009

ABSTRAK

LatarBelakang : seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Masalah yang muncul pada klien post seksio sesarea adalah nyeri. Rasa nyeri akan menimbulkan perasaan tidak nyaman, apabila tidak segera diatasi maka akan menimbulkan efek membahayakan yang akan mengganggu proses penyembuhan. **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 klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut pada luka post operasi seksio sesarea. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan intervensi keperawatan selama 2x 24jam, masalah nyeri keperawatan nyeri akut post seksio sesarea pada kedua klien teratasi semua karena sudah tercapai dengan kriteria hasil yang diinginkan. **Diskusi :** Pada kedua klien ditemukan masalah nyeri akut post seksio sesarea, adapun hasil intervensi bantu dengan memberikam relaksasi pada kedua klien, yaitu dengan hasil klien pertama yaitu penurunan skala nyeri 2 dari 5 (0-10) sedangkan pada klien kedua 2 dari 5(0-10). Penulis menyarankan kepada pihak rumah sakit agar meningkatkan standar pelayanan kesehatan dalam memberikan asuhan.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Nyeri, post operasi, post seksio sesarea.

Daftar Pustaka : 11 Buku (2010- 2020), 2 Jurnal

ABSTRACK

Background : *section caesarae is a way of giving birth to afetus by making in incision in the uterine wall through the front wall of the stomach. The problem that arises in the post section caesarea. Pain will cause discomfrort. If this is not immediately addressed, it can cause harmful effects that will interfere with the healing process.* **Method :** *Case studies are in-depth research on a particular researcher's, not statictical surveys or comprarative questions. Case study is a study to explore nursing care problems in post section caesarea clients with acute pain problems in post operative section caesarea injuries.* **Result:** *After nursing with a nursing intervention for 2 x24 hours, the problem of post section caesarea acute pain nursing in borth clients was resolved all because it was achieved with the desired outecame criteria.* **Discussin :** *Clients with pain nursing problems do not always have the same responce in postoperative caesarea clients, this is influenced by the condition or previous health status of the client. So that nursesmust carry out comprehensive nursing care to deal with nursing problems for each client.*

Keyword : posr section caesarea, pain, Nuring care, post sugery

References :11 books (2010-2020), 2 Journalis.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat tuhan yang maha esa , Karean atas berkat rahmat dan karunia-Nya Penulis masih bisa diberikan kekuatan dan fikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST* SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RSUD dr SLAMET GARUT** “ Dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan program studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung. Penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak pernah berdiri sendiri , untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah turut serta membantu proses sehingga terwujudnya harapan dan tujuan penulis dengan baik , Ucapan terima kasih ini penulis sampaikan yang sebesar-besarnya kepada :

1. H Mulyana, S.H., M.Pd., M.H.kes. selaku ketua yayasan Adhi Guna Kencana yang memberikan kesempatan pada penulis untuk dapat menempuh pendidikan Keperawatan Anestesi di Universitas Bhakti Kencana Bandung.
2. Dr Entris Sutrisno, S, kep ., MKep ., Apt. selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana Bandung.
3. Rd. Siti Jundiah, SKp., M.KM. selaku Dekan fakultas keperawaatan Universitas Bhakti kencana Bandung.
4. Dede Nur aziz Muslim, S. Kep., Ners., M.Kep. selaku ketua program Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.

5. Ingrid Dirgahayu, SKp., M.KM. selaku pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Ice Komalanengsih, SKM. Selaku pembimbing pendamping yang telah membimbing dan memotivasi penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Dr. H. Husodo Dewo Adi Sp.OT. selaku Direktur Utama Rumah sakit Umum dr Slamet garut yang telah memberikan kesempatan kepada pihak penulis untuk menjalankan tugas akhir ini.
8. Deti Fuji Adianti, S.Kep., Ners. selaku CI Ruang kalimaya Bawah yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek di RSUD dr slamet garut.
9. Staf dosen dan karyawan program studi DIII keperawatan Konsentarsi Anestesi dan Gawat Darurat Medik.
10. Untuk kedua orangtua tercinta yaitu ayahanda Wakid dan ibunda Hj.sarinah, kaka ely suci & Suami, kaka Linawati A.md keb & Suami, Dan adek Alfin Hidayat, serta seluruh keluarga besar yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus dan selalu mendoakan demi keberhasilan penulis.
11. Untuk temen-temen seperjuangan anestesi angkatan 13 yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus.

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

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR BAGAN	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
BAB II TINAJUAN PUSTAKA	
2.1 Anatomi Reproduksi.....	7
2.1.1 Genitalia Internal	7
2.2 Konsep Seksio sesarea.....	10
2.2.1 Definisi seksio Sesarea	10
2.2.2 Teknik seksio sesarea	10

2.2.3 Etiologi	12
2.2.4 Patofisiologi.....	13
2.2.5 Klasifikasi seksio sesarea	15
2.2.6 Indikasi	16
2.2.7 Komplikasi	16
2.2.8 Pemeriksaan diagnostic.....	17
2.2.9 Pentalaksanaan medis.....	18
2.3 Konsep Nifas	20
2.3.1. Definisi Nifas	20
2.3.2 Tujuan masa Nifas.....	20
2.3.3 Tahapan Masa nifas.....	20
2.3.4 Adaptasi fisiologi post partum	21
2.3.5 Perubahan sistem endrokrin	22
2.3.6 Perubahan sistem Perkemihan.....	23
2.3.7 Perubahan sistem Pencernaan	23
2.3.8 Perubahan sistem Eliminasi.....	23
2.3.9 Perubaahan sistem tanda – tanda vital.....	24
2.3.10 Perubahan sistem Hematologi	25
2.3.11 Perubahan sistem Muskuloskeletal	25
2.3.12 Perubahan psikologis ibu dalam masa nifas.....	25
2. 4 Nyeri.....	26
2.4.1 Definisi nyeri.....	26
2.4.2 Fisiologi nyeri.....	27
2.4.3 Penilaian	27

2.4.4 Jurnal relaksasi nafas dalam	28
2.5 Konsep Asuhan Keperawatan	29
2.5.1 Pengkajian	29
2.5.2 Diagnosa Keperawatan	40
2.2.3 Intervensi Keperawatan	41
2.5.4 Implementasi Keperawatan	64
2.5.5 Evaluasi Keperawatan	65
BAB III METODE PENELITIAN KTI	
3.1 Desain Penelitian	66
3.2 Batasan Ilmiah	66
3.3 Partisipan atau Responden	67
3.4 Lokasi Dan waktu penelitian	68
3.5 Pengumpul Data	68
3.6 Uji ke Absahan Data	69
3.7 Analisa Data	70
3.8 Etik Penelitian	71
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil	74
4.1.1 Gamabar Lokasi Pengambilan Data	74
4.1.2 Data Asuhan Keperawatan	75
4.1.2.1 Pengkajian	75
4.1.2.2 Analisa Data	92
4.1.2.3 Diagnosa Keperawatan	97
4.1.2.4 Intervensi Keperawatan	102

4.1.2.5 Implementasi Keperawatan	105
4.1.2.6 Evaluasi	112
4.2 Pembahasan	113
4.2.1 Pengkajian	113
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	114
4.2.3 Intervensi	116
4.2.4 Implementasi Keperawatan	116
4.2.5 Evaluasi	118
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan.....	120
5.2 Saran	123

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Genitalia Internal.....

DAFTAR TABEL

Tabel 2.3	Intervensi ketidakefektifan bersihan jalan nafas.....
Tabel 2.4	Intervensi nyeri akut.....
Tabel 2.5	Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi
Tabel 2.6	Intervensi Ketidakefektifan pemberian ASI.....
Tabel 2.7	Intervensi Gangguan Eliminasi Urine.....
Tabel 2.8	Intervensi Gangguan istirahat Tidur.....
Tabel 2.9	Intervensi risiko Infeksi Area Pembedahan.....
Tabel 2.10	Intervensi Defisit Perawatan Diri
Tabel 2.11	Intervensi Konstipasi.....
Tabel 2.12	Risiko Syok (Hipovolemik).....
Tabel 2.13	Resiko Perdarahan.....
Tabel 2.14	Defisiensi Pengetahuan.....
Tabel 4.1	Identitas klien.....
Tabel 4.2	Riwayat kesehatan.....
Tabel 4.3	Ginekologi
Tabel 4.3	Obstetrik.....
Tabel 4.4	Pola aktivitas sehari-hari.....
Tabel 4.5	Pemeriksaan Fisik.....
Tabel 4.6	Data Psikologi.....
Tabel 4.7	Data Sosial.....
Tabel 4.8	Bounding Attachment.....
Tabel 4.9	Pemenuhan Seksual.....
Tabel 4.10	Data spiritual.....

Tabel 4.11 Pengetahuan Tentang Perawatan Diri.....
Tabel 4.12 Hasil Pemeriksaan diagnostic.....
Tabel 4.13 Program Dan rencana pengobatan.....
Tabel 4.14 Analisa Data.....
Tabel 4.15 Diagnosa Keperawatan.....
Tabel 4.16 Intervensi Keperawatan.....
Tabel 4.17 Implementasi.....
Tabel 4.18 Evaluasi.....

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.2 Pathway seksio sesarea	14
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Lembar Justifikasi
Lampiran II	Lambar Konsultasi KTI
Lampiran III	Lembar Responden
Lampiran IV	Lembar Observasi
Lampiran V	Jurnal
Lamiran VI	Leaflet
Lampiran VII	Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

WHO	: World Health Organization
SC	: Sectio Caesarea
EEG	: Elektroensefalogram
MRI	: Margeni Resonance Imaging
AGD	: Analisa Gas Darah
BAK	: Buang Air Kecil
BAB	: Buang Air Besar
ASI	: Air Susu Ibu
FSH	: Follicle Stimulating Hormone
LH	: Luteinizing Stimulating Hormone
NANDA	: The North American Nursing Diagnosis Association
SOAP	: Subjektif Objektif Analisa Dan Perencanaan
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
THT	: Telingan Hidung Tenggorokan
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
HPHT	: Haid pertama Haid Terakhir
TL	: Tapsiran Persalinan
IUD	: Intra Uterine Device
WIB	: Waktu Indonesia Barat
TT	: Tetanus Toksoid
DM	: Diabetes Millitus
BB	: Berat Badan
KG	: Kilogram

TTV	: Tanda-Tanda Vital
RR	: Respiratory Rate
LD	: Lingkar Dada
LK	: Lingkar Kepala
C	: Celcius
PB	: Panjang Badan
CM	: Senti Meter

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir, (sarwono ,2015). Terdapat dua metode persalinan yaitu persalinan normal dan persalinann buatan diantaranya persalinan seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut, seksio sesarea juga dapat didefinisikan sebagai suatu *histerektomia* untuk melahirkan janin dari dalam rahim. Adapun indikasi dari tindakan seksio sesarea adalah plasenta previa, gemelli, ketuban pecah dini, letak lintang, letak sungsang, gawat janin dan sebagainya. (Amru sofian, 2012).

Data menurut *World Health Organization*(WHO) tahun 2015 Menetapkan standar rata-rata persalinan dengan metode seksio sesarea disebuah negara adalah sekitar 5-15 % per 1000 kelahiran di dunia. Peningkatan persalinan dengan seksio sesarea diseluruh negara terjadi semenjak tahun 2007 – 2008 yaitu 110.000 per kelahiran diseluruh Asia (Sihombing 2017). Adapun Indonesia sendiri, angka kejadian seksio sesarea juga terus meningkat baik dirumah sakit pemerintah maupun dirumah sakit swasta. Hasil dari Riskesdas tahun 2018 menunjukkan kelahiran dengan metode seksio sesarea di Indonesia

17,6% dari 78.739 angka kelahiran. Angka kejadian seksio sesarea dijawabarat tercatat ibu yang melahirkan dengan seksio sesarea 15,5% dari 15.043 angka kelahiran. Berdasarkan data yang dikumpulkan oleh penulis didapatkan dari medical record di RSUD dr SLAMET garut pada tahun 2019 didapatkan kasus persalinan normal sebanyak 1533 kasus diruangan kalimaya bawah, dan kasus persalianan dengan seksio sesarea didapatkan sebanyak 933 dan total dari 2.466 kasus persalinan diruang kalimaya bawah .

Adapun masalah keperawatan yang sering timbul pada klien dengan post operasi seksio sesarea adalah nyeri akut yang berhubungan dengan terputusnya kontiunitas jaringan, ketidakefektifan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas, ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan kurang dari kebutuhan tubuh, ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan, gangguan eliminasi, gangguan pola tidur berhubungan dengan kelelahan, resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka operasi terbuka, defisit perawatan: makan, mandi, toilet berhubungan dengan kelemahan, resiko syok(hipovolemik), resiko pendarahan, defisit pengetahuan: perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penangan post partum(Nuratif,2015).

Salah satu masalah yang muncul pada klien post operasi seksio sesarea adalah nyeri, nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial

(Andarmoyo, 2013). Dampak yang paling sering dirasakan klien post seksio sesarea adalah nyeri. Rasa nyeri yang timbul akan menimbulkan perasaan yang tidak menyenangkan atau tidak nyaman pada klien akan berpengaruh pada proses penyembuhan jika tidak segera diatasi. Rasa nyeri yang dirasakan oleh klien apabila tidak diatasi akan berdampak seperti mobilisasi terbatas, *bounding attachment* (ikatan kasih sayang) terganggu dan tidak terpenuhi, aktivitas terganggu pada klien, gangguan pola tidur, penurunan nafsu makan, (Maryunani,2010 ; Solehati&Koesasih,2015).

Masalah yang diakibatkan nyeri post seksio sesarea akan menimbulkan penurunan kemandirian dan ketergantungan yang lebih tinggi. Oleh karena itu perawat diharapkan mampu mengelola setiap masalah yang timbul secara komprehensif terdiri dari psikologis, biologis, sosial ,spiritual, terutama dalam penanganan klien post seksio sesrea dengan masalah nyeri akut

Nyeri dapat diatasi dengan Penatalaksanaan nyeri dalam menangani klien post seksio sesarea adalah dengan terapi farmakologi dan non-farmakologi, penatalaksanaan dengan farmakologi itu dengan memberikan analgetik, sedangkan untuk yang non-farmakologi adalah dengan cara relaksasi nafas dalam dan distraksi .

Menurut (Rosemary, 2010) Terapi relaksasi nafas dalam dapat dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah, tujuan teknik relaksasi nafas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara

pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan .

Berdasarkan uraian diatas penulis sangat tertarik dengan melakukan asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea melalui penyusunan karya tulis ilmiah (KTI) yang berjudul :”**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RSUD dr SLAMET GARUT**”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, Bagaimana asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan nyeri akut di RSUD dr Slamet garut ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Penelitian

Penulis mampu melaksanakan Asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif baik bio, psiko, sosial, dan spiritual pada klien post seksio sesarea yang mengalami nyeri Akut di RSUD dr Slamet Garut.

1.3.2 Tujuan khusus

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di RSUD dr slamet garut

- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea keperawatan dengan Nyeri Akut di RSUD dr slamet garut.
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di RSUD dr slamet garut
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di RSUD dr slamet garut
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di RSUD dr slamet garut

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat teoritis

Meningkatkan pengetahuan tentang Asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut .

1.4.2 Manfaat praktis

- a. Bagi perawat

Manfaat bagian perawat adalah bisa menentukan diagnosa, intervensi masalah keperawatan post seksio sesarea dengan nyeri akut, dan bisa

menambah ilmu pengetahuan dan wawasan yang luas tentang post seksio sesarea.

b. Bagi rumah sakit

Manfaat bagi rumah sakit dapat digunakan sebagai acuan untuk meningkatkan pelayanan keperawatan post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut .

c. Bagi Institusi Pendidikan

Manfaat praktis bagi institusi yaitu dapat digunakan sebagai referensi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang keperawatan post seksio sesarea dengan nyeri akut.

BAB II

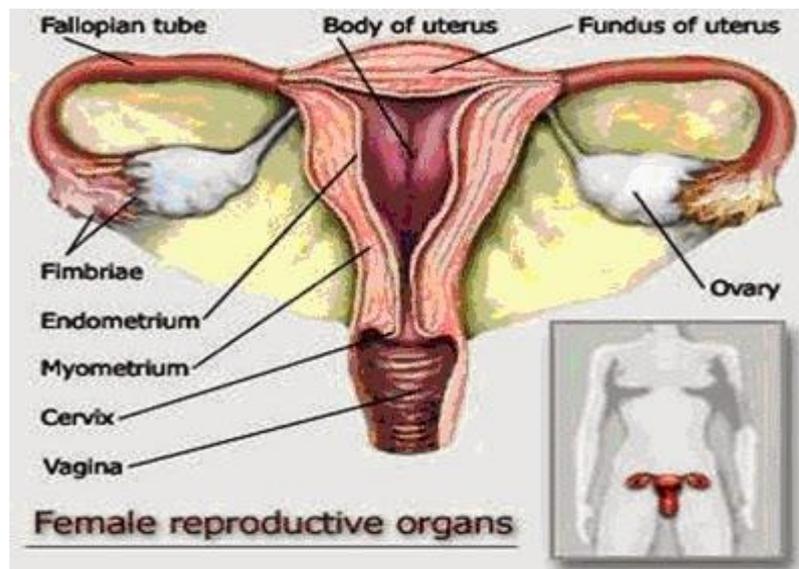
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Anatomi Reproduksi

2.1.1 Genitalia Interna

Gambar 2.1

Genitalia Dalam



Sumber : Jarvis, Sarrah. 2011

a. Vagina

Adalah liang yang menghubungkan vulva dengan Rahim, ukuran panjang dinding depan 8cm dan dinding belakang 10cm, bentuk

dinding dalamnya berlipat –lipat disebut rugae, fungsi dari vagina adalah

- a). Saluran keluar untuk mengalirkan darah haid dan secret lain dari rahim.
- b). Alat untuk bersenggama
- c). Jalan lahir pada waktu bersalinan

b. Rahim (Uterus)

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

- a). Badan rahim (korpus uteri) berbentuk segitiga
- b). Leher rahim (serviks uteri) berbentuk silinder
- c). Rongga rahim (kavum uteri)

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

- 1). Pada palipurna : ukurannya 5,5-8 cm x 2-2,5 cm dengan berat 40-50gram.
- 2). Pada multipara :Ukuranya 9-9,5 cm x 5-5,6 cm x 3-3,5 cm dan bertanya 60-70 gram.

serviks uteri terbagi 2 bagian:

- (1). Pars supra vaginal

(2). Pars vaginal (portio)

Terdapat juga saluran yang menghubungkan orifisium uteri interna (oui) dan orifisium uteri eksterna (oue) disebut kanali servikalis.

Dinding Rahim secara histologic terdiri dari 3 lapisan :

- a) Lapisan serosa (lapisan peritoneum), lapisan luar yaitu peritoneum viseral
- b) Lapisan otot (lapisan myometrium), lapisan tengah lapisan ini berebentuk sirkuler dan disebelah luar berbentuk longitudinal, diantar kedua lapisan ini terdapat lapisan otot oblik, berbentuk anyaman yang berperan penting dalam persalinana.
- c). Lapisan mukosa (endometrium), lapisan dalam endometrium terdiri dari lapisan epitel kubik, kelenjar-kelenjar dengan jaringan banyak pembuluh-pembuluh darah yang berkulek –kulek. Endometrium melapisi seluruh cavum uteri dan mempunyai arti penting dalam siklus haid pada seorang wanita dalam masa reproduksi.

c. Saluran telur (tuba falopi)

Adalah saluran yang keluar dari korum lahir kanan dan kiri ,panjang 12-13 cm dengan diameter 3-8 mm. Bagian luar meliputi oleh peritoneum viserale, yang merupakan bagian dari ligamentum latum, bagian dalam saluran dilapisi salia, yang berfungsi untuk menyalurkan telur dan hasil konsepsi.

d. Indung telur (ovarium)

Terdapat dua indung telur ,masing-masing di kanan dan kiri Rahim, dilapisi mesovarium dan tergantung dibelakang lig latum, bentuknya seperti almond, sebenar ibu jari, indung telur posisinya ditunjang oleh mesovarium, lig ovarik dan lig infundibulopelvikum .

Menurut strukturnya ovarium terdiri dari :

- a). kulit (korteks)
- b). inti (medulla)

2.2 Konep Seksio sesarea

2.2.1 Definisi seksio Sesarea

Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut yang bertujuan untuk menyelamatkan nyawa bayi dan ibu (Amru sofian, 2011). Seksio sesarea atau biasa yang disebut SC adalah suara cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut, seksio sesarea juga dapat didefinisikan sebagai suatu *histerotomia* untuk melahirkan janin dari dalam Rahim (Amru sofian, 2012).

Jadi, *seksio sesarea* adalah proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar yang melalui insisi dibagian dinding perut untuk mengeluarkan bayi yang ada dirahim ibu dengan selamat .

2.2.2 Teknik section caesarea

Ada 4 teknik pada tindakan seksio sesarea yaitu :

1. Seksio sesarea transperitonealis profunda

Seksio sesarea transperitonealis profunda dengan insisi dibawah segmen bawah uterus, insisi dibawah rahim. Bisa juga dengan teknik melintang atau memanjang, ada keuntungan dari pembedana jenis ini adalah;

- a). Pendarahan luka insisi tidak seberapa banyak
- b). Bahaya peritonitis tidak banyak
- c). Perut uterus umumnya kuat sehingga bahaya untuk terjadi rupture uteri dikemudian hari tidak besar, karena pada masa nifa segmen dibawah uteri tidak seberapa banyak yang mengalami kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka dapat sembuh lebih sempurna.

2. Seksio sesarea klasik atau seksio sesarea corporal

Pada seksio sesarea ini dibat kepala korpus uteri ,pembedahan ini yang tidak mudah dilakukan, hanya boleh dilakukan apabila ada halangan untuk seksio sesarea transperitonealis profunda, Insisi memanjang pada bawah segmen atas uterus.

3. Seksio sesarea ekstra peritoneal

Dilakukan untuk mengurangi bahaya injeksi perposa akan tetapi dengan kemajuan pengobatan terhadap injeksi pembedahan ini sekarang tidak banyak lagi dilakukan. Rongga peritoneum tidak dibuka, dilakukan pada pasien infeksi uteri berat.

4. Seksio sesarea hysterectomy

Seksio sesarea dilakukan ununtuk pemebadakan dengan indikasi adalah:

- a). Atonia uteri

- b). Plasenta accrete
- c). Myoma uteri
- d). Infeksi intra uteri berat

2.2.3 Etiologi

Menurut Nuratif & Kusuma (2015) etiologi section caesarea dibagi menjadi dua yaitu :

1. Etiologi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin / panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinana yang buruk, terdapat kesempitan pinggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solutio plasenta tingkat I – II, komplikasi kehamilan yaitu preeklampsia-eklampsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai dengan penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinana (kista ovarium, miom uteri dan sebagainya).

2. Etiologi yang berasal dari janin

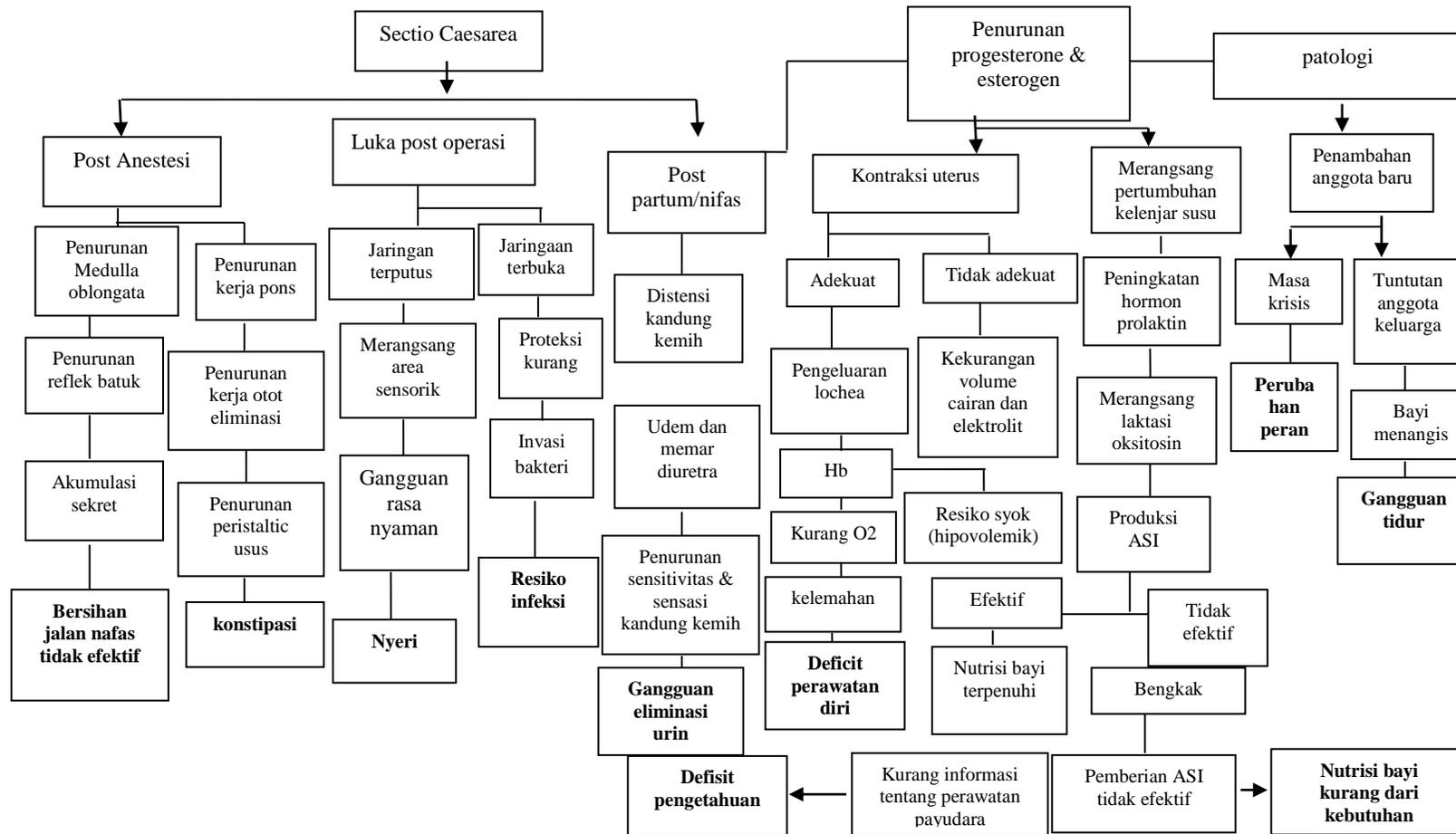
Yaitu *fetal distress* atau gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil , kegagalan persalinana vakum atau forseps ekstraksi .

2.2.4 Patofisiologi

Ada Beberapa kelainan atau hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak lahir secara normal atau spontan, misalnya plasenta previa sentralis, letak sungsang ,pecah ketubah dan lain-lain. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedaan yaitu seksio sesarea. Dalam proses operasinya dilakukan anestesi regional yang akan menyebabkan imobilisasi sehingga akan menimbulkan intoleransi aktivitas. Kurangnya informasi mengenai proses pembedaan, penyembuhan, dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansients pada klien, selain itu, dalam proses pembedahan juga nakan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya ini kontinuitas jaringan. Hasil ini akan mengeluarkan histamine dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri (nyeri Akut). Sehingga pada bagian insisi akan menimbulkan luka post operasi, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi. Dan bisa mempengaruhi jalan nafas yaitu adanya sekret disaluran pernafasan. Anestesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus, sehingga bisa menyebabkan konstipasi. Selama proses persalinan kandung kemih memiliki trauma yang dapat mengakibatkan tekanan yang berlebihan dan pengosongan yang tidak sempurna dari kandung kemih, biasanya ibu mengalami gangguan eliminasi urine.

Bagan 2.2

Pathway Seksio Sesarea(*Nuratif NANDA NIC-NOC 2015*)



2.2.5 Klasifikasi seksio sesarea

Menurut Nuratif & Kusuma (2015), klasifikasi seksio sesarea adalah :

1. Seksio sesarea abdomen

Seksio secara transperitonealis

2. Seksio sesarea vaginalis

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

- Sayatan memanjang(longitudinal) menurut kronig
- Sayatan melintang (transversal) menurut Kerr
- Sayatan huruf T (T-incision)

3. Seksio sesarea klasik (corporal)

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10cm. Tetapi saat teknik jarang dilakukan karena memiliki banyak kekurangan namun pada kasus seperti ini operasi berulang yang memiliki banyak perlengkapan organ secara ini dapat dipertimbangkan .

4. Seksio secara ismika (profunda)

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konfak pada segmen bawah Rahim (low cervical tranfersal) kira-kira sepanjang 10 cm.

2.2.6 Indikasi

1. indikasi ibu

- a). Panggul sempit
- b). plasenta previa
- c). ruptur uteri
- d). tumor di jalan lahir
- e). stenosis serviks
- f). disproporsi sefalopelvik

2. Indikasi janin

- a). Gawat janin / fetal distress
- b). letak sungsang atau melintang
- c). bayi besar diatas 4,2 kg
- d). Hil lemah atau melemah

2.2.7 Komplikasi

1. Infeksi puerperal

Komplikasi ini bersifat ringan seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas: atau bersifat berat seperti peritonitis, sepsis dan sebagainya. Infeksi post operatif terjadi apabila sebelum pembedahan

sudah ada gejala-gejala yang merupakan prediposisi terhadap kelainan itu (partus lama khususnya setelah ketuban pecah, tindakan vaginal sebelumnya).

2. Pendarahan

Pendarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arteri uterina ikut terbuka, atau karena atonia uteri.

3. Komplikasi-komplikasi lainnya seperti luka kandung kecing ,

embolisme paru – paru dan sebagainya sangat jarang terjadi .

4. suatu komplikasi yang baru kemudian nampak kurang kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptur uteri, kemudia peristiwa ini banyak ditemukan sesudah seksio sesarea klasik. (padilah 2015)

2.2.8 Pemeriksaan diagnostik

1. Pemantauan janian terhadap kesehatan janin

2. pemantauan EKG

3. JDL dengan diferensial ,

4. Elektrolit

5. Hemoglobin / hematocrit

6. Golongan darah

7. Urinalisis
8. amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
9. pemeriksaan sinar X sesuai indikasi.
10. ultrasound sesuai pesanan (tucker ,susan martin 1998)

2.2.9 Pentalaksanaan medis

1. Pemberian cairan

Pada 24 jam pertama pemberian cairan intravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipertermi, dehidrasi, komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasanya diberikan yaitu Ds 10%, RL dan transfuse darah apabila Hb rendah.

2. Diet

Pemberian cairan infus biasanya dihentikan setelah pemberian flatus lalu dimulailah pemberian minum dan makanan peroral, pemberian minum dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 – 10 jam pasca operasi berupa air putih dan teh anget .

3. Imobilisasi

Mobilisasi dapat dilakukan secara bertahap yaitu: posisi miring kanan dan kiri dilakukan pada 6-10 jam setelah melahirkan, lakukan latihan nafas dalam sambil terlentang ditempat tidur, hari kedua pasca operasi, mulai latihan duduk selama 5 menit, kemudian posisi terlentang dapat diubah

menjadi posisi semi fowler, selanjutnya dianjurkan untuk terus latihan duduk dan berjalan-jalan mandiri pada hari ke 3 sampai ke 5 pasca melahirkan.

4. kateter

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan rasa tidak enak pada klien, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan pendarahan, kateter biasanya terpasang selama 24-28 jam atau lebih tergantung kebutuhan dan jenis operasi dan keadaan klien .

5. Pemberian obat otot

Diberikan obat- obatan analgetik, antibiotik dan obat perlanjar kerja saluran pencernaan dan obat-obatan yang lainnya.

6. Perawatan luka

Lihat kondisi balutan luka pada hari 1 setelah operasi, apabila balutan luka terjadi pendarahan atau keluar cairan itu harus dilakukan tindakan ganti perban atau balutan .

7. Perawatan rutin

Untuk perawatan rutin ada hal-hal yang harus diperhatikan selama pemeriksaan adalah tekanan darah, Nadi, Suhu, luka jahitan dan perawatan genitalia.

2.3 Konsep Nifas

2.3.1. Definisi

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya plasenta dan persalinan selesai sampai alat-alat kandungan atau reproduksi kembali seperti sebelum pra hamil, lama masa nifas 6 minggu atau 40 hari.(Amru sofian 2011). Masa nifas adalah masa setelah seorang ibu melahirkan bayi dan keluarnya plasenta yang digunakan untuk memulihkan kesehatannya dan organ reproduksi yang lamanya 6 – 8minggu (reeder , 2011)

2.3.2 Tujuan masa Nifas

- a). Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik secara fisik maupun psikologis
- b). Melakukan skrining, mendeteksi masalah, taua merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- c). Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayi nya dan perawatan bayi sehat.

2.3.3 Tahapan Masa nifas

- a) *Puerperineum dini* : Pada tahap ini diperbolehkan berdiri dan berjalan – jalan
- b) *Puerperineum intermedial* : yaitu pemulihan alat- alat genitalia eksterna dan interna secara keseluruhan beralngsung selama 6 – 8 minggu

- c) *Remote puerperineum* : pada tahap ini membutuhkan waktu selama berminggu- minggu bahkan bertahun – tahun untuk sehat, sempurna terutama bila selama kehamilan atau waktu persalinana mengalami komplikasi.

2.3.4 Adaptasi fisiologi post partum

a. Perubahan Sistem Reproduksi menurut reeder (2011)

a). Uterus

Uterus pada ibu hamil itu berinovasi dengan cepet setelah melahirkan, uterus kembali ke ukuran normal dalam waktu 6 – 8 minggu. Jika teraba dari luar fundus uteri 1 jari dbawah pusat berarti berat uterus kira – kira 1 kilogram arau 1000 gram, sedangkan tinggi fundus uteri pada hari ke dua dan tiga kira –kira 2 tau 3 jari dibawah pusat, untuk ukuran uterus pada minggu pertama beratya 500 gram, dan minggu kedua 350 gram, dan minggu keenam beratnya 50 – 60 gram.

b). Serviks

Kondisi serviks kan kembalik lunak setelah melahirkan, yaitu antara 2-3 hari setelah melahirkan. Serviks akan kembali pada bentuk semula sebelum melahirkan setelah dua minggu melahirkan.

c). Vagina dan perineum

Rugae akan kembali muncul pada 3 samapi 4 minggu tetapi tidak banyak seperti yang belum hamil.

d). Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas lochea terbagi menjadi 4 yaitu :

(a). Lochea Rubra

Yaitu lochea yang keluar pada hari pertama sampai dengan hari ke tiga, berwarna merah terang yang terdiri dari lendir dan sisa-sisa sel plasenta .

(b). Lochea sanguinolenta

Cairan yang berwarna merah kecokelatan dan berlendir

(c). Lochea serosa

Keluar setelah 3 – 4 hari dan berwarna pucat atau merah muda, lochea serosa merupakan darah encer, kondisi ini berlangsung sampai dengan 10 hari setelah melahirkan .

(d). Lochea Alba

Lochea alba menjadi cairan putih kekuning atau kecokelatan keputih-putihan yang lebih encer dan lebih transparan. Lochea ini terdiri dari leukosit, desisual, sel-sel epitel, serum, mucus, sampai dengan 2 -6 minggu .

2.3.5 Perubahan sistem endokrin

Penurunan hormon plasenta selama periode pascapartum terjadi terjadi perubahan hormon yang sangat besar, pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan signifikan hormon – hormon yang diproduksi oleh plasenta, hormone plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar bawah otak bagian belakang (posterior), bekerja

terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ketiga persalinan, oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah pendarahan. Pada wanita yang memilih menyusui bayinya, isapan sang bayi merangsang keluar oksitoin lagi dan membantu uterus kembali ke bentuk normal dan merangsang produksi ASI.

Hormon Prolactin, Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar pituitary bagian belakang untuk mengeluarkan prolactin, prolactin darah meningkatkan dengan cepat, hormone ini bereperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu.

2.3.6 Perubahan sistem Perkemihan

Deuresis dapat terjadi selama 2 - 3 hari setelah melahirkan, hal ini dikarenakan saluran urinaria mengalami dilatasi, Kondisi ini akan kembali normal setelah 4 minggu post .

2.3.7 Perubahan sistem Pencernaan

Mortilitas dan tonus otot sistem gastrointestinal akan kembali normal pada dua minggu setelah melahirkan, kebanyakan ibu setelah melahirkan akan merasakan haus pada dua sampai dengan tiga hari pertama karena perpindahan cairan antara ruang interstisial dan sirkulasi akibat diuresis.

2.3.8 Perubahan sistem Eliminasi

Bab bisa tertunda selama 2 – 3 hari setelah melahirkan dikarenakan penurunan tonus usus dan mortilitas usus akibat relaksasi otot-otot abdomen dan pengaruh progesteron pada tonus otot.

2.3.9 Perubahan sistem tanda – tanda vital

a). Tekanan Darah

Tekanan darah normal pada orang dewasa adalah sistolik antara 90-120 mmHg, sedangkan diastolic antara 60-80 mmHg. Tekanan darah biasanya tidak berubah, perubahan tekanan darah menjadi rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan oleh pendarahan, sedangkan tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tandanya preeklamsis post partum.

b). Nadi

Denyut nadi normal orang dewasa 60-100 x/menit, pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun takikardi, denyut nadi melebihi 100 x/menit harus diwaspadai kemungkinan terjadi infeksi atau pendarahan post partum .

c). Suhu Tubuh

24 jam post partum suhu tubuh akan naik sedikit dari 37,2 °C menjadi 37,5°C, Kenaikan suhu tubuh dikarenakan kehilangan cairan dan kelelahan.

d). Pernafasan

Frekuensi nafas normal pada orang dewasa adalah 16-24 x/menit, pada post partum pernafasan menjadi lambat atau normal dikarenakan dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat.

2.3.10 Perubahan sistem Hematologi

selama kehamilan meningkatnya sel-sel darah merah sekitar 15.000 setelah melahirkan, Jumlah leukosit tetap akan tinggi selama beberapa hari pertama pasca melahirkan, sel darah putih akan tetap bisa naik sampai jumlahnya 25.000 hingga 30.000 merupakan adanya kelainan atau infeksi jika wanita tersebut mengalami persalitan yang lama .

2.3.11 Perubahan sistem Muskuloskeletal

Otot – otot abdomen teregang mengakibatkan hilangnya kekenyalan pada otot, peregangan otot –otot pada dinding perut adalah pada muskulus rektus abdominalis, Dinding perut kendur dan akan kembali 6 minggu setelah post partum dan otot –otot akan kembali ke semula atau normal .

2.3.12 Perubahan psikologis ibu dalam masa nifas

a. *Fase taking in*

Merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua setelah melahirkan, fase ini berfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya, Ketidaknyamanan yang dialaminya yang dikarenakan nyeri luka jahitan, merasakan mules, kurang tidur, kelelahan, sehingga perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat yang cukup dan berkomunikasi dengan baik dan asupan nutrisi yang cukup .

b). *Fase taking Hold*

Fase ini Berlangsung selama 3 – 10 hari setelah melahirkan, pada fase ini ibu merasakan khawatir akan ketidakmampuan dan rasa

tanggung jawab dalam perawatan bayinya, selain itu perasaan lebih sensitif sehingga mudah sekali tersinggung jika komunikasi kurang hati-hati. Oleh karena itu diperlukan dukungan dikarenakan saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan kesehatan tentang merawat diri dan bayi sehingga dapat menumbuhkan kepercayaan diri .

c). *Fase Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima dan tanggung jawab sebagai pera barunya, dimana fase ini berlangsung selama 10 hari setelah melahirkan, ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan bayinya, dan sudah memenuhi kebutuhan ndirinya dan bayinya .

2. 4 Nyeri

2.4.1 Definisi nyeri

Sedangkan bawah nyeri atau sensi merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif, perasaan nyeri pada setiap orang berbeda-beda dalam hal skala nyeri ataupun tingkatnya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Aziz ,2010). Meskipun nyeri akut merupakan respon normal akibat adanya kerusakan jaringan ,namun dapat menimbulkan gangguan fisik, psikologis, maupun emosional dan tanpa manajemen yang adekuat dapat berkembang menjadi nyeri kronik .

2.4.2 Fisiologi nyeri

Reseptor nyeri terletak pada semua saraf yang terletak pada kulit, tulang, persendian, dinding arteri, membran yang mengelilingi otak, dan usus. Sedangkan gambaran dari nyeri seperti : terbakar, tertusuk, tertikam. Perjalanan subjektif nyeri terdapat lima proses yaitu: transduksi, konduksi, modulasi, transmisi, persepsi .

2.4.3 Penilaian

Banyak cara untuk menentukan intensitas nyeri namun yang paling sederhana ada 3 macam yaitu: Visual analog scale (VAS), Numeric rating scale (NRS), dan Face scale dari Wong- Backer. Sedangkan yang lebih sering digunakan untuk menilai nyeri Numeric rating scale (NRS), Dalam hal ini untuk mengukur intensitas nyeri berdasarkan angka 0 – 10. Dimana 0 = Tidak ada nyeri, 1 -2 = nyeri ringan: secara objektif klien bisa berkomunikasi dengan baik dan jelas, 3 – 5 = nyeri sedang: secara objektif klien menyeringai, mendesis, dan dapat menunjukkan lokasi nyeri tersebut dengan mendeskripsikannya, 5 – 6 = nyeri berat: secara objektif klien tidak mampu mengikuti perintah, tetapi masih ada respon tindakan, klien dapat menunjukkan lokasi nyeri, 7 – 8 = nyeri sangat berat: secara objektif klien tidak bisa mengikuti perintah namun masih ada respon, mampu menunjukkan lokasi nyeri, tidak bisa menjelaskan mengenai nyeri tersebut, dan tidak dapat diatasi

dengan relaksasi nafas dalam panjang dan distraksi, 9 – 10 = nyeri buruk sampai tidak tertahankan.

2.4.4 Jurnal relaksasi nafas dalam

Amita, fernalia dan yulendari (2018), mengatakan dalam penelitian dijurnalnya yang berjudul “Pengaruh Teknik Relaksasi nafas Dalam terhadap intensitasnyeri pada pasien post seksio sesarea Dirumah sakit bengkulu”. Bahwa tujuan relaksasi nafas dalam yaitu agar individu yang mengontrol diri sehingga rasa ketegangan dan stress yang membut individu merasa dalam kondisi tidak nyaman menjadi aman. Amita, fernalia dan yulendari (2018) menjelaskan , bahwa pelaksanaannya dilakukan 5 kali dalam 1 hari. Variabel dependennya adalah intensitas nyeri yang diukur menggunakan skala nyeri numerik dengan skor terendah 0 dan tertinggi 10.

Hasil penelitian tersebut yaitu rata-rata intensitas nyeri sebelum dilakukan teknik relaksasi nafas dalam dan sesudah dilakukan teknik telaksasi nafas dalam didaptakn penurunan intensitas nyeri rata-rata 5 menjadi rata-rata 3. Teknik relaksasi nafas dalam berpengaruh terhadap intensitas nyeri pada klien post seksio sesarea.

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan

2.5.1 Pengkajian

a. Identitas Klien

Pada saat dilakukan pengkajian, yang dikaji tentang identitas klien yaitu: nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, status perkawinan, suku / bangsa, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, diagnosa medis, golongan darah, nomer medrek dan alamat (Maryunanai 2015).

b. Identitas Penanggung jawab

Meliputi: Nama, Umur, jenis kelamin, Pendidikan, pekerjaan, agama, Hubungan dengan klien, alamat.

c. Riwayat Kesehatan

a). Keluhan saat Masuk rumah Sakit

Klien mengeluh nyeri pada bagian abdomen (Maryunani 2015)

b). Keluhan Utama Saat dikaji

Keluhan klien yang paling klien rasakan saat dilakukan pengkajian, Biasanya klien mengeluh nyeri pada daerah luka operasi.

(Maryunani 2015).

Keluhan ini diuraikan Dalam Metode PQRST yang Meliputi :

- (1). *Provokatif dan paliatif* : yaitu keluhan yang memperberat dan memperingan keluhan, Biasanya pada klien post operasi SC klien mengeluh nyeri bertambah saat klien bergerak dan nyeri berkurang saat klien istirahat .
- (2). *Quality / Quantitas* : yaitu dengan memerhatikan bagaimana tampilanya dan yang dirasakan seperti apa: Biasanya klien post partum dengan SC, klien mengeluh nyeri pada jahitan luka yang terasa seperti diiris-iris dan terasa perih .
- (3). *Region / Radiasi* : yaitu Menunjukkan lokasi nyeri dan penyebaranya, Pada klien post operasi bisanya klien mengeluh nyeri pada bagian abdomen dan nyeri yang dirasakan menyebar ke abdomen samping .
- (4). *Saverity / Scale* : yaitu intensitas (skala) nyeri . Pada klien post operasi seksio sesarea intensitas (skala) nyeri nya 0-10 .
- (5). *Timing* : yaitu Menunjukkan kapan muncul keluhan dan frekuensi lama keluhannya, Bisanya pada post operasi seksio sesarea nyeri yang dirasakan seperti hilang timbul dengan frekuensi yang tidak menentu .

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Meliputi penyakit yang pernah dialami oleh klien pada dahulu, yang memperberat keadaan klien sedang dideritanya seperti: hipertensi, asma, alergi dan penyakit menular seperti: hepatitis, dan TBC, dan kebiasaan merokok, minum alcohol, minum kopi dan obat-obatan .

e. Riwayat kesehatan Keluarga

Meliputi riwayat penyakit menular seperti: Hepatitis, TBC dan HIV, dan penyakit keturunan seperti: Hipertensi dan Diabetes mellitus .

f. Riwayat ginekologi dan Obstetri

1). Riwayat Ginekologi

(a). Riwayat menstruasi

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

(b). Riwayat perkawinan

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

(c). Riwayat keluarga berencana

Jenis kontasepsi yang klien gunakan sebelum klien hamil, waktu penggunaan dan lama menggunakannya kontasepsi, jenis alat

kontasepsi yang digunakan setelah kehamilan dan apakah ada masalah selama menggunakan alat kontrasepsi ini .

2). Riwayat Obstetri

(a). Riwayat Kehamilan Dahulu

Meliputi keluhan selama kehamilan sebelumnya dan masalah selama kehamilan sebelumnya .

(b). Riwayat Kehamilan Sekarang

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

(c). Riwayat Persalinan Dahulu

Pada persalinan dahulu klien meliputi : umur kehamilan, tanggal persalinan, jenis partus, tempat melahirkan, berat badan bayi waktu melahirkan, dan keluhan persalinan .

(d). Riwayat Persalinan sekarang

Merupakan jenis persalinan beberapa, tanggal persalinan, jenis persalinan, lamanya persalinan, berapa banyak pendarahan saat persalinan, jenis kelamin anak klien, berat badan bayi, panjang

badan bayi, dan AFGAR SCORE dalam 1 menit dan 5 menit pertama saat bayi lahir .

(e). Riwayat masa nifas dahulu

Untuk masa nifas meliputi keluhan saat masa nifas .

(f). Riwayat masa Nifas sekarang

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

g. Pola aktivitas sehari-hari (dirumah dan dirumah sakit)

a). Pola Nutrisi

Meliputi makan: Frekuensi, jumlah, jenis makanan, porsi mkanan, keluhan, pantangan makanan, riwayat alergi terhadap makanan.

Meliputi Minum: Frekuensi munum, jenis air minum, jumlah dalam sehari, Bisanya pada klien post operasi seksio sesarea akan terjadi peningkatan makan karena pulih dari anestesi dan kelelahan (Lowdermilk , 2013).

b). Pola Eliminasi

Meliputi BAB : frekuensi BAB, warna, konsistensi dan keluhan saat BAB .

Meliputi BAK : frekuensi, warna, jumlah dan keluhan. Biasanya terjadi penurunan dikarenakan psikologis dari klien yang masih trauma, dan otot-otot masih berelaksasi .

c). Pola istirahat dan Tidur .

Meliputi tidur siang dan malam: berapa lama waktu klien tidur, kualitas tidur, kuantitas tidur, dan keluhan, Biasanya klien setelah post operasi seksio sesarea pola istirahat klien menurun dikarenakan klien merasakan nyeri post operasi dan lemas akibat tindakan pembedahan (Maryunani , 2015).

d). Personal hygiene

Yang meliputi : Frekuensi mandi, gosok gigi, keramas, gunting kuku dan ganti baju, Kondisi klien setelah post operasi seksio sesarea yaitu dalam keadaan lemah dan nyeri luka post operasi seksio sesarea sehingga klien masih dibantu dalam melakukan personal hygiene (Maryunani , 2015).

e). Aktivitas dan Latihan

Kegiatan dalam sehari-hari serta kegiatan waktu luang saat sebelum melahirkan dan dirawat dirumah sakit (Maryunani 2015).

h. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada ibu (Maryunani ,2015).

a). Keadaan Umum

Menunjukkan kondisi klien pasien secara umum akibat keadaan yang dirasakan klien, meliputi tingkat kesadaran, penampilan, berat badan, tinggi badan, Pada klien post operasi biasanya keadaan klien komposmentis, penampilan klien baik dan terkadang sedikit pucat lemas.

b). Tanda-Tanda Vital

Pengkajian tekanan darah, pernafasan, suhu tubuh, dan denyut nadi klien, pada tanda-tanda vital biasanya tekanan darah normal ataupun yang menurun apabila pendarahnya banyak, selain itu, nadi cenderung normal ataupun lebih cepat, dan respirasi biasanya normal atau dapat juga lebih lambat yang disebabkan klien sedang dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Suhu tubuh dapat naik atau turun lebih dari $0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal. Apabila suhu meningkat hingga lebih dari 38°C maka perlu diawasi adanya infeksi (Yanti, 2011)

c). Antropometri

Meliputi tinggi badan, berat badan sebelum hamil, BB saat kehamilan, dan BB setelah melahirkan.

d). Pemeriksaan Fisik

(1). Kepala

Perhatikan bentuk kepala klien, distribusi rambut, warna rambut, bersih, ada lesi atau nyeri tekan di kepala klien, Keluhan nyeri pada klien post operasi seksio sesarea disebabkan oleh keadaan, termasuk

stres, preeklamsi, bocornya cairan serebrospinal keruang epidural saat penyuntikan epidural atau spinal (Maryunani , 2015).

(2). Wajah

Perhatikan penampilan klien, ekspresi, nyeri tekan, edema pada pipi dan pitting edema pada dahi, dan adanya kloasma gravidarum .

(3). Mata

Warna konjungtiva, simetris mata kanan dan kiri, pergerakan bola mata, reflek pupil terhadap cahaya, gangguan sistem penglihatan ,fungsi penglihatan.

(4). Telinga

Bentuk, kebersihan telinga, fungsi pendengaran, apakah ada gangguan pendengaran atau tidak .

(5). Hidung

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

(6) Mulut

Kebersihan mulut, mukosa bibir, keadaan gigi, jumlah gigi, ada tidak pembesaran tonsil, dan nyeri pada saat menelan .

(7). Leher

Ada tidak pembesaran tyroid dan limfe, nyeri saat menelan, ada tidaknya peningkatan vena juguralis, dan ada tidak kaku kuduk.

(8). Dada

Jantung dan paru

Kaji bentuk kesimetrisan dada, saat aukskultasi bunyi jantung S1 dan S2 reguler, tidak ada bunyi tambahan. Saat palpasi tidak ada nyeri tekan, perkusi jantung *dulness* dari ICS 2- ICS 4. Pergerakan dada kiri dan kanan sama, intercostal datar relaksasi, tidak ada lesi, tidak ada benjolan. Pada saat palpasi tidak ada nyeri tekan. Pada saat perkusi terdapat bunyi resonan. Pada saat aukskultasi bunyi nafas *vesicular* terdengar di semua lapangan paru, *broncho-vesicular* terdengar di daerah percabangan *broncus* dan *trache* inspirasi sama panjang dengan ekspirasi, bronchial terdengar di daerah trakea dan *supra sternal notch* inspirasi lebih pendek dari ekspirasi, tidak ada bunyi nafas tambahan

Payudara

Payudara setelah 24 jam melahirkan terjadi perubahan jaringan payudara, kolostrum, dan cairan yang berwarna kuning jernih yang keluar dari payudara. Proses pembentukan kolostrum sudah mulai sejak kehamilan, dan terus berlangsung hingga akhir

kehamilan. Meskipun sudah diproduksi, kolostrum tidak langsung dapat disekresikan . Hal ini dikarenakan masih tingginya kadar hormon estrogen dan progesterone yang akan terjadi penurunan saat persalinan(Suradi, 2010; Nakao, 2008). Payudara teraba keras, agak nyeri dan agak hangat . dan bisanya mengalami pembekanan, biasanya 24 jam samapai 48 jam setelah melahirkan, bayi tetap dianjurkan untuk diletakan pada payudara untuk membantu merangsang produksi ASI (Lowdermilk , 2013)

(9). Abdomen

Abdomen menegang dan mengendur, adanya luka operasi, ada tau tidaknya striae dan linea gravidaruma, TFU setinggi pusat pada hari pertama, 2 hari seteleh melahirkan TFU 2 jari dibawah pusat, 1minggu setelah melahirkan TFU pertengahan sympisis, 6 minggu setelah melahirkan bertambah kecil dan setelah 8 minggu melahirkan TFU kembali dalam keadaan normal dengan berat 30gram, kontraksi uterus seperti papan, bising usus, usus bisanya mengalami pertambahan akibat efek samping obat anestesi ketika post seksio sesarea.

(10). Punggung dan Bokong

Bentuk, ada tidaknya lesi, dan ada tidaknya kelainana tulang belakang .

(11). Genitalia

Adanya tidaknya edema pada vulva, kebersihan vulva, pengelauran *lochea lubrica* pada hari pertama dengan jumlah sedang sampai *lochea serosa* pada hari ketiga dengan jumlah sedang berbau amis atau tidak berbau amis.

(12). Anus

Kaji kebersihan, apakah terdapat benjolan hemoroid atau tidak, pada klien nifas ada luka pada anus Karena ruptur.

(13). Ekstermitas

Musculoskeletal pada ibu yang terjadi saat hamil akan kembali saat masa nifas, adaptasi ini termasuk relaksasi sendi dan perubahan gravid ibu sebagai respon terhadap uterus yang membesar, serta adanya pembesaran ukuran kaki .

e). Pemeriksaan fisik bayi

(a). Keadaan Umum

Meliputi penampilan bayi, kesadaran bayi pada saat lahir, dilakukan dengan pemeriksaan AFGAR SCORE.

(b). Antropometri

Meliputi pemeriksaan berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas, lingkar perut, lingkar kepala, lingkar dada .

i. Data psikologis

Perubahan psikologis pada ibu post partum dengan seksio sesarea adalah mengalami perasaan tidak menentu, defresi, fase taking in, taking hold, letting go , atau kemungkinan mengalami *baby bluse* (Maryunani , 2015)

j. Pemeriksaan penunjang (Nuratif , 2015)

Pemeriksaan penunjang pada klien degan post operasi seksio sesarea antara lain : pemantauan janin terhadap kesehatan, pematauan EKG, JDL dengan diferensial, pemeriksaan hemoglobin, hematocrit, elektrolit, golongan darah, urinalisis dan USG

k. Analisa Data

Setelah dilakukan pengkajian dan dilanjutkan dengan menganalisa data sehingga dapat menentukan masalah keperawatanya. Selain mengkaji juga harus memperhatikan kekuatan dan kemampuan klien dengan post operasi seksio sesarea untuk melakukan perawatan diri secara bertahap dan mengatasi rasa ketidaknyamanan (Maryunani , 2015).

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

Masalah dan penyebab yang muncul pada klien harus spesifik dan berfokus pada kebutuhan dengan mengutamakan proritas dan diagnosa yang muncul harus dapat diatasi dengan tindakan keperawatan. Menurut asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis dan NANDA-2018.(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan Doengoes et.al,2018)

adalah :

- a. Ketidakefektifan jalan nafas
- b. Nyeri akut berhubungan
- c. Keseimbangan nutrisi yang berhubungan dengan kebutuhan tubuh
- d. Ketidakefektifan pemberian ASI
- e. Gangguan eliminasi urine
- f. Gangguan pola tidur
- g. Resiko infeksi
- h. Defisit perawatan diri : mandi , kebersihan diri , makan dan eliminasi .
- i. konstipasi
- j. Resiko syok (Hipovolemik)
- k. Defisit pengetahuan : perawatan post partum
- l. Resiko pendarahan.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan (Rohmah , 2012).

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

Tabel 2.3

Intervensi ketidakefektifan bersihan jalan nafas

(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan Doengoes et.al,2018)

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

Definisi

Ketidakmampuan memberikan sekresi atau obstruksi dari saluran nafas untuk mempertahankan bersihan jalan nafas.

Batasan karakteristik

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| - Tidak ada batuk | - Mata terbuka lebar |
| - Suara nafas tambahan | - Gelisah |
| - Perubahan pola nafas | - Ortopnea |
| - Perubahan frekuensi nafas | - Batuk yang tidak efektif |
| - Sianosis | - Sputum dalam jumlah yang berlebihan |
| - Kesulitan verbalisasi | |
| - Penurunan bunyi nafas | |
| - Dispnea | |

Faktor yang berhubungan

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| - Mukus yang berlebihan | - Perokok |
| - Terpajan asap | - Perokok pasif |
| - Benda asing dalam jalan nafas | - Sekresi yang tertahankan |

Kondisi terkait

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| - Jalan nafas alergik | - Hiperpalsi pada dinding bronkus |
| - Asma | - Disfungsi neuromuskuler |
| - Penyakit paru obstruksi kronik | - Adanya jalan nafas buatan |
| - Eksudat dalam alveoli | |
| - Spasme jalan nafas | |

Kriteria Evaluasi

- Mempertahankan/meningkatkan potensi jalan nafas dengan pola pernafasan normal, bunyi nafas jelas dan tidak bising, dan aspirasi dapat di cegah.
 - Mendemonstrasikan perilaku untuk meningkatkan/mempertahankan jalan nafas paten/membuang sekret.
-

INTERVENSI**RASIONAL***Mandiri*

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Tinggikan kepala 30-45 derajat. - Observasi frekuensi/irama pernafasan. Perhatikan penggunaan otot aksesori, pernafasan cuping hidung, pernafasan mengorok/stridor, serak. - Dorong menelan, bila pasien mampu. - Dorong batuk efektif dan nafas dalam. - Perhatikan keluhan pasien akan meningkatkan disfagia, batuk nada tinggi, mengi. - Awasi tanda-tanda vital dan perubahan mental. - Auskultasi bunyi nafas. - Kaji warna dasar kuku, jari/ibu jari kaki. - Perubahan posisi secara perodik dan dorong pernafasan dalam. | <ul style="list-style-type: none"> - Meningkatkan drainase sekresi kerja pernafasan dan ekspansi paru. - Perubahan pada pernafasan, penggunaan otot aksesori pernafasan, dan atau adanya ronki/mengi di duga ada retensi secret. Obstruksi jalan nafas (meskipun sebagian) dapat menimbulkan tidak efektifnya pola pernafasan dan gangguan pertukaran gas menyebabkan komplikasi, contoh pneumonia, henti nafas. - Mencegah secret oral menurunkan resiko aspirasi. - Memobilisasi secret untuk membersihkan jalan nafas dan membantu mencegah komplikasi pernafasan. - Dapat mengindikasikan pembengkakan jaringan lunak pada faring posterior. - Takikardi/peningkatan gelisah dapat mengindikasikan terjadinya hipoksia/pengaruh terhadap pernafasan. - Adanya mengi/ronki menunjukan secret tertahan, mengindikasikan kebutuhan intervensi lebih agresif. - Membantu dalam menentukan keadekuatan oksigenisasi. - Meningkatkan ventilasi pada semua segmen paru dan mobilisasi secret, penurunan risiko atelectasis dan pneumonia. - Pengenceran secret mulut/pernafasan untuk meningkatkan pengeluaran. |
|---|--|
-

- Dorong pemasukan cairan sedikitnya 2-3 L bila mungkin, hindari minum karbonat.

Minuman karbonat pada area orofaring dan mungkin sulit untuk pasien manahannya, sehingga mempengaruhi jalan nafas.

- Rawat dengan ketat bila pasien muntah atau mengambil minuman/makanan.

- Memberikan keyakinan dan kemungkinan intervensi cepat bila masalah meningkat.

Kolaborasi

- Berikan pelembaban udara atau oksigen dengan kantung wajah.

- Menurunkan risiko muntah/regurgitasi dan aspirasi.

- Berikan antiemetik, contoh hidoksizin (Vistari) seesuai indikasi.

- Digunakan untuk mencegah muntah//regurgitasi dan aspirasi.
-

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, epiostomi).

Tabel 2.4

Intervensi nyeri akut

(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan Doengoes et.al,2018)

Nyeri akut

Definisi

Pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau yang digambarkan sebagai kerusakan (*internasional Association For The Study Of Pain*) awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat, dengan berakhirnya dapat diantisipasi atau diprediksi dan dengan durasi kurang dari 3 bulan.

Batasan karakteristik

- | | | | |
|---|--|---|---|
| - | Perubahan selera makan | - | Fokus menyempit |
| - | Perubahan pada parameter fisiologis | - | Sikap melindungi area nyeri |
| - | Diaforesis | - | Prilaku protektif |
| - | Prilaku distraksi | - | Laporan tentang prilaku nyeri atau perubahan aktivitas |
| - | Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya | - | Dilatasi pupil |
| - | Prilaku ekspresif | - | Fokus pada diri sendiri |
| - | Ekspresi wajah nyeri | - | Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri |
| - | Sikap tubuh melindungi | - | Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar intensitas nyeri |

Faktor yang berhubungan

- Agen cedera fisik
- Agen cedera kimiawi

Kriteria Evaluasi
Tingkat nyeri (NIC)

- Mengungkapkan peredaan atau pengendalian nyeri
- Tampak rileks dan mampu tidur dan istirahat dengan baik

Pengendalian Nyeri (NOC)

- Melakukan tindakan kenyamanan umum

INTERVENSI
RASIONAL
Mandiri

- | | | | |
|---|---|---|---|
| - | Kaji nyeri, catat lokasi, karakteristik dan intensitas (0-10 atau skala kode serupa). | - | Membantu mengevaluasi tingkat kenyamanan dan keefektifan analgesia atau dapat menunjukkan terjadinya komplikasi. |
| - | Pantau tanda-tanda vital, perhatikan perubahan tekanan darah dan pola pernafasan. Perhatikan tanda non verbal, seperti mimik muka nyeri, meringis, menangis, menyendiri, otot tegang dan gelisah. | - | Indikator nyeri akut yang dapat menguatkan laporan verbal atau dapat merupakan indikator tunggal terkait ketidakmampuan klien untuk menyatakan nyeri yang dialaminya. |
| - | Auskultasi bising usus, perhatian keluarannya flatus. | - | Mengidentifikasi pemulihan bising usus. |
| - | Menyediakan lingkungan yang tenang dan mengurangi stimulus yang membuat stress, suara berisik, pencahayaan dan gangguan yang konstan. | - | Mendukung istirahat dan meningkatkan kemampuan coping. |
| - | Dorong klien mengungkapkan kekhawatiran | - | Menurunkan ansietas dan ketakutan, dapat meningkatkan relaksasi dan kenyamanan. |
| | | - | Melibatkan klien/orang terdekat klien dalam asuhan dan |
-

-
- Diskusikan dengan orang terdekat klien tentang tindakan penanganan nyeri yang efektif di masa lalu.
 - Berikan tindakan kenyamanan seperti menggosok punggung, pengaturan posisi dan ambulasi.
 - Tinjau kembali dan dukung intervensi mandiri klien untuk mencapai kenyamanan. Posisi dan aktivitas atau non aktivitas fisik.
 - Evaluasi dan dukung mekanisme koping klien.
 - Anjurkan penggunaan teknik relaksasi nafas dalam, imajinasi terbimbing, visualisasi dan aktivitas diversional.
 - Bantu dengan atau berikan aktivitas pengalih dan teknik relaksasi.
- memungkinkan untuk mengidentifikasi terapi yang diketahui meredakan nyeri. Membantu dalam menetapkan kebutuhan individual.
 - Aktivitas, gerakan dan tindakan kenyamanan dapat meredakan ketegangan otot.
 - Keberhasilan manajemen nyeri memerlukan keterlibatan klien. Penggunaan teknik yang efektif dapat memberikan penguatan positif, meningkatkan rasa kendali, dan mempersiapkan klien untuk intervensi yang akan digunakan setelah dipulangkan dari rumah sakit.
 - Menggunakan persepsi dan prilaku yang dimiliki untuk mengendalikan nyeri dapat membantu klien untuk melakukan koping secara lebih efektif.
 - Membantu klien istirahat lebih efektif dan memfokuskan perhatian, yang dapat meningkatkan kemampuan koping, mengurangi nyeri dan ketidaknyamanan.
 - Membantu dengan manajemen nyeri dengan mengarahkan kembali perhatian.

Kolaborasi

- Berikan medikasi sesuai indikasi, seperti opioid, analgesik dan analgesia dikendalikan oleh pasien (*Patient controlled anesthetic*).
 - Beri dan pantau transfusi sel darah merah.
- Meredakan nyeri, meningkatkan kenyamanan dan meningkatkan istirahat.
 - Meskipun transfusi tidak menghentikan nyeri ketika terjadi krisis akut, frekuensi krisis dengan nyeri hebat dapat dikurangi dengan melakukan transfuse-tukar parsial guna mempertahankan populasi sel darah merah normal.
-

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

Tabel 2.5

Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi

(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan Doengoes et.al,2018)

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Definisi

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolic

Batasan Karakteristik

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Kram abdomen - Nyeri abdomen - Gangguan sensasi rasa - Berat badan 20% atau lebih di-bawah rentang berat badan ideal - Kerapuhan perifer - Diare - Kehilangan rambut berlebihan - Enggan makan - Asupan makan kurang dari <i>recommended daily allowance</i> (RDA) - Bising usus hiperaktif - Kurang informasi | <ul style="list-style-type: none"> - Kurang minat dalam makanan - Tonus otot menurun - Kesalahan informasi - Kesalahan persepsi - Membran mukosa pucat - Ketidakmampuan memakan-makanan - Cepat kenyang setelah makan - Sariawan rongga mulut - Kelemahan otot mengunyah - Kelemahan otot untuk menelan - Penurunan berat badan dengan-asupan makan adekuat |
|--|--|

Faktor Yang Berhubungan

- Asupan diet kurang

Populasi Resiko

- Faktor biologis

Kondisi Terkait

- Ketidakmampuan-mengabsorpsi nutrient
- Ketidakmampuan mencerna makanan

Kriteria Evaluasi

Status Nutrisi (NOC)

- Menunjukkan penambahan berat badan yang progresif atau berat badan yang stabil, dengan nilai laboratorium yang normal.
 - Tidak mengalami tanda malnutrisi
-

INTERVENSI***Mandiri***

- | | |
|---|--|
| - Kaji ulang riwayat nutrisi, termasuk pilihan makanan | - Mengidentifikasi defisiensi dan menyarankan intervensi yang dapat dilakukan |
| - Observasi dan catat asupan makanan klien | - Pantau asupan kalori makanan yang dikonsumsi |
| - Timbang berat badan secara periodik secara tepat, seperti setiap minggu | - Pantau penurunan berat badan dan keefektifan intervensi nutrisi |
| - Rekomendasikan makanan porsi kecil dan sering serta makanan ringan diantara waktu makan | - Dapat meningkatkan asupan ketika mencegah distensi lambung |
| - Motivasi atau bantu higiene oral yang baik sebelum dan setelah makan, gunakan sikat gigi berbulu halus untuk menggosok gigi secara lembut | - Meningkatkan nafsu makan dan asupan oral. Menurunkan pertumbuhan bakteri, meminimalkan kemungkinan infeksi |

Kolaborasi

- | | |
|----------------------------------|--|
| - Konsultasikan dengan ahli gizi | - Bertujuan untuk menentukan rencana diet guna memenuhi kebutuhan individual |
|----------------------------------|--|

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

Tabel 2.6

Intervensi Ketidakefektifan pemberian ASI

(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan Doengoes et.al,2018)

Ketidaakefektifan pemberian ASI

Definisi

Kesulitan pemberian susu pada bayi atau anak secara langsung dari payudara yang dapat memngaruhi nuutrisi bayi/anak

Batasan karakteristik

- | | |
|----------------------------------|---|
| - Ketidakuatan defekasi bayi | - Ketidacukupan pengosongan payudara setelah menyusui |
| - Bayi mendekat ke arah payudara | - Kurang penambahan berat badan bayi |
-

<ul style="list-style-type: none"> - Bayi menangis pada payudara - Bayi menangis dalam jam pertama menyusui - Bayi rewel dalam satu jam setelah menyusui - Bayi tidak mampu <i>lath-on</i> pada payudara secara tepat - Bayi menolak <i>latching-on</i> - Bayi tidak responsif terhadap tindakan kenyamanan lain 	<ul style="list-style-type: none"> - Tidak tampak pada pelepasan oksitosin - Tampak ketidakadekuatan asupan susu - Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui - Penurunan berat badan bayi terus menerus - Tidak mengisap payudara terus menerus
<p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keterlambatan laktogen II - Suplai ASI tidak cukup - Keluarga tidak mendukung - Tidak cukup waktu untuk menyusui ASI - Kurang pengetahuan orang tua tentang teknik menyusui - Kurang pengetahuan orang tua tentang pentingnya pemberian ASI - Diskontinuitas pemberia ASI 	<ul style="list-style-type: none"> - Ambivelensi ASI - Ansietas ibu - Anomali payudara ibu - Keletihan ibu - Obesitas ibu - Nyeri ibu - Penggunaan dot - Refleks isap bayi buruk - Penambahan makanan dengan <i>putting artifisial</i>
<p>Populasi Penyebab</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bayi prematur - Pembedahan payudara sebelumnya 	<ul style="list-style-type: none"> - Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya - Maa cuti melahirkan yang pendek
<p>Kondisi Terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> - Defek orofaring 	

e. Gangguan Eliminasi Urine

Tabel 2.7

Intervensi Gangguan Eliminasi Urine

(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan Doengoes et.al,2018)

Gangguan eliminasi urune

Definisi

Disfungsi eliminasi urine

Batasan karakteristik

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Disuria - Sering berkemih - Nokturia | <ul style="list-style-type: none"> - Inkontinensia urine - Retensi urine - Dorongan berkemih |
|--|---|
-

Faktor yang berhubungan

- Pengebab multiple

Kondisi terkait

- Obstruksi anatomik
- Gangguan sensori motorik

Kriteria hasil**Eliminasi urine (NOC)**

- Menunjukkan kontinuitas aliran urine, dengan haluaran adekuat untuk situasi individu

INTERVENSI**RASIONAL*****Mandiri***

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi dan pertahankan kateter urine serta drain pada periode pasca operasi segera | <ul style="list-style-type: none"> - Kebaanyakan klien terpasang kateter foley, kemungkinan kateter suprepubis dan drain pelvis selama fase perioperasi terutama ketika <i>neobladder</i> telah dikonstruksi |
| <ul style="list-style-type: none"> - Atur posisi selang dan kantong drainase sehingga memungkinkan aliran urine tanpa gangguan | <ul style="list-style-type: none"> - Aliran yang tersumbat memberikan tekanan dalam saluran kemih, yang menimbulkan risiko kebocoran anastomosis dan kerusakan pada parenkim ginjal |
| <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan peningkatan cairan dan pertahankan asupan yang adekuat | <ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan hidrasi dan aliran urine yang baik |
| <ul style="list-style-type: none"> - Pantau tanda vital. Kaji nadi perifer dan mukosa oral. Timbang berat setiap hari | <ul style="list-style-type: none"> - Indikator keseimbangan cairan. Menggambarkan tingkat hidrasi dan keefektifan terapi penggantian cairan |

f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

Tabel 2.8

Intervensi Gangguan Pola Tidur

(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan Doengoes et.al,2018)

Gangguan pola tidur

Definisi

Intervensi jumlah waktu dan kualitas tidur akibat faktor eksternal

Batasan karakteristik

- | | | | |
|---|--------------------------------------|---|---------------------------------|
| - | Kesulitan berfungsi sehari-hari | - | Ketidakpuasan tidur |
| - | Kesulitan memulai tidur | - | Terasa tidak cukup istirahat |
| - | Kesulitan mempertahankan tetap tidur | - | Terjaga tanpa jelas penyebabnya |

Faktor yang berhubungan

- | | | | |
|---|---|---|------------------------------|
| - | Gangguan karena cara tidur pasangan tidur | - | Kurang privasi |
| - | Kendala lingkungan | - | Pola tidur tidak menyehatkan |

Kondisi terkait

- | | |
|---|-------------|
| - | Imobilisasi |
|---|-------------|

Kriteria evaluasi

- | | |
|---|---|
| - | Melaporkan perbaikan dalam pola tidur/istirahat |
| - | Mengungkapkan peningkatan rasa sejahtera/segar |
-

INTERVENSI

Mandiri

- Tentukan kebiasaan tidur biasanya dan perubahan yang terjadi
- Berikan tempat tidur yang baru yang dimasukkan dalam pola lama
- Buat rutinitas tidur baru yang dimasukkan dalam pola lama dan lingkungan baru
- Cocokkan dengan teman sekamar yang mempunyai pola tidur serupa dan kebutuhan malam hari
- Dorong beberapa aktivitas ringan selama siang hari, jamin pasien berhenti beraktifitas

RASIONAL

- Mengkaji perlunya dan mengidentifikasi intervensi yang tepat
 - Meningkatkan kenyamanan tidur serta dukungan fisiologis/psikologis
 - Bila rutinitas baru mengandung aspek sebanyak kebiasaan lama, stress dan ansietas yang berhubungan dapat berkurang
 - Menurunkan kemungkinan bahwa teman sekamar yang "burung hantu" dapat menunda terlelap atau menyebabkan terbangun
 - Aktivitas siang hari dapat membantu pasien menggunakan energi dan siap untuk tidur malam hari
-

beberapa jam sebelum tidur	
- Tingkatkan regimen kenyamanan waktu tidur, mandi hangat dan <i>masase</i> , segelas susu hangat, anggur atau brandi pada waktu tidur	- Meningkatkan efek relaksasi yang membantu pasien tertidur dan tidur lebih lama
- Instruksikan tindakan relaksasi	- Membantu menginduksi tidur
- Kurangi kebisingan dan lampu	- Memberikan situasi kondusif untuk tidur
- Dorong posisi nyaman, bantu dalam mengubah posisi	- Pengubahan posisi mengubah area tekanan dan meningkatkan istirahat
- Gunakan pagar tidur sesuai indikasi, rendahkan tempat tidur bila mungkin	- Dapat merasa takut jatuh karena perubahan ukuran dari tinggi tempat tidur
- Hindari mengganggu bila mungkin (mis., membangunkan untuk obat atau terapi)	- Tidur tanpa gangguan lebih menimbulkan rasa segar dan pasien mungkin tidak mampu tidur kembali tidur bila terbangun
Kolaborasi	
- Berikan sedatif, hipnotik sesuai indikasi	- Mungkin diberikan untuk membantu pasien tidur/istirahat selama periode transisi dari rumah ke lingkungan baru

- g. Risiko infeksi area pembedahan berhubungan dengan faktor resiko :
epiostomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan

Tabel 2.9

Intervensi risiko Infeksi Area Pembedahan

(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan Doengoes et.al,2018)

Resiko infeksi area pembedahan

Definisi

Rentan terhadap invasi organisme patogenik pada area pembedahan, yang dapat mengganggu kesehatan

Faktor risiko

- Alkoholisme
- Obesitas
- Merokok

Populasi beresiko

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Suhu dingin di ruang operasi - Jumlah personel berlebihan selama prosedur pembedahan - Peningkatan pemajanan lingkungan terhadap patogen | <ul style="list-style-type: none"> - Nilai status kesehatan fisik menurut <i>Associety Of Anesthesiology</i> (ASA) - Kontiminasi luka bedah |
|--|---|

Kondisi terkait

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Masalah penyerta - Diabetes Militus - Durasi pembedahan - Hipertensi - Imunosupresi - Profilaktis antibiotik tidak adekuat - Profilaktis antibiotik tidak efektif | <ul style="list-style-type: none"> - Infeksi pada area pembedahan lain - Prosedur infasif - Osteoarthritis paska traumatik - Artritis reumatoid - Tipe anestesia - Tipe prosedur bedah - Penggunaan implant atau prostase |
|---|--|

Kriteria Evaluasi

Pengendalian Risiko (NIC)

- Mengidentifikasi perilaku untuk mencegah dan mengurangi risiko infeksi

Keparahan infeksi (NOC)

- Terbebas dari tanda infeksi, mencapai penyembuhan luka sesuai rencana, jika terdapat luka

INTERVENSI

Mandiri

- Lakukan dan dukung teknik mencuci tangan yang cermat oleh pemberi asuhan dan klien
- Pertahankan teknik aseptik secara ketat ketika melakukan prosedur dan perawatan luka

RASIONAL

- Mencegah kontimasi silang atau kolonisasi bakteri
 - Mengurangi risiko infeksi dan kolonisasi bakteeri
 - Mengurangi risiko
-

- Berikan perawatan kulit, oral dan peranal secara cermat	kerusakan dan infeksi kulit atau jaringan
- Tekankan perlunya memantau dan membatasi prngunjung sesuai indikasi. Berikan isolasi protektif jika tepat	- Membatasi pajanan terhadap agens infeksius, isolasi protektif dapat diperlukan pada anemia aplastic, ketika respon imun sangat mengalami gangguan
- Pantau suhu, perhatikan adanya mengkil dan takikardia organ atau tanpa demam	- Menggambarkan proses inflamasi atau infeksi, yang memerlukan evaluasi dan terapi
- Observasi <i>drainage</i> luka	- Indikator infeksi luka
Kolaborasi	
- Dapatkan specimen untuk kultur dan sensitivitas sesuai indikasi	- Memverivikasi adanya infeksi, mengidentifikasi pathogen secara spesifik dan memengaruhi pilihan terapi
- Berikan anti septik topikal dan antibiotik sistemik	- Dapat digunakan secara profilaksis guna mengurangi kolonisasi atau digunakan untuk mengatasi proses infeksi

h. Defisit Perawatan Diri : mandi/kebersihan diri, makan, eliminasi
berhubungan dengan kelelahan *post partum*

Tabel 2.10

Intervensi Defisit Perawatan Diri

(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan Doengoes et.al,2018)

Defisit Perawatan Diri : Mandi

Definisi

Ketidakmampuan malakukan pembersihan diri saksama secara mandiri

Batasan Karakteristik

- | | |
|--|---|
| - Ketidkmampuan mengakses kamar mandi | - Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi |
| - Ketidakmampuan menjangkau sumber air | - Ketidakmampuan mengatur air mandi |

-	Ketidakmampuan mengeringkan tubuh	-	Ketidakmampuan membasuh tubuh
Faktor yang berhubungan			
-	Ansietas	-	Nyeri
-	Penurunan motivasi	-	Kelemahan
-	Kendala lingkungan		
Kondisi terkait			
-	Gangguan fungsi kognitif	-	Gangguan muskuloskeletal
-	Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh	-	Gangguan neuromuskular
-	Ketidakmampuan merasakan hubungan special	-	Gangguan persepsi

Defisit perawatan diri : makan

Definisi

Ketidakmampuan makan secara mandiri

Batasan karakteristik

-	Ketidakmampuan memasukkan makanan ke mulut	-	Ketidakmampuan mengambil cangkir
-	Ketidakmampuan mengunyah makanan	-	Ketidakmampuan menyiapkan makanan
-	Ketidakmampuan menempatkan makanan ke alat makan	-	Ketidakmampuan menghabiskan makanan secara mandiri
-	Ketidakmampuan memanipulasi makanan di dalam mulut	-	Ketidakmampuan memakan makanan dalam cara yang dapat diterima
-	Ketidakmampuan membuka wadah makan	-	Ketidakmampuan menelan makanan
-	Ketidakmampuan menelan makanan dalam jumlah yang memadai	-	Ketidakmampuan menggunakan alat bantu

Faktor yang berhubungan

-	Ansietas	-	Keletihan
-	Penurunan motivasi	-	Nyeri
-	Ketidaknyamanan	-	Kelemahan
-	Kendala lingkungan		

Kondisi terkait

-	Gangguan fungsi kognitif	-	Gangguan neuromuskular
-	Gangguan musculoskeletal	-	Gangguan persepsi

Defisit perawatan diri

Definisi

Ketidakmampuan untuk melakukan secara mandiri tugas yang berkaitan dengan eliminasi

fekal dan urine

Batasan karakteristik

- | | | | |
|---|---|---|--------------------------------------|
| - | Ketidakmampuan melakukan hygiene eliminasi secara komplit | - | Ketidakmampuan mencapai toilet |
| - | Ketidakmampuan menyiram toilet | - | Ketidakmampuan naik ke toilet |
| - | Ketidakmampuan memanipulasi pakaian untuk eliminasi | - | Ketidakmampuan untuk duduk di toilet |

Faktor yang berhubungan

- | | | | |
|---|--------------------|---|-------------------------------------|
| - | Ansietas | - | Hambatan kemampuan berpindah-pindah |
| - | Penurunan motivasi | - | Hambatan mobilitas |
| - | Kendala lingkungan | - | Nyeri |
| - | Kelelahan | | |
| - | Kelemahan | | |

Kondisi terkait

- | | | | |
|---|---------------------------------|---|------------------------|
| - | Gangguan fungsi kognitif | - | Gangguan neuromuskular |
| - | Gangguan fungsi muskuloskeletal | - | Gangguan persepsi |

Kriteria evaluasi

Perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, toileting

- Mendemonstrasikan perubahan teknik dan gaya hidup untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri
- Melaksanakan aktivitas perawatan diri dalam tingkat kemampuan sendiri
- Mengidentifikasi sumber personal dan komunitas yang dapat memberikan bantuan sesuai kebutuhan

INTERVENSI

RASIONAL

Mandiri

- | | | | |
|---|---|---|---|
| - | Kaji kemampuan dan tingkat defisit (skala 0-4) untuk melaksanakan AKS | - | Membantu mengantisipasi dan merencanakan untuk memenuhi kebutuhan individual |
| - | Hindari untuk membantu klien melakukan hal-hal yang dapat klien lakukan sendiri, berikan bantuan sesuai kebutuhan | - | Klien ini mungkin merasa ketakutan dan bergantung, serta meskipun bantuan bermanfaat dalam mencegah frustrasi, klien harus melakukan tindakan sebanyak mungkin untuk dirinya sendiri guna |

	mempertahankan harga diri dan meningkatkan pemulihan
- Waspadaai perilaku atau tindakan impulsif yang menunjukkan gangguan penilaian	- Dapat mengindikasikan kebutuhan untuk intervensi dan supervise tambahan untuk meningkatkan keamanan klien
- Pertahankan sikap suportif untuk upaya dan pencapaian	- Klien membutuhkan empati dan perlu mengetahui bahwa pemberi asuhan akan konsisten untuk terus memberikan bantuan
- Buat rencana untuk defisit visual yang ada	- Meningkatkan sensasi harga diri, meningkatkan kemandirian dan motivasi klien untuk melanjutkan kerja kerasnya
- Atur tempat tidur sehingga tubuh klien yang tidak mengalami gangguan menghadap ke ruangan dengan sisi tubuh yang mengalami gangguan menghadap ke dinding	- Klien akan mampu melihat untuk memakan makanan
- Posisikan furnitur menempel pada dinding, diluar alur lalu lalang	- Akan mampu melihat ketika klien mampu bergerak mengelilingi ruangan, mengurangi risiko tersandung dan terjatuh akibat menabrak furnitur
- Berikan alat bantu seperti kancing atau kaitan risleting, kombinasi pisau garpu, sikat bergagang panjang, alat penyambung untuk mengambil barang-barang lantai, peninggi toilet, tas tungkai untuk kateter dan kursi untuk mandi. Bantu dan anjurkan kebiasaan berpakaian yang baik dan berias	- Memampukan klien untuk mengatur diri sendiri, meningkatkan kemandirian dan harga diri, mengurangi ketergantungan pada orang lain untuk memenuhi kebutuhan diri sendiri dan kemampuan klien untuk menjadi lebih aktif secara sosial
- Anjurkan orang terdekat untuk membiarkan klien melakukan tindakan sebanyak mungkin untuk dirinya sendiri	- Menetapkan kembali sensasi kemandirian dan mengembangkan harga diri serta meningkatkan proses rehabilitasi
- Kaji kemampuan klien untuk mengkomunikasikan kebutuhan untuk berkemih atau pispot defekasi. Bawa klien ke kamar	- Klien mungkin memiliki kandung kemih neurogenik, tidak perhatian atau tidak mampu mengkomunikasikan kebutuhan dalam fase pemulihan akut, tetapi biasanya mampu mengendalikan fungsi ini ketika pemulihan berlangsung
	- Membantu pembentukan program pelatihan kembali

mandi sering dan jadwalkan interval untuk berkemih jika tepat	(kemandirian) dan membantu mencegah kontipasi serta impaksi (efek jangka panjang)
- Identifikasi kebiasaan usus sebelumnya dan tetapkan kembali regimen yang normal. Tingkatkan serat dalam diet. Anjurkan untuk meningkatkan asupan cairan dan aktivitas	- Mungkin diperlukan untuk membantu membentuk fungsi usus yang reguar
Kolaborasi	- Memberikan bantuan dengan mengembangkan program terapi komprehensif dan mengidentifikasi kebutuhan perlengkapan khusus yang dapat meningkatkan partisipasi klien dalam perawatan diri
- Pemberian suppositoria dan pelunak feses	
- Konsultasi dengan tim rehabilitasi, seperti ahli terapi fisik atau akupasional	

i. Konstipasi

Tabel 2.11

Intervensi Konstipasi

(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan Doengoes et.al,2018)

Konstipasi	
Definisi	
Penurunan frekuensi normal defekasi yang disertai kesulitan untuk pengeluaran feses tidak tuntas dan feses yang keras, kering dan banyak	
Batasan karakteristik	
- Nyeri abdomen	- Bising usus hiperaktif
- Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot	- Tidak ada defekasi
- Anoreksia	- Peningkatan tekanan intra abdomen
- Penampilan tidak khas pada lansia	- Tidak ada makanan
- Borborigmi	- Feses cair
- Darah merah pada feses	- Nyeri pada saat defekasi
- Perubahan pada pola defekasi	- Massa abdomen yang dapat diraba
- Penurunan frekuensi defekasi	- Perkusi abdomen pekak
- defekasi	- Rasa penuh pada rektal
	- Rasa tekanan rektal

-		Penurunan volume	-	Sering flatus
-	fases		-	Adanya fases lunak,
-		Distensi abdomen		seperti pasata di dalam rectum
-		Keletihan	-	Mengejan pada saat
-		Fases keras dan		defekasi
-	berbentuk		-	Muntah
-		Sakit kepala		
-		Bising usus hiperaktif		
	Faktor yang berhubungan		-	Kebiasaan menekan
-		Kelemahan otot	-	dorongan defekasi
-	abdomen		-	Kebiasaan makan buruk
-		Rata-rata aktivitas fisik	-	<i>Higiene</i> oral tidak
-		harian kurang dari yang dianjurkan	-	adekuat
-		menurut gender dan usia	-	adekuat
-		Konfusi	-	Kebiasaan <i>toileting</i> tidak
-		Penurunan mobilitas	-	Asupan serat kurang
-	traktus gastrointestinal		-	Asupan cairan kurang
-		Dehidrasi	-	Kebiasaan defekasi tidak
-		Depresi	-	teratur
-		Perubahan kebiasaan	-	Penyalahgunaan laksatif
-	makan		-	Obesitas
-		Gangguan emosi	-	Perubahan lingkungan
	Kondisi terkait			baru
-		Ketidakeimbangan	-	Abses rektal
-	elektrolit		-	Fisura anal rektal
-		Hemoroid	-	Striktur anal rektal
-		Penyakit hirschsprung	-	Prolapps rektal
-		Ketidakadekuatan gigi	-	Ulkus rektal
-	geligi		-	Rektokel
-		Garam besi	-	Tumor
-		Gangguan neurologis		
-		Obstruksi usu pasca		
-	bedah			
-		Kehamilan		

j. Resiko Syok (H ipovolemik)

Tabel 2.12

Risiko Syok (Hipovolemik)

(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan Doengoes et.al,2018)

Resiko syok

Definisi

Rentan mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa, yang dapat mengganggu kesehatan

Faktor resiko

- Akan dikembangkan

Kondisi terkait

- | | | | | |
|---|-------------|---|----------------------------|---------|
| - | Hipotensi | - | Infeksi | |
| - | Hipovolemia | - | Sepsis | |
| - | Hipoksemia | - | Sindrom inflamasi sistemik | respons |
| - | Hipoksia | | | |

Kriteria Evaluasi**Status Sirkulasi (NOC)**

- Pertahankan dan tingkatkan perfusi jaringan yang ditandai oleh tanda vital stabil, kulit hangat, denyut perifer teraba, AGD dalam batas normal dan haluaran adekuat

INTERVENSI**Mandiri**

- Investigasi perubahan pada tingkat kesadaran dan laporan tentang lambung atau sakit kepala
- Investigasi laporan nyeri dada. Catat lokasi, kualitas, durasi dan apa yang meredakan nyeri
- Auskultasi denyut apikal. Pantau laju dan ritme jantung, jika elektrokardiogram (EKG) berkelanjutan tersedia dan diindikasikan
- Kaji kulit untuk dingin, pucat, diaphoresis, pengisapan kapiler terlambat, serta denyut perifer yang lemah dan rapuh
- Catat haluaran urine dan berat jenis, pasang kateter foley untuk mengukur urine secara akurat sesuai indikasi

RASIONAL

- Perubahan dapat mencerminkan perfusi serebral tidak adekuat penurunan darah arteri
- Dapat mencerminkan iskemia jantung akibat penurunan perfusi
- Distritmai dan perubahan iskemik dapat terjadi akibat hipotensi, hipoksia, asidosis, ketidakseimbangan elektrolit atau pendinginan dekat jantung, jika lavase salin dingin digunakan untuk mengontrol perdarahan
- Vasokonstriksi adalah response simpatis untuk menurunkan volume sirkulasi dan dapat terjadi sebagai efek samping pemberian vasopresin
- Penurunan perfusi sistemik dapat menyebabkan iskemia dan gagal ginjal ditandai dengan haluaran urine

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Observasi kulit, untuk pucat dan kemerahan. Masase secara perlahan menggunakan losion. Ubah posisi secara sering | <ul style="list-style-type: none"> - Sirkulasi perifer yang terkompromi meningkatkan risiko robekan kulit sebagaimana ditunjukkan oleh kemerahan pada penonjolan tulang tidak memucat ketika ditekan dengan jari |
|--|---|
-

k. Resiko perdarahan

Tabel 2.13

Resiko Perdarahan

(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan Doengoes et.al,2018)

Resiko perdarahan

Definisi

Rentan mengalami penurunan volum darah , yang dapat mengganggu kesehatan

Faktor risiko

- Kurang pengetahuan tentang kewaspadaan perdarahan

Populasi beresiko

- Riwayat jatuh

Kondisi terkait

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Aneurisme - Koagulopati intravaskulerdiseminata - Gangguan gastrointestinal - Gangguan fungsi hati | <ul style="list-style-type: none"> - Koagulopati inheren - Komplikasi pascapartum - Komplikasi kehamilan - Trouma - Program pengobatan |
|---|---|

Kriteria evaluasi

Keparahan kehilangan darah (NOC)

- Tidak menunjukkan perdarahan aktif
-

INTERVENSI

RASIONAL

Mandiri

- Pantau asupan haluaran
 - Pantau tanda-tanda vital, perhatikan peningkatan nadi dan pernafasan, penurunan tekanan darah, diaphoresis, pucat, pengisian kapiler lambat dan membrane mukosa kering
 - Kaji kegelisahan, konfusi dan perubahan perilaku
 - Inspeksi balutan dan drain luka
 - Pertahankan tirah baring, cegah muntah dan mencejan ketika defekasi, jadwalkan aktivitas untuk menyediakan waktu istirahat yang bebas gangguan. Hilangkan stimulasi yang mengganggu
- Indikator keseimbangan cairan dan kebutuhan penggantian
 - Hipovolemia memerlukan intervensi yang cepat untuk mencegah syok yang akan datang
 - Dapat menggambarkan penurunan perfusi serebral (hipovolemia) atau mengidentifikasi edema serebral akibat larutan yang diabsorpsi berlebihan
 - Tanda perdarahan persisten dapat tampak jelas atau tersembunyi dalam jaringan perineum
 - Aktivitas dan muntah meningkatkan tekanan intraabdomen dan dapat memicu perdarahan lebih lanjut

Kolaborasi

- Pantau pemeriksaan laboratorium sesuai indikasi, seperti hemoglobin/hematokrit (Hb/Ht) dan sel darah merah
 - Pemeriksaan koagulasi dan hitung trombosit
 - Berikan terapi intravena (IV) atau produk darah, jika diindikasikan
- Bermanfaat dalam mengevaluasi kehilangan darah dan kebutuhan penggantian darah
 - Dapat mengindikasikan terjadinya komplikasi yang dapat meningkatkan perdarahan atau pembekuan
 - Dapat memerlukan cairan tambahan, jika asupan oral tidak adekuat atau produk darah, jika terjadi kehilangan darah berlebihan
-

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

Tabel 2.14

Defisiensi Pengetahuan

(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan Doengoes et.al,2018)

Defisiensi pengetahuan

Definisi

Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu atau kemahiran

Batasan karakteristik

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------|
| - Ketidakakuratan mengikuti perintah | - Prilaku tidak sehat |
| | - Kurang pengetahuan |

Faktor yang berhubungan

- | | |
|------------------------------|---|
| - Kurang informasi | - Kurang sumber pengetahuan |
| - Kurang minta untuk belajar | - Keterangan yang salah dari orang lain |

Kondisi terkait

- Gangguan fungsi kognitif
- Gangguan memori

Kriteria evaluasi :

Pengetahuan : Manajemen *post* partum

- Mengungkapkan pemahaman tentang kondisi, penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan

Perawatan diri terhadap *post* partum

- Mengungkapkan pemahaman tentang *post* partum
 - Melakukan secara tepat prosedur yang diperlukan dan menjelaskan alasan tindakan
 - Memulai perubahan gaya hidup yang diperlukan
-

INTERVENSI	RASIONAL
<i>Mandiri</i>	
- Tinjau kembali prosedur dan harapan di masa yang akan datang	- Memberi pengetahuan dasar sehingga klien dapat membuat pilihan berbasis informasi
- Evaluasi emosi dan kemampuan fisik klien	- Faktor ini mempengaruhi klien untuk melakukan tugas dengan baik dan keinginan untuk mengemban tanggung jawab dalam perawatan pasca bedah
- Pelajari kembali anatomi, fisiologi dan dampak intervensi bedah, diskusikan harapan dimana yang akan datang	- Memberi pengetahuan dasar sehingga klien dapat membuat pilihan berbasis informasi dan kesempatan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman tentang individu
- Tinjau proses penyakit, prognosis dan faktor presipitasi penyakit, jika diketahui	- Memberikan dasar pengetahuan bagi klien sehingga klien dapat membuat pilihan berbasis informasi
- Sertakan sumber tertulis dan gambar	- Memberi referensi setelah pulang untuk mendukung usaha klien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri
- Instruksikan klien/orang terdekat dalam perawatan paska bedah sesuai kebutuhan	- Meningkatkan manajemen positif dan mengurangi risiko perawatan paska bedah yang tidak tepat
- Tekankan pentingnya nutrisi yang baik, dorong asupan buah dan tingkatkan serat dalam diet	- Meningkatkan penyembuhan luka dan mencegah konstipasi, mengurangi risiko perdarahan paska operasi
- Dorong nutrisi optimal	- Meningkatkan penyembuhan luka dan meningkatkan penggunaan energi untuk memfasilitasi perbaikan jaringan
- Diskusikan pentingnya mempertahankan berat badan	- Perubahan berat badan dapat mempengaruhi kadar gizi pada klien
- Diskusikan program	- Penggunaan medikasi nyeri dan obat antiplatelet secara tepat dapat mengurangi risiko komplikasi

obat individual, jika
tepat

2.5.4 Implementasi Keperawatan

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

2.5.5 Evaluasi Keperawatan

Hasil akhir yang diharapkan pada klien pos partum dengan tindakan seksio sesarea adalah mampu mempertahankan kebutuhan perawatan diri, mampu mengatasi defisit perawatan diri yang dapat meningkatkan kemampuan mandiri, dan masalah ketidaknyamanan fisik akibat ti dakan pembedahan seksio sesarea , (Maryunani ,2015)